

Casos Clínicos

Atención Primaria

C C
A P

JART 2018





**2^{as} Jornadas Andaluzas
para Residentes y Tutores
de MFyC.
SAMFyC**

15 y 16 de marzo de 2018
Sercotel Gran Hotel Luna de Granada
www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

acm andaluza de
congresos médicos

*“El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente,
se familiariza no sólo con la enfermedad que desea curar,
sino también con los hábitos y la constitución del enfermo”*

Marco Tulio Cicerón

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

28 Abril 2018

Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)

Maqueta: EFS

ISBN-e. 978-84-09-03531-1

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.

No obstante, la SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

Coordinadores

Francisco José Guerrero García

Ignacio Merino de Haro

Revisores

Emilia Arana Asensio

Francisco Javier Castro Martínez

María González Urbano

Pedro Pablo Lozano Prieto

Alejandro Pérez Milena

Pilar Quesada Carrasco

María Concelia Ramón Albertus

Autores

*"Todos los autores reconocen haber pedido consentimiento expreso a los pacientes y familiares para publicar los datos clínicos de forma anónima. Para la redacción de este libro de casos clínicos se ha tenido en cuenta lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informando sobre los derechos ARCO. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFYC. **Se aconseja actualizar la información de cada caso con las nuevas evidencias que puedan surgir en adelante.**"*

Adrada Bautista, Alberto Jesús	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Albusac Lendinez, Sandra	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Alcalde Molina, María Dolores	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Amelot, Marie	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Arana Asensio, Emilia	<i>Médico de Familia</i>
Bajo Ramos, Julia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Benítez Torres, Georgina	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Boiza Molina, Natalia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Calatayud Marti, Yaiza	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Campos Domínguez, Juan Miguel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Canet Jubierre, Marta	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Castañeda Pérez, Maricelys	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Castillo Rienda, Ana	<i>Médico de Familia</i>
Cavallaro, Irene	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Cebrián Martín, Gema	<i>Médico de Familia.</i>
Cerezo Molina, Rocío	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Contreras Espejo, Juan Antonio	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Correa Gómez, Verónica	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Cózar García, Inmaculada	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Dalouh, Ilyass	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Delgado Moya, Marta	<i>Médico de Familia</i>
Díaz Esteve, Laura	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Dorador Atienza, Francisca	<i>Médica de Familia. Tutora De Residentes</i>
Esteva Rodríguez, Ambrosio	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Expósito Montes, Teresa	<i>Médico Residente de MFyC</i>

Fernández Baena, María Ángeles	<i>Médico de Familia</i>
Fernández Santiago, Eloisa	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Ferrer Frías, María del Mar	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Franquelo Hidalgo, Beatriz	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Franzón González, Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Gallardo Ramírez, Marta	<i>Médico Residente de MFyC</i>
García Iglesias, M. Yarmila	<i>Médico de Familia</i>
García Jiménez, Antonio Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
García Jiménez, José Alberto	<i>Médico Residente de MFyC</i>
García Lara, Gracia María	<i>Médico Pediatra de Atención Primaria. Tutora de Residentes</i>
García López, Antonio	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
García Ortega, Cristina	<i>Médico Residente de MFyC</i>
García Sardón, Pablo	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Gil Cañete, Aurora	<i>Médico Adjunto</i>
Gómez Rodríguez, Silvia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Gómez Torrado, Raúl Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
González López, Aurora	<i>Médico Residente de MFyC</i>
González Navarro, Teresa de Jesús	<i>Médico Residente de MFyC</i>
González Romero, María	<i>Médico de Familia</i>
Guerrero García, Francisco José	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Guillén Rodríguez, Miguel	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Hernández García, Rebeca	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Herrera Herrera, Sara	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Hinojosa Fuentes, Fernando	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Justicia Gómez, Laura	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Leyva Alarcón, Ana	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Liétor Villajos, Norberto	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Liu Qiu, Canxing	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Llavero Sánchez, Andrés	<i>Médico de Familia. Tutor De Residentes</i>
López Cascales, Adriana	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
López Díaz, José Ángel	<i>Médico Residente de MFyC</i>

López Fernández, Antonio	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Lopez Fernandez, Beatriz	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
López Peña, Concepción	<i>Médico Residente de MFyC</i>
López Pérez, Alberto	<i>Médico Residente de MFyC</i>
López Segura, Francisco Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Lozano Prieto, Pedro Pablo	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Lucena Jiménez, Ángela	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Lucena León, María Isabel	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Luna Pereira, María	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Marín Relaño, José Antonio	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Marín Serrano, Inmaculada	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Martín Manzano, José Luis	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Martín Pérez, Marina	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Martín Sánchez, Silvia María	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Martínez Estévez, Javier	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Martínez García, Sandra	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Martínez Lechuga, Mariana	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Martos Toribio, Gregorio	<i>Médico De Familia</i>
Medina Salas, Víctor	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Medina Vizquete, Andrea	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Melguizo Jiménez, Miguel	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Merino De Haro, Ignacio	<i>Médico De Familia</i>
Molina Hurtado, Enrique	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Molina Martos, Juan Carlos	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Mora Moreno, Francisco	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Moral Santiago, Álvaro	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Moral Santiago, Álvaro Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Morales Moreno, Juan Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Morales Viera, Alba	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Moreno Corredor, Andrés	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Moreno Moreno, Rocío Emilia	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>

Muwaquet Rodríguez, Farid	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Navarro Hermoso, Ana	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Navarro Ortiz, Nieves	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Navío García, Antonio	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Nogueras Trujillo, Marta	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Orcera López, Manuel Jesús	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ortega García, Guadalupe	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ortiz Viana, María del Carmen	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Oualy Ayach Hadra, Ghizlane	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Pantoja De La Rosa, Laura	<i>Médico de Familia</i>
Pardo Álvarez, Jesús Enrique	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Pastor Paredes, Francisco Javier	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Pastor Toral, María Carmen	<i>Médico Tutor</i>
Pedrosa Arias, María	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Perera Prado, Osmeri	<i>Médico de Familia de Urgencias</i>
Pérez Buendía, Cristina	<i>Médico de Familia</i>
Pérez Milena, Alejandro	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Pérez Ortiz, Enrique Jesús	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Pérez Rodríguez, María Araceli	<i>Médico de Familia</i>
Pérez Ruz, Rocio	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Porras Martín, Paloma	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Prieto Moreno, Patricia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Pugnaire Sáez, Miguel Ángel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ramírez Sánchez, David	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ramón Albertus, María Concelia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Redondo Fernandez, Carmen	<i>Médico de Familia</i>
Rodríguez Bayón, Antonina	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Rodríguez Bravo, Isabel	<i>Médico de Familia</i>
Rodríguez Vázquez, Aurora	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Romero Romero, Ana María	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Rueda Rojas, Montserrat	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>

Ruiz García, Esther	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ruiz Ojeda, Isabel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Sáez Gallegos, Marta	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Salas Díaz, Maria Inmaculada	<i>Médico de Familia</i>
Salas Domínguez, José	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Sánchez Martínez, Marta	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Sánchez Ramos, María del Sol	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Sánchez Ruiz, Yesica	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Sánchez Torres, Elena	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Santos Calonge, Amparo	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Serrano Camacho, Ana	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Serrano Pérez, María Esther	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Suárez Pérez, María	<i>Médico de Familia</i>
Thomas Carazo, Esther	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Toledo García, Diego Luis	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Toribio Onieva, Juan Ramón	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Toro Fernández, Maria Carmen	
Ureña Arjonilla, María Eugenia	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Ureña Fernández, Tomás Enrique	<i>Médico de Familia. Tutor de Residentes</i>
Valenzuela López, María Isabel	<i>Médico de Familia</i>
Valverde Morillas, Carmen	<i>Médico de Familia</i>
Vaquero Álvarez, Manuel	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Velasco Doña, Elena	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Viceira Martín, Carolina	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Vilar Gámez, Maria	<i>Médico Residente de MFyC</i>
Zafra Alcantara, Justa	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>
Zapata Martínez, Manuela	<i>Médico de Familia. Tutora de Residentes</i>

La medicina cuyo significado es curar, se trata de la ciencia que tiene una relación directa con el ser humano, en el estudio de la vida, la enfermedad y su posible cura, así como el estudio de la muerte, se basa en el trato directo entre personas, donde el profesional debe estar actualizado en el manejo terapéutico y personal con el paciente. Desde el origen de la medicina, el médico es una persona en la que cada paciente pone sus expectativas, que comienzan por ser escuchados y atendidos como personas.

El ser médico conlleva una profesión de servicio, y para que éste sea de calidad siempre ha existido una predisposición del médico al estudio detallado del paciente, tanto en su proceso de salud, como en el proceso de enfermedad y muerte. Con dicho estudio, la práctica clínica se basaba en el clásico “ensayo vs error”, lo que suponía el sobre-nombre del “Arte de la Medicina”. Desde los años sesenta del siglo XX, comenzó un nuevo movimiento conocido como Medicina Basada en la Evidencia, con el fin de ir eliminando este concepto de la práctica clínica e ir creciendo en la “Ciencia de la Medicina”. La evolución de la Medicina Basada en la Evidencia, ha conllevado el crecimiento en el aprendizaje eficiente, atendiente al estudio Universal de la Medicina, así como a la puesta en práctica de dicho aprendizaje, según Platón, “las opiniones y apariencias no pueden ser verdaderas. Sino que hay que buscar la Verdad y descubrirla si se quiere alcanzar la Sabiduría”. No obstante, la práctica clínica diaria debería derivarse del pensamiento reflexivo entre la Evidencia, la Experiencia, así como los Valores y referencias, con todas ellas se puede llegar a una práctica diaria de Calidad.

El proceso de aprendizaje de la Medicina se ha realizado desde tiempos primitivos, transmitiendo las prácticas de un médico a otro, como decía Hipócrates en su juramento “enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo, comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas”. Desde que comenzó en España el sistema MIR (Médico Interno Residente), la calidad docente ha ido incrementando progresivamente, mediante un sistema progresivo de enseñanza basado en la relación entre Médicos Residente y Tutor, adquiriendo conocimientos médicos, así como mejorando el manejo de la incertidumbre clínica, creándose un vínculo que en la mayoría de los casos trasciende lo profesional para pasar a la enseñanza personal de la medicina, siempre basada en el equilibrio de la evidencia científica y la experiencia del uso de la misma. En el caso de la Medicina de Familia, está más que acreditada el aprendizaje mediante dicho sistema, aportando una medicina eficiente y de calidad.

Eventos científicos como las Jornadas de Residentes y Tutores son un claro ejemplo del aprendizaje compartido entre diferentes generaciones y el transmitido de Tutor a Residente y viceversa, donde mediante la exposición de casos clínicos, aprendemos entre semejantes, aplicando la evidencia científica, adquiriendo conocimientos para nuestra práctica diaria, como decía Agustín de Hipona “Pon Amor en las cosas que haces y las cosas tendrán sentido”, si aplicamos nuestras cualidades a la atención del paciente y al enriquecimiento mutuo entre profesionales médicos encontraremos una felicidad en la clínica diaria.

Ignacio Merino De Haro

Índice

MEDICINA DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA		
1	¿Puede la desestructuración familiar tener consecuencias en nuestra salud?	15
2	Seguimiento Integral a paciente con Parkinson precoz. A propósito de un caso	17
3	Dolor abdominal, diarrea y anemia ferropénica en paciente procedente de Guinea	19
4	Eritema Multiforme en edad escolar	21
5	Síndrome de Cola de Caballo (Cauda Equina)	24
6	Estudio de leucocitosis mantenida en varón de 51 años	27
7	De un “tirón muscular” a la leucemia linfática crónica. A propósito de un caso	29
8	Intoxicación digitalica en paciente frágil	32
9	Su familia es mi especialidad	35
10	¿Y ahora qué va a pasar conmigo, Doctor?	37
11	Sobredosificación de litio tras cuadro de gastroenteritis. A propósito de un caso	40
12	Bultoma en región axilar derecha	42
13	Disfagia a propósito de un caso	44
14	Doctora, no puedo dejar de moverme. Detección de efecto adverso agudo por tratamiento psiquiátrico.	47
15	Cistitis en un hombre de 66 años	50
16	Abordaje integral del paciente oncológico	52
17	Doctor, ¿qué pensarán de mi los vecinos?	54
18	Causalidad circular como base de trastornos de ansiedad en una familia	57
19	Abordaje y estudio en mujer de 80 años de una anemia macrocítica recidivante. Intervención multidisciplinar de Atención Primaria, Hematología y Medicina Interna.	60
20	Doctora, estoy muy triste, estoy en duelo	63
21	Sarcoidosis en paciente con patología ocular de inicio	66
22	Una década de artromialgias, depresión y maltrato en una mujer etiquetada de fibromialgia	69
23	Atención al paciente pluripatológico, ¿novedad en la consulta?	72
24	Diagnóstico incidental de Diabetes	78

25	Abordaje de la neumonía en la consulta de atención primaria	80
26	Abordaje del pacto de silencio en una paciente con enfermedad oncológica avanzada de inicio reciente	83
27	Disuria	85
28	Enemigo oculto. Descubriendo la porción oculta del iceberg	89
29	Abordaje familiar en el paciente psiquiátrico	92
30	Disforia de género en adolescente	94
31	Manejo y control del duelo desde atención primaria	96
32	Abordaje de la pérdida de memoria transitoria en consulta de atención primaria	99
33	Intervención en joven con Carcinoma de Cavum	102
34	Mala sensación pese a un buen trabajo	104
35	Abordaje de una paciente con trastornos alimenticios en un ámbito familiar complicado	106
36	Primera consulta: náuseas de dos semanas de evolución	109
37	La esplenomegalia como signo oncológico	111
38	Nódulo mamario en mujer lactante	114
39	Doctora, vengo a recoger el parte y además a enseñarle una llaga en la lengua	116
40	Coxalgia a orillas del Mediterráneo	118
41	Varón de 83 años con pérdida de fuerza en MMII	120
42	Melanoma. A propósito de un caso	122
43	Cefalea persistente en mujer joven	124
44	Ictericia en estudio vs ¿Enfermedad Hereditaria?	127
45	Hemoptisis, un signo de alerta para el médico de atención primaria	129
46	Hipertensión en paciente joven	131
47	Importancia del diagnóstico diferencial ante posible caso de sífilis primaria	133
48	Diabetes Mellitus tipo 2. A propósito de un caso	135
49	Lesiones ampollosas en el adulto. A propósito de un caso	137

50	¿Síncope o anafilaxia?	139
51	Dificultades de comunicación al final de la vida	142
52	El edema facial era la punta del iceberg	145
53	Lesiones acrales eritemato-violáceas en varón de 27 años	147
54	¿Y ese lunar?	149
55	Dolor Lumbar resistente a tratamiento: en busca del diagnóstico.	152
56	Abordaje de paciente frágil no oncológico	155
57	De rectorragia a estallido vertebral. Importancia del seguimiento en Atención Primaria	157
58	Un abordaje integral	160
MEDICINA DE FAMILIA EN URGENCIAS		
59	El falso estado de embriaguez	162
60	¿Cuánto nos cuesta realizar un ECG?	164
61	No siempre hay que ponerse en lo peor, falsa alarma: no es cáncer	166
62	Doctor, tengo fiebre, tos y he vomitado sangre	168
63	Sarcoma de Kaposi Clásico. A propósito de un caso	170
64	Deterioro del nivel de conciencia	173
65	A propósito de un quiste hepático	177
66	Crisis convulsiva	179
67	Más allá de un cólico nefrítico	181
68	Manejo de gestante en tratamiento con benzodiazepinas y antidepresivos	183
69	A propósito de un caso: Dolor torácico en paciente joven	185
70	Cervicalgia y dorsalgia derechas en paciente con esquizofrenia paranoide. A propósito de un caso	188
71	Petequias en paciente pediátrico	191
72	Psicosis anfetamínica	194

MEDICINA DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. ¿PUEDE LA DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR TENER CONSECUENCIAS EN NUESTRA SALUD?

Ramón Albertus M¹, Merino De Haro I², Dorador Atienza F³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud La Chana. Granada

²Médico de Familia. Centro de Salud Sabinillas. Málaga

³Médica de Familia y Tutora de Residentes. Centro De Salud La Chana. Granada

Motivo de Consulta

Paciente de 23 años que acude a consulta en varias ocasiones por cuadro ansioso-depresivo.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes Personales: Trastorno ansioso-depresivo, insomnio.

Consumo de tóxicos y antecedentes de violencia de género con su pareja.

Tratamiento habitual: Mirtazapina 15mg cada 24h, Ketazolam 15mg cada 24h, Lormetazepam 1mg cada 24h.

Sin alergias medicamentosas conocidas.

El paciente acude en numerosas ocasiones a consulta por cuadro de ansiedad y períodos de tristeza que asocia a ruptura con su pareja sentimental, motivada por agresión de éste a ella, con la consiguiente orden de alejamiento hacia la misma. Todo ello le genera un estado de gran discomfort psicoafectivo. A su vez como consecuencia aumenta también la violencia en su domicilio actual que es el paterno.

Exploración física sin alteraciones.

El paciente está dispuesto a recibir ayuda, pero cuando se le ofrece no cumple ninguna de las recomendaciones propuestas desde nuestra consulta ni desde el servicio de salud mental.

Enfoque Familiar y Comunitario

Con la realización del genograma observamos que la relación con su entorno está desestructurada. La mayor relación la establece con su expareja y la hija que comparte con ella, a las que se encuentra muy unido. Teniendo en su domicilio actual (paterno) una relación alejada con todos los miembros de la familia, aunque un poco más cercana a su madre, la que acude a consulta en numerosas ocasiones, con gran preocupación y ansiedad asociada a la situación de su hijo.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Trastorno ansioso-depresivo en paciente con desestructuración familiar.

Plan de Acción

- Actividad física.
- Tratamiento farmacológico: ansiolíticos y antidepresivos como Mirtazapina y Ketazolam.
- Apoyo psicosocial.
- Escala de ansiedad y depresión.
- Escalera de crecimiento personal.
- Abordaje conjunto con el servicio de salud mental.

Evolución

El paciente se encuentra actualmente en Centro Penitenciario por incumplimiento de la orden de alejamiento y nueva agresión a su expareja. El seguimiento actualmente se realiza desde Medicina penitenciaria, y el abordaje familiar lo continuamos realizando desde nuestra consulta.

Conclusiones

La desestructuración familiar puede generar situaciones de violencia, y de alteraciones psicoafectivas importantes, teniendo el médico de familia una función privilegiada en el seguimiento de las mismas.

2. SEGUIMIENTO INTEGRAL A PACIENTE CON PARKINSON PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marín Relaño JA¹, Alcalde Molina M^aD², Sánchez Martínez M¹

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico de Familia y Tutora de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Virgen de la Capilla. Jaén

Motivo de consulta

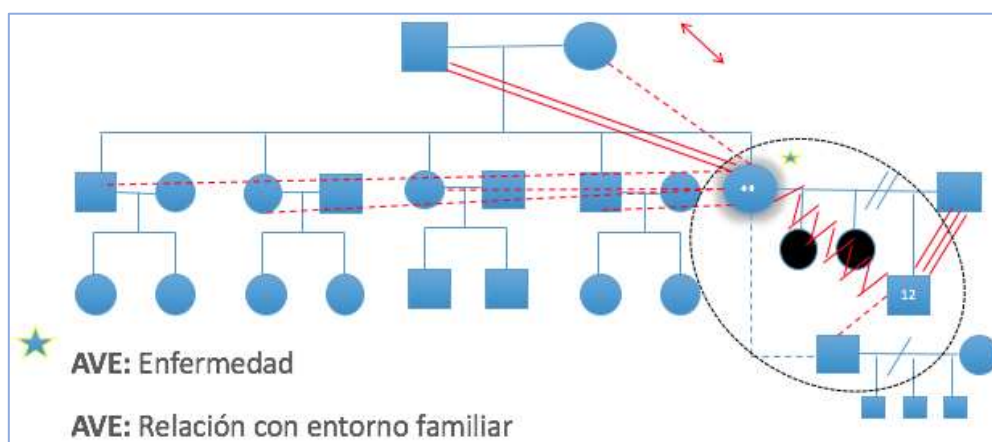
Mujer de 43 años de edad, diagnosticada desde 1996 (con 21 años) de Enfermedad de Parkinson de inicio precoz. En la actualidad, se encuentra en estudio tanto por el Servicio de Neurología del CHJ, como por Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla.

Enfoque individual

- *Anamnesis y exploración:* Paciente de 43 años diagnosticada de Parkinson precoz hace 22 años. Desde ese momento ha venido consultando en AP por clínica asociada sobre todo a dicha patología (Periodos ON/OFF), y otros motivos como inquietud, cervicalgia, amenorrea, pérdida de peso (en relación con los periodos ON).
- *Pruebas complementarias:* Al tratarse de una patología poco frecuente, todas las pruebas complementarias, en relación con esta patología, se realizan y valoran por las distintas Unidades de Neurología.

Enfoque familiar y comunitario

- Estructura Familiar: De riesgo. Tipo nuclear.
- Ciclo Vital de Duvall: V (Adolescente 13 años)
- Apgar Familiar:
 - * Pareja e hijo: 7 (Normofuncionalidad)
 - * Entorno familiar: 2 (Disfuncionalidad grave)
- Valoración sociofamiliar de Gijón: 11. Riesgo social
- Índice de Barthel: 100. El paciente es independiente para las actividades de la vida diaria.
- Test de Fagerström: 5. Sin síntomas de dependencia a la nicotina.
- Escala psiquiátrica Hamilton: 48%. Normalidad



Juicio clínico

Enfermedad de Parkinson precoz de 21 años de evolución.
Afectación emocional con la relación con su hijo.

Plan de acción

Supervisión del tratamiento que se pauta desde servicio especializado de neurología.
Ajuste de tratamiento durante brotes ON/OFF por los que consulte la paciente.
Ayudar a desde consulta a estabilizar su situación biopsicosocial dentro de su entorno familiar.

Evolución

En la actualidad se encuentra estable. En tratamiento con Levodopa + Carbidopa + Entacapona, Rasagilina y Rotigotina parches diarios.
Pendiente de una próxima revisión en junio de 2018 por H. Virgen del Rocío para valoración de intervención quirúrgica por la Unidad de Trastornos del Movimiento.
En cuanto a sus relaciones personales, con su actual pareja es buena al igual que con su padre, complicada con su hijo y distante con el resto de familiares.

Conclusiones

Hemos elegido este caso por la poca frecuencia del mismo, así como la peculiar situación personal y familiar en la que se encuentra la paciente, además de por el enfoque tan global que le podemos dar desde A.P. No solo basándonos en la clínica de la enfermedad, sino un enfoque biopsicosocial.

Palabras clave MeSH

- Juvenile parkinsonism
- Dopamine
- Tremor

Bibliografía

- Bayés A, Belmonte S, Delgado S. Enfermedad de Parkinson. Orientaciones prácticas para el cuidador. Federación Española de Párkinson, IMSERSO 2ª Edición 2014.
- Bega D, et al. Recognition and Treatment of Depressive Symptoms in Parkinson's Disease: The NPF Dataset. J Parkinsons Dis. 2014 Jul 17.
- Joseph Jankovic, Howard I Hurting, April F Eichler. Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. Uptodate Aug 28, 2017.

Este caso cuenta con la autorización de la paciente para su publicación.

3. DOLOR ABDOMINAL, DIARREA Y ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTE PROCEDENTE DE GUINEA

Vilar Gámez M, Rodríguez Bravo I, Medina Salas V

Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Motivo de Consulta

Malestar general, dolores generalizados. Revisión.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 18 años procedente de Guinea Conakry, sin antecedentes patológicos de interés, recién llegado en patera a España desde hace un mes y medio. Acude a consulta para hacerse una revisión después del largo viaje desde su país de origen en condiciones precarias. Refiere dolor generalizado y malestar general. En la anamnesis por aparatos y sistemas, aparte de lo referido por el paciente, destaca dolor abdominal generalizado de varias semanas de evolución asociado ocasionalmente a diarrea sanguinolenta autolimitada. Se desconoce calendario vacunal.

Exploración física:

TA 110/70 sat 98% aa FC 70 IMC 17

Cavidad oral: normal.

No se palpan adenopatías en región cervical.

Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni visceromegalias,

Extremidades con cicatrices queloides en una de las piernas, sin otras lesiones, no edemas.

Las pruebas complementarias solicitadas fueron:

- Hemograma: destaca anemia ferropénica con Hb 11 g/dL, VCM 70, no eosinofilia, no otras alteraciones en el hemograma.
- Ferritina < 6 IST 5%.
- Bioquímica básica, perfil hepático y reactante de fase aguda: dentro de la normalidad.
- Serología VIH, lúes, hepatitis C negativas. Virus hepatitis A IgM negativo, IgG positivo. Anti-HBsAg negativo. Anti-HBeAg positivo, Anti-HBcAg positivo
- Parásitos en heces (x3): Primero negativo. Segundo y tercero positivo para *Schistosoma mansoni*.
- Mantoux negativo. Rx tórax normal.

Enfoque Familiar y Comunitario

Se trata de un paciente con especial vulnerabilidad ya que es un menor extranjero no acompañado (la edad que consta oficialmente sabemos que no es real, pero desconocemos la verdadera), que ha realizado un viaje largo en condiciones precarias, exponiéndose a varios agentes patógenos debido a la escasa higiene de los países que ha atravesado y también a un ambiente donde ha podido estar en contacto con mafias, ataques por "tuaregs" en el desierto (las cicatrices queloides se deben a esto según refiere el paciente), etc.

Por tanto, es un individuo con riesgo de padecer enfermedades que pueden ser poco conocidas en nuestro ámbito sanitario y que, al encontrarse en situación precaria al llegar a nuestro país, hay que prestar especial atención pues está en un periodo de susceptibilidad individual y pueden manifestarse las enfermedades contraídas en el Magreb tanto en África

Subsahariana. El riesgo de movilidad geográfica también va a dificultar el seguimiento del paciente.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

- Esquistosomiasis intestinal
- Hepatitis B crónica a descartar (desconocemos si es positivo para el HBsAg)
- IMC 17, delgadez.

Plan de Acción

- Se remitió a consultas externas de Enfermedades Infecciosas, previo contacto directo con ellos para evitar la demora, por lo que le citaron a la semana siguiente de conocer los resultados en las pruebas complementarias solicitadas. Allí solicitan el tratamiento para la esquistomiasis, que es praziquantel 40 mg/kg en una dosis o repartida en dos dosis. Esta medicación no está disponible en nuestro país, por lo que, desde el servicio de infecciosas han realizado la receta y la han enviado al Ministerio de Sanidad, ya que se trata de una medicación extranjera. También se remitió para completar estudio inmunológico de hepatitis B.
- Se remitió a consulta de enfermería para iniciar vacunación completa ya que desconocemos completamente las inmunizaciones previas del paciente (previa realización de serología para hepatitis B).
- Se le indicó volver a acudir a nuestra consulta después de la valoración por el servicio de infecciosas, para seguimiento posterior.
- Prescribí hierro oral.

Evolución

De momento el paciente se encuentra pendiente de recibir la medicación por parte del ministerio y tiene que volver a ser valorado por el servicio de enfermedades infecciosas. En el momento actual está en tratamiento con hierro oral, y no presenta diarrea aunque sí aqueja dolor abdominal ocasional, de intensidad leve.

Conclusiones

- Es importante conocer el protocolo de atención al inmigrante ya que en los primeros años de la llegada al país de destino existe el mayor riesgo de desarrollar las enfermedades adquiridas en su país de origen. Se deben valorar las pruebas complementarias indicadas en función del país de origen. En un paciente procedente de África Subsahariana estaría indicado realizar todas las pruebas complementarias pedidas, ya que son países con alta incidencia de TBC (más de 100 casos / 100000 hab. en un año), alta incidencia de hepatitis B (de hecho, el hepatocarcinoma supone la segunda causa de muerte en varones en estos países), alta incidencia de ETS, parasitosis intestinales (la esquistosomiasis supone la segunda enfermedad parasitaria más importante, después de la malaria, que supone un gran riesgo de salud pública en los países donde existe), etc.
- Ante una anemia ferropénica en un paciente inmigrante dentro de los 5 años de la llegada al país de destino, siempre hay que investigar si hay parásitos en heces, y no atribuir la anemia a carencia de hierro por déficit nutricional.
- Antes de iniciar vacunación de hepatitis B, hay que solicitar estudio serológico.
- No presuponer que la edad del paciente es la que consta, ya que en general ellos evitan los centros de menores, y su objetivo principal es ponerse cuanto antes a trabajar. Esto tiene relevancia sanitaria, ya que si se les considera menores de 18 años, la cobertura de vacunación, va a ser mayor.

4. ERITEMA MULTIFORME EN EDAD ESCOLAR

Navarro Ortiz N¹, García Lara GM^{a2}, Esteva Rodríguez A³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

²Médico Pediatra de Atención Primaria. Tutora de Residentes. Centro de Salud Cartuja. Granada

³Médico de Familia y tutor de Residentes. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

Motivo de consulta

Niña de 6 años de edad acude con sus padres a consulta refiriendo éstos fiebre, tos y mocos de cuatro días de evolución tratada con medidas físicas y antitérmicos sin mejoría clínica. Después de exploración completa con auscultación respiratoria patológica y con radiografía de tórax normal se trata con dosis de Azitromicina sospechando neumonía atípica, mejorando presumiblemente. Tres meses más tarde, habiéndose encontrado hasta entonces asintomática, acude por lesiones cutáneas en regiones laterales de tronco, glúteos y muslos, que comenzamos a estudiar con ayuda de pruebas complementarias.

Enfoque individual

Como único antecedente personal de interés destacar dermatitis atópica, estaba correctamente vacunada y no se conocían alergias medicamentosas. No había tenido ningún viaje de interés ni relaciones con animales diferentes a las ya experimentadas. Como antecedentes familiares no hay ningún hallazgo de interés.

En mayo la paciente consultó por fiebre de cuatro días de evolución, tos y mocos que tras auscultación pulmonar con crepitantes sobreañadidos decidimos solicitar radiografía de tórax, no presentando en ella condensaciones consideramos una posible neumonía atípica y prescribimos Azitromicina tres días, mejorando en 48 horas.

Tres meses más tarde acude con lesiones polimorfas de tipo pápulas y placas eritematosas y edematosas además de vesículas y una lesión patognomónica “en diana” (posee tres anillos concéntricos y en ocasiones una vesícula hemorrágica central). Eran pruriginosas pero no había signos de impetiginización ni otras complicaciones, prescribimos Dexclorfeniramina para mejorar el prurito e indicamos ver evolución.

Días después acude su madre preocupada porque las lesiones se estaban extendiendo, principalmente en glúteos y muslos, asintomáticas para la niña. Decidimos mantenernos expectantes y revisar a la paciente en unas semanas.

Acude la niña a la cita prevista con ambos progenitores presentando las mismas lesiones, sin prurito ya que usaba el tratamiento antihistamínico prescrito. Sus padres, por la preocupación e incertidumbre, nos demandan alguna prueba complementaria y otra valoración para esclarecer el porqué de las lesiones. Nosotros creíamos un diagnóstico clínico de Eritema Multiforme menor, ya que además tiene lesión patognomónica, pero ante tal inquietud solicitamos pruebas y derivamos a especialista.

En exploraciones complementarias destaca una analítica con hemograma, bioquímica y parámetros de reactantes de fase aguda en rango y serología con IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, sin otros hallazgos. Acuden a consulta de Dermatología quien propone utilizar pautas de Azitromicina y/o Aciclovir, que en principio no seguimos; sí que

pedimos una nueva analítica y observamos la cuadruplicación de la titulación concluyendo que se trata de una reacción cutánea inducida por *Mycoplasma*.

Al cabo de semanas y con repetición de brotes de las lesiones en la piel, los padres se mantenían intranquilos y exigían tratamiento curativo.

Enfoque familiar y comunitario

Con respecto a su estructura familiar conforman una familia nuclear con parientes próximos (sus padres, su hermano mayor y ella viven en casa) sin ningún acontecimiento vital estresante a destacar. Estilo familiar nutritivo, con unión familiar, crianza y adaptación a las necesidades e intereses estimulantes de sus hijos en edad preescolar y escolar. Podemos catalogar según el modelo de Duvall: etapa de consolidación y apertura IV del ciclo vital familiar.

Juicio clínico

Hoy en día existe controversia en cuanto al grupo de lesiones donde clasificamos nuestro caso: Eritema Multiforme Minor (EMm). Gran parte de autores siguen clasificando al Eritema Multiforme, al Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y a la Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET) como expresiones distintas de una misma entidad clínico-patológica, diferenciando según extensión, gravedad y posible factor desencadenante (virus vs fármacos). El EMm son lesiones agudas recurrentes o no, autolimitadas que no tiene afectación de mucosas o es mínima y curan sin secuelas, normalmente en 2-4 semanas, aunque a veces pueden cronificarse como nuestro caso, que en particular se trataría de Eritema Multiforme Minor Cronificado. El EM Mayor cura también sin secuelas pero puede producir brotes agudos y hay afectación de mucosas. El SSJ son lesiones agudas no autolimitadas que incluyen además manifestaciones viscerales. Por último, la NET es progresiva, se desencadena por fármacos y afectan también a órganos internos con curso fulminante.

El diagnóstico es sobre todo clínico combinado con histológico si se precisase. Los hallazgos de laboratorio en el EM menor son normales; en el EM mayor puede haber una tasa de sedimentación globular aumentada, leucocitosis moderada y ligero aumento de transaminasas; y en el SSJ y NET hay fiebre y los hallazgos de laboratorio dependerán del grado de afectación de los órganos internos.

Plan de acción

Después del diagnóstico y habiendo ya tratado hace meses la infección por *Mycoplasma pneumoniae*, proponiéndonos ahora mejorar el cuadro dermatológico, explicamos a los padres que no existe en la literatura un manejo consensuado del EM menor cronificado, y menos aún en la edad pediátrica. Hay controversia respecto al uso de corticoides sistémicos, no está demostrado que acorten la duración de la enfermedad y podrían estar asociados a un aumento de la frecuencia de los brotes y su cronicidad. Proponemos expectación.

Dos semanas más tarde, con persistencia de lesiones, los padres se han inclinado por probar con tratamiento corticoideo. Indicamos Prednisona a dosis de 1mg/kg/día durante los brotes hasta la desaparición de las lesiones, momento en el que reduciremos la dosis.

Evolución

La niña seguía acudiendo con sus padres a la consulta por brotes cutáneos leves cada 10-15 días.

Estando en pleno invierno, se decidió tratar nuevamente solo el prurito. El curso de la clínica se prolongó de 9 a 10 meses hasta remisión espontánea.

Conclusiones

El Eritema Multiforme minor cronificado o recidivante es una forma infrecuente de presentación y su manejo no está exento de polémica.

Tratándose de una entidad benigna en la que la corticoterapia solo consigue disminuir la intensidad pero no la recurrencia ni la duración total del cuadro, siempre hemos de consensuar el manejo con la familia y decidir conjuntamente la necesidad o no de tratamiento.

5. SINDROME COLA DE CABALLO (CAUDA EQUINA)

Serrano Pérez M¹, Martín Pérez M², Franzón González M²

¹Tutora de Residentes. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

²MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

Motivo de Consulta

Lumbalgia aguda y retención urinaria.

Anamnesis

Mujer de 34 años con lumbalgia aguda. Sin mejoría en atención primaria tras 2 semanas de tratamiento con Aines, corticoides y relajantes musculares, acude a urgencias hospitalarias donde diagnostican lumbociática inespecífica, pautan tratamiento, y derivación a consulta Traumatología. Esa tarde inicia incapacidad para micción. A la mañana siguiente en su Centro de Salud se procede a Sondaje Vesical transitorio. Esa misma tarde acude de nuevo al centro de Salud por dolor, anestesia en periné y globo vesical, ante lo que se decide derivar a urgencias hospitalarias, donde ingresa con diagnóstico de Síndrome Cola de Caballo incompleto (lumbociática con parestesias y anestesia hemiperiné izquierdo y retención urinaria, paresia leve L5 y S1 izquierdas y estreñimiento de 4 días). En Rx disminución espacio L5S1. RMN: Hernia discal extruida L5S1.

Enfoque familiar

Unidad familiar homoparental. Etapa I formación del ciclo vital, con relación conyugal sin hijos. Es ama de casa. Marido trabaja fuera. Vive en medio rural.

Juicio Clínico

Síndrome Cola caballo.

Diagnóstico diferencial

Ciática clásica inespecífica.

La prevalencia de la lumbalgia durante toda la vida es de un 60%-80% y la tasa de incidencia es de un 5%-25%, con un pico de afectación entre los 25-45 años. En España provoca más de 2 millones de consultas anuales en Atención Primaria, y es considerado como uno de los problemas de salud relacionado con el trabajo que con más frecuencia causa incapacidad laboral transitoria. Entre 2-5% de personas refieren dolor lumbar al menos una vez al año.

Muy raras veces la causa del dolor lumbar agudo es una enfermedad grave y hay que descartar las “banderas rojas” de alarma que son: Edad >50 años, pérdida de peso inexplicable, fiebre, dolor que no mejora con reposo, pérdida del control de esfínteres o fuerza progresiva.

Lista problemas

Hipotiroidismo, lumbalgias inespecíficas.

Plan de acción

- Hospitalaria: Analgesia, Sondaje e Intervención urgente antes de las 48 horas (Discectomía L5S1 central izquierda).
- Atención Primaria: Retirada de sondaje, Derivación a Urología y Tratamiento rehabilitador con fisioterapia.

Evolución

A la semana mejoría de parestesias, mejoría sensitiva del periné, no control de micción (permanece con sonda) y tenesmo rectal. Seguimiento en consultas de urología para retirada de sonda. A los 3 meses en fase de rehabilitación, sin sonda con micción con esfuerzo, defecación con ayuda, lumbalgia con fuerza de MMII conservada.

Conclusión

Aunque todavía existe controversia al respecto, parece que el único factor pronóstico en la recuperación de la sintomatología neurológica y urinaria de los pacientes con un síndrome de cauda equina es la descompresión urgente en las primeras 24-48 horas tras el inicio del cuadro.

La etiología de este síndrome es variada pudiendo estar causada la compresión por hematomas epidurales (p.e. tras anestesia raquídea), abscesos, neoplasias, migración de la grasa colocada tras una laminectomía e incluso por manipulaciones vertebrales, aunque es la aparición de una hernia discal lumbar la causa más frecuente.

En más del 85 % de los pacientes la sintomatología aparece de forma aguda y progresa en pocas horas. Los síntomas más característicos son ciática bilateral, aunque puede ser de mayor intensidad en una de las piernas, debilidad de la musculatura flexora y extensora del pie y en ocasiones del cuádriceps, que puede condicionar imposibilidad para la deambulación, y síntomas urinarios (retención o incontinencia o incluso ambos). En ocasiones se asocia hipo o anestesia perineal.

La aparición aguda de síntomas urinarios aislados tiene que hacernos descartar también una compresión radicular lumbosacra ya que su prevalencia es mayor que la supuesta clásicamente sobre todo en hernias centrales.

La entidad debe sospecharse por los síntomas y confirmarse por pruebas de imagen, que permiten establecer la etiología y planificar la cirugía. Si se encuentra disponible, la resonancia magnética es el método ideal aunque también son de utilidad la TAC y la mielografía.

La cirugía se realiza mediante laminectomía y extracción de los fragmentos del canal y del contenido discal remanente.

La recuperación de los síntomas es impredecible y generalmente ocurre de forma lenta. La situación final de algunas lesiones, sobre todo las urinarias, puede tardar años en establecerse.

El síndrome de la cola de caballo es una urgencia diagnóstica y quirúrgica. Una demora en tratamiento mayor de 48 horas influye definitivamente sobre el futuro del paciente.

Bibliografía

1. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. Ahn UM, Ahn NU, Buchowski JM, Garrett ES, Sieber AN, Kostuik JP. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Jun 15;25(12):1515-22.
2. Walsh AJ, Martín Z, McCormack D. Cauda equina syndrome secondary to posterior epidural migration of a lumbar disc fragment: a rare phenomenon. European J of Orthopaedic Surgery & Traumatology. 2004;10(4):348-51.
3. Shapiro S. Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Spine 2000; 25: 348-52.

Palabras clave

Lumbalgia, caballo, retención.



6. ESTUDIO DE LEUCOCITOSIS MANTENIDA EN VARON DE 51 AÑOS

Vilar Gámez M¹, Rodríguez Bravo I², López Fernández A¹

¹MIR de MFyC. Centro Salud Almanjáyar. Granada

²Médico de Familia. Centro Salud Almanjáyar. Granada

Motivo de Consulta

Gestiones relacionadas con una familiar con dependencia total.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 51 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a consulta para renovar la medicación de su mujer. Revisamos analíticas previas de este paciente y nos cercioramos de que presenta una leucocitosis con desviación a la izquierda en dos analíticas previas y le indicamos repetirse la analítica. El paciente se encuentra completamente asintomático en el momento actual. Sin presencia de síntomas B. En el último año ha tenido dos episodios de artritis gotosa en la primera falange del pie derecho que se han resuelto con AINEs y colchicina.

En septiembre de 2015 tenía un hemograma con 16650/ μ L leucocitos a expensas de neutrófilos (13020/ μ L), en marzo de 2016 bajaron a 12160/ μ L (neutrófilos 8950/ μ L).

Exploración física: TA 120/80 sat 98% aa FC 70 FR 16 Cavidad oral normal. No se palpan adenopatías submandibulares, supraclaviculares, tampoco en región axilar ni en región inguinal. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación no se palpan masas ni visceromegalias. Extremidades normales sin edemas

Pruebas complementarias (junio 2017):

- Hemograma: leucocitos 15555/ μ L (neutrófilos 11150/ μ L y basófilos 3600/ μ L), resto de fórmula normal
- Bioquímica; ácido úrico 8, LDH 450. Resto dentro de los parámetros de la normalidad
- Frotis sangre periférica: leucocitosis con desviación a la izquierda: mielocitos 3% metamielocitos 5% cayados 8% basofilia comprobada 4%
- Serologías VHC negativo, CMV negativo, VIH negativo Parvovirus B19 IgG positiva, IgM negativa, HBsAg negativo, anti-HBsAg negativo
- Anticuerpos antinucleares negativos
- Anticuerpo antígeno nuclear extraíble positivo
- Proteinograma: dentro de los valores de la normalidad

Enfoque Familiar y Comunitario

M es el marido y cuidador principal de otra paciente de nuestro cupo de 49 años que se encuentra en estado vegetativo tras sufrir hace 10 años una hemorragia subaracnoidea grave. M se encuentra completamente volcado en el cuidado de su mujer y siempre acude a nuestra consulta para gestiones del cuidado de ella. Mi tutora y yo acudimos periódicamente a valorar a su mujer en domicilio. M es poco consultador y, a pesar de las numerosas ocasiones en la que le hemos atendido por consultas referidas a su mujer, él apenas tiene abiertas hojas de consulta. Su preocupación y su esfuerzo diario están en el cuidado impecable de su mujer. Infravalora su estado de salud y sus propios problemas. M es un paciente cumplidor y colaborador pero en ocasiones falta a extracciones de sangre o a citas porque antepone el

cuidado de su mujer a su propia salud. Resulta extremadamente complejo abordar temas psicológicos con respecto al reciente diagnóstico de su enfermedad pues para él no es un problema, para él sólo sería un problema que a su mujer le pasara algo, a pesar de que ella se encuentra desconectada del medio desde hace años.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Leucocitosis con neutrofilia mantenida a estudio.

Problemas psicosociales del cuidador principal de paciente con gran dependencia

Plan de Acción

Ante los resultados obtenidos en el frotis de sangre periférica y la leucocitosis mantenida, se remitió al paciente a la consulta de Hematología y Hemoterapia.

Evolución

En la consulta de Hematología y Hemoterapia le han completado el estudio y ha sido diagnosticado de una Leucemia Mieloide Crónica con cromosoma Filadelfia positivo.

En noviembre de 2017 se inició tratamiento con quimioterapia, prescriben Hydrea a dosis de 1000 mg alternando con 500 mg ya que, aunque estando asintomático, el recuento leucocitario había ascendido a 46480/ μL con una neutrofilia de 84000/ μL , y trombocitosis de 404000/ μL . Además pautaron alopurinol 300 mg en desayuno e hidratación abundante por la hiperuricemia que presentaba debido a la lisis celular (ácido úrico 8). En la cita de revisión, la fórmula leucocitaria se mantenía en niveles similares por lo que modifican el tratamiento e inician nilotinib 300 mg c/ 12 horas.

Este último tratamiento lo ha tolerado correctamente y ha sido efectivo. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y con una fórmula leucocitaria normal: leucocitos 8700/ μL neutrófilos 6500/ μL y plaquetas 300000/ μL .

Conclusiones

Ante un paciente con una alteración mantenida en el hemograma y crisis de gota con ácido úrico elevado, siempre hay que sospechar que puede haber un proceso de lisis celular que puede estar relacionado con una proliferación celular anormal.

Sobre todo creo que es importante resaltar en este caso clínico la importancia de vigilar los problemas de salud tanto físicos como psíquicos en los pacientes cuidadores, ya que el cuidado de sus familiares puede suponer tal carga, que en ocasiones se abandonan a ellos mismos, minimizando sus problemas de salud y olvidando algunas recomendaciones médicas, como puede ser algo tan básico como repetirse una analítica sanguínea para controlar una alteración que quizás no es puntual.

7. DE UN “TIRÓN MUSCULAR” A LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Franzón González M¹, Martín Pérez M¹, Serrano Pérez M²E²

¹MIR de 1er año de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Motivo de consulta

Se inicia el estudio de un hombre de 69 años que presenta dolor en MMII izquierdo de un mes de evolución que ha tratado con fisioterapia con relativa mejoría, y que desde hace 5 días se ha reagudizado, relacionándolo con una posible sobrecarga muscular.

Enfoque individual

Anamnesis: Paciente de 69 años que refiere sobrecarga muscular de un mes de evolución que ha tratado con fisioterapia con relativa mejoría, y que desde hace 5 días se ha reagudizado este dolor, tratándolo de nuevo con fisioterapia y frío local, consiguiendo el frío un mayor alivio del dolor.

Exploración: se observa un aumento del diámetro y eritema del miembro inferior izquierdo, así como, aumento de la temperatura local y empastamiento en comparación con el miembro inferior contralateral.

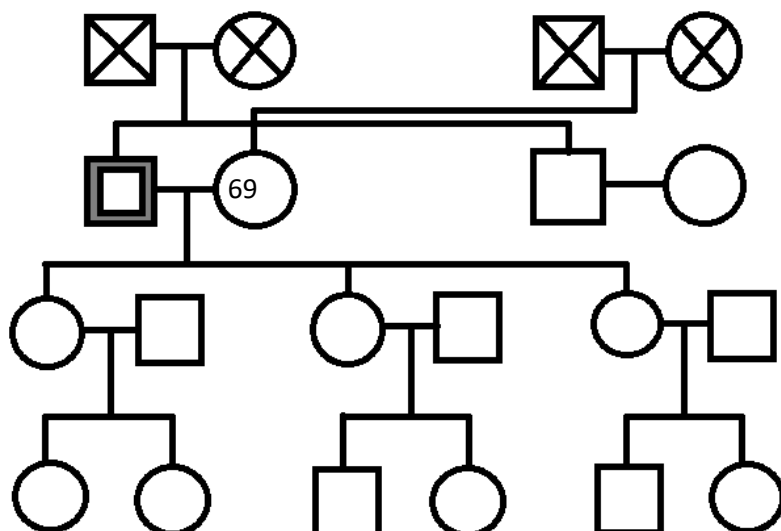
Analíticas: en una primera analítica realizada en el reconocimiento médico de su empresa que aportó el paciente, del día 29/09/2017, se observaba una leucocitosis (21.000) con linfocitosis (15.600 / 74.4%), por lo que se decidió repetir el hemograma para confirmar estos hallazgos, y ampliar el estudio con serologías y citomorfología. Se evidencio de nuevo en la analítica la leucocitosis (28.000) con linfocitosis (20.270 / 72.4%), y serología positiva para Virus de Epstein-Barr.

Pruebas Complementarias:

- EcoDoppler MMII Izquierdo (20/09/2017): Trombosis poplítea parcialmente recanalizada y surales. Sistema venoso femoral en buen estado. Sistema arterial dentro de la normalidad. Juicio Clínico: TVP poplíteo sural.
- Citomorfología (30/11/2017): linfocitos maduros de pequeña talla con núcleo de cromatina condensada, abundantes sombras de Grumpetch, no células blasticas. Síndrome linfoproliferativo B Tipo Leucemia Linfática Crónica (LLC).

Enfoque familiar y comunitario

Paciente activo laboralmente como autónomo siendo gerente de una empresa de jamones. No presenta enfermedades importantes actualmente en su lista de problemas, y que además realizaba en torno a dos horas de ejercicio físico diario de forma previa a la aparición de la patología trombótica.



La relación médico-paciente era ausente previamente a este episodio pues el paciente sólo requería de asistencia sanitaria de forma esporádica con intervalos de años completos entre consultas, a partir de estos episodios se ha iniciado de manera favorable la misma.

Juicio clínico

La presentación de los síntomas: aumento del diámetro y eritema del miembro inferior izquierdo, así como, aumento de la temperatura local y empastamiento en comparación con el miembro inferior contralateral. Y aunque asintomático, presencia de leucocitosis con linfocitosis en analíticas. Existía una posible trombosis venosa profunda y patología de la serie blanca a estudio.

Como diagnósticos diferenciales se debería de tener en cuenta: Trombosis venosa profunda VS Celulitis VS patología musculoesquelética. Patología de la serie blanca. Tras valorar la historia clínica junto a la sintomatología presentada, se diagnostica una posible TVP instaurando tratamiento y siendo confirmada por las pruebas complementarias días después. Según los hallazgos analíticos se procede a derivar al paciente al Servicio de Hematología para completar estudio diagnóstico.

Actualmente presentaba en su lista de problemas: SAOS con CPAPn, cataratas (Intervenidas) y polineuropatía distal.

Plan de actuación

Tratamiento de la trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular y diosmina combinada con hesperidina, confirmando días después por Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Derivación al Servicio de Hematología dados los hallazgos analíticos obtenidos, así como, los resultados de la citomorfología.

Evolución

Actualmente, el primer motivo de consulta como fue la trombosis venosa profunda se resolvió con el tratamiento pautado. En cuanto a la derivación al Servicio de Hematología, el paciente fue visto en Consultas Externas de dicha especialidad a los 3 días de ser derivado. El paciente no presenta actualmente síntomas B, y le fue realizado un TAC-Body el 16/11/2017 en el que no se hallaron alteraciones patológicas a destacar, ni visceromegalias, ni adenopatías, por lo que concluyeron el diagnóstico de Sd. Linfoproliferativo B Tipo LLC Estadio A de Binnet, que actualmente no precisa de tratamiento y está pendiente de revisión el próximo Febrero.

Conclusiones

Podríamos concluir que la aparición de clínica trombótica en este paciente es fruto de la casualidad, pues es más frecuente su presentación en pacientes con síndromes mieloproliferativos y no linfoproliferativos como es el caso de nuestro paciente. Sin embargo en estado de proceso malignos suele existir un aumento de la reactividad plaquetaria, así como, otras anormalidades clonales que contribuyen a establecer la hipercoagulabilidad, a pesar de que en la LLC suele ser más común una presentación con un recuento bajo anormal de plaquetas, que llega a ser el motivo inicial de detección de esta patología en el 2-3% de los pacientes. Considerando los factores epidemiológicos, no existen factores medioambientales que predispongan a esta patología, apareciendo de forma más predominante en hombres que en mujeres, y con características citogenéticas y moleculares similares en todo el mundo.

Bibliografía

- Diehl LF, Ketchum LH. Autoimmune disease and chronic lymphocytic leukemia: autoimmune hemolytic anemia, pure red cell aplasia, and autoimmune thrombocytopenia. *Semin Oncol.* 1998; 25:80.
- Talibov M, Auvinen A, Weiderpass E, et al. Occupational solvent exposure and adult chronic lymphocytic leukemia: No risk in a population-based-case-control study in four Nordic countries. *Int J Cancer.* 2017, 141: 1140.
- Hara Y, Steiner M, Baldini MG. Characterization of the platelet-aggregating activity of tumor cells. *Cancer Res.* 1980; 40: 1217.
- Hultcrantz M, Bjorkholm M, Dickman PW, et al. Risk for arterial and venous thrombosis in patients with myeloproliferative neoplasms: a population-based cohort study. *Ann Intern Med.* 2018.

8. INTOXICACIÓN DIGITÁLICA EN PACIENTE FRÁGIL

García Ortega C¹, Expósito Montes T¹, López Cascales A²

¹MIR de 1er año de MFyC. Centro de Salud San José. Linares (Jaén)

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud San José. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

Paciente mujer de 85 años que vive sola con su marido de 90 y que se presenta como cuidador principal, el cual solicita aviso domiciliario por encontrar a la paciente con un cuadro de astenia importante, náuseas, vómitos, malestar general y sensación distérmica.

Enfoque individual

Anamnesis: Mujer de 85 años DABVD y vida cama-sillón que consulta por malestar general, astenia importante, náuseas con vómitos y sensación distérmica, de corta evolución y sin otra sintomatología acompañante. Se comprueba posología de su medicación que la paciente realiza correctamente.

Tratamiento habitual: Furosemida, Simvastatina, Ramipril, Digoxina, Eutirox y Latanoprost.

Exploración: La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora aunque algo decaída. Exploración neurológica normal.

AC: Tonos bradicárdicos sin soplos, ni roces, ni extratonos.

FC: 44 lpm con SAT O2: 96%. Tª: 36.5º y TA: 150/80

AR: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, con molestias inespecíficas a la palpación, no se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Signos de Rovsing, Murphy y Blumberg negativos, sin defensa abdominal.

Edemas con fóvea en ambos pies.

Analítica:

-Hemograma: 6650 leucocitos, Hb 10.8, 146000 plaquetas.

-Bioquímica: glucosa 77, creatinina 1.50 mg/dl, filtrado glomerular 35 ml/min.

-Fármacos en sangre: digoxina 3.90 ng/ml (0.78-2.03).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-ECG: FA a 45 lpm, eje normal, QRS estrecho y presencia de cubeta digitálica.

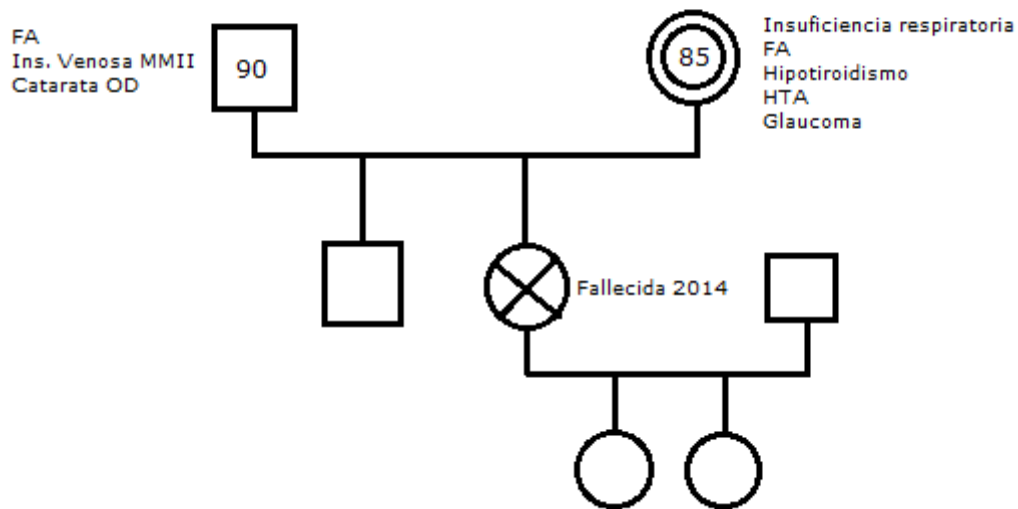
-RX tórax: cardiomegalia con seno costofrénico derecho pinzado.

-RX abdomen: material fecaloideo y aerocolia en colon y ampolla rectal, no niveles hidroaéreos sin signos de obstrucción intestinal.

Enfoque familiar y comunitario

Nos encontramos en el contexto de un matrimonio de avanzada edad, siendo ambos pacientes frágiles, con un hijo que reside fuera de la localidad y una hija fallecida. Su hija era la que se ocupaba de todo lo referente a sus padres, era su apoyo tanto físico como psicológico. Desde su fallecimiento refieren que su hijo y sus nietas van a visitarlos pero que la situación “no es la misma” puesto que su hijo debe trabajar y sus nietas están estudiando fuera por lo que ambos se encuentran solos ante cualquier dificultad.

Ante la situación actual tanto la paciente como su marido se muestran temerosos de lo que pueda ocurrir ya que al no contar con la presencia de ningún familiar, estaban preocupados sobre cómo les repercutiría en su vida diaria.



Juicios clínicos

El diagnóstico diferencial se realizó considerando la intoxicación farmacológica y algún proceso gastrointestinal dado la sintomatología inespecífica de la paciente. Se solicitó una analítica completa para valorar una posible leucocitosis y niveles alterados de digoxina. La analítica mostró un hemograma sin alteraciones de los parámetros, descartando así algún proceso infeccioso. Sin embargo los niveles de digoxina en sangre se mostraron elevados, y de forma casual se halló un filtrado glomerular de 35 ml/min impidiendo la correcta eliminación de digoxina.

La paciente acumula en su lista de problemas:

- Anemia ferropénica
- Nódulo tiroideo solido
- Hipotiroidismo
- HTA
- Fibrilación auricular
- Dislipemia
- Glaucoma.

Plan de actuación

- Suspender digoxina.
- Se pauta suero fisiológico + metoclopramida intravenosa.
- Continuar con resto tratamiento habitual.
- Se solicita analítica urgente para primera hora del día siguiente con valores de digoxina y función renal para valorar la derivación a Centro Hospitalario de referencia según la sospecha diagnóstica, decidiendo finalmente la derivación a urgencias tras los resultados analíticos obtenidos.

Evolución

La paciente fue atendida en el servicio de urgencias donde realizaron controles seriados de digoxinemia, sin resolución favorable de los mismos. Al contrario, continuaron aumentando así como un empeoramiento de la función renal. Se efectuaron electrocardiogramas de control (en los que se continuaba observando la cubeta digitalica y FA lenta), con buenas cifras

tensionales durante todo el ingreso y una FC que osciló entre 28 y 40 lpm. La evolución tórpida de la paciente obligó a su ingreso a cargo de Medicina Interna.

A lo largo de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna se controló la digoxinemia hasta evidenciar una disminución significativa de la misma, sin embargo el filtrado glomerular continuó empeorando y se produjo un aumento de potasio no registrado previamente. Con el paso de los días la paciente se encontraba estable y asintomática. Los niveles de digoxina y de potasio se normalizaron. Sin embargo continuaba en FA con frecuencia cardíaca lenta que obligó a realizar un estudio mediante Holter por parte del servicio de Cardiología que no evidenció patología alguna. Finalmente y tras tratamiento, la frecuencia cardíaca se recuperó (60 LM) aunque hubo que realizar modificaciones en su tratamiento habitual y citar a la paciente en CCEE de Cardiología.

Conclusiones

Este caso es relevante, de cara a considerar el correcto ajuste de dosis en aquellos pacientes frágiles y polimedicados que precisan de una correcta dosificación y conciliación de su medicación en función de su estado metabólico basal para evitar posibles efectos adversos farmacológicos.

Se consideran diversos factores predisponentes a la intoxicación digitálica como son la edad avanzada, sexo femenino, el uso de diuréticos, enfermedad renal e insuficiencia cardíaca, de los cuales la paciente presenta 3.

También sería importante ampliar el estudio analítico previo a iniciar tratamiento con digoxina en cuanto a función renal, ya que en ocasiones cifras normales de creatinina esconden una insuficiencia renal.

La intoxicación digitálica ocurre entre un 4 y un 10% de los pacientes tratados con digoxina, pero es sospechada tan solo en un 0.25% de ellos. Por ello es importante identificar los signos y síntomas de la misma y confirmarla mediante niveles séricos y hallazgos electrocardiográficos.

Bibliografía

- Limon G, Ersoy G, Oray N, Bayram B, Limon O. Retrospective evaluation of patients with elevated digoxin levels at an emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2016; 16(1):17-21.
- Suárez Laures A, Pobes Martínez A, Quiñonez Ortiz L, Forascepi R. Los riesgos de la digoxina en el anciano. *Nefrología*. 2010; 30(1):131-132.
- Cepeda Piorno J, Pobes Martínez de Salinas A, González García M, Fernández Rodríguez E. Utilidad de la ecuación MDRD para detectar insuficiencia renal oculta y disminuir el riesgo de sobredosificación digitálica. *Nefrología*. 2009; 29(2):150-155.

9. SU FAMILIA ES MI ESPECIALIDAD

González Navarro T¹, Serrano Camacho A², Zapata Martínez M²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud La Cañada. Consultorio Retamar (Almería)

²Médico de Familia. Centro De Salud La Cañada. Consultorio Retamar (Almería)

Motivo de consulta

Hiperfagia e insomnio.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Enfoque individual y familiar: Paciente de 67 años que refiere insomnio, hinchazón de miembros inferiores y nerviosismo que se acompaña de conductas hiperfágicas asociadas con ansiedad y depresión.

En tratamiento con fluoxetina que interrumpió voluntariamente y quimioterapia oral por recidiva de cáncer de mama intervenido hace 1 año.

Como AVE nos cuenta la muerte de su madre, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, la recidiva del cáncer de mama y la mala relación de su nuera con el resto de la familia.

Antecedentes personales: Cáncer de mama intervenido en 2000. Recidiva en mama contralateral intervenido en 2014. Trastorno ansioso-depresivo. Hiperfagia.

Anamnesis: Ganas de llorar sin motivo, sensación de ahogo e hiperfagia.

Exploración: Estado general conservado, CYO. ACR normal. HTA 130/80. Talla 1.67 m Peso 90 kg IMC 32.27

Edemas en maléolos pretibiales bilateral ++/++++

Pruebas complementarias: Analítica de sangre. Control TA.

Enfoque familiar y comunitario

APGAR familiar: 8

Valoración APGAR familiar: Familia muy funcional.

Situación familiar tiene tres hijos, vive con su pareja, ambos están jubilados y tienen un negocio familiar cedido a sus hijos.

Convive con un hijo, universitario con el que tiene una relación más conflictiva en los últimos meses porque ha comenzado una relación sentimental tóxica.

Tiene una relación muy estrecha con su hija y con su nieto, y estrecha con sus otros hijos y su marido.

Se siente frustrada por los problemas económicos en su negocio familiar, algunos de sus hijos se encuentran en conflicto y refiere no poder “estar quieta” aunque su familia le recomiende reposo.

Juicio clínico

- Trastorno ansioso-depresivo
- Hiperfagia
- Cáncer de mama bilateral intervenido en tratamiento con quimioterapia oral
- Edemas pretibiales

Plan de Acción / Plan de actuación

Se llega a la conclusión de que se trata de una familia muy funcional, pese a los conflictos familiares.

Se recomienda control TA. Consejo dietético, mantener las piernas elevadas, actividad física diaria (salir a pasear, andar...). Intentar controlar conducta de hiperfagia, realizar 5 comidas diarias.

- Planteamos apoyo y ayuda por nuestra parte. Ponemos a su servicio nuestra ayuda y apoyo. Planteamos derivación al psicólogo. Recomendamos realizar alguna actividad física relajante.
- Farmacológico: continuar con Fluoxetina.
- Planteamos apoyo y ayuda por nuestra parte. Ponemos a su servicio ayuda por parte del Trabajador social, la introducimos en un grupo socioterapéutico. Planteamos nueva derivación al psicólogo y/o psiquiatra.

Evolución

En sucesivas visitas la paciente se muestra más relajada y duerme mejor, ha comenzado a reducir tratamiento farmacológico para dormir. Refiere que empieza a controlar "los atracones". Su nieto le ha regalado un perro y sale a pasear a menudo con él y su marido. Ha comenzado a asistir a un taller de Mindfulness y se muestra motivada con ello.

Conclusiones

El abordaje familiar supone una herramienta del Médico de Familia mediante el cual poder identificar y solucionar, en algunos casos, gran número de problemas en la práctica clínica.

A través de la construcción de un genograma, mediante la representación gráfica de una constelación familiar a través de una serie de símbolos, podemos llegar a realizar un abordaje familiar estructurado e identificar a los miembros de la familia, los sistemas conyugales y fraternales, los acontecimientos vitales estresantes para el paciente, así como su red de apoyo social y las relaciones entre familiares.

10. ¿Y AHORA QUÉ VA A PASAR CONMIGO, DOCTOR?

García Sardón P¹, Viceira Martín C², Pardo Álvarez JE³

¹MIR de MFyC. UGC El Torrejón. Huelva

²MIR de MFyC. Centro De Salud Sta. María De Benquerencia, Toledo

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. UGC El Torrejón. Huelva

Motivo de consulta

Paciente varón de 49 años de edad que consulta con su Médico de Familia (MdF) por presentar tumoración en región inguinal izquierda que le ocasiona molestias bien toleradas desde hace 6 meses.

Enfoque individual

Anamnesis

Antecedentes personales:

No se conocen reacciones alérgicas medicamentosas. Ex fumador de 20 paquetes/ año desde hace 18 meses. No hábito enólico ni otros consumos tóxicos. Obesidad. No otros factores de riesgo cardiovascular. No sigue tratamiento domiciliario.

Consulta por presentar desde hace aproximadamente 6 meses tumoración inguinal izquierda que en los últimos días le genera molestias. Refiere ser parcialmente irreductible, aumentando y disminuyendo de tamaño de manera frecuente.

No se ha notado otras lesiones parecidas. No ha presentado fiebre ni otros síntomas por aparatos.

Exploración

Buen estado general.

Se aprecia tumoración directa de 2x2 cm aproximadamente, parcialmente reductible. No cambios de coloración cutánea ni aumento de temperatura.

Resto de exploración por aparatos sin hallazgos de interés.

Ante este hallazgo compatible con hernia inguinal no complicada, se decide derivar a Cirugía General para valoración e intervención quirúrgica programada.

En Atención Hospitalaria (AH), el cirujano coincide con nuestra impresión diagnóstica e incluye al paciente en lista de espera quirúrgica para operarse sin realización de prueba complementaria alguna.

En sala de quirófano, intraoperatoriamente, no se aprecia hernia inguinal sino adenopatías hemorrágicas que se resecan.

El paciente acude a consulta de AH con Cirugía para informe de resultados, donde le indican que puede tratarse de adenopatías metastásicas de posible melanoma.

La transmisión de información en AH no es clara y el paciente acude nuevamente a nuestra consulta para resolver sus dudas y aclarar la situación.

Explicamos los hallazgos y resultados de anatomía patológica.

Pruebas Complementarias

Se inicia estudio a nivel de Dermatología donde no objetivan lesiones pigmentadas compatibles con melanoma. Derivan a Oftalmología y Aparato Digestivo donde tampoco se encuentra lesión primaria. Se inicia seguimiento por Oncología donde comentan el caso en comité de tumores y tratan de adoptar un plan de abordaje.

Analítica: sin alteraciones reseñables en bioquímica y hematimetría.

Anatomía Patológica: ganglios linfáticos con ocupación masiva por neoplasia de alto grado histológico. Tinción citoplasmática en la gran mayoría de las células tumorales.

PET TAC: extensa afectación linfática infradiaphragmática con afectación metastásica esplénica, hepática pélvica, retroperitoneal y de médula ósea. Nódulos en pulmón derecho.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente está casado, tiene dos hijas de 14 y 19 años, con buena relación familiar.

Situación laboral estable.

Toda la familia es conocedora de la situación y hay un gran apoyo familiar hacia el paciente.

Juicio clínico

Metástasis inguinales, pélvicas, retroperitoneales, esplénicas, hepáticas, pulmonares y de médula ósea de melanoma sin objetivarse primario (pTXpN3M1) BRAF WT.

Plan de acción y evolución

Durante todo el proceso sus MdF han realizado un seguimiento estrecho de la situación clínica y emocional del paciente. Consultas semanales para informe de nuevos resultados y análisis de la situación, ajuste terapéutico para control del dolor y llamadas telefónicas frecuentes tratando de reforzar al paciente.

En un principio desde Oncología, plantean inmunoterapia con Pembrolizumbab 2mg/kg cada 21 días. Entendiendo riesgos y posibles beneficios, el paciente acepta y firma el consentimiento informado para inicio de terapia.

Debuta con cuadro de dolor intenso (EVA 8-9) en ambas caderas y zona lumbar con febrícula casi a diario. Iniciamos tratamiento analgésico requiriendo ser de tercer nivel con coadyuvantes. Titulamos de manera paulatina y nos mantenemos en estrecho contacto para respaldo y seguimiento de la terapia.

En una consulta posterior de Oncología, refieren que, en base a datos de supervivencia global, supervivencia libre progresión y tasas de respuesta de los ensayos Keynote-006 frente a Ipilimumab y Keynote-002 frente a quimioterapia, solicitan aprobación para iniciar 1ª línea con Pembrolizumbab 2mg/ kg tres veces por semana, ofreciéndole ser incluido en un Ensayo Clínico (EC) en otro hospital fuera de su provincia de residencia.

Nuevamente consulta con su MdF mostrando su miedo e incertidumbre ante los últimos cambios. Se encuentra preocupado por la demora en el inicio de la terapia y no comprende el cambio de hospital ni lo que supone iniciar un tratamiento en desarrollo por un EC.

Le explicamos la situación y la posibilidad de beneficiarse de estas nuevas terapias.

Aporta documentación de EC, ya firmada, sin haber comprendido en qué consiste y cómo se realiza hasta que consulta con sus MdF.

En la actualidad se encuentra pendiente de inicio de nueva terapia señalada más arriba. El control del dolor es aceptable, precisando pocos rescates de mórnicos, con buena tolerancia y sin presentar efectos secundarios no deseados.

Por nuestra parte, ponemos al equipo de Cuidados Paliativos en conocimiento del caso.

Conclusiones

Desde la consulta de Atención Primaria podemos llegar a alcanzar numerosos casos de éxito a nivel diagnóstico con pocos recursos. En cambio, en algunas ocasiones, no todo es lo que parece. Una patología que de inicio se consideraba frecuente y fácil de abordar ha resultado ser todo lo contrario.

El manejo de la incertidumbre es una de las tareas más complejas del MdF. El seguimiento estrecho del paciente y el apoyo a él y su familia en situaciones de este tipo es labor fundamental de los MdF.

La transmisión de la información deber ser adecuada y adaptada a las posibilidades de comprensión de los pacientes.

No debería ser limitada salvo petición expresa del paciente. Pero desde luego nunca debe ser obviada. En casos como este asumimos, de nuevo, un papel de extrema importancia para que nuestros pacientes sean conscientes de lo que está ocurriendo. Somos sus asesores a distintos niveles.

El seguimiento clínico es crucial pero, en situaciones de esta índole, hay que hacer un esfuerzo aún mayor para acompañar al paciente y su familia en todo el proceso.

11. SOBREDOSIFICACIÓN DE LITIO TRAS CUADRO DE GASTROENTERITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Correa Gómez V¹, Oualy Ayach Hadra G¹, Martos Toribio G²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud De Úbeda (Jaén)

²Médico De Familia. Centro De Salud De Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

La notan más torpe.

Enfoque individual

Mujer de 71 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo, trastorno bipolar y fibromialgia. Sin antecedentes quirúrgicos ni hábitos tóxicos. En tratamiento con lisinopril 20 mg/hidroclorotiacida 12.5 mg 1 comprimido/24horas, atorvastatina 20 mg 1 comprimido/24horas, tiroxina 150 mcg 1 comprimido/24horas, litio 400 mg (0.5- 0.5- 1), lamotrigina 50 mg (1- 0- 2), alprazolam 0.25 mg/8h y tramadol/paracetamol si precisa.

Acude a consulta de su Médico de Familia (el mismo desde hace más de 20 años), acompañada por su hijo y marido, porque en los últimos días la notan más torpe de lo habitual. Refiere empeoramiento del estado general con decaimiento y torpeza en los movimientos. Asociado a temblor y trastorno de la marcha por pérdida de fuerza de miembros inferiores, con dismetría y disartria. Presenta náuseas desde hace 4-5 días, lo cual ha provocado que se haya saltado alguna toma de su medicación. Con diarrea desde hace 2-3 días, con heces de consistencia líquida sin presencia de productos patológicos, y orinas más oscuras. Refieren numerosas caídas de forma casual en los últimos meses, por inestabilidad sobre todo con los cambios posturales, con mareo leve sin pérdida del nivel de consciencia. No otros signos de alarma neurológica. Niega traumatismos. No dolor torácico ni disnea. No dolor abdominal. No fiebre. En seguimiento en Consultas Externas de Neurología por inestabilidad de la marcha y temblor de probable origen multifactorial (poliartrosis/yatrogeno). Hace algo más de un mes tuvo un cambio de tratamiento psiquiátrico, se le suspende la quetiapina, como sospecha de posible causa del temblor, que cede. Independiente para actividades básicas de la vida diaria, con limitación de movilidad de largo tiempo de evolución, pero sin necesidad de ayuda ortopédica. En la exploración está consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Se aprecia marcha con anteflexión del tronco, pasos cortos y braceo pobre. Temblor de miembros superiores de actitud. Mioclonías palpebrales. Pares craneales normales, disartria, motilidad y sensibilidad de miembros normales, dismetría dedo-naríz. Reflejos posturales conservados. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario

Ama de casa, con 2 hijos. Vive con su marido. El hijo vive en misma localidad y la hija en otra comunidad. Hasta ahora es la paciente la que se encarga de su medicación. Sin problemas importantes en el ámbito familiar. En los últimos meses sale poco de casa debido a las dificultades de movilidad y el miedo a las caídas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El Médico de Familia conoce a la paciente desde hace muchos años y evidencia un trastorno agudo en su salud. Dado a aparición en poco tiempo de debilidad muscular con alteración de la marcha, decaimiento, dismetría y alteración del lenguaje; se debe sospechar en enfermedades del sistema nervioso como patología vascular cerebral, patología medular,

parkinsonismos secundarios inducidos por fármacos, neuropatías metabólicas o tóxicas, entre otros. Descartaríamos enfermedades desmielinizantes, de motoneurona o neoplasias cerebrales debido a que éstas tienen un curso progresivo. Y no podemos olvidar las causas psicógenas, como histeria o simulación, dado a los antecedentes psiquiátricos de la paciente.

Plan de actuación

Su Médico de Familia decide derivarla a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Evolución

Ya en el hospital se le realiza TAC craneal y análisis sanguíneo con resultado dentro de la normalidad, salvo cifras de creatinina de 1.6 mg/dl. Electrocardiograma a ritmo sinusal a 70 lpm. El Médico de Urgencias solicita control de litemia obteniéndose cifras de 2.68 mEq/l. Se diagnostica de sobredosificación de litio en el contexto de algún error en la toma de medicación y asociado a deshidratación por un cuadro de gastroenteritis. Se realiza ingreso hospitalario para corregir cifras de litemia, disminuir dosis de litio de forma progresiva y valorar evolución de clínica asociada.

Ya de alta hospitalaria, su Médico de Familia decide suspender diurético tiacídico debido a interacción con el litio, produciendo incremento de litemia. Y de acuerdo con Psiquiatra y dado a estabilidad de cuadro psiquiátrico, finalmente se suspende litio, continuará tratamiento del trastorno bipolar con lamotrigina y se valorará evolución. Sus hijos han planificado la medicación diaria y le han cargado un pastillero semanal y una hoja explicativa, el marido le ayudará a administrarse la medicación.

Conclusiones

El Médico de Familia debería tener en cuenta la posible intoxicación de litio en todo paciente que esté en tratamiento con él; además en Atención Primaria está a disposición la posibilidad de solicitar cifras de litio en sangre, sin necesidad de realizar derivaciones hospitalarias.

Dado a que este psicofármaco tiene un margen terapéutico muy estrecho se aconseja hacer controles de litemia, además de los periódicos, en cuanto haya presencia de algún factor de sospecha que favorezca la intoxicación (sobredosificación, deshidratación, interacción con fármacos que modifican la litemia (por ejemplo, diuréticos tiacídicos y de asa, IECAS, ARA II, AINES, clonazepam o fluoxetina) o el desarrollo de insuficiencia renal en pacientes con tratamientos a largo plazo).

Se considerará intoxicado todo paciente con clínica neurológica y litemia mayor de 1,2 mEq/L o con litemia mayor de 1,6 mEq/L independientemente de la clínica. La sobredosificación se debe a la acumulación del litio en pacientes que lo toman de forma crónica.

La manifestación clínica predominante es la afectación neurológica (apatía, letargia, debilidad y temblor, confusión, disartria y mioclonías), que puede acompañarse de alteraciones electrocardiográficas (similares a las de la hipopotasemia), y gastrointestinales. Los casos graves pueden presentar complicaciones cardiovasculares mortales.

La base del tratamiento es la retirada del litio y la corrección de los factores desencadenantes, si se trata de un cuadro de sobredosificación.

La paciente da su autorización explícita a los autores para que su caso clínico sea publicado cumpliéndose además de las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

12. BULTOMA EN REGIÓN AXILAR DERECHA

Hinojosa Fuentes F, Ramírez Sánchez D, Gil Cañete A

Centro De Salud Molino De La Vega, Huelva.

Motivo de consulta

Bultoma en región axilar derecha.

Enfoque individual

Antecedentes personales: Varón de 40 años, no alergias medicamentosas conocidas, hipertenso en tratamiento con enalapril 20mg/día, fumador de 10 cig/día desde hace 15 años, bebedor esporádico.

Anamnesis

Acude a consulta por presentar, desde hace dos meses, un bultoma en región axilar derecha que se acompaña de adenopatías dolorosas en la misma zona. Desde hace un mes presenta fiebre de hasta 38,2°C que se acompaña de mialgias, cefalea y mal estado general. Profundizamos en la anamnesis y nos cuenta que hace unos meses estuvo trabajando en una granja con diversos animales y no sabe si tendrá algo que ver. No recuerda bien si ha sufrido alguna herida por parte de estos animales.

Exploración

Consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo, normohidratado, normoperfundido, normocoloreado.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular bilateral conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.

Miembros inferiores: no edemas, ni signos de trombosis venosa profunda.

Piel: en axila derecha presenta tumoración de 2cms de diámetro que se acompaña de dos adenopatías dolorosas de menor tamaño, en la misma región anatómica. La tumoración es dura, dolorosa, sin eritema ni aumento de la temperatura. No presenta adenopatías en otra región.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer y su hija. Estatus socioeconómico medio-bajo. Actualmente en paro.

Juicio clínico

Enfermedad por arañazo de gato.

Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo. Enfermedad autoinmune. Reacción a fármacos. Enfermedad infecciosa (enfermedad por arañazo de gato).

Plan de acción y evolución

Dado el cuadro clínico del paciente y los antecedentes, se decide derivar a Urgencias para estudio analítico y radiológico.

La analítica en urgencias es normal, al igual que la radiografía.

Se solicita ecografía de partes blandas donde se aprecia edema del tejido celular subcutáneo en la axila, que se acompaña de dos formaciones hipoecoicas compatibles con adenopatías patológicas.

Se solicitó serología y se siguió al paciente en la consulta rápida de Medicina Interna. Serología: VIH, VHB y VHC negativas; B. henselae IgG positiva, IgM positiva.

Tras los resultados, el paciente recibió tratamiento con Azitromicina 500 mg cada 24 h por vía oral durante 5 días. A los dos días desapareció la fiebre y en dos semanas la tumoración y las adenopatías. En pacientes alérgicos a azitromicina se recomienda el uso de claritromicina 500mg al día, rifampicina 300mg cada 12 h o ciprofloxacino 500mg cada 12 h durante 5-7 días.

Conclusiones

La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa, causada por Bartonella henselae. Suele aparecer una linfadenopatía regional autolimitada, que puede acompañarse de afectación visceral, neurológica y ocular. Se propaga a través del contacto con un gato infectado (mordedura o arañazo) o por la exposición a las pulgas de gato. También puede propagarse a través del contacto con la saliva del gato sobre la piel o las superficies mucosas con pérdida de solución de continuidad como las de la nariz, la boca y los ojos. La mayoría de los pacientes suelen tener una resolución gradual de los síntomas incluso sin tratamiento antimicrobiano específico, pero en un pequeño porcentaje de casos se produce enfermedad diseminada, pudiendo dar lugar a complicaciones graves.

La enfermedad por arañazo de gato debe estar siempre presente en el diagnóstico diferencial de un paciente que consulta por adenopatías, e incluso debe considerarse parte del diagnóstico diferencial del síndrome febril. Una buena anamnesis, dirigida hacia el antecedente epidemiológico de contacto con mascotas, en especial gatos, es determinante. Sólo un alto índice de sospecha podría hacer que éste sea un diagnóstico ambulatorio, pero una buena historia clínica podría detectarla precozmente y evitar gastos y procedimientos innecesarios.

13. DISFAGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hinojosa Fuentes F¹, López Díaz JA¹, Mora Moreno F²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Molino De La Vega. Huelva

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Molino De La Vega. Huelva

Motivo de Consulta

Dificultad para tragar alimentos

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 74 años de edad, presenta como antecedentes personales, no hábitos tóxicos conocidos, hábitos fisiológicos de tres alimentaciones normocalóricas tres veces al día. Presenta como factores de riesgo cardiovasculares, la hipertensión arterial con tratamiento de ramipril 10mg al día, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina glargina 22UI al día e insulina aspart 2UI en cada comida y dislipemia que precisa simvastatina 20mg en noche. Desde el punto de vista cardiovascular presenta una fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol y control de frecuencia cardíaca con bisoprolol 5mg al día. Nefropatía diabética con enfermedad renal crónica estadio 1, osteoartrosis de columna dorsolumbar con hernia discal L3-L5 no subsidiaria de cirugía con tratamiento de tapentadol 50mg dos veces al día, precisando de laxantes a demanda para regulación del hábito intestinal. Enfermedad actual: desde hace dos meses refiere dificultad para pasar los alimentos sólidos más que los líquidos, siendo de manera abrupta y no paulatina. Al tragar el bolo alimenticio experimenta sensación de que se queda atragantado en el tórax, negando clínica de pirosis, sialorrea o halitosis o debilidad muscular. Con mucha frecuencia sobreviene la regurgitación de los alimentos, sin ser digeridos, sin ansia ni vómitos.

Exploración física: buen estado general, bien hidratada y profundida, consciente, orientada en tiempo y espacio. Auscultación cardiopulmonar con tonos arrítmicos a buena frecuencia, no soplos, ni extratonos, buena entrada de aire bilateral en ambos campos pulmonares sin ruidos patológicos sobreañadidos. A nivel cervical, no se palpan adenopatías, cavidad oral sin lesiones cutáneas aparentes con buena movilidad lingual, reflejo nauseoso conservado con buena apertura y cierre labial, faringe hiperémica sin lesiones cutáneas aparentes. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos conservados, sin signos de irritación peritoneal. Neurológico: movimientos oculares externos conservados, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no alteraciones en la articulación del lenguaje con restos de pares craneales sin hallazgos a resaltar.

Pruebas complementarias: prueba de deglución de agua que consiste en hacer que el paciente beba 150 ml de agua de un vaso lo más rápido que pueda, mientras que el examinador registra los hallazgos de la actuación. Tras la prueba no se evidencia episodios de babeo, tos o disfonía, apreciándose discreta regurgitación del líquido.

Enfoque Familiar y Comunitario

Vive con marido e hija en familia normofuncionante, básicamente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, funciones mentales superiores conservadas, no uso de bastón, no solicitada la ley de dependencia.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Se sospecha una disfagia de localización esofágica, probablemente acalasia, debiéndose hacer un diagnóstico diferencial con tumor esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, tuberculosis o esclerodermia.

Plan de Acción

Se solicita estudio baritado de esófago, estómago y duodeno. Al presentarse el cuadro clínico con datos de alarma como aparición después de los 60 años de edad y una corta evolución de la enfermedad de menos de 6 meses se debe descartar enfermedad maligna, motivo por el que se deriva a las consultas rápidas de Digestivo para estudio endoscópico y mayor aproximación diagnóstica. Mientras le llega la cita se le pauta ante la sospecha clínica, nifedipino 10mg sublingual antes las comidas con mapeo de tensiones que nos aportará en una semana.

Evolución

El estudio baritado supone que el medio de contraste ha progresado sin dificultad a través del esófago hasta cámara gástrica, poniéndose de manifiesto una escasa peristalsis de los 2/3 inferiores esofágicos que han dado lugar a la retención de papilla de bario y producción de numerosos episodios de regurgitación en el esófago. Al quedar retenida la papilla de bario, visualizamos distensión del esófago medio-distal (acudal al cayado aórtico) que adopta una morfología que simula a la acalasia, con estrechez y escasa distensión de la unión esofago-gástrica aunque sin claro afilamiento de la misma. Los márgenes son lisos y no se demuestra compresión extrínseca que lo justifique. Resto de estómago y duodeno sin hallazgos a resaltar. (Figuras 1 y 2). Tras la administración del fármaco ha experimentado clara mejoría clínica, aportándonos buenos registros tensionales.



FIGURA 1



FIGURA 2

Conclusiones

Ante una disfagia es primordial orientar desde atención primaria la localización, es decir, orofaríngea o esofágica a través de la historia clínica, que nos permita recoger la clínica más prevalente entre una y otra (Figura 3). El lugar donde el paciente localiza la detención del bolo es el primer dato a investigar en nuestra anamnesis. Una vez orientado, debemos estar atentos a los signos de alarma que nos sugiere enfermedad maligna, tales como aparición en mayores de 60 años, corta evolución, pérdida de peso asociada.

	Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
Etiología	Predominan las alteraciones funcionales neuromusculares	Alteraciones orgánicas y funcionales
Manifestaciones clínicas		
• Localización	Cuello	Región esternal y/o cuello
• Acompañantes	Dificultad para la masticación Escape de comida por la boca Sialorrea Deglución fraccionada Disartria Dificultad para iniciar la deglución Deglución repetida Regurgitación nasal Regurgitación oral inmediata Aspiración: tos, asfixia Disfonía	Regurgitación tardía Dolor torácico Pirosis
Valoración riesgo deglución	Inmediata	Generalmente, no inmediata

FIGURA 3

14. DOCTORA, NO PUEDO DEJAR DE MOVERME. DETECCIÓN DE EFECTO ADVERSO AGUDO POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Ortiz Viana M³C¹, Correa Gómez V¹, Martos Toribio G²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud de Úbeda (Jaén)

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

Motivo de consulta

Incapacidad para mantenerse quieta.

Enfoque individual

Mujer de 50 años con antecedentes personales de trastorno obsesivo-compulsivo y síndrome ansioso-depresivo de larga data que se agudizó tras fallecimiento de un ser querido. En seguimiento por Unidad de Salud Mental tras gesto autolítico con arma blanca hace 2 años y por continuas ideas autolíticas. Fumadora de 30 cigarrillos/día desde hace 25 años y exalcohólica que continua control de deshabitación en Centro de Drogodependencias. Sin antecedentes quirúrgicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento actual con clorazepato dipotásico 50 mg 1 comprimido/8horas, quetiapina 25 mg 1 comp/8h, fluvoxamina 100 mg 1 comprimido/24horas, clomipramina 75 mg 1 comprimido/12horas y haloperidol 5-10 gotas/8horas como refuerzo.

Acude a consulta de su Médico de Familia refiriendo sensación de intranquilidad y malestar interno acompañado de inquietud motora desde ayer. También asocia pérdida de apetito con repercusión ponderal no cuantificable, insomnio de conciliación e ideas obsesivas de limpieza y orden, además de persistencia de ideas autolíticas no estructuradas; aunque todo ello de mayor tiempo de evolución. Se invita a sentarse y lo descarta refiriendo que es incapaz de estarse quieta.

La paciente ha pasado de no acudir nada a consulta de Atención Primaria y ser una desconocida para su Médico de Familia, a ser una paciente hiperfrecuentadora. Principalmente acude para prescripción de tratamiento psiquiátrico. En esta ocasión es la tercera vez, en el último mes, que acude con informe de psiquiatra privado para cambio de medicación.

En los últimos meses, en un peregrinaje por diferentes profesionales del ámbito privado, ha iniciado tratamiento con múltiples fármacos psiquiátricos, que han sido sustituidos reiteradamente, aún en periodo de latencia.

En exploración física se objetiva una mujer en estado de ansiedad, con marcada angustia. Presencia de inquietud psicomotriz, caracterizada por llevar su peso corporal de un pie al otro, moviéndose en el mismo lugar e incapacidad para mantenerse quieta. Está consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Colaboradora, con discurso coherente, espontáneo y fluido, mantiene atención y contacto visual. Exploración neurológica normal. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos de interés.

Enfoque familiar y comunitario

Divorciada con 3 hijos varones de 21, 20 y 13 años, con los que convive. Trabaja en Correos. Actualmente en estado de incapacidad temporal por reagudización de síndrome ansioso-depresivo tras acontecimiento vital estresante (fallecimiento del padre de forma súbita por

infarto agudo de miocardio cuando iba de copiloto, mientras ella conducía, teniendo que llevarlo al Centro de Salud sin poder hacer mientras nada). Varios familiares con problemas de alcoholismo (padre y hermano). Hermano con esquizofrenia. Tiene apoyo familiar, principalmente de una hermana, que vive en la misma localidad, y del hijo mayor.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial

En esta paciente lo que más llama la atención es la presencia de inquietud motora. Dicha clínica nos debe hacer pensar inicialmente en la acatisia, un efecto adverso de su tratamiento psiquiátrico. Pero esta clínica también puede ocurrir en casos de enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, síndrome de piernas inquietas o síndrome de abstinencia, entre otros.

Debido a que la paciente ha sufrido numerosos cambios de su medicación psiquiátrica en los últimos tiempos, entre ellos el inicio de tratamiento con antipsicóticos como la quetiapina y el haloperidol, hace más probable que se deba a un efecto adverso neurológico de la medicación.

Plan de actuación

Se le informa y reitera que tantos cambios de medicación en tan poco tiempo no están bien, que sería mejor valorar tratamiento psicológico. También se le ofrece posibilidad de derivar a urgencias hospitalarias para valoración psiquiátrica y evaluar necesidad de ingreso hospitalario temporal, pero la paciente lo desestima. Por lo tanto se realiza consulta telefónica con psiquiatra de Unidad de Salud Mental para orientación de medidas a tomar. Se procede a reajuste de tratamiento. Se suspende quetiapina, se disminuye la dosis de clomipramina a 1 comprimido/24horas y se inicia suspensión de haloperidol progresivamente. Se inicia tratamiento con biperideno para control del clínica manifiesta. Tras aplicar dichas medidas la paciente comienza a presentar mejoría sintomática.

Evolución

Actualmente la paciente está en tratamiento psiquiátrico con clomipramina 75 mg 1 comprimido/24h, clorazepato dipotásico 50 mg 1 comprimido/8horas, fluvoxamina 100 mg 1 comprimido/24horas y clonazepam 2 mg si insomnio. Ya suspendió quetiapina, haloperidol y biperideno. Subjetivamente mejor de clínica de ansiedad y asintomática en cuanto a la inquietud motora, ha iniciado tratamiento psicológico y mantiene seguimiento sólo por psiquiatra de Unidad de Salud Mental.

Conclusiones

La acatisia se caracteriza por intensa sensación subjetiva de malestar interno, con incapacidad para mantenerse quieto, describiendo una necesidad de moverse. Habitualmente se desarrolla en días o semanas del inicio de la administración de medicamentos antipsicóticos o antieméticos.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en lo mencionado por el paciente en cuanto al componente subjetivo así como la observación por parte del médico del componente motor del cuadro. También se puede utilizar la Escala de Barnes para Acatisia (Tabla 1).

El manejo terapéutico incluye cambiar o suspender los fármacos causantes de la acatisia (antipsicóticos, antieméticos), siempre que esto sea posible. Entre los fármacos de primera línea usados para el control de la acatisia están el propranolol o mirtazapina; en una segunda línea biperideno, y en tercera línea las benzodiacepinas como el clonazepam, lorazepam o diazepam. Además también se recomienda una buena higiene del sueño, hacer ejercicio, evitar la cafeína y mantener rutinas y orden.

La acatisia es infradiagnosticada o pasada por alto, pero el Médico de Familia debe tenerla en cuenta siempre en todo paciente con tratamiento psiquiátrico, principalmente con antipsicóticos; ya que el diagnóstico oportuno es de gran importancia para evitar complicaciones como la pobre adherencia al tratamiento psiquiátrico o abandono del mismo, desencadenando exacerbación de los cuadros psiquiátricos, conductas agresivas e incluso riesgo suicida.

Tabla 1: Escala de Acatisia de Barnes.

Los pacientes deben ser observados mientras están sentados y luego de pie mientras están enfrascados en una conversación (mínimo 2 minutos en cada posición). Los síntomas observados en otras situaciones también deben valorarse

Criterios objetivos:

0. Normal, ocasionalmente movimientos nerviosos de las extremidades.

1. Presencia de movimientos de inquietud característicos: movimientos de arrastrar las piernas o los pies o pasos pesados, balancearse sobre una pierna mientras se está sentado, y/o balancearse de un pie a otro o caminar sobre un mismo punto mientras se está de pie. Estos movimientos se observan durante menos de la mitad del tiempo en que se observa al paciente.
2. Se observan fenómenos como los descritos en el punto anterior pero durante más de la mitad del tiempo de observación.
3. El paciente está constantemente con movimientos de inquietud característicos y/o no consigue mantenerse sentado o de pies in caminar o deambular durante el tiempo de observación.

Criterios subjetivos (consciencia de la inquietud):

0. Ausencia de inquietud interna.

1. Sensación no específica de inquietud interna.
2. El paciente es consciente de su incapacidad de mantener sus piernas quietas o siente un deseo de mover las piernas y/o refiere un empeoramiento de su inquietud interna cuando se le requiere que se esté quieto.
3. Consciencia de una intensa compulsión a moverse la mayoría del tiempo y/o el paciente refiere un fuerte deseo de caminar o deambular la mayoría del tiempo.

Criterios subjetivos (malestar relativo a la inquietud):

0. Ausencia de estrés. 1. Leve. 2. Moderado. 3. Grave.

Valoración clínica global de la acatisia:

0. Ausente: no evidencia de consciencia de inquietud. La observación de movimientos característicos de acatisia sin que el paciente refiera inquietud interna o deseo compulsivo de mover las piernas deberá ser clasificada como pseudoacatisia.
 1. Cuestionable: tensión interna no específica y movimientos de arrastrar los pies.
 2. Acatisia leve: consciencia de inquietud en las piernas y/o la inquietud interna empeora cuando se requiere al paciente que se esté quieto. Están presentes los movimientos de arrastrar los pies pero no se observan necesariamente los movimientos de inquietud característicos de la acatisia. Esta condición causa muy poco o no causa estrés.
 3. Acatisia moderada: consciencia de inquietud como la descrita para la acatisia leve, combinada con movimientos de inquietud característicos como balancearse de un pie a otro mientras se está de pie. Esta situación provoca estrés en el paciente.
 4. Acatisia marcada: la experiencia subjetiva de inquietud incluye un deseo compulsivo de andar o deambular. Sin embargo, el paciente es capaz de mantenerse sentado como mínimo 5 minutos. La situación es obviamente estresante.
 5. Acatisia grave: el paciente refiere una fuerte compulsión a deambular de un lado a otro la mayoría del tiempo. Es incapaz de sentarse o estirarse más de unos pocos minutos. Presenta una inquietud constante que se asocia con estrés intenso e insomnio.

15. CISTITIS EN UN HOMBRE DE 66 AÑOS

Sánchez Martínez M¹, Marín Relaño JA¹, Alcalde Molina M^aD²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico de Familia. Tutora de residentes. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén

Motivo de consulta

Hombre de 66 años que acude por síndrome miccional.

Enfoque individual

El paciente refiere cistitis, sin fiebre, que se trata con fosfomicina 3g/24h durante 2 días. Vuelve a acudir a consulta refiriendo cierta mejoría, pero continúa con molestia, por lo que se solicita urocultivo, y se inicia tratamiento con ciprofloxacino 500mg/12h durante 1 semana. A los 10 días vuelve a consultar, esta vez demanda una valoración por urología, y refiere además obstrucción del conducto urinario de meses de evolución, refiere que “tiene fimosis y quiere que lo operen, ya que le pica y le duele el pene, porque se le quedan restos de orina”. Niega relaciones sexuales de riesgo. A la exploración presenta importante inflamación e induración del glande con mal olor, por lo que se deriva a urología de manera preferente para valoración. Allí realizan biopsia de la lesión del pene haciendo un diagnóstico, cáncer de pene, realizan amputación subtotal de pene con anastomosis de uretra a piel escrotal.

Pruebas complementarias

Urocultivo: Negativo

Anatomía patológica de pieza quirúrgica del pene: carcinoma sarcomatoide de pene con componente epidermoide pobremente diferenciado (grado 3) que infiltra cuerpos cavernosos sin afectar uretra.

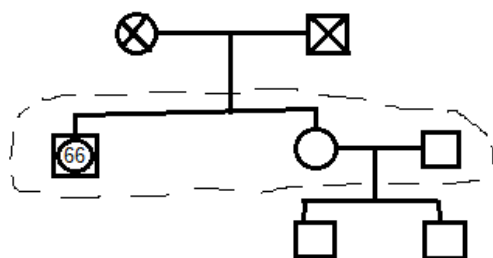
TAC tórax: se aprecia imagen nodular de 9 mm en segmento apical de LID, de bordes irregulares, sospechoso de malignidad, y otra adyacente a ésta de 3 mm. Atelectasias laminares bibasales. Resto sin hallazgos.

TAC abdominal: se aprecian adenopatías de características patológicas (las de mayor tamaño de 13 y 14 mm) en ambas cadenas inguinales (alguna de ellas necrosada) y en menor número, pero también de características patológicas, en ambas cadenas iliacas. Resto sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario

Hombre de 66 años que es soltero y vive sólo hasta el momento de la intervención. Ahora vive con su hermana y su cuñado. (Figura 1)

Figura 1. Genograma familiar



Juicio clínico

Carcinoma sarcomatoide de pene.

Diagnóstico diferencial

Fimosis, ITU en el varón, ETS evolucionadas, cáncer de pene...

Evolución

En el estudio de extensión se biopsia alguna adenopatía que resulta ser tumoral, por la localización no se puede biopsiar el nódulo pulmonar. El paciente ha recibido alguna sesión de quimioterapia, aunque presenta importante deterioro físico. En la actualidad, es dependiente, con un índice de Barthel de 45 (dependiente severo), valorado por la enfermera de enlace para ver sus nuevas necesidades, precisa de cama articulada, colchón antiescaras, hace vida cama-sillón para la que precisa ayuda para moverse, apenas come, toma batidos de nutrición, tiene oxígeno domiciliario a demanda. Se encuentra en situación paliativa, y ha realizado la planificación anticipada de decisiones.

Discusión

El cáncer de pene es hoy por hoy una entidad infrecuente que de manera alarmante ha iniciado un pico de ascenso en cuanto a su incidencia en los últimos 10 años, en Europa, la incidencia es de 0,1 a 0,9 por 100.000 habitantes. La presentación clínica se evidencia en hombres entre la sexta y séptima década de la vida en quienes existen factores causales tales como falta de circuncisión, higiene deficiente, procesos inflamatorios crónicos y exposición al virus del papiloma humano. La etiología de esta enfermedad es poco clara, diagnosticada por medio de biopsia de piel de la lesión. Presenta evolución satisfactoria cuando existe detección temprana de la enfermedad, recurriendo a penectomía parcial o total asociada en algunos casos a manejo con radio y quimioterapia coadyuvante ⁽¹⁾. En el caso de nuestro paciente se procedió, como hemos visto a una penectomía parcial, con alguna sesión de quimioterapia adyuvante. El carcinoma sarcomatoide es un tumor maligno raro con mal pronóstico ⁽²⁾, en nuestro paciente se ha visto el rápido deterioro, con metástasis inguinales y también de pulmón, por esto es importante sospechar esta enfermedad.

Bibliografía

1. Moya Peñafiel Mervin José, Palacio Melo Leydis, Gonzalez Giniva, Henriquez Gerardo Javier. Penile cancer: a rare entity in medical appointment. Report of two Cases and Literature Review. Revista médica Risaralda [Internet]. 2016 July [cited 2018 Feb 17]; 22 (2): 109-112. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200010&lng=en.
2. Challa V, Swamyvelu K, Amirtham U, Shivappa P. Sarcomatoid carcinoma of penis with bilateral inguinal metastases-a case report and review of literature. The Indian Journal Of Surgery [serial on the Internet]. (2014, Aug), [cited February 17, 2018]; 76(4): 316-318. Available from: MEDLINE

Palabras clave

Cystitis, penis cancer, palliative care.

16. ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

López Pérez A, Hernández García R, Toro Fernández, M^ªC

Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Motivo de Consulta

Paciente que acude por dolor en hombro y hemitórax derecho, escozor axilar derecho de 10 días de evolución.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares: padre fallecido de cáncer de colon.

Antecedentes personales:

- Hernia inguinal (intervenido en tres ocasiones).
- Rotura menisco rodilla izquierda (intervenido en una ocasión).
- Fumador activo (ICAT: 13 paq/año).
- Conductor de autobús.

Enfermedad actual: Acude a consulta de Atención Primaria por dolor en hombro y hemitórax derecho, escozor axilar derecho de 10 días de evolución, coincidiendo con el recorrido de metámeras C5-C6. No traumatismo previo. Cede con el reposo.

Exploración: Movilidad, fuerza y sensibilidad de miembro superior derecho conservadas. Pulso distal conservado. Dolor en región axilar con la movilización del brazo. ACP: MVC, rítmico, no soplos. No se aprecian lesiones cutáneas.

Ante la sospecha de contractura muscular dada su profesión se prescribe Ibuprofeno 600mg cada 8 horas y volver a consulta en caso de no mejoría en 4-5 días.

El paciente acude nuevamente a consulta una semana después persistiendo el dolor en hombro y hemitórax derecho con leve mejoría a pesar de tratamiento analgésico prescrito. Derivamos a Medicina Física y Rehabilitación por sospecha de tendinitis del manguito de los rotadores versus hernia discal para valoración y tratamiento.

En Medicina Física y Rehabilitación se le realiza Ecografía de hombro derecho con el resultado de entesopatía distal del tendón del supraespinoso y se le prescribe tratamiento analgésico.

Dos semanas más tarde acude de nuevo a consulta por persistencia del dolor. Solicitamos una Rx de tórax.

Informe del radiólogo: masa apical bien definida, con dudosos signos de lesión extrapleural. No parece existir lesión costal asociada. Silueta cardiomedial normal. Hilios, diafragma, esqueleto regional sin hallazgos.

Ante el resultado de la radiografía derivamos de forma preferente a Cirugía Torácica, donde solicitan TC de tórax y biopsia de la lesión.

TC tórax: Neoformación en segmento apical de LSD que infiltra pared costal posterior, adenopatías mediastínicas y axilares derechas, nódulos pulmonares en LM sugerentes de metástasis y lesiones líticas óseas en D10, esternón y primeros arcos costales.

Biopsia lesión: Infiltración por celularidad neoplásica de tamaño intermedio, morfológica e inmunofenotípicamente compatibles con Carcinoma Neuroendocrino. Extensas áreas de necrosis.

Conclusión

Carcinoma Neuroendocrino de Pulmón (Pancoast) estadio IV: T4 N0 M1b.

Se realiza interconsulta a Oncología y se pausa tratamiento con Fentanilo, Pregabalina, Diazepam, Omeprazol.

En Oncología se indica Quimioterapia y Radioterapia antiálgica torácica.

Un mes más tarde el paciente acude a nuestra consulta con los informes de Oncología Médica y Torácica explicándonos el tratamiento que va a seguir. Refiere encontrarse bien físicamente, con leve dolor y muy optimista con su enfermedad.

Tras buena tolerancia al tratamiento recibido acude a nuestra consulta por dolor intenso en área glútea izquierda que dificulta la deambulación, no continuo, pero con la subida de mórficos controla bien. Pérdida de fuerza y parestesias desde área lumbar a glúteo y MMII. Se contacta con Unidad de Cuidados Paliativos.

Posteriormente acude su esposa a consulta. El paciente ya no puede salir de su domicilio. Nos comenta que el paciente no es totalmente consciente de la gravedad de la situación, continúa optimista, tiene buen apetito y se esfuerza en caminar por su domicilio.

Realizamos visita a domicilio. El paciente se encuentra con REG, le cuesta levantarse y deambular por la habitación. Refiere dolor intenso en miembro inferior que cede solo parcialmente con la medicación. Se contacta nuevamente con Paliativos.

Se deriva a psicooncología a su esposa e hijo.

El paciente fallece en Noviembre de 2016.

Enfoque Familiar y Comunitario

El paciente vivía con su esposa, su hijo y su madre, que estuvieron apoyándolo todo el tiempo. En un primer lugar el paciente no era consciente de la gravedad de su enfermedad, e intentó realizar su vida cotidiana normal. Posteriormente se fue dando cuenta pero aun así estuvo luchando en todo momento.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

En cuanto al diagnóstico diferencial, dado el antecedente del hábito tabáquico y la masa en mediastino se planteó en un primer lugar una neoplasia de Pulmón como se pudo confirmar posteriormente con la biopsia y las pruebas de imagen.

Plan de Acción

Desde Atención Primaria, dada su profesión y los síntomas tan inespecíficos, se pensó en un primer momento en un problema osteomuscular. Dada la no mejoría de los síntomas y el antecedente del hábito tabáquico se realizó una Rx de tórax donde se pudo observar la neoformación pulmonar.

Evolución

Posteriormente tras el diagnóstico, colaboramos conjuntamente con oncología y cuidados paliativos realizando periódicamente visitas a domicilio y apoyando al paciente y a su entorno familiar hasta el fallecimiento de éste.

Conclusiones

En este caso clínico tenemos un buen ejemplo tanto de la importancia de la colaboración entre múltiples especialidades, así como del apoyo al paciente y a su familia hasta el último momento.

17. DOCTOR, ¿QUÉ PENSARÁN DE MI LOS VECINOS?

Sánchez Ramos M^aS¹, García Ortega C², Toribio Onieva JR¹

¹Médico de Familia. Centro De Salud San José. Linares (Jaén)

²MIR de 1er año de MFyC. Centro de Salud San José. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

Aviso domiciliario para valoración y tratamiento de paciente con cuadro confusional agudo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

Aviso domiciliario de varón de 73 años por sufrir cuadro confusional agudo; llama la mujer del paciente porque “lo nota raro, habla y camina raro, por las mañanas está adormecido y por la noche agitado, agresivo y ve cosas”. Valorado y dado de alta en urgencias hospitalarias 24 horas antes por estudio sin hallazgos patológicos. Lleva tres días así, tras medicación i.m. por lumbalgia de 3 días que le impedía deambular.

Actualmente presenta Amnesia, ataxia, Romberg positivo, imposibilidad para bipedestación, tendencia al sueño, agitación nocturna, alucinaciones visuales, desatención y alteración de la conciencia. Resto de la exploración por órganos y sistemas y constantes normales.

Como antecedentes personales presenta NAMC, HTA, DM2, DL, EPOC (episodio de Insuf. Respiratoria Aguda que precisó ingreso en UCI) y cáncer de próstata. Es fumador de 2 paquetes diarios y presenta enolismo crónico. Es independiente para las ABVD. Está en tratamiento con Enalapril/ HCTZ. Metformina. Simvastatina. Bromuro de glicopironio + indacaterol inhalador. Omeprazol.

Enfoque familiar y comunitario

A destacar, cuando el paciente fue abuelo por primera vez acudió al médico de atención primaria con vergüenza, ya que su hija de 18 años no estaba casada ni tenía pareja. El médico de familia intentó normalizar la situación, aconsejando al paciente para mantener una buena relación con su hija, que estuvo viviendo con el paciente y su esposa hasta hace 2 años que se independizó. Sin embargo, tras el embarazo de su hija, el paciente y su familia dejaron de ir a su pueblo natal por vergüenza a lo que pensarían de ellos, sus amigos y familiares de dicho pueblo.

Es al médico de familia al que le confiesan que el paciente por las mañanas sale de paseo y consume alcohol en cantidades nocivas en los bares. Dato que niegan cuando es valorado en el Hospital por primera vez.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La principal sospecha es Síndrome Confusional Agudo por Encefalopatía de Wernicke, por abstinencia alcohólica en un paciente con enolismo crónico llevado a cabo fuera del domicilio, tras sufrir lumbalgia que impedía deambulación.

Sin embargo, el paciente padece factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos importantes y presenta neoplasia prostática maligna; todo ello podría justificar el cuadro confusional. Además es un varón, mayor de 65 años y que ha sufrido una enfermedad aguda en días previos (lumbalgia de 3 días de evolución que le impedía la deambulación), por lo que se realiza un diagnóstico diferencial entre síndrome confusional agudo, encefalopatía de

Wernicke, efecto adverso a medicación i.m. ACV, EPOC agudizado con alteración gasométrica, metástasis neo próstata, infección y demencia.

Plan de acción

Junto con la enfermera de atención primaria se coge una vía y se prepara un suero fisiológico de 100 ml al que se añaden 5 ampollas de Benerva 100 mg, obteniendo un preparado de 500 mg de Tiamina, que se perfunde a 30 minutos cada 8 horas por vía intravenosa, y se deriva a urgencias hospitalaria para valoración e ingreso.

Se deriva a urgencias hospitalarias para ingreso en medicina interna o neurología para descartar otras causas, confirmar nuestro diagnóstico y continuar con el tratamiento.

Evolución

Tras ser estudiado por medicina interna y neurología descartando otra patología y con recuperación casi total del paciente con únicamente tratamiento de tiamina, se da el alta con diagnóstico de SCA por Encefalopatía de Wernicke.

Tras ello programamos visitas periódicas para valorar al paciente, ya que el SCA se asocia a un 30% de fallecimientos en 3 meses.

El paciente presenta amnesia sobre sus hábitos tóxicos niega haber fumado nunca, comentando el malestar que le causa el olor a dicho tóxico, igualmente niega cualquier relación suya con el alcohol en el pasado. Nosotros explicamos la patología que ha sufrido el paciente y la importancia de no tener hábitos tóxicos tanto a él como a sus familiares.

Ya que el paciente no vuelve a consumir alcohol en todo este tiempo y niega querer hacerlo no se recomienda ninguna asociación de deshabituación, porque el paciente ya está en dicha condición.

Conclusiones que expliquen la importancia del caso clínico

El papel importante del médico de atención primaria, de conocer a sus pacientes, sus antecedentes personales patológicos y su situación socio-familiar.

Es importante preguntar los hábitos tóxicos para realizar diagnósticos diferenciales.

Urgencias no es un lugar cómodo, un paciente que nunca consulta y de repente acude varias veces ¡CUIDADO! Algo le sucede.

El Síndrome Confusional Agudo es un trastorno habitual con una prevalencia global 0.4% (18-54 años) 1.1% (≥ 55 años), 10-15% enfermos agudos presentan delirium a su llegada al hospital, 10-40% lo presentan durante el ingreso hospitalario, siendo la frecuencia mayor en postquirúrgicos (sobre todo en pacientes sometidos a cardiotoromía, hasta un 90%).

El Síndrome Confusional Agudo es factor de riesgo de muerte, en tres meses 30% fallecen.

Bibliografía

- Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Jiménez Murillo, L.; Montero Pérez, F.J. Elsevier. 2015, 5ª Edición. Pág. 381–386.
- Manual de Psiquiatría AMIR» Tajima Pozo, K; Ruíz Enrique de Lara, G.; otros. M. Boss 2016, 8ª edición. Pag48-50; 57-59.
- Manual de Neurología y neurocirugía AMIR. Dávila Gonzalez, P; Ruiz Mateos B.; Campos Pavón, J.; otros. M. Boss 2016, 8ª Edición. Pág. 72-73

- Diagnóstico y tratamiento en medicina hospitalaria: Enfoque práctico. O Libro do Peto. Fernandez Reglas, I; Cuello Hormigo, L; otros. 2016. 1ª Edición. Pág. <http://www.librodopeto.com/11-neuropsiquiatria/112-sindrome-confusional/>
- Síndrome confusional agudo en el mayor. Riu Subriana S; Martínez Adell M. A. AMF 2008 4(4), 216-221
- Delirium o síndrome confusional agudo. Ramón Trapero J.L; Gallardo Arenas M. AMF
- Mejorando la capacidad resolutive: Tratamiento farmacológico del alcoholismo en Atención Primaria de Salud. Ruz Franzí I. Álvarez Mazariegos J.A.; AMF 2013
- Aprender errando: Cuando nada cuadra. Villanueva Sánchez H.; Ferrer Menduiña C. AMF 2017, 13 (8) 2112

18. CAUSALIDAD CIRCULAR COMO BASE DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN UNA FAMILIA

Leyva Alarcón A¹, Molina Hurtado E², Pérez Milena A¹

¹Médico de Familia. Centro De Salud El Valle. Jaén

²MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Síntomas ansiosos e insomnio en una mujer y su hija.

Enfoque individual

Anamnesis: Una mujer de 41 años solicita consulta a demanda en su Centro de Salud por presentar tristeza, irritabilidad, insomnio y nerviosismo generalizado progresivo en el último mes. Trabaja como limpiadora en un centro educativo y coincide el inicio de los síntomas con el inicio del curso escolar y de su actividad laboral, indicando una gran dificultad para compatibilizarlo con las tareas del hogar. Ha padecido anteriormente episodios puntuales de insomnio que han remitido tras la toma de lorazepam. En el curso de la entrevista se muestra deprimida y decaída, con tendencia al llanto. Como antecedentes personales presenta hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 50mcg/24 horas.

Tanto la exploración física como de análisis de sangre son normales, con niveles de tiroxina bien controlados.

Al mes acude a la consulta su hija presentando sintomatología similar a la madre. Se trata de una mujer de 21 años con antecedentes de asma extrínseca quien ha sufrido desde hace unas semanas crisis de ansiedad que relaciona con una alta autoexigencia en sus estudios universitarios. La exploración física y los análisis de sangre fueron normales.

Enfoque familiar y comunitario

En la figura 1 se puede observar el genograma familiar de la paciente. Se trata de 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, conviviendo todos juntos de nuevo desde hace tres meses. Consume cannabis y tiene una actitud exigente con la madre (a quien le solicita constantemente que esté pendiente de necesidades triviales) y agresiva con la hermana (quien le recrimina esta actitud).

Ambas reconocen, de forma separada, que su vuelta a casa provoca cambios que hacen que se encuentren mal de ánimo. El padre no acude a consulta y se desconoce su rol en estos cambios.

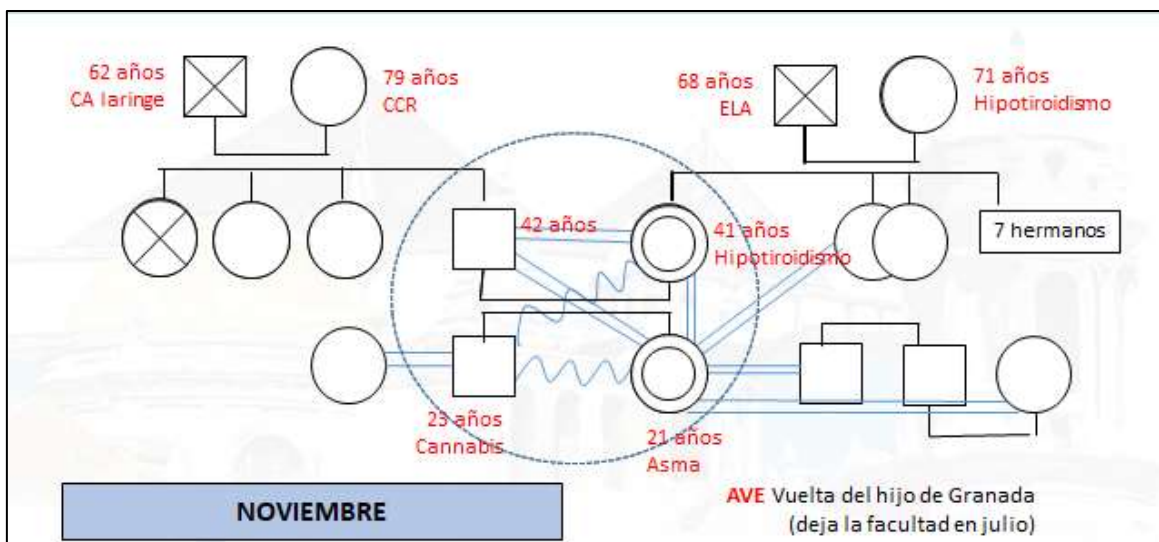


Figura 1

Juicio clínico

Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.1) en la madre y trastorno de ansiedad paroxística episódica (F41.0) en la hija. Disfunción familiar.

Plan de acción

Se concede la incapacidad temporal a la paciente y se inicia tratamiento farmacológico con Citalopram 20 mg/24h y Lorazepam 1 mg por la noche. Al mismo tiempo, su hija inició tratamiento farmacológico con Paroxetina 20 mgr/24h y Alprazolam 0,25 mgr para las crisis de ansiedad. Se citan de forma individual para consultas programadas cada 2-4 semanas durante cinco meses. En estas entrevistas se valora el estado de ánimo y la respuesta al tratamiento al tiempo que se realiza el estudio familiar y se propone una terapia cognitiva. A ambas se le pide que realicen un registro de los pensamientos negativos, para localizar los momentos de mayor discomfort emocional y balancearlos con los positivos. De igual forma, se realiza al final del seguimiento una terapia familiar breve, con la redacción y ejecución por parte de ambas de tareas que le permiten mejorar su estado emocional (la madre selecciona la organización de sus tareas y aprender a decir no a las exigencias del hijo, la hija a planificar su estudio y a evitar la confrontación con su hermano).

Evolución

No se llega a realizar ninguna entrevista familiar ante la mejoría manifiesta de madre e hija, a quienes se les recomienda dejar el tratamiento antidepresivo tras seis meses. Por medio de la madre, se logra captar al hijo en una cita a demanda, programándose una serie de visitas para completar una valoración biopsicosocial. Se trata de un chico de 24 años, que recientemente ha abandonado su carrera universitaria en otra ciudad por motivos económicos y está contratado en un trabajo sin cualificación que no le reporta satisfacción. Desde entonces presenta insomnio de segundo y tercer periodo en tratamiento con lormetazepam 1mg/24h. Nos comenta que se encuentra en una situación sin apoyo social y ha comenzado a consumir cannabis de forma habitual. Actualmente refiere mayor irritabilidad e impulsividad de predominio vespertino. Se cambia el tratamiento a trazodona 0,5mg por la noche, se realizan varias consultas programadas para valorar el registro de pensamientos negativos y se oferta consejo para deshabituación de consumo de drogas, contando con la ayuda del Centro Provincial de Drogodependencias. Experimenta mejoría a los cinco meses, dejando el tratamiento farmacológico y el consumo de cannabis y constatándose una normofuncionalidad de la familia.

Conclusiones

Hipótesis Sistémica.

La vuelta del hijo al hogar, tras verse frustradas sus expectativas académicas por falta de recursos familiares, hace que la tendencia centrífuga de la familia (el hijo sale del hogar) vuelva a ser un movimiento centrípeto (el hijo vuelve al hogar). Su cambio de estado emocional actúa como catalizador para reactivar problemas y establecer triángulos relacionales en la familia. Estos cambios en el funcionamiento y en la estructura familiar provocan una crisis por causalidad circular, de manera que la ansiedad del hijo provoca una enfermedad en las dos mujeres del hogar. La desesperanza ante su futuro inmediato provoca una mala relación con la hermana y sus exigencias inducen ansiedad en su madre. La familia, a lo largo de su tránsito por las sucesivas etapas del ciclo vital familiar, debe ajustar las tareas de desarrollo con la necesidad de cohesionar o disgregar a las personas que conforman el grupo familiar. El estudio e intervención familiar son necesarios para la resolución de estos problemas. La crisis familiar se ha originado porque aparece una tensión que afecta a la familia y requiere un cambio que le aparte del repertorio habitual de normas, valores y relaciones que existían hasta entonces. Es tarea del médico de familia señalar a la familia esas disfunciones y promover que la propia familia sea capaz de encontrar recursos que le permitan volver a un correcto funcionamiento.

19. ABORDAJE Y ESTUDIO EN MUJER DE 80 AÑOS DE UNA ANEMIA MACROCÍTICA RECIDIVANTE. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN PRIMARIA, HEMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA

Velasco Doña E¹, López Segura FM², Rueda Rojas M³

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud San Felipe. Jaén

²MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud Las Fuentezuelas. Jaén

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Las Fuentezuelas. Jaén

Motivo de consulta

Anemia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acude a consulta una paciente de 80 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, hipertensión arterial y diabetes melitus tras serle descubierta una anemia macrocítica en el servicio de urgencias en rango transfusional.

La paciente consultó por malestar general además de sintomatología respiratoria que ya estaba en tratamiento con levofloxacino y paracetamol/codeína.

Además, se le realiza ECG en el que se aprecian signos compatibles con flutter según describen. Se repite ECG con ritmo sinusal y sin alargamiento del PR. Se pauta Apixaban 2.5mg cada 12 horas.

Exploración: Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Afebril y eupneica en reposo.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado con crepitantes en base izquierda.

Analítica: Hb 7,5 g/dl, Hto 25,9 %, VCM 113,1 fL

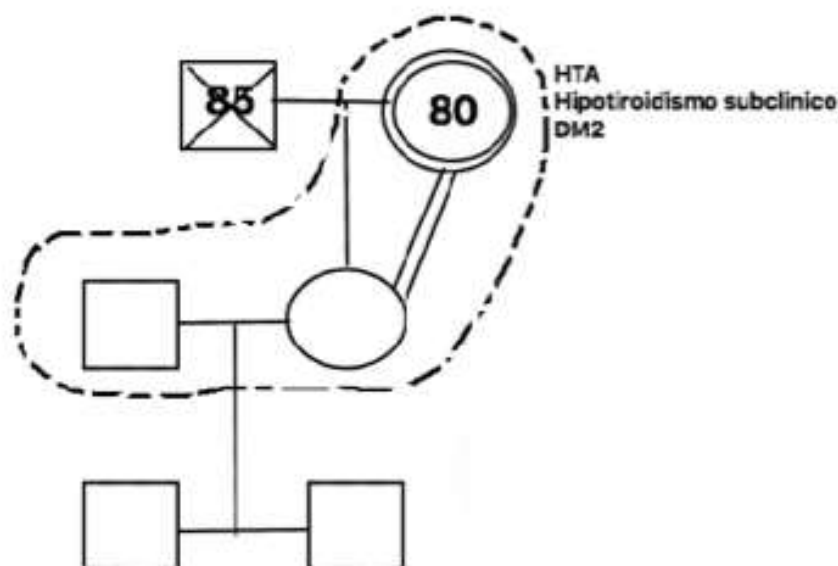
1º ECG: 130 lpm con PR largo eje a -20º, no alteraciones en la repolarización.

2º ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm, eje a -20º, sin alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente, viuda que recibe los cuidados de su hija y de su yerno, achaca su situación al cuadro de infección respiratoria que presenta y confía en una pronta recuperación gracias a la transfusión y al efecto del antibiótico.

Su hija y el marido de ésta se encargan de que la paciente siga con el tratamiento y de observar la evolución clínica de la paciente.

**Juicio clínico**

Anemia macrocítica en estudio.

Diagnóstico diferencial de la anemia macrocítica

Sangrado activo y anemia hemolítica: cursaría con un aumento de los reticulocitos (>90.000). Se desconoce la cifra ya que no se solicitó en la analítica.

Anemia megaloblástica: aparecería un descenso de los niveles de vitamina B12 y ácido fólico en la analítica. Se desconoce la cifra ya que no solicitó en la analítica.

Aplasia medular: cursaría con una pancitopenia y disminución de los reticulocitos. El diagnóstico definitivo se realiza con una biopsia de la médula ósea.

Síndrome mielodisplásico: podría haber citopenias de una, dos o de las tres series sanguíneas.

Diagnóstico definitivo: Estudio frotis y biopsia de la médula ósea.

Hipotiroidismo: disfunción ya conocida y tratada satisfactoriamente en la paciente con controles de TSH y T4 libre dentro del rango de la normalidad.

Hepatopatía crónica: No se corresponde con el caso actual.

Alcoholismo: La paciente y la familia niega consumo abusivo de alcohol.

Tras analizar cada una de las causas eliminamos aquellas que no concuerdan con las pruebas o con la historia previa de la paciente.

Plan de actuación

Desde Atención primaria se derivó a la paciente al servicio de hematología para estudio en profundidad de la anemia macrocítica que presenta.

Desde urgencias se hace interconsulta a Cardiología para estudio del posible flutter.

Se le explicó a ella y a la familia las posibles causas.

Se advirtió a la familia de las posibles recaídas y de la necesidad de acudir a urgencias por si fuera necesario una nueva transfusión.

Se solicita analítica con niveles de ácido fólico, vitamina B12 y reticulocitos.

Evolución

A lo largo de la evolución del caso la paciente precisa otras seis transfusiones más lo que genera cierta ansiedad en el ámbito familiar al ver que la enfermedad prosigue a pesar de estar ya en estudio por hematología.

Se realiza la interconsulta con Cardiología que realiza nuevamente ECG y ecocardio dentro de los parámetros de la normalidad. No reciben el ECG con el flutter por lo que dan un voto de confianza y mantienen Apixaban advirtiéndole de la anemia en estudio.

Finalmente hematología solicitó hemograma, proteinograma y aspirado de médula ósea y cariotipo. El diagnóstico definitivo es de Síndrome mielodisplásico con exceso de blastos tipo II. Cariotipo con delección del 5q que aporta buen pronóstico. Riesgo intermedio.

La paciente comenzó tratamiento específico con Lenalidomida durante 21 días/mes, con ácido fólico 5mg 1 comp cada 15 días y Optovite B12 1000mcg 1 ampolla inyectable cada 15 días y acude a revisiones periódicas.

Al tener un diagnóstico definitivo y al realizarse a lo largo de estos meses diversos ECG todos con resultados dentro de la normalidad se comenta el caso con medicina interna y se procede a retirada de Apixaban.

Conclusión

Según la OMS la prevalencia en España de anemia en mujeres no embarazadas es del 5 al 20%. Es importante conocer las causas y el diagnóstico diferencial para establecer un diagnóstico definitivo y un plan de actuación acorde incluyendo un tratamiento preventivo si lo posee.

Además, es fundamental una mantener una relación estrecha con los servicios hospitalarios ya sea en forma de reuniones mensuales o mediante correos interactivos para comentar y discutir dudas y casos de manera rápida y efectiva entre profesionales sin la necesidad de trasladar al paciente.

Este tipo de contactos ayudan a un mejor abordaje y de la patología y situación del paciente favoreciendo a su vez a desaturar los servicios de entrada al hospital como son los servicios de urgencias y las derivaciones.

20. DOCTORA ESTOY MUY TRISTE, ESTOY EN DUELO

Justicia Gómez L¹, Moreno Moreno RE², Franquelo Hidalgo B¹

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Palma Palmilla. Málaga

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Palma Palmilla. Málaga

Motivo de consulta

Tristeza y lesiones en la piel.

Enfoque individual

Antecedentes personales: Estenosis pilórica del recién nacido; enfermedad de Crohn de 20 años de evolución intervenida quirúrgicamente en tres ocasiones; talla baja de origen multifactorial, desnutrición y síndrome de intestino corto.

Anamnesis: Mujer de 31 años de origen árabe que acude a la consulta por encontrarse muy angustiada. Hace dos semanas falleció su hermano mayor, con el que tenía gran apego. Desde entonces “le da muchas vueltas a las cosas” y tiene una sensación de “nudo en el estómago”, ganas de llorar, mala concentración. Refiere además insomnio y gran ansiedad al despertar. La falta de descanso le repercute de manera que se encuentra muy cansada durante el día. Consulta también por unas lesiones de la piel a nivel de pliegues axilares e inguinales desde hace 1 semana, con escozor y dolor asociados.

Exploración física: Consciente y orientada. Buen estado general. Buena hidratación, buena coloración de piel y mucosas.

En pliegues inguinales y axilares se muestran unas lesiones que forman placas eritematosas, componente hiperqueratósico y por algunas zonas costroso. Se observa alguna grieta con componente exudativo sobre todo a nivel inguinal.

Exploración psíquica: Ánimo deprimido, congruente con la situación de duelo que está viviendo. Dificultad para el llanto. No presenta ideas de autolisis. Alteración del sueño mixta (de conciliación y de mantenimiento). Ausencia de otras alteraciones de la esfera cognoscitiva y psicomotriz.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente cuenta una infancia difícil condicionada por su enfermedad, la cual produjo tener que desplazarse de país en varias ocasiones durante largas temporadas, puesto que en el suyo no acertaban el diagnóstico.

Tiene buena relación con sus padres y hermanos, con los que convive. Actualmente se encuentran todos muy afectados por el fallecimiento del hermano mayor; según sus palabras “cada uno lo lleva a su manera”.

En cuanto a las relaciones sociales, Fátima cuenta que tiene amigos que ha conocido en su trabajo y en la asociación de enfermos de Crohn a la que se encuentra vinculada. Con estos últimos realiza encuentros semanales y tiene una muy buena relación de amistad. Con su trabajo admite sentirse realizada y le encanta ayudar a los demás.

Diagnóstico diferencial

Duelo normal vs Duelo de riesgo vs Duelo patológico.

Intértrigo candidiásico vs Tinea cruris vs Psoriasis invertida vs Dermatitis atópica vs Dermatitis secundaria a deficiencia de zinc.

Plan de acción, pruebas complementarias, evolución y juicio clínico

En primer lugar se llevó a cabo un tratamiento empírico que consistió en:

Normalizar la situación de duelo.

Lorazepam 1 mg, 1 comprimido al acostarse.

Ketokonazol crema 20 mg/g, 1 aplicación cada 12 horas durante 10 días.

Tras tratamiento, vuelve a la consulta para nueva valoración. A la exploración, persistían las lesiones en flexuras axilares e inguinales con poca variación con respecto a la última vez. En esta ocasión, se prescribió Calcipotriol50 mcg/Betametasona500 mcg para tratar una posible psoriasis invertida. A los pocos días volvió a consultar porque este fármaco no le había sentado bien (gran escozor a la aplicación del mismo) y tuvo que retirarlo.

Continúa triste aunque el insomnio ha mejorado con la medicación, de manera que ya no se encuentra tan cansada.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias en sucesivas visitas:

Test de apoyo al diagnóstico de la esfera psicológica:

PHQ – 9 de depresión: Ausencia de Síndrome Depresivo (10/27 puntos).

GAD-7 de ansiedad: Síntomas de ansiedad leves (8/21 puntos).

Análítica de sangre: Hemograma, bioquímica y proteínas normales. Determinación de zinc 42 microgramos/dL (niveles normales: 70–100).

Juicio clínico definitivo

Duelo de riesgo: puesto que se enmarca dentro de una muerte rápida, la doliente es de mediana edad, tiene historia de pérdidas previas (el pasado año falleció su pareja), tiene una enfermedad física importante y tenía una relación estrecha con el fallecido. Según los criterios diagnósticos del DSM-5, no constituye un trastorno por duelo complejo persistente ya que para ello se necesita que hayan pasado 12 meses tras la muerte y cumplir ciertos criterios.

Dermatitis secundaria a déficit de zinc: teniendo en cuenta que este déficit es frecuente en personas con enfermedad de Crohn y que produce lesiones similares a las descritas, la mala respuesta a los otros tratamientos, la determinación analítica, y la buena respuesta que la paciente tuvo tras la suplementación oral del mismo.

Plan de actuación

Complejo vitamínico contenedor de zinc.

Crema de Valerato de betametasona 0.5 mg/Clioquinol 10 mg/Sulfato de gentamicina 1mg vía tópica para evitar sobreinfección.

Visitas periódicas trimestrales con el objetivo de vigilar la evolución del duelo y evitar posibles futuras complicaciones.

Guía de autoayuda en papel sobre “Cómo afrontar el duelo” y medidas de relajación.

Retirada progresiva de las benzodiacepinas.

Tras varias semanas, a primera vista se muestra más sonriente y alegre. Preguntamos qué tal le fue lo que le mandamos y cómo se encuentra. Nos cuenta está mejor, ya casi no le quedan lesiones en la piel. En cuanto a su estado de ánimo, se encuentra algo más animada, consigue

dormir mejor y que se siente motivada en el trabajo. Ha comenzado a salir algo más con sus amigos y se nota más calmada y con menos ansiedad.

Conclusiones

La enseñanza de este caso refleja algunas de las grandes ventajas de la medicina de familia. En concreto, yo destacaría la longitudinalidad y la posibilidad llegar hasta donde deseemos con cada paciente sin la ayuda de muchas pruebas complementarias. Es el arte de la medicina, la ciencia de la incertidumbre.

Bibliografía

Mínguez Platero J, Ruiz Peña M. Atención al duelo. AMF. 2015; 11(5):300-303.

Abrams SA. Zinc deficiency and supplementation in children and adolescents. UpToDate; 2017 [citado 1 de noviembre de 2017]. Recuperado a partir de: https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/zinc-deficiency-and-supplementation-in-children-and-adolescents?source=search_result&search=dermatitis%20por%20deficiencia%20de%20zinc&selectedTitle=1~150

21. SARCOIDOSIS EN PACIENTE CON PATOLOGÍA OCULAR DE INICIO

Prieto Moreno P¹, Cerezo Molina R², Pérez Ortiz EJ³

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud Almuñécar (Granada)

²MIR de 2^o año de MFyC. Centro de Salud Almuñécar (Granada)

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Almuñécar (Granada)

Motivo de consulta

Paciente de 31 años en el momento de la consulta médica que acude a su Centro de Salud por referir cuadro de tres semanas de evolución consistente en mancha en la visión del ojo derecho. Asocia disnea al caminar y subir escaleras. No otra clínica de interés.

Enfoque individual

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas
- No padece ninguna enfermedad
- Sin intervenciones quirúrgicas
- Fumadora de 5 cigarrillos al día
- Sin tratamiento de forma habitual

Exploración:

-Buen estado general, consciente, orientada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Sin adenopatías ni ingurgitación yugular.

Exploración otorrinolaringológica: faringe sin exudados ni placas purulentas. Otoscopia bilateral normal.

Auscultación Cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, con sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares.

Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. Sin masas ni organomegalias. Murphy, Blumberg y Rovsing negativos. Sin defensa. Ruidos hidroaéreos presentes.

Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios simétricos.

Pruebas complementarias:

-TACAR: adenopatías medastínicas (paratraqueales derechas, en ventana aortopulmonar y subcarínicas) e hiliares bilaterales. En los parénquimas pulmonares se observan opacidades alveolares con broncograma aéreo, con pérdida de volumen y distorsión, asociado a patrón micronodular centrolobulillar, vidrio deslustrado y engrosamiento nodular peribroncovascular, septal y de cisuras. Pequeñas y escasas bronquiectasias de tracción. No se observan lesiones quísticas ni panalización periférica. No existe derrame pleural. De todo esto se concluye que los hallazgos son compatibles con sarcoidosis (forma alveolar) estadio 2.

-Broncoscopia: tras el análisis de las tres biopsias transbronquiales, se diagnosticó de Sarcoidosis.

-Radiografía de tórax: pequeñas opacidades en ambas bases pulmonares. Tractos parenquimatosos y bronquiectasias en ambas bases, de localización perihiliar bilateral.



Imagen 1

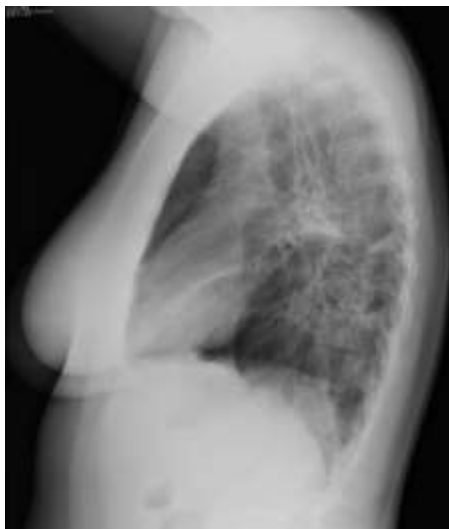


Imagen 2

-Espirometría: presenta un patrón obstructivo, con cociente FEV1/FVC en torno al 63%, FEV1 del 59%, FVC del 93% y DLCO del 63%.

-Analíticas: a destacar una discreta hipercalcemia y elevación del Enzima convertidor de Angiotensina. Resto sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente cuenta con un adecuado soporte familiar y social. Vive cerca de sus familiares, con los que mantiene una estrecha y sólida relación. Además, su empleo le permite acudir a las revisiones que le corresponden, sin ponerle ningún tipo de objeción, lo que supone una ventaja a la hora de realizar el seguimiento de su patología.

Por otro lado, cuenta con un apoyo sanitario (en el que se incluyen tanto los médicos que la tratan como profesional de enfermería) total, de manera que, ante cualquier acontecimiento nuevo de su enfermedad, la paciente los tiene a su entera disposición.

Juicio clínico

-Uveítis intermedia de ojo derecho.

-Sarcoidosis estadio 2.

Plan de actuación y evolución

La paciente comenzó con la clínica con 31 años. No padecía ninguna enfermedad. Fumaba 5 cigarrillos al día. El síntoma por el que consultó fue un cuadro de tres semanas de visión de una mancha en el ojo derecho. Tras estudiarse esto, fue diagnosticada de Pars planitis (se trata de una uveítis intermedia de etiología desconocida). En la exploración ocular, la agudeza visual no había disminuido en ninguno de los dos ojos. A destacar, en el polo posterior del ojo derecho, Tyndall vítreo 2+, vitritis leve, edema de papila y bancos de nieve a nivel inferior menos densos. Mácula sin alteraciones.

Polo posterior del ojo izquierdo sin alteraciones.

Además, en la entrevista clínica, refiere disnea, tanto al caminar en llano como al subir escaleras. A la auscultación, lo único a destacar era la presencia de sibilancias espiratorias, siendo el resto normal. Por este motivo, se solicitó una radiografía de tórax, un TAC y una broncoscopia, con los resultados citados anteriormente.

Se completó el estudio con una analítica, en la cual, lo único que destacaba era la calcemia ligeramente elevada, ya que el resto (incluido serologías víricas y Mantoux) resultaron negativas. Se amplió con el Enzima Convertidor de Angiotensina, que estaba elevado.

Se inició tratamiento con Prednisona 40mg y Omeprazol 20mg, con importante mejoría clínica de la disnea.

Se repitió el TAC en 2013, apreciándose bronquiectasias arrosariadas, agrupadas en campos pulmonares superiores y medios. Las adenopatías habían disminuido, tanto de tamaño como de número.

Con respecto a la patología ocular, aparecieron miodesopsias en el ojo derecho, así como fibrosis prepapilar en el polo posterior del mismo, con condensación vítrea periférica y bolas de nieve a nivel inferior. Actualmente, la reacción inflamatoria celular ha desaparecido, a pesar de la persistencia de la vitritis periférica.

En la última revisión, en enero de 2018, la paciente había dejado de fumar, refería no tener disnea con los esfuerzos habituales. La auscultación pulmonar está completamente normal, sin ruidos patológicos.

Está en tratamiento con Prednisona 2,5 mg en desayuno, Metrotexate 2.5 mg (4 comprimidos a la semana), Plusvent 25/250 (dos inhalaciones cada 12 horas) y ácido fólico (uno por semana).

Conclusiones

De este caso podemos destacar que no todas las patologías cursan con el patrón clásico de la enfermedad correspondiente; se diagnosticó a raíz de un síntoma extrapulmonar de la enfermedad (uveítis): la sarcoidosis es una enfermedad que suele cursar de entrada con síntomas respiratorios, tales como tos, disnea y dolor torácico. Sin embargo, en nuestra paciente, los primeros que aparecieron fueron los síntomas oculares, diagnosticándose en ese momento de uveítis intermedia (en principio de etiología desconocida). Por otro lado, en pacientes jóvenes la forma típica de presentación es la sarcoidosis aguda con uveítis, adenopatías hiliares bilaterales en la radiografía y resolución espontánea. En este caso presenta una sarcoidosis crónica sin adenopatías hiliares bilaterales, sin infiltrados en campos superiores y con un patrón radiológico muy avanzado (patrón IV con presencia de fibrosis). Es por esto que recordamos que no siempre las alteraciones de una enfermedad son las habituales en todos los pacientes.

La paciente da su autorización explícita a los autores para que su caso clínico sea publicado, cumpliéndose además las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación, Biomédica y en Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

22. UNA DÉCADA DE ARTROMIALGIAS, DEPRESIÓN Y MALTRATO EN UNA MUJER ETIQUETADA DE FIBROMIALGIA

Molina Hurtado E¹, Leyva Alarcón A², Pérez Milena A³

¹MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

²MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Poliartralgias migratorias crónicas.

Enfoque individual

Anamnesis: La paciente consultó en el año 2008 tras ser diagnosticada de fibromialgia por Reumatología y Traumatología. Tiene 43 años, no puede desempeñar bien las tareas domésticas y el dolor le afecta para su actividad laboral (trabaja como limpiadora).

Antecedentes personales: cistitis hemorrágica, pinzamiento discal L5-S1, asma extrínseca y síndrome ansioso-depresivo.

Antecedente familiar: madre diagnosticada de fibromialgia. Ha realizado tratamiento con analgésicos de primer y segundo escalón (AINEs, paracetamol, tramadol), con persistencia de poliartalgias crónicas y con evidente empeoramiento de la esfera anímica. En ese momento se realizó valoración familiar mediante la realización de un genograma (figura 1), se instauró tratamiento con citalopram 20mg/24 horas y se concertaron entrevistas programadas a las que acudió durante seis meses para luego rechazar atención en Salud Mental, ausentarse de consulta y cambiarse de cupo médico.

En 2017 consulta de nuevo por dolor generalizado mixto, tras haber sido valorada en los últimos años por Reumatología, Traumatología, Neurología y la Unidad del Dolor, todo ello sin ser coordinado desde Atención Primaria y con el diagnóstico de fibromialgia. Ahora tiene 53 años y sigue siendo limpiadora, no mejora pese a uso de analgesia de tercer escalón (fentanilo, oxicodona, tapentadol) y otros moduladores del dolor como antidepresivos (citalopram, fluvoxamina, trazodona) e hipnóticos (zolpidem). Según la EVA, el dolor es 10/10 en el trabajo y 3-5/10 en la casa. Durante la entrevista, la paciente comenta su preocupación por su situación actual que resume en tres grandes puntos: jornadas laborales muy prolongadas, falta de apoyo en el núcleo familiar y cansancio en el papel de cuidadora de su madre. Fue valorada este año en Neurología por incontinencia fecal intermitente descartándose organicidad, aunque comenta que persisten el mareo, la desorientación leve ocasional y la sensación presincopeal.

Exploración física: movilidad articular conservada en todos los niveles sin signos inflamatorios articulares, con dolor a la presión en todo el raquis, hombros, codos, parrilla costal, regiones trocántreas y cara interna de rodillas.

Pruebas complementarias: analítica con perfil reumático, radiografías de grandes articulaciones y muñecas, y RMN de columna cervicolumbar normales.

Enfoque familiar y comunitario

El genograma realizado en 2008 (figura 1) muestra una familia nuclear con parientes cercanos en fase II del ciclo vital familiar. Hay una relación distante con el marido e hijo mayor, y buena con el pequeño y sus padres. Tiene un hermano, con escasa relación, y ausencia de otro tipo de apoyo social.

El genograma realizado en 2017 (figura 2) muestra diez años después a una familia ampliada (viven en el hogar la madre, tras la muerte del padre, quien debe ser cuidada por la paciente) y el hermano (tras separación y por falta de recursos económicos, con relación distante y escasa implicación en las tareas domésticas). En fase IIIb (final de la extensión) del ciclo vital familiar. Mala relación con su pareja, de quien recibe maltrato psicológico en los últimos años, y distante con sus hijos. Escaso apoyo social, salvo una compañera del trabajo con la que tiene una relación de amistad. Sin familiares cercanos, salvo una hermana, que vive en otra localidad. Como acontecimientos vitales estresantes destaca la mala relación con el marido, el fallecimiento del padre y el rol de cuidadora de su madre.

Juicio clínico

Síndrome de fibromialgia (M79.7). Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.1). Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2) Abuso psicológico (T743).

Plan de acción

El plan de acción pasa por facilitar a la paciente recursos para que pueda relacionar su situación física con sus problemas familiares y psicosociales: terapia cognitiva en Atención Primaria mediante citas programadas, terapia familiar breve y planificación de actividad física mantenida, sustitución progresiva del tratamiento analgésico por tratamiento antidepresivo, información sobre las vías legales para evitar el maltrato e interconsulta en Salud Mental.

Evolución

En el año 2008, la paciente dejó de acudir a las citas programadas y además cambió de médico. Cuando vuelve al cupo, en 2017, la situación ha empeorado respecto a la previa con mayor dolor físico y psíquico, y una situación familiar mucho peor. No sólo la actitud del marido ha empeorado, con maltrato psíquico, sino que debe asumir el cuidado de su madre (con artalgias similares a las suyas pero muy anciana) y del hermano, sin recibir ningún retorno afectivo por los que viven en su hogar. En este punto, se vuelven a dar citas programadas para que ponga en valor sus necesidades emocionales (mayor apoyo social, alejamiento o separación del marido, ayuda en el cuidado de su madre, distanciamiento e independencia del hermano) y sociales (incremento de la red social y de las actividades lúdicas). Durante más de una década ha vivido bajo la etiqueta de una enfermedad consistente en síntomas físicos que expresan una dolencia psicológica (soledad y depresión) y familiar (maltrato y aislamiento), lo que provoca un consumo inadecuado de analgésicos de tercer escalón (oxicodona, tapentadol, cloruro mórfico) y de coadyuvantes (gabapentina, pregabalina, benzodiacepinas). Se prioriza la deprescripción de estos fármacos y la introducción de antidepresivos y ansiolíticos, junto a terapia familiar breve y la fidelización de la paciente a las citas programadas.

Conclusiones

Hipótesis Sistémica.

El concepto de fibromialgia se extendió en la década de los noventa ante la necesidad de clasificar a las cada vez más frecuentes personas con dolor mal definido y crónico en los servicios sanitarios. Sin una base científica suficiente, ha dado lugar al fenómeno de etiquetado, provocando una mayor iatrogenia en muchos casos. La paciente ha pasado por múltiples consultas médicas donde, pese a sentir realmente un intenso dolor, no se le ha encontrado una justificación, con una respuesta biomédica: más pruebas, más fármacos. Para

que la paciente mejore de sus síntomas es necesario su participación activa (no pasiva, como hasta ahora le ofrecía el sistema sanitario) además de intervenir en las esferas psíquica y social.

Figura 1. Genograma realizado en el año 2008.

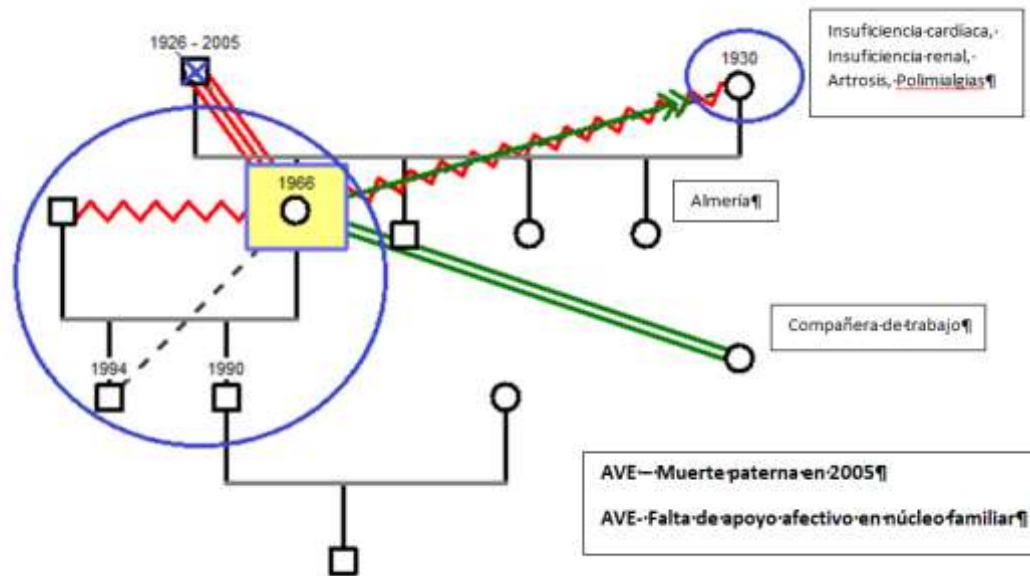
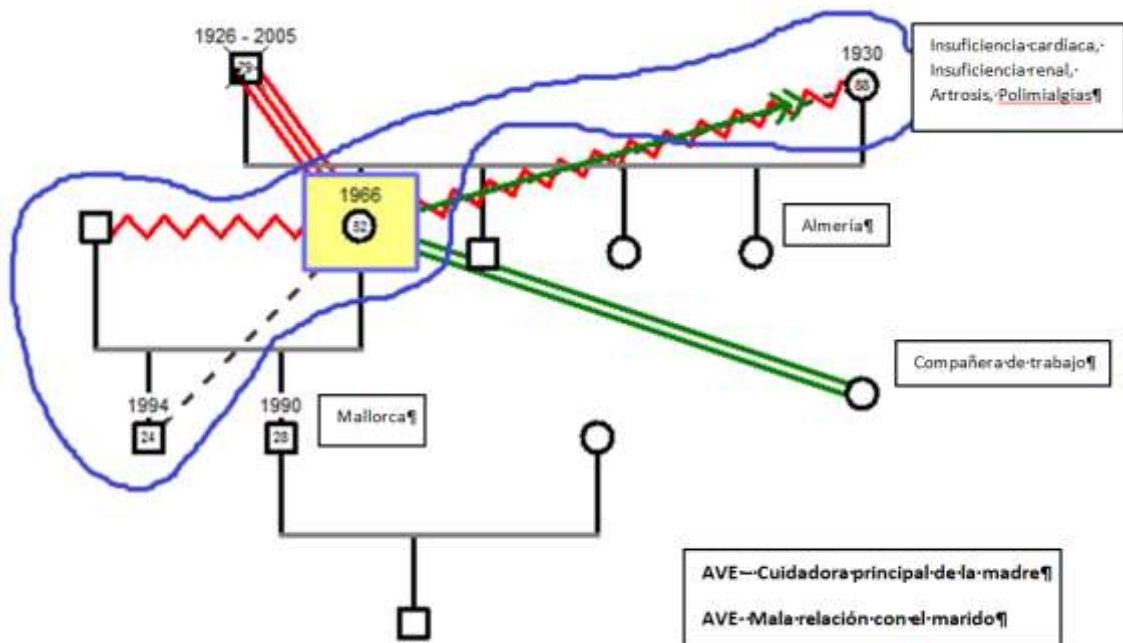


Figura 2. Genograma realizado en el año 2017.



23. ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO, ¿NOVEDAD EN LA CONSULTA?

Ruiz Garcia E¹, Sánchez Torres E², Moreno Corredor A³

¹MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud José López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Paciente varón, 75 años de edad, que acude a consulta, por primera vez por aumento de su disnea habitual y astenia generalizada desde hace unos meses. En su lista de problemas presenta antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico, dislipemia, HTA, DM-II insulino dependiente, nefropatía diabética, FA en tratamiento con apixaban, ICC, EPOC estadio III (OCD), SAOS con CPAP e hiperuricemia. Dada la complejidad del caso, decidimos citar al paciente en consulta programada para correcta valoración y abordaje de la situación actual.

Enfoque individual

Acude a consulta programada acompañado de su hija. Refiere persistencia de sensación disneica al realizar esfuerzos moderados, ortopnea de dos almohadas desde hace tiempo, diuresis conservada. A la exploración destaca disminución generalizada del murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Tonos arrítmicos sin soplos a 110 lpm. Edemas +/-+++ en ambos miembros inferiores. Palidez mucocutánea generalizada. Tolerancia decúbito. Sat O2 90%. TA 160/100. Glicemia 210.

Presenta, además, astenia, anorexia y pérdida de peso de unos 5 kg en los últimos meses. No alteración del hábito intestinal ni otra sintomatología acompañante.

Su hija se muestra muy preocupada, refiere encontrarlo apático, con llanto frecuente durante el día y con mal estado general. En ocasiones ha percibido cierta confusión en relación a la medicación que toma, lo nota despistado y deambula con torpeza.

Solicitamos TAC craneal, analítica de control (última hace dos años) y realizamos ajuste de tratamiento centrado en el control de FC, glicemia y TA.

Enfoque familiar y comunitario

Vive en su domicilio con su única hija (40 años), cuidadora principal. Viudo desde hace 10 años. Independiente para ABVD (Barthel 70, dependencia leve). Buena relación y apoyo entre ambos.

Para evaluar los síntomas que nos orientan hacia un posible deterioro cognitivo y/o alteración del estado de ánimo usamos en consulta estas dos escalas: Mini Mental Lobo (29, normal) y Test de Yesavage (5, normal).

Juicio clínico

Atendiendo a los síntomas que presenta el paciente y conociendo su lista de problemas, podemos plantearnos los siguientes diagnósticos diferenciales: reagudización EPOC, anemia, IC descompensada, FA con mala respuesta ventricular, proceso neoplásico, demencia senil y/o síndrome depresivo.

Plan de acción

Las medidas que llevaremos a cabo en este caso serán las siguientes:

Citas programadas en consulta para valoración clínica, ajuste de tratamiento y recomendaciones sobre hábitos de vida saludables. Así mismo, se realizará toma de constantes (FC, glicemia, TA, saturación oxígeno, peso, pie diabético...) y evaluación por parte de enfermería también de forma programada y siempre que sea preciso.

Informar al paciente y cuidadora de los posibles signos de alarma: mareo, pérdida de conocimiento, sangrado, palpitaciones, dolor torácico, ahogo, estreñimiento, vómitos, disminución diuresis, edemas...

Control analítico anual o cada 6 meses (en función de la evolución del paciente).

Valorar la derivación a Atención Especializada si presenta reagudizaciones de su patología de base con respuesta insatisfactoria a modificación de tratamiento.

Coordinar con Enfermera de Enlace y Trabajadora Social para valorar posibilidad de ayuda a domicilio (eliminar barreras arquitectónicas), ofertar plaza en Centro de Día de Residencia (estimulación cognitiva y social) y otros recursos de los que nuestro paciente se pueda beneficiar.

Evolución

Evolución tórpida debido a numerosas reagudizaciones de EPOC así como de IC que respondían parcialmente al cambio de tratamiento y que requirieron ingreso hospitalario.

La analítica de control mostró anemia ferropénica no conocida (Hb 7) en ausencia de sangrado externo que, sumado a lo anterior, nos hizo presentar el caso a Medicina Interna para realizar una intervención conjunta y continuar el estudio de nuestro paciente.

En conjunto con M. Interna, solicitamos estudio de la anemia mediante petición de pruebas digestivas (gastro y colonoscopia) y modificación de tratamiento anticoagulante (suspensión de apixaban e inicio de sintrom).

Tras estudio del paciente, se detecta carcinoma de recto subsidiario de tratamiento exclusivo con radioterapia descartando cirugía por alta comorbilidad.

TAC craneal anodino.

Conclusiones

La atención al enfermo con patologías crónicas no es una novedad en el contexto de la Atención Primaria. Paciente pluripatológico es aquel con más de una enfermedad crónica (larga duración y progresión lenta) que presenta síntomas continuos o frecuentes agudizaciones y hospitalizaciones. Su autonomía se encuentra disminuida debido a un deterioro funcional, fragilidad psico-social y tratamientos complejos, generando una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

El proceso de atención al paciente pluripatológico es un conjunto de actividades encaminadas a una asistencia sanitaria integral, coordinando a profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo. Para facilitar la continuidad asistencial de la persona con pluripatología es necesario un modelo de asistencia compartida entre atención primaria y hospitalaria. Se concibe la valoración integral, en el paciente pluripatológico, como una valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social.

El manejo de este tipo de pacientes es fundamental desde el ámbito de la atención primaria ya que tenemos el papel coordinador al ser “puerta de entrada” y lugar donde se realiza la mayor

parte del seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. El aumento de supervivencia de estas personas ha facilitado la existencia de un nuevo grupo de pacientes, con enfermedades crónicas y situaciones clínicas que dificultan su calidad de vida más allá de las propias características de dicha enfermedad. Todo esto, desemboca en pacientes y familiares perdidos y frustrados, que buscan solución a sus recientes problemas que poco a poco se van haciendo “crónicos”.

Con este abordaje intentamos acercarnos a una realidad clínica en auge y a la vez, pretendemos impulsar un modelo asistencial basado en la continuidad y la atención integral centrada en la “atención a nuestros pacientes pluripatológicos”.

ANEXO 1. ESCALA DE BARTHEL.



Nombre **Fecha**
Unidad/Centro **Nº Historia**

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragueros, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Contínente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción - valorar la situación en la semana previa –**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa baciniilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitárselo sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

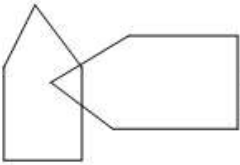
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuación Total						

ANEXO 2. MINI MENTAL LOBO

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
ORIENTACIÓN		
• Dígame el día..... fecha	Mes..... Estación..... Año.....	___5
• Dígame el hospital (o lugar).....		
planta..... ciudad.....	Provincia..... Nación.....	___5
FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?		___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
MEMORIA		
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?		___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?		___2
• ¿Que son un perro y un gato ?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

ANEXO 3. TEST DE YESAVAGE

**Nombre****Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia****7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-**

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
Puntuación Total – V5		
Puntuación Total – V15		

24. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE DIABETES

Bajo Ramos J, Gallardo Ramírez M, Pastor Toral M^ªC

Centro De Salud De Úbeda (Jaén)

Motivo de Consulta

Molestias al orinar de un mes de evolución.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Paciente varón de 59 años con antecedentes de Hipertensión Arterial en tratamiento con Amlodipino 5mg / Olmesartán 20mg acude a consulta por molestias al orinar. Refiere que desde hace aproximadamente un mes, presenta disuria y polaquiuria, sin tenesmo vesical. Asociaba prurito y dolor en la zona genital, que aumentaban al orinar. No presentaba dolor abdominal, ni fiebre.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico y normocoloreado.

ACR normal, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación con Blumberg y Murphy negativos, sin otros signos de peritonismo, con puño-percusión renal bilateral negativa.

Presentaba eritema y grietas en prepucio, sin otras lesiones cutáneas ni secreciones.



Pruebas complementarias: Combur test patológico (3+ glucosa, 2+ sangre y 1+ proteínas) y glucemia capilar al azar de 240mg/dL.

Enfoque Familiar y Comunitario

El paciente no tenía una analítica realizada desde hacía 3 años, llevaba una dieta equilibrada, sin hábitos tóxicos y realizaba ejercicio físico de baja intensidad de manera habitual, con vida laboral activa. Refería haber realizado transgresiones dietéticas recientemente y no mantenía relaciones sexuales con su pareja en la actualidad.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Balanopostitis candidiásica probablemente secundaria a Diabetes Mellitus tipo II no diagnosticada. Diagnóstico diferencial: cistitis, uretritis, prostatitis, fimosis, parafimosis.

Plan de Acción

Se inició tratamiento con Metformina 850mg un comprimido cada 12 horas, Clotrimazol 10mg/g crema una aplicación cada 8 horas e Itraconazol 100mg una cápsula cada 12 horas; analítica completa general y controles de glucemia frecuentes. Se añadió al programa asistencial de diabetes y se instruyó en educación diabetológica.

Evolución

El paciente se encuentra asintomático tras el tratamiento de la candidiasis y progresivamente van disminuyendo las cifras de glucemia, que se controla diariamente y por enfermería de Atención Primaria cada dos-tres días hasta su estabilización. A los tres días de instaurar el tratamiento con antidiabéticos orales presentaba cifras de glucemia basal de 227mg/dL y de 153mg/dL a la semana.

Conclusiones

La Diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas, constituyendo un problema significativo a nivel personal y de salud pública, no solo por su alta prevalencia e incidencia, sino porque a lo largo de su evolución pueden aparecer importantes complicaciones. Estas complicaciones se pueden evitar o retrasar en gran parte con una adecuada prevención o atención. Por todo ello, la diabetes se ha considerado desde nuestro sistema sanitario como un problema de salud prioritario. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, que pueden dificultar el control de la enfermedad y menoscabar su calidad de vida. En diabéticos las infecciones por hongos son más frecuentes que en la población general. *Candida albicans* es la especie más aislada. La balanitis puede tener múltiples causas, aunque en la mayoría de casos está relacionada con una inadecuada higiene y varones no circuncidados, también existen factores predisponentes incluyendo la diabetes, insuficiencia cardíaca, cirrosis, etc. La etiología de la balanitis más común es la infección por *Cándida*. Por tanto, en varones aparentemente sanos, debemos sospechar que alguna de estas enfermedades esté presente.

25. ABORDAJE DE LA NEUMONÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hernández García R¹, Marín Serrano I², Martínez Lechuga M²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

²Médico de Familia. Tutor de residentes. Centro De Salud Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

La paciente acude a nuestra consulta por cefalea y fiebre termometrada de hasta 39.5°C de tres días de evolución, sin apreciar otra sintomatología.

Enfoque individual

Antecedentes personales: sin interés.

Enfermedad actual: la paciente, de 56 años, acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar cefalea y fiebre termometrada de hasta 39.5°C de tres días de evolución.

Exploración:

ORL: normal. No se palpan adenopatías cervicales.

ACR: normal

ABD: normal

Neurológica: normal. No signos meníngeos.

Tª en consulta: 36.5°C

Pulsioximetría 98%

TA 110/60

Al no encontrar otros datos en la exploración que nos orientaran al diagnóstico y ser una fiebre de corta duración se decide observación domiciliaria con tratamiento antipirético y se indica a la paciente que debe hacer registros de temperatura diarios, y en caso de que la fiebre persista unos tres días más, o aparezca nueva sintomatología debe volver a consulta para nueva valoración.

Cuatro días después la paciente acude nuevamente a consulta porque continúa con fiebre alta y ha comenzado a tener tos seca y rinorrea.

Exploración:

ORL: normal

ACR: normal

Pulsioximetría 97%

Tª 36.2

Se solicita radiografía de tórax y analítica de forma urgente. En la radiografía se puede apreciar aumento de densidad en hemitórax derecho de carácter heterogéneo de predominio en zona superior, con retracción del hemidiafragma derecho, y pinzamiento de seno costodiafrágico derecho. En la analítica presenta un hemograma, coagulación y bioquímica normales.



Con los hallazgos encontrados se diagnostica de Neumonía atípica. Tras evaluar la gravedad y la necesidad de ingreso hospitalario con las escalas de valoración pronóstica PSI (Prognostic Score Index), se decide tratamiento domiciliario con Claritromicina 500mg 1 cada 12 horas durante 15 días, Paracetamol 1g cada 8 horas y control en consulta en unas 48-72 horas para ver evolución.

En la primera visita de control la paciente ya notaba mejoría clínica, mantenía tos febrícula. A la exploración la ACR seguía siendo normal, la Tª era de 34.8, TA 105/70, la Saturación de oxígeno era de 97%. Se le indicó continuar con el mismo tratamiento y revisión con radiografía de control tras finalizar el tratamiento.

En la segunda visita de control la paciente solo mantenía una leve tos seca y estaba afebril. En la radiografía de control ya se apreciaba una clara mejoría radiológica. Se le indicó control al mes con nueva radiografía.

En la tercera y última visita de control la paciente ya se encontraba totalmente asintomática y la radiografía de tórax era completamente normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico.

La paciente vivía con su marido y recibía los cuidados necesarios por parte de él y de sus hijas que la visitaban casi a diario, además era una persona totalmente independiente para las actividades de la vida diaria y con un nivel cultural bueno.

Como diagnóstico diferencial en un principio se plantearon todas aquellas posibilidades que se pueden dar en un síndrome febril sin focalidad, dependiendo del tiempo de evolución. Al principio al llevar menos de una semana se pensó como causa en viriasis. Posteriormente al superar los siete días de fiebre ya había que buscar el foco y pensar en otras causas infecciosas (CMV, TBC, Fiebre Q, etc.), hasta que pudimos diagnosticarla de neumonía atípica.

Plan de actuación y evolución

Tanto el diagnóstico como el seguimiento lo pudimos hacer desde la consulta de Atención Primaria. Se le dieron las indicaciones de volver si la fiebre continuaba para estudiar el origen, y tras el diagnóstico se estuvo siguiendo a la paciente para ver la evolución hasta la resolución de la enfermedad, con la ayuda de otras pruebas complementarias.

Conclusiones

Este caso es un buen ejemplo de la importancia de la consulta de Atención Primaria, y del fácil acceso que tienen los pacientes y la ventaja que ese fácil acceso ofrece al seguimiento de los pacientes. Además, podemos ver que los recursos que tenemos a nuestro alcance son de mucha ayuda en el diagnóstico de determinadas enfermedades.

26. ABORDAJE DEL PACTO DE SILENCIO EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA DE INICIO RECIENTE

Canet Jubierre M, Medina Salas V, Melguizo Jiménez M

Centro De Salud Almanjáyar. Granada

Motivo de consulta

Ictericia.

Historia clínica

J. es una mujer de 80 años conocida desde hace más de 25 años por su médico de familia. Entre sus antecedentes figura: diabetes mellitus tipo 2 insulín dependiente con buen control metabólico, hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada con dabigatrán. Acude a la consulta por presentar forma súbita color amarillento de piel de tres días de evolución, coluria sin acolia y prurito, sin presentar otra sintomatología a la exploración dirigida por aparatos. En la exploración física está orientada en los tres ejes, buen nivel de conciencia y adecuada colaboración, cardiorrespiratoria y neurológica normal; sin edemas; destacando únicamente ictericia cutaneomucosa franca y la palpación de un empastamiento a nivel epigástrico. Se realizó una analítica ambulatoria donde destacaba una elevación de la bilirrubina (9.9) a expensas de la directa (5.3), hipertransaminasemia y elevación de marcadores tumorales. Posterior a los resultados, se realizó una ecografía en su centro de salud se apreció una vesícula biliar de grandes dimensiones con dilatación de la vía extrahepática, motivo por el que se decidió derivar a las Urgencias hospitalarias.

Desde allí se siguió el proceso diagnóstico, que requirió el ingreso de J. en el servicio de Digestivo. En el TAC abdominal se apreciaban alteraciones compatibles con neoplasia localmente avanzada (infiltración hepática adyacente y adenopatías metastásicas) con oclusión secundaria de la vía biliar. Durante los 10 días de ingreso hospitalario la paciente perdió 10 kg y se deterioró considerablemente su estado general. El caso se presentó en comité oncológico, decidiéndose tratamiento conservador (incluyendo la colocación de una prótesis biliar en Y para drenaje a través de CPRE) con alta a domicilio y seguimiento de su médico y de Paliativos.

Historia personal y familiar

J. es viuda desde hace 20 años y vive sola en un segundo piso sin ascensor. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y no presenta ningún tipo de deterioro cognitivo. Tiene 5 hijos (3 mujeres, 2 varones).

A raíz del diagnóstico y después del alta en el hospital, una de sus hijas decide trasladarse al domicilio de su madre para cuidarla. J. no sabe su diagnóstico ni pronóstico; le han dicho que tenía una obstrucción que ya ha sido solucionada. Todos sus hijos tienen la información completa, pero dos de ellos no quieren que su madre lo sepa para evitar que se desanime, y así se lo transmiten al médico de familia en la primera visita al alta.

Juicio clínico

Neoplasia de vesícula localmente avanzada con obstrucción de vía biliar secundaria a adenopatías y colocación de endoprótesis.
Conspiración de silencio en fase inicial.

Plan de acción

En este caso no se ha podido prevenir la instauración de una conspiración (o pacto) de silencio en el ámbito hospitalario. Según la Ley de Autonomía del paciente y siguiendo uno de los principios básicos de la bioética, toda persona tiene derecho a ser informada. Además, también ayuda a la aceptación de la enfermedad, control de síntomas, disminuye la ansiedad y evita la pérdida de confianza con el equipo sanitario. Por lo tanto, uno de los principales objetivos a continuación es hacer entender la importancia de eso a los hijos de J. y romper poco a poco la conspiración de silencio que se ha ido formando. La manera de hacerlo no es ir en contra de su voluntad de manera brusca, sino ganando poco a poco su confianza, puesto que la voluntad de esconder una mala noticia viene de querer evitar un mal mayor a un ser querido, también pudiéndose deber a una negación de la situación. Para ese fin, es importante tener unas buenas habilidades comunicativas y seguir la secuencia de saber qué conocimiento real tiene la familia de la enfermedad, la que tiene la paciente y qué es lo que quiere saber; mostrar empatía con los hijos de J; transmitir tranquilidad y apoyo; identificar sus mayores miedos que hacen no querer hablar de ello con franqueza y contraponerlo a los beneficios; anticipar las consecuencias del secretismo y advertir del riesgo de aislamiento y soledad que puede suponer para la paciente junto a trasladar los beneficios de integrar a la paciente y su familia como parte activa en los cuidados y actuaciones futuras; contrastar opiniones de todas las partes y, por último, proponer y llegar a un acuerdo.

También se entra en contacto con la Unidad de Cuidados Paliativos del hospital de referencia para actuar de manera coordinada en los casos que J. requiera un ingreso. Aunque anteriormente era independiente, ahora presenta una debilidad acusada, por lo que se planifican visitas a domicilio para seguir de manera cercana su evolución, se insiste en control de la sintomatología y se ofrece apoyo a sus hijas a través de acceso a la consulta y al teléfono de móvil.

La situación queda registrada de manera reglada siguiendo el procedimiento de Planificación Anticipada de Decisiones.

Evolución

Con lo anteriormente expuesto, se habla con las dos hijas principales cuidadoras, llegando al acuerdo de una reunión conjunta entre paciente, familiares y médico de familia para informar a la paciente de su proceso. J. niega querer saber nada más de su enfermedad, límites que se respetan. Se acuerda que sea el médico de familia quien tome la iniciativa de facilitar información gradual, comprensible y veraz cuando ella lo solicite.

Conclusiones

En situaciones donde un paciente es diagnosticado recientemente de una enfermedad grave y presenta un deterioro acusado, la actuación del médico de familia tiene un papel muy importante, tanto en brindar una atención ajustada a las necesidades que presente como en dar apoyo a paciente y cuidadores. Es de vital importancia una comunicación clara y constante, prevenir siempre que se pueda una conspiración de silencio y, en caso que se establezca, romperla poco a poco, ya que permite una mejor expresión emocional, menor ansiedad y mejor control de sintomatología. Sin olvidar que hay que tener desde el primer momento en cuenta las preferencias del paciente. Asimismo, es necesaria la coordinación entre atención primaria y hospital en la atención de estos enfermos.

27. DISURIA

Expósito Montes T, Sánchez Ramos M^{RS}, Rodríguez Bayón A

Centro de Salud San José. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

Mujer de 57 Años de edad que acudió a consulta (febrero 2017) con molestias urinarias. Se pautó tratamiento empírico y se solicitó analítica.

Una semana después la paciente acudió para recoger los resultados de la analítica. En la analítica presentó glucosuria de 1000 y 256 de glucosa, diagnosticándosele en ese momento de diabetes mellitus tipo II.

Descripción

Anamnesis: La paciente acudió a consulta por molestias al orinar, tenesmo vesical y dolor en hipogastrio. No presentaba fiebre, vómitos, diarrea o hematuria. No hábitos tóxicos.

Información sobre entorno sociofamiliar:

La paciente vive con su marido y su padre desde que se ha quedado viuda (2016). Su padre, anciano frágil, le exige demasiada atención.

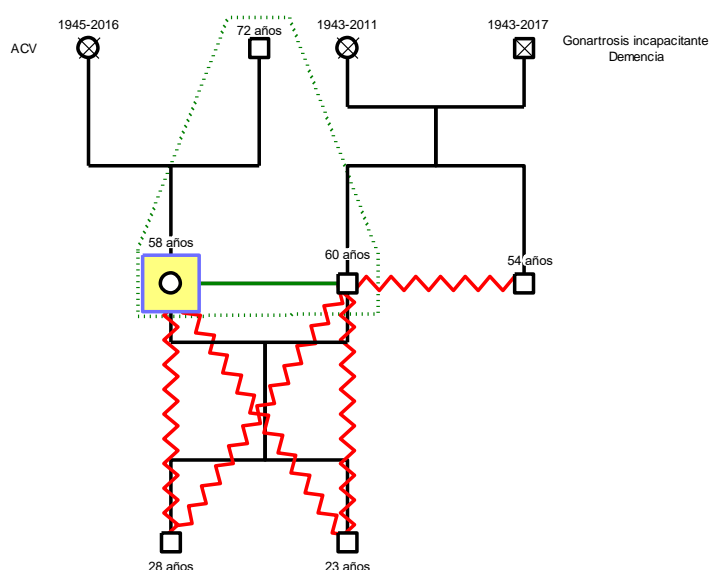
Hasta hace poco estuvo cuidando de su suegro durante 15 años (fallecido el 24/01/2017).

Debido a lo anteriormente descrito la paciente se encuentra en el momento del diagnóstico (24/02/2017) desbordada, sin ganas de nada y con intenso llanto. Actualmente está en tratamiento con citalopram.

El matrimonio tiene dos hijos ya emancipados de 28 y 23 años. No tienen buena relación con ellos.

Apgar familiar con puntuación de 8 y test de Holmes Rahe con puntuación de 24+44.

GENOGRAMA



CRONOGRAMA:

*Lista de problemas:*

Intolerancia a dexketoprofeno.
 Diabetes mellitus II (24/02/2017)
 Tratamiento erradicador H. pylori (18/01/2017)
 Hipertrigliceridemia+hipercolesterolemia (26/06/2011)
 Obesidad. IMC > 30
 Cólico nefrítico de repetición (2000)
 Alteraciones depresivas (2000)
 En tratamiento con citalopram.

Contexto de la enfermedad

Individual y repercusión familiar: Debido a todo lo que ha padecido la paciente, el diagnóstico de una enfermedad crónica que implica un mayor control de su salud y su alimentación supone una carga más (al ser la paciente la cuidadora principal); pudiéndose alterar el falso equilibrio.

La paciente rompió a llorar en el momento del diagnóstico, argumentando que “últimamente todo lo que viene es malo”.

Situaciones de riesgo especial personal o grupal.

La paciente se encuentra actualmente desbordada y vulnerable. Las complicaciones de esta enfermedad son silentes hasta que están muy avanzadas y no tienen solución.

Exploración:

Neurológica: Normal.

Auscultación cardíaca: Normal

Auscultación respiratoria: Normal

Abdomen: ligeramente globuloso correspondiendo a su obesidad (recordamos medidas dietéticas), doloroso a la palpación en hipogastrio. Resto normal.

Extremidades: Varices superficiales sin signos de complicación. Resto normal.

Tronco: Normal

Psicológica: situación emocional ansioso-depresiva. Estado oscilante entre nerviosismo y llanto por la dependencia de su padre.

Analítica.

Resultados: 1000 glucosuria y 264 de glucosa.

Pruebas complementarias.

Combur test: leucocitos ++, glucosuria +++

Impresión diagnóstica

La paciente acudió a nosotros debido a una serie de molestias genito-urinarias, sin fiebre, ni otra sintomatología acompañante.

Diagnóstico diferencial

Uretritis: Inflamación de la uretra: molestia o dolor suprapúbico, fiebre y tacto vaginal doloroso.

Cistitis: Inflamación de la mucosa vesical de forma circunscrita, polaquiuria, tenesmo vesical, sensación de vejiga llena, dolor al miccionar, pujos y orinas turbias (cuando es crónica).

Vaginitis.

Infección genital.

Irritantes químicos.

Resistencia al flujo urinario.

Tumor vesical.

Pielonefritis: Cuadro clínico caracterizado por fiebres altas precedidas de escalofríos, dolor lumbar, puño percusión renal doloroso, orinas turbias, antecedente de cateterismo vesical y síntomas de vías urinarias bajas.

Debido a la sintomatología, las pruebas complementarias junto con la ausencia de fiebre u otros síntomas se realizó el diagnóstico de cistitis. Colocándose tratamiento antibiótico empírico.

Motivado por la gran cantidad de glucosa en orina que la paciente tenía se solicitó analítica, para estudio más exhaustivo.

Con todo se llegó al diagnóstico de DIABETES MELLITUS TIPO II. Se comenzó entonces el tratamiento y medidas higiénico-dietéticas.

Plan de actuación

Problemas: la diabetes y el Burnout.

Se entregan documentos con medidas higiénico-dietéticas.

Se comienza tratamiento con metformina, un comprimido al medio día.

Se explican signos de alarma de hiperglucemia.

Citas programadas con enfermería.

Se pondrá en contacto a la paciente con la trabajadora social para la ley de dependencia de su padre.

Analítica control para dentro de 6 meses.

La paciente se comprometerá a tener tiempo para ella y cuidarse.

Se incluye a la paciente en el proceso de diabetes: con el cual se hará seguimiento de la evolución de la enfermedad y cribado de las posibles complicaciones que pudiesen acontecer:

Revisiones cada dos años del fondo de ojo.

Control de los pies.

Control analítico de la hemoglobina glicosilada y función renal.

Control del peso y tensión arterial.

Evolución

La paciente experimentó mejoría al comenzar el tratamiento con metformina, como demostró la analítica de julio (glucemia 124, Hemoglobina glicosilada 6.9 y glucosuria negativa).

La retinografía (marzo) fue normal y se mantuvo misma pauta de tratamiento.

Actualmente la paciente se encuentra mejor tanto anímicamente como analíticamente. Ha comenzado a acudir a Pilates y otras actividades. Se encuentra mentalizada de lo que la diabetes supone y motivada para cumplir el tratamiento.

Se inició tratamiento antidepressivo que está tolerando correctamente. A día de hoy comenzó psicoterapia con psicóloga privada de su elección con resultados positivos.

En cuanto a la situación familiar, la trabajadora social quedó informada de todo y se está ocupando de las gestiones oportunas para las ayudas y posibles productos sanitarios necesarios.

Conclusiones

Escogí este caso debido a la alta prevalencia de la diabetes y multitud de complicaciones previsibles que tiene. El diagnóstico precoz de la misma permite adelantarnos a las distintas complicaciones que acarrea, pudiendo paliarlas en gran medida.

En cuanto a los aspectos fundamentales de la atención primaria y familiar destacar el trabajo conjunto del sector médico y enfermería, ya que el seguimiento se hace de manera conjunta. Por último destacar la importancia de no banalizar ningún síntoma, por simple que nos parezca.

Bibliografía

Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Frances Borrel

Escalas de valoración familiar y reajuste social.

<http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/planes/17/04/diabetes.pdf>

Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar. Yuri Alegre y Miguel Suarez. RAMPA, 2006. 1(1):48-57

Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Luis de la Revilla. España. 1994. DOYMA.

28. ENEMIGO OCULTO. DESCUBRIENDO LA PORCIÓN OCULTA DEL ICEBERG

Salas Domínguez J¹, Medina Vízquez A¹, Pérez Rodríguez M²A²

¹MIR de MFyC. UGC La Candelaria. Sevilla

²Médico de Familia. UGC La Candelaria. Sevilla

Motivo de Consulta

Varón de 68 años que consulta por presentar lesión que define como úlcera en talón de pie izquierdo de varios días de evolución.

Anamnesis, exploración y pruebas complementarias

No alergias medicamentosas conocidas

Fumador desde los 13 años con una historia acumulada de >84 paquetes/año.

Factores de riesgo cardiovasculares modificables: HTA, DM2, dislipemia. Fumador desde los 13 años con una historia acumulada de >84 paquetes/año.

Cardiopatía isquémica con expresión de ángor estable en 2005, desde entonces asintomático. Polineuropatía a filiar (estudio neurofisiológico con patrón mixto, no acude a consultas). Datos clínicos de EPOC.

Profesión: mantenimiento máquinas de coser en industria textil. Jubilado a los 60 años. Tratamiento en el momento del diagnóstico: atorvastatina 80mg/24h, enalapril 20mg/24h, metformina 850mg/24h, pentoxifilina 600mg/24h.

Paciente con los antecedentes personales descritos que consulta por presentar lesión en talón izquierdo de dos días de evolución, no refiere sangrado ni supuración asociada. No fiebre. Al mostrar las lesiones se objetivan hiperqueratosis palmo-plantares. Ante el hallazgo preguntamos por síntomas generales, el paciente refiere disminución del apetito y pérdida de peso sin saber precisar (lo ha notado en la ropa).

Exploración: el paciente presenta buen estado general, está consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular disminuido de forma generalizada. No crepitantes. No sibilancias. No roncus.

Abdomen: sin hallazgos patológicos.

Miembros inferiores: no edemas. No signos TVP. Hiperqueratosis evidente en ambas plantas de los pies con grietas sin otros datos reseñables. Acropaquias en dedos de ambas manos, hiperqueratosis palmar.

Se solicita radiografía de tórax y se deriva de forma preferente a consultas de neumología.

En radiografía anteroposterior y lateral de tórax se observa aumento de densidad radiológica parahiliar izquierda, signo del pico yuxtafrénico izquierdo.



Enfoque Familiar y Comunitario

Paciente jubilado, convive en el domicilio con su mujer. Tiene 3 hijos que no viven con ellos. Viven en una zona de transformación social. Adecuado soporte familiar y sanitario tanto por parte del equipo de atención primaria o de atención hospitalaria. Seguimiento mixto entre equipo de atención primaria y equipo de atención hospitalaria.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Debemos hacer diagnóstico diferencial con queratodermias palmoplantares adquiridas: queratoderma climatérica, queratoderma, mixedema, queratoderma palmo-plantar arsenical, queratoderma palmo-plantar paraneoplásica, Tylosis, Síndrome de Reiter.

Juicio clínico: Queratoderma palmoplantar paraneoplásica.

Plan de Acción

Tras dichos hallazgos se decide derivación a consultas de Neumología con carácter preferente. Una vez en las consultas de Neumología se solicita TAC de tórax y abdomen, PET-TC, ecografía abdominal y biopsia pulmonar del lóbulo superior izquierdo, confirmándose la sospecha diagnóstica de neoplasia pulmonar con estadiaje T4N1/2M0.

Evolución

Se decide tratamiento quimioterápico neoadyuvante, tras el cual se vuelve a realizar TAC que muestra disminución del tamaño de la masa pulmonar por lo que se decide neumectomía izquierda intrapericárdica. Finalmente el estadiaje del tumor es IIB (T2bN1M0). El día 04/01/2018 se realiza TAC de control objetivándose recidiva en lecho de cavidad postneumectomía. . Días después el paciente empieza a presentar astenia, dolor dorsolumbar limitante, mareos e inestabilidad de la marcha. Desde entonces ha comenzado

con empeoramiento paulatino del estado general, astenia, hasta necesitar ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria. El 15/02/2018 se decide derivación a Hospitalización Domiciliaria para control de síntomas.

Conclusiones

Hasta el 20% de los pacientes con cáncer presenta síndromes paraneoplásicos pero, a menudo no son reconocidos. Además estos síndromes son en ocasiones la forma de presentación de algunas neoplasias, precediendo a síntomas más evidentes, por lo que es importante tenerlos en cuenta. Los datos clínicos asociados a estos tumores pueden ser variados con presentación clínica que afecta a todos los aparatos y sistemas. A pesar de la limitación de tiempo de consulta en la práctica clínica diaria es preciso detenerse ante determinados signos y/o síntomas y realizar una exploración exhaustiva que evite que se pasen por alto datos sutiles que pueden esconder patologías de entidad.

Las neoplasias más frecuentemente asociadas a síndrome paraneoplásico son: carcinoma de pulmón (el más común), carcinoma renal, carcinoma, hepatocelular, leucemia, linfomas, tumores de mama, tumores de ovario, cánceres neurales, cánceres gástricos, cánceres de páncreas.

29. ABORDAJE FAMILIAR EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Santos Calonge A¹, Porras Martin P²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

Motivo de Consulta

Agresividad, impulsividad e insomnio mal controlados.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Trastorno bipolar en seguimiento en Salud Mental desde los 17 años. Múltiples ingresos por depresión con síntomas psicóticos y un ingreso por cuadro hipomaniaco. El cuadro debutó como un episodio depresivo psicótico que precisó ingreso.
- Necesidad de apoyo escolar desde los 10 años.
- Consumo de cannabis y alcohol desde los 16 años. Actualmente sólo consumo esporádico.
- Antecedentes familiares: Madre con cáncer de mama a los 45 años, en remisión completa.
- Tratamiento actual: Litio, Clonazepam, Trihexifenidilo, Paliperidona y Asenapina.

Exploración física:

Orientado en las 3 esferas, lúcido y coherente. Impaciente e irritable. Refiere ánimo bajo, anergia, abandono de actividades recreativas e hipersomnia por las mañanas. Actitud distante. Frialdad afectiva.

Enfoque Familiar y Comunitario

Madre con 50 años, que a los 45 años fue diagnosticada de cáncer de mama, actualmente en remisión completa. Padre con 56 años, en paro y recibiendo ayuda familiar. Una hermana con 26 años que es protésico dental.

Esta situación supone un gran estrés familiar. No han aceptado bien la enfermedad mental del paciente y hay una sobreprotección hacia él. Nunca lo dejan solo. El paciente es muy demandante de atención por parte de sus padres. Su hermana reconoce que en ocasiones se siente desplazada ya que toda la atención se centra en el paciente.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Trastorno afectivo bipolar. Probable retraso mental de base, pendiente de valoración.

Plan de Acción

Nos encontramos ante un caso complejo de un chico joven, en seguimiento por Salud Mental desde hace años, con mal control de los síntomas y mala evolución del cuadro. No queremos realizar grandes cambios en el tratamiento, ya que se han realizado numerosas modificaciones anteriormente y no han sido bien toleradas. Hablamos con el equipo de Salud Mental que está siguiendo al paciente, y de la complejidad que supone un cuadro iniciado a una edad tan temprana. Aún están estudiando el caso para tratar de mejorar la calidad de vida del paciente y normalizarla. Es por este motivo, por el que nos planteamos que nuestro papel fundamental es el apoyo, la comprensión y la ayuda que podemos dar a la familia. Tenemos acceso y buena

relación con los padres del paciente y su hermana. Nos citamos con cada uno de ellos por separado, y posteriormente en conjunto, para dar herramientas para aceptar la enfermedad mental y mejorar la relación con el paciente y entre ellos.

Evolución

El paciente continúa a día de hoy el seguimiento por Salud Mental y nosotros hacemos seguimiento de la situación familiar, que poco a poco ha ido mejorando. Han empezado a dar algo de autonomía al paciente y a hacer cosas juntos y reestablecer las relaciones sociales.

Conclusiones

Los trastornos mentales graves necesitan y tienen un control y seguimiento estrecho desde el equipo de Salud Mental, por lo que nuestra actitud en estos casos no suele ser tan activa como en otros. Sin embargo, el soporte familiar de este tipo de pacientes es fundamental para su evolución, y es ahí donde los Médicos de Familia tenemos un papel clave que pueda complementar el trabajo de salud mental para realizar un abordaje familiar completo y mejorar así la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales graves.

30. DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTE

Medina Salas V, Canet Jubierre M, Melguizo Jiménez M

Centro De Salud Almanjáyar. Granada

Motivo de Consulta

Varón de 16 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) acompañado de su madre, expresando el deseo de “recibir tratamiento hormonal para ser mujer” ya que se “ha sentido niña desde los primeros años de su infancia”. La madre apoya el deseo de su hijo.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 16 años con antecedentes personales de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en seguimiento en Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) desde los 2 a los 5 años de edad. Asimismo, catalogado como retraso madurativo, sin diagnóstico de certeza, pero con descripción de rasgos de trastorno del desarrollo y rasgos autistas.

Refiere que se ha sentido mujer desde los 5 años, hallándose más cómodo en compañía femenina, utilizando ropa de mujer y sintiéndose más próximo a los hábitos y conductas femeninas. La madre confirma estos hechos.

Enfoque Familiar y Comunitario

Hijo de padres separados. Hermana de 2 años por parte de la madre. Cursa 1º de E.S.O, habiendo repetido 6º de primaria. Necesita apoyo educativo. Precariedad económica familiar. Nos hallamos ante un menor maduro, cuyo sentimiento de disconfort de género le ocasiona disfunciones en el ámbito social y educativo, además de malestar psíquico significativo y permanente.

Por otro lado, el paciente presenta un respaldo familiar fuerte por parte de su madre, que apoya su deseo y el inicio del tratamiento demandado. Nulo contacto con su padre biológico.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Disforia de género. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Plan de Acción

El proceso de cambio de género en nuestro paciente pasa por las siguientes fases:

1º- Estudio psicológico para descartar trastornos asociados. Estudio familiar para determinar estructura, función familiar, ciclo vital y relaciones familiares.

2º- Tratamiento hormonal: En menores de 12 años el objetivo es frenar o detener la aparición de caracteres sexuales secundarios; mientras que en mayores de 14 años (como en nuestro caso), dado que estos caracteres ya están presentes, es necesario administrar terapia hormonal con el condicionante de ser necesaria para toda la vida.

3º- Intervención quirúrgica: se realiza posteriormente, existiendo varias técnicas disponibles en función de las preferencias del paciente.

En este caso se trata de una familia reconstituida con padrastro, funcional con buen apoyo al adolescente, ciclo vital en etapa IIb y con relación madre hijo unida pero conflictiva. Inicialmente el médico de familia consulta a la Unidad de Salud Mental Infantil, donde el paciente fue atendido, mediante entrevista personal con la Psicóloga.

Evolución

Se acuerda una entrevista con el paciente y sus familiares para valoración psicológica (ver antecedentes). En una última fase, si se descartan trastornos psicológicos asociados no vinculados a la disforia de género, se contactará con el servicio de endocrinología infantil del hospital de referencia para plantear terapia hormonal.

El adolescente está pendiente de ser valorado en ambos servicios.

Conclusiones

La disforia de género o trastorno de identidad de género es una situación en la que la persona siente un malestar significativo debido a la discordancia entre su identidad de género y su género (o su sexo) asignados al nacer. No debe confundirse con la disconformidad de género (conductas que no coinciden con el comportamiento socialmente asociado a un género), ni con orientación sexual.

Para poder hablar de disforia de género es necesario que el paciente se identifique con el otro sexo de manera sólida y persistente, y que la situación que se genera de esta identidad ocasione un disconfort físico y psicológico significativo.

Consideramos que es importante conocer el protocolo de actuación presente en cada medio para que estos pacientes sean atendidos de la mejor forma posible atendiendo a su edad, situación madurativa y situación socio-familiar.

31. MANEJO Y CONTROL DEL DUELO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Vaquero Álvarez M¹, Rodríguez Bayón A²

¹MIR de 3er año de MFyC. Centro de Salud de Linares (Jaén)

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Jaén

Motivo de consulta

La hija de nuestra paciente acude a consulta de Atención Primaria para comunicar el fallecimiento de su hermana a causa de linfoma no Hodking, tras breve hospitalización. Comenta que su madre ha sido valorada por psicólogo privado y nos muestra el móvil con el nombre de un antidepresivo recomendado por dicho profesional. Ante lo cual, se explica a la hija la necesidad de ver a la paciente. Tras la consulta, se programa visita a domicilio; donde nos encontramos a la paciente con llanto espontáneo y discurso triste relatando lo sucedido durante el último mes. Junto a ella se encontraba su marido, sus otras dos hijas y el viudo de su hija. Tras una fase de escucha activa empatizando con la paciente, le ofrecemos nuestra ayuda y le indicamos la necesidad de no medicalizar el duelo por el momento, estando abiertos a revisarla para modificar nuestro plan de actuación si fuese necesario.

Enfoque individual

En la actualidad la paciente se encuentra con dificultad para dormir, labilidad emocional y llanto fácil debido al fallecimiento de su hija. Nuestro objetivo es permitir la adaptación emocional a la pérdida de su hija, prevenir la respuesta al duelo y sus posibles complicaciones al ser una muerte repentina de una hija.

Entre sus antecedentes familiares destaca madre diabética no insulino dependiente, y fallecimiento del padre por infarto de miocardio en 2010.

Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia en seguimiento anual. Toma medicación habitual antihipertensiva, antidiabéticos orales e hipolipemiantes.

Enfoque familiar

En la figura 1 podemos observar el genograma familiar del paciente. Comprobamos, con respecto a su estructura familiar, que se trata de una familia nuclear con parientes próximos (dos individuos con o sin sus hijos y con la madre viviendo en su misma localidad). Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla (tabla 1), se encuentra en la etapa V o Fin de Contracción (desde que el último hijo abandona el hogar hasta que fallece uno de los cónyuges).

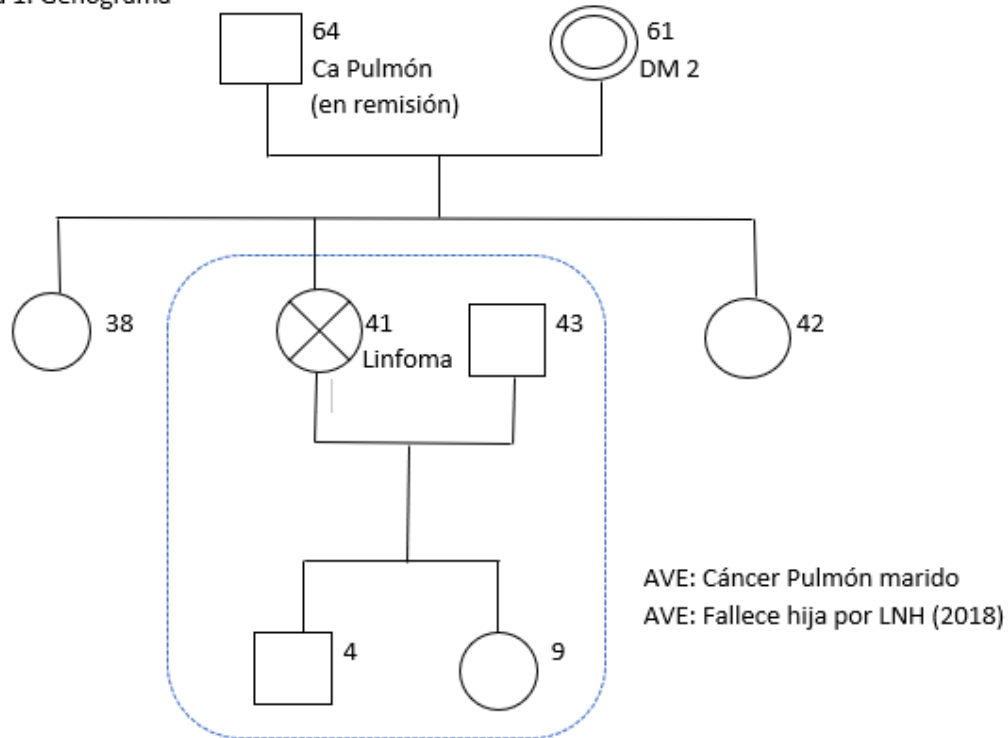
Tabla 1. Ciclo vital OMS

ETAPA	
I.FORMACIÓN	Desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo
II. A- EXTENSIÓN (preescolares y escolares)	Desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo cumpla 11 años
II.B- EXTENSIÓN (adolescentes)	Desde que el primer hijo cumple 11 años hasta que nace el último
III. FIN DE EXTENSIÓN	Desde el nacimiento del último hijo hasta que lo hace el último
IV. CONTRACCIÓN	Desde que el primer hijo abandona el hogar, hasta que lo hace el último
V. FIN CONTRACCIÓN	Desde que el último hijo abandona el hogar, hasta la muerte de un cónyuge
VI. DISOLUCIÓN	Desde la muerte de un cónyuge, hasta la muerte del otro

No se realizó Apgar familiar ya que desde el primer momento recibió apoyo familiar y social, principalmente de sus hijas, su marido y su yerno.

Genograma Relacional

Figura 1. Genograma



Hipótesis sistémica: las hijas de la paciente habitan en su misma localidad, gozan de buena salud y no toman ninguna medicación. Su marido padece cáncer pulmón microcítico en remisión. Tiene tres hijas, una hija de 42 y otra de 38 años, y la hija fallecida con 41 años.

Seguimiento

En la visita a domicilio, comprobamos la situación que nos había comunicado su hija; la paciente se encontraba llorando y con un discurso triste, recordando momentos con su hija y preocupada por el futuro de sus nietos (4 y 9 años).

Acordamos con la paciente mantener tratamiento ansiolítico e ir reduciendo según evolución. Por el momento la paciente no quiere ser valorada por el psicólogo de nuestro Equipo de Salud Mental. Informamos sobre síntomas de alarma. Realizaremos seguimiento estrecho en consulta y mediante contacto telefónico.

Explicamos a la paciente y a su hija la necesidad de no medicalizar el duelo, ya que ese llanto incontrolado forma parte del proceso de un duelo y protege a la paciente de un derrumbe psicológico.

En la anamnesis, la paciente se encontraba preocupada por el futuro próximo (Comunión de su nieta) recordando acontecimientos vividos con su hija previo al diagnóstico; todo ello enmarcado dentro del reciente fallecimiento

La exploración física no presentó hallazgos de interés.

Plan acción

En base al manejo del duelo desde Atención Primaria debemos de estar atentos a los factores que dificultan o favorecen la evolución del proceso de duelo, cómo el ser una muerte no esperada de su hija tras una enfermedad de corta evolución.

Destacar, en su núcleo familiar como principal apoyo a sus hijas y su marido; y como gran dificultad, explicar a sus nietos lo que le había ocurrido a su madre.

Evolución

La paciente se encuentra actualmente en situación de choque emocional, tras la repentina noticia del fallecimiento de su hija por una enfermedad que ha durado apenas 4 semanas.

Estaríamos ante un duelo de riesgo, que requiere un tratamiento preventivo, facilitado por el acrónimo REFINO: Relación (R), Escucha (E), Facilitación (F), Informar (I), Normalizar (N), Orientar (O)

Según los factores que pueden dificultar el duelo, debemos de hacer un seguimiento estrecho ya que puede derivar en un duelo complicado (tras la pérdida de un hijo hay un riesgo de en torno al 60% en aquellos pacientes dolientes).

Los criterios de Duelo Complicado, propuestos por Prigerson, nos pueden ayudar en el seguimiento de la paciente.

Para diagnosticar de Duelo Complicado debe cumplir los 6 criterios.

Conclusiones

El duelo cómo tal no es ninguna enfermedad, es una respuesta emocional a una situación dolorosa como es la muerte no esperada de una hija.

No hay que confundir el duelo normal, que necesita solamente del apoyo de sus familiares y amigos, con el duelo complicado que es patológico y requiere de psicoterapia y tratamiento con antidepresivos.

La importancia de manejar el duelo desde Atención Primaria es primordial ya que somos los especialistas a los que acuden los dolientes y necesitamos disponer de conocimientos y habilidades, indispensables como médicos de familia.

Bibliografía

Chacón López-Muñiz JI , Martínez-Barbeito MB, González Barboteo J. El duelo complicado En Camps Herrero C, Sánchez Hernández T Editores. Duelo en Oncología Ed Madrid: Sociedad Española de Oncología; 2007 p. 223-36

Mínguez Platero J, Ruiz Peña M. 2015. Atención al duelo. AMF. 11 (5): 300-303

Landa Petralanda V, García García JA, Moyano Lorenzo M, Molina González B. Guía clínica Cuidados primarios de duelo [Internet].Guías clínicas Fisterra; 2017 actualizado 6 Feb 2017; citado 18 feb 2018]. Disponible en:<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cuidados-primarios-duelo/>

32. ABORDAJE DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA TRANSITORIA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Correa Gómez V¹, Pantoja De La Rosa L², Martos Toribio G³

¹MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro De Salud De Úbeda (Jaén)

²Médico. Distrito Sanitario Nordeste Jaén

³Médico De Familia. Centro De Salud De Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

Desorientación y pérdida de memoria transitoria.

Enfoque individual:

Mujer de 58 años, con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, intervenida quirúrgicamente de ooforectomía derecha y en tratamiento con losartán 100 mg/hidroclorotiacida 12.5 mg 1 comprimido/24horas, simvastatina 40 mg 1 comprimido/24h y lorazepam 1 mg si precisa. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos de interés.

Acude a las 2 de la tarde a consulta de su Médico de Familia, acompañada de su marido que es quien informa y está más angustiado. Refiere que hoy a las 11 de mañana han asistido a un funeral de un familiar (tío materno de la paciente); y, desde entonces, ésta presenta pérdida de memoria y desorientación, además de estar preguntando reiteradamente si ha fallecido ese familiar. La paciente comenta que se encuentra rara, como mareada y con sensación de embotamiento emocional, pero sin nerviosismo. Asociado a cefalea frontal que no irradia, no fotofobia ni sonofobia. Sin cortejo vegetativo acompañante ni pérdida de consciencia. Niega traumatismo craneoencefálico. No fiebre. No otra sintomatología de interés.

El marido nos informa que hace unos 6 años tuvo un episodio similar en mismas circunstancias, por acontecimiento vital estresante (tras fallecimiento de su padre), que cedió espontáneamente, sin dejar secuelas. Su mujer siempre ha tenido una personalidad histriónica y ansiosa.

En la exploración se aprecia buen estado general pero con aspecto apático y serio. Sin alteración de la consciencia, colaboradora y orientada totalmente en persona y espacio, parcialmente en tiempo; aunque no recuerda lo sucedido esta mañana. Exploración neurológica con pupilas isocóricas y normorreactivas, sin focalidad neurológica, reflejos normales, marcha y equilibrio conservado, no disimetrías ni adiadacocinesis y Romberg negativo. Auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular conservado y latido cardiaco rítmico, sin soplos. Resto de exploración sin hallazgos reseñables.

Enfoque familiar y comunitario

Ama de casa, casada desde hace 35 años. Con 2 hijos varones de 34 y 32, y una hija de 28 años. Todos viven fuera del domicilio familiar, los hijos menores en distinta localidad. Tiene 2 nietos del hijo mayor, pero los ve poco pese a vivir en el mismo pueblo, tras el divorcio de éste. Su padre siempre fue muy autoritario y estricto, ella en más de una ocasión nos comentó que se casó joven para salir de casa. Tras su matrimonio se dedicó a cuidar de su marido e hijos. Con los años éstos fueron abandonando el hogar, y desde entonces presenta estado de soledad

permanente y un sinsentido de su vida. Siempre acude a consulta refiriendo que su marido no le hace caso ni se preocupa por ella, “con lo mal que está”.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Habría que hacer un diagnóstico diferencial con el accidente cerebrovascular transitorio, migraña, crisis epiléptica, patología infecciosa, intoxicaciones o amnesia asociada a traumatismo craneoencefálico o de causa psicógena.

Tras la anamnesis y exploración física se diagnostica de amnesia global transitoria de probable causa psicógena tras acontecimiento vital estresante.

Plan de actuación

Su Médico de Familia intenta tranquilizar. Informa que es un proceso de naturaleza benigna, de corta duración y que no requiere tratamiento; recomienda que dejen evolucionar el cuadro sin insistir en que recuerde, haga reposo y mantenga un estilo de vida saludable.

El marido por voluntad propia decide llevarla a las urgencias hospitalarias. Se realizan pruebas complementarias para descartar organicidad. El hemograma, bioquímica y coagulación son normales. Tóxicos en orina negativos. Electrocardiograma en ritmo sinusal. Radiografía de tórax sin imagen de condensación ni derrame pleural. Y en el TAC craneal no se observan alteraciones de la densidad ni signos de efecto masa, hay buena diferenciación sustancia blanca-gris y el sistema ventricular y espacios extraaxiales sin anormalidades. Finalmente se da de alta explicando de nuevo benignidad del proceso, tras descartar causas potencialmente graves.

Evolución

Al día siguiente su Médico de Familia se interesa por estado de la paciente y realiza llamada telefónica al domicilio familiar. Es el marido quien contesta e informa que el episodio amnésico fue autolimitado al periodo en torno al entierro del familiar, unas 3-4 horas, cediendo por la tarde. Le confiesa que por desconfianza acudió a las urgencias hospitalarias; y que, tras el alta y descartar patología grave, quedó más tranquilo.

Actualmente la paciente continúa con un gap amnésico residual permanente de ese episodio. No se ha vuelto a repetir, aunque tampoco ha sufrido un nuevo acontecimiento vital estresante.

Conclusiones

La amnesia global transitoria consiste en un cuadro brusco y autolimitado de amnesia anterógrada, en el que se conservan la conciencia, la identidad personal y la atención. Lleva al paciente a un estado de desorientación, principalmente en el tiempo, y a realizar preguntas de forma repetitiva y constante, fundamentalmente de acontecimientos recientes. Reversible en menos de 24 horas, sin secuelas, y es característico que curse con amnesia permanente del episodio. De etiología incierta, aunque se ha descrito en situaciones como estrés emocional, dolor, cambios de temperatura, ejercicio físico extenuante o relaciones sexuales. Es necesario descartar otras posibles causas de un episodio similar como son las intoxicaciones, infecciones, alteraciones metabólicas, crisis epilépticas, accidente cerebrovascular u otras causas estructurales a nivel cerebral.

Para el diagnóstico se pueden emplear los criterios de Caplan y Hodges. Estos incluyen: presencia de amnesia anterógrada descrita por un testigo, no puede haber alteración del nivel de conciencia ni de la identidad personal, disfunción cognitiva limitada a amnesia, no signos

de focalidad neurológica ni epilepsia, no historia reciente de traumatismo craneoencefálico ni convulsiones y resolución de los síntomas en menos de 24 horas.

Esta entidad provoca gran ansiedad e incertidumbre en el paciente y familiares; por lo que es de vital importancia el razonamiento clínico y conocimiento de la historia natural de la enfermedad. Es labor del Médico de Familia tranquilizar, informar e insistir, en la naturaleza benigna del proceso y que no requiere tratamiento; dedicando todo el tiempo necesario. Además se darán a conocer signos y síntomas de alarma por los que se recomiende una atención urgente.

La paciente da su autorización explícita a los autores para que su caso clínico sea publicado cumpliéndose además de las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

33. INTERVENCIÓN EN JOVEN CON CARCINOMA DE CAVUM

Ureña Arjonilla M¹, Ortega García G², Navío García A³

¹MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Mancha Real (Jaén)

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud San Felipe. Jaén

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Mancha Real (Jaén)

Motivo de Consulta

Varias consultas por dolor en hemicara izquierda, cervicalgia homolateral y cefalea.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente hombre de 27 años, sin AMC, que acude poco a consulta con AP de Colon irritable y pitiriasis versicolor, fumador. Consulta en varias ocasiones por dolor en hemicara izquierda y cervicalgia homolateral acompañado en ocasiones de cefalea.

El dolor no se refiere como lacinante y no siempre le ocurre de la misma manera.

Exploración por aparatos y sistemas, incluida neurológica, es normal.

Se propone tratamiento y se deriva a Neurocirugía. Se solicita Rx cervical que es normal.

Acude en varias veces al Servicio de Urgencias por el mismo dolor a lo largo de 1 mes.

En la consulta de Neurocirugía se solicita RM cervical y craneal que tardará unos meses en realizarse.

Vuelve a nuestra consulta por una amigdalitis y observándose adenopatía laterocervical pequeña por lo que se le vuelve a citar a los 2 días para revisión.

Al cabo de un mes el paciente acude a nuestra consulta a por los resultados de la RM que le solicitó el Neurocirujano y se ve aumento considerable de la adenopatía que ya lleva 1 mes de evolución. Nos comenta que presenta dificultad respiratoria ocasional. Adenopatía dura y adherida a planos profundos, de unos 3cm de diámetro y dolorosa, no móvil.

RM: Llama la atención la presencia de masa voluminosa de partes blandas en región de la nasofarínge de predominio izquierdo, se extiende a la coana, con obliteración parcial de la grasa parafaríngea, dudosa alteración de señal de la medular del basioccipucio, se acompaña de ocupación de celdillas mastoideas izquierdas, oído medio y punta del peñasco. Ocupación del seno esfenoidal en la parte derecha.

En los cortes coronales se observa otra masa de partes blandas en el lado izquierdo del cuello, posterior a los vasos del cuello de 21,8mm de diámetro transversal, que puede corresponder a una adenopatía. Valorar por ORL y estudio de RM de nasofaringe y cuello.

Se deriva para valoración y estudio a Urgencias. En fibroscopia se observa masa friable y sangrante en cavum lateralizada hacia rodete izquierdo, se solicita TAC de tórax y abdomen.

En el informe de Anatomía Patológica se diagnostica como carcinoma epidermoide pobremente diferenciado e infiltrante. Estudio inmunohistoquímico: positividad para citoqueratina AE1/AE3, p63 y VEB (células aisladas).

Diagnóstico final de carcinoma de cavum cT3N2M0, que inicialmente tratan con Radioterapia-Quimioterapia.

El enfermo acude en varias ocasiones a nuestra consulta por complicaciones de la patología y el tratamiento, como epistaxis o pérdida de apetito y en todas estas consultas se hace hincapié en la exploración psíquica del paciente, preguntándole por la aceptación de la enfermedad que ha tenido él y su familia.

Enfoque Familiar y Comunitario

Familia inmigrante marroquí donde solo los hijos hablan español, él es el pequeño de 3 hermanos. Familia nuclear, en Fase VI de Duvall ya que sólo viven en el domicilio familiar 2 de los hijos.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Diagnóstico diferencial: Cefalea, contractura muscular y neuralgia del trigémino.

Diagnóstico final: Carcinoma de cavum cT3N2M0.

Plan de Acción

Se programan citas para poder ver el seguimiento de complicaciones derivadas de la patología y del tratamiento y para poder explorar su estado psíquico y emocional.

Se habla con otra compañera médico del Centro de Salud que es de la misma nacionalidad que el paciente para que pueda hablar con los familiares si fuera necesario.

Evolución

Presenta buena aceptación de la patología, aunque tiene complicaciones, sobre todo a nivel de alimentación que se está solucionando trabajando con los especialistas de Nutrición del complejo hospitalario.

Actualmente está terminando las sesiones de RT-QT.

Conclusiones

Es muy importante que el Médico de Familia tenga conocimientos sobre patología oncológica y las complicaciones derivadas de estas enfermedades, así como un gran manejo de las situaciones familiares que se generan a raíz de un diagnóstico que a priori suena tan devastador.

Es esencial la buena comunicación con nuestro enfermo, ya que seremos el primer escalón que va a utilizar para preguntar todas sus dudas y medios, y sobre todo seremos fundamentales si conocemos bien las complicaciones surgidas, porque le evitaremos visitas innecesarias a urgencias.

34. MALA SENSACIÓN PESE A UN BUEN TRABAJO

Santos Calonge A, Porras Martin P

Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

Motivo de Consulta

Tos.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales:

- Posible alergia a metamizol, AINEs y clavulánico no documentadas.
- Hábitos tóxicos: Exfumador hasta el año 2004.
- Factores de riesgo cardiovascular: HTA en tratamiento con amlodipino y furosemida.
- EPOC estadio B de la GOLD.
- Enfermedad renal crónica estadio 4.
- Carcinoma de colon tratado con hemicolectomía derecha en año 2007.
- Carcinoma urotelial papilar de alto grado infiltrante, intervenido mediante RTU en 2012. Desde entonces, sondaje vesical permanente. Episodios recurrentes de sepsis urinaria. Recidiva local neoplásica.
- Antecedente familiares sin interés.
- Tratamiento habitual: Omeprazol 20mg cada 24 horas, Furosemida 40mg cada 24 horas, Amlodipino 5mg cada 24 horas, Atrovent cada 8 horas, Budesonida cada 12 horas, Diazepam 5mg por las noches y Tramadol/paracetamol cada 8 horas si dolor.

Exploración física:

87 años. Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo y al habla. Afebril. Agobiado por su estado de salud desde el último ingreso ya que ha presentado un deterioro importante. Aceptable control del dolor.

Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos, sin soplos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado con ruidos transmitidos de vías altas, sin otros ruidos audibles.

Abdomen globuloso, blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación en hipogastrio, sin defensa ni otros signos de peritonismo. No se palpan masas ni megalias. No ascitis.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Enfoque Familiar y Comunitario

El paciente vive con una cuidadora y tiene 8 hijos que van a visitarlo con frecuencia. Entre sus hijos no hay acuerdo con respecto a los cuidados del paciente, ya que no todos han asimilado de igual manera el pronóstico de su enfermedad. Tuvo un último ingreso hace 1 mes por sepsis de origen urinaria. Desde el alta, hemos realizado visitas programadas a domicilio cada 2 días por la alta comorbilidad que tiene, y por la presencia de piuria frecuente cada vez que finaliza un ciclo antibiótico, para prevenir nuevas complicaciones. El paciente se había deteriorado tras el ingreso pero tenía una calidad de vida aceptable y se mantenía estable clínicamente. Su familia era muy demandante en cuanto a los cuidados médicos del paciente.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Catarro de vías altas.

Plan de acción

Iniciamos tratamiento con acetilcisteína y paracetamol, además de mantener sus inhaladores. Volvemos a valorar al paciente al día siguiente ya que nos avisa una de sus hijas por teléfono por falta de mejoría. Al acudir a valorarlo no encontramos cambios con respecto al día previo. Sigue sin fiebre.

Evolución

La mañana siguiente a nuestra segunda visita, el paciente empieza con fiebre y su familia decide llevarlo al hospital para valoración.

Allí realizan varias pruebas complementarias. En la analítica se detecta Hb 11,5 g/dl; Leucocitos 20000; Neutrófilos 94%; Plaquetas 520000; Creatinina 4,895 mg/dl; Urea 186 mg/dl; Sodio 120 mEq/L; Potasio 6, 2 mEq/L (suero hemolizado). En la radiografía de tórax aparece una imagen de condensación en tercio superior de hemitórax derecho. La PCR de gripe fue negativa para influenza A y B.

Ante los hallazgos el paciente es diagnosticado de una Neumonía adquirida en la comunidad e ingresado en el área de observación. Tuvo una mala evolución durante las próximas 24 horas al ingreso, con disminución progresiva del nivel de conciencia y aumento del trabajo respiratorio. Avisaron a la familia del mal pronóstico a corto plazo y finalmente falleció.

Al día siguiente una de sus hijas nos llamó a la consulta para darnos la noticia. Se mostró enfadada y nos reprochó no habernos dado cuenta antes del cuadro. Le trasladamos nuestro malestar por la evolución y tratamos de ser comprensivos con la situación. Sin embargo, no pudimos evitar quedarnos con muy mala sensación por lo ocurrido dada la extensa atención y dedicación que tuvimos con el paciente cuando fue necesario.

Conclusiones

El paciente pluripatológico de edad avanzada necesita cuidados específicos para evitar complicaciones derivadas de su condición de salud. Cuando hay muchos familiares haciéndose cargo de los cuidados de un paciente es frecuente que no haya consenso en cuanto a las decisiones importantes sobre el tratamiento. Este tipo de circunstancias pueden influir en las decisiones médicas que tomamos, por lo que debemos tener en cuenta dicha opinión, pero sin dejar que ello se sobreponga a nuestro criterio y a lo que esté indicado en cada caso para mejorar el estado de salud de los pacientes. Cuando no hay acuerdo con respecto a los cuidados entre los distintos familiares debemos ser delicados y cuidadosos, a la vez que claros, con la información que damos, y realizar un seguimiento estrecho de los pacientes que lo requieran, para tratar de evitar que ocurran situaciones como la planteada anteriormente.

35. ABORDAJE DE UNA PACIENTE CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UN ÁMBITO FAMILIAR COMPLICADO

Orcera López MJ¹, Moral Santiago AM¹, Lucena León M²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Pérdida ponderal y de apetito de meses de evolución

Enfoque individual

Anamnesis: acude a la consulta de Atención Primaria una mujer de 47 años con pérdida de peso y de apetito desde hace meses, acompañada de insomnio nocturno y somnolencia diurna. La paciente viene tras la insistencia de su jefa, la cual cree que la paciente no está en buenas condiciones laborales.

Como antecedentes personales destaca que en 2005 había sido diagnosticada de anorexia nerviosa, con buen control hasta 2014 cuando comenzó a no acudir a las citas en Psiquiatría y Atención Primaria. Además es fumadora de 12 paquetes/año y no tiene otros hábitos tóxicos.

Exploración física: buen estado general de la paciente, con leves signos de deshidratación. Moderadamente colaboradora (presentaba mirada esquiva y respuestas breves a nuestras preguntas). En la exploración cardiorrespiratoria no se vieron alteraciones patológicas. En la exploración abdominal se palpa hepatomegalia de un través, siendo el resto de la exploración anodina.

Se toman constantes y medidas: TA 110/75 mmHg, peso 41 kg, talla 155 cm, IMC 17.1%

Pruebas complementarias: solicitamos analítica (que incluye bioquímica, coagulación, perfil hepático, perfil de anemia, sistemático de orina y hormonas tiroideas) y una ecografía abdominal.

A

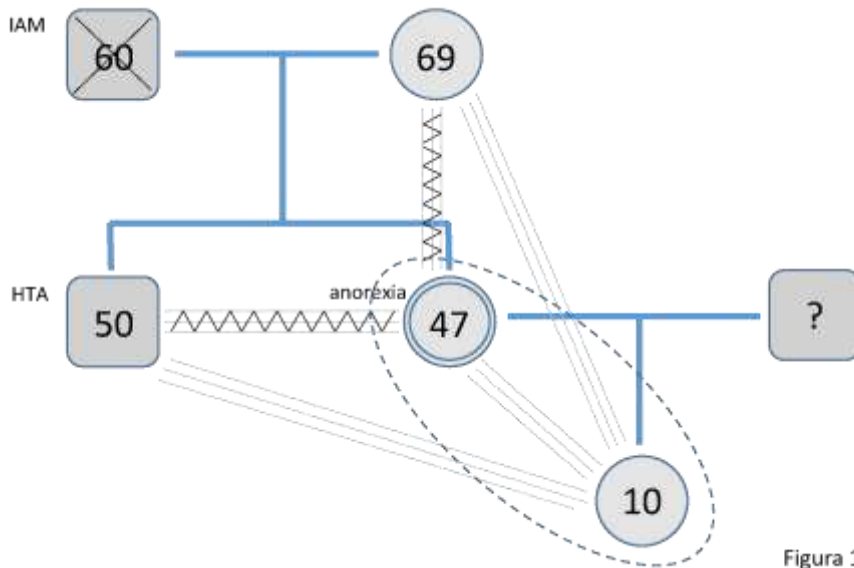
analítica: destacamos GGT 366U/L, AST 96 U/L, hierro 317 µg/dL, ferritina 1233 ng/mL, IST 99.5%, vitamina B12 166 pg/mL, ácido fólico 1.2 ng/mL.

Ecografía abdominal: informaba la presencia de esteatosis hepática moderada sin otros hallazgos de interés.

Enfoque familiar y comunitario

Genograma de la paciente (Figura 1)

Nuestra paciente vive con su hija de 10 años, quienes conforman el núcleo familiar. Tiene mala relación con su madre (una mujer de 69 años, sana) y su hermano (un hombre de 50 años, hipertenso), quienes viven juntos y cuidan de la menor durante el horario laboral de la paciente; por ello la menor tiene muy buena relación con su abuela y su tío. No obstante madre y hermano se preocupan constantemente del estado de salud de la paciente y tratan de mantener una buena relación con ella.



En cuanto al núcleo familiar se trata de una familia de madre soltera (no se sabe quién es el padre de la menor) que se encuentra en la etapa III del ciclo familiar (periodo de consolidación).

Se realiza el APGAR familiar de la paciente, obteniendo un resultado de 8 (disfunción severa). La paciente cuenta que no se siente apoyada por su hermano y su madre, ya que constantemente controlan su alimentación, a dónde va, su situación laboral...pero agradece que cuiden de su hija durante su jornada laboral.

Juicio clínico

Los problemas principales son dos:
Anorexia nerviosa mal controlada.
Hepatomegalia con perfil férrico elevado.

En el diagnóstico diferencial del segundo problema se incluyeron las siguientes entidades: hemocromatosis, síndrome metabólico, enolismo, hepatitis, anemia inflamatoria, neoplasias y síndrome de hiperferritinemia y cataratas.

Plan de actuación

Se realizó una actuación dividida en los principales problemas que encontramos en la paciente:
Hiperferritinemia: se propuso realizar nueva analítica en 3 meses para valorar el estado del perfil férrico y se añadió serología de hepatitis.

Anorexia: dado que la paciente presentaba un IMC < 18% con mal control alimentario y sin seguimiento psiquiátrico se derivó a la Unidad de Salud Mental para ser reevaluada. Además se realizaron sucesivas consultas programadas en Atención Primaria para evaluar la progresión de la paciente.

Hipovitaminosis: dados los déficits de B12 y ácido fólico se instauró tratamiento con Ácido fólico 5 mg y Optovite B12 1000 mcg.

Además se cursó la incapacidad temporal de la paciente por su delicada situación actual y se volvió a citar en consulta de Atención Primaria para seguimiento.

Evolución

Durante las sucesivas semanas empeoró la situación de la paciente.
No acudió a citación en la Unidad de Salud Mental por propia voluntad.

Se descartó mediante serología hepática la presencia de hepatitis y se volvió a confirmar la elevación del perfil férrico, tras lo cual fue derivada al Servicio de Digestivo para estudio de probable hemocromatosis. Pese a ello la paciente no acudió a la cita, de nuevo por propia voluntad.

Debido a todo ello la situación de la paciente se agravó mucho, con un déficit nutricional muy importante. Por ello su madre y su hermano, tras consultar en varias ocasiones con nosotros, la convencieron para acudir al servicio de Urgencias donde fue vista por la Unidad de Psiquiatría y se realizó un ingreso voluntario para evaluación de la anorexia y reposición nutricional.

Actualmente, y tras ser dada de alta, la paciente se encuentra mejor, con una ganancia ponderal progresiva y mejor estado de ánimo. Además va mejorando la relación con su madre y su hermano, quienes la acompañan a las citas en Atención Primaria.

Conclusiones

En este caso queda patente el gran peso que tiene la familia dentro del buen abordaje de una enfermedad, sobre todo psiquiátrica, siendo las familias desestructuradas más susceptibles de empeoramiento o no mejoría. Gracias a la actuación conjunta de Atención Primaria y la familia se pudo hacer frente al agravamiento de la anorexia que presentaba la paciente; ello se refleja en la mejora que ahora existe en la relación familiar y en el cumplimiento del plan terapéutico. Por tanto es fundamental que se realicen intervenciones conjuntas entre paciente y familia, aunando la actuación de Atención Primaria, Trabajadores Sociales y Psicólogos, que permitan mejorar la relación familiar, lo cual paralelamente hace mejorar la situación del paciente respecto a su enfermedad.

Bibliografía

1. Pérez Arellano J. Sisiniode Castro. Manual de Patología General. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain; 2006. p. 338-345.
2. Altés Hernández A, Pérez-Lucena MJ. Hiperferritinemia, un reto diagnóstico. Barcelona: AMF; 2017. 13(1) p. 39-43.
3. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodriguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos. Madrid; 2003. 31(3): 178-80.

36. PRIMERA CONSULTA: NÁUSEAS DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN

Sánchez Torres E¹, Ruiz Garcia E², Zafra Alcantara J³

¹MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud José López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud El Valle. Jaén

³Médico Adjunta. Tutora de Residentes. Centro de Salud José Lopez Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Motivo de Consulta

Náuseas y malestar general de dos semanas de evolución.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia.

Anamnesis: Paciente de 58 años vista por primera vez en consulta que refiere náuseas y vómitos no continuos de dos semanas de evolución. En ocasiones refiere dolor a nivel paravertebral dorsal bilateral que no es continuo y no lo relaciona con ningún sobre esfuerzo. No alteraciones del hábito intestinal, no fiebre. No molestias genitourinarias. Menopausia.

Exploración física: palidez mucocutánea, obesidad, regular estado general. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular normal.

Abdomen: blando y depresible con sensación de “masa” abdominal a nivel epigástrico y en hipocondrio derecho que parece disminuir con la posición en sedestación y aumentar en decúbito. Leve dolor a la palpación generalizada.

No edemas en miembros inferiores no signos de trombosis venosa profunda. No signos de isquemia arterial aguda.

Ante la palpación de “masa abdominal” y palidez mucocutánea de la paciente se deriva a urgencias y se decide ingreso para estudio en Medicina Interna.

Ecografía de abdomen: presencia de lesiones ocupantes de espacio en varios lóbulos hepáticos. Dudosa inflamación o lesión a nivel de cabeza de páncreas.

Tac abdominal: Conclusión: adenocarcinoma de cabeza de páncreas con metástasis hepáticas.

Enfoque Familiar y Comunitario

Vive en su domicilio con su marido, enfermo de demencia. Es su cuidadora principal. Buena relación entre ambos.

No tienen hijos.

Acude pocas veces a consulta.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas

Diagnóstico diferencial con respecto a la clínica de náuseas y malestar general: pancreatitis, colico renoureteral, angina de pecho, gastroenteritis, tumor abdominal...

Plan de Acción

La paciente ante el mal estado general que padecía y la sospecha de masa abdominal a estudio se derivó a urgencias donde se decidió ingreso en Medicina Interna para petición de pruebas complementarias.

Evolución

Dado que es un adenocarcinoma no resecable, localmente avanzado y con metástasis hepáticas se decidió tratamiento con quimioterapia (PS <2) (performance status).

La evolución a día de hoy no está siendo favorable pero aún quedan algunas sesiones de quimioterapia y está en tratamiento con opiáceos mayores.

Conclusiones

La importancia del Médico de familia en éste caso es básica a la hora de la simple palpación de un abdomen en consulta. A veces aunque no se llega a un diagnóstico certero, hace falta pararse y observar lo “patológico” para hacer un buen triaje y que el paciente sea estudiado según la sospecha de gravedad.

37. LA ESPLENOMEGALIA COMO SIGNO ONCOLÓGICO

Marín Serrano I, López Pérez A, Toro Fernández M^ªC

Centro De Salud Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Motivo de consulta

En 2017, el paciente varón de 69 años que acude a la consulta de Atención Primaria por un dolor costal izquierdo que se irradia a hipocondrio izquierdo acompañado de sensación febril que empeora con los movimientos desde hace 5 días. No refiere traumatismo previo. Pérdida de apetito acompañante. Niega otra sintomatología.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial. Dislipemia. Insuficiencia renal moderada. Amaurosis fugax. Hemorroides internas. Síndrome mielodisplásico.

En tratamiento crónico con: Ácido alendrónico 70mg/semanal, piridoxina 300mg/12horas, enalapril 5mg/24horas, calcio/colecalciferol, lactitol, ácido fólico 400mcg/cianocobalamida 2mg /24horas, atorvastatina 40mg/24horas, lansoprazol 30mg/24horas, hidroxycarbamida 500mg/24horas, pidolato/heptaminol, tramadol 50mg/12horas.

El paciente acude regularmente a consulta programada de centro de salud cada 6 meses para control clínico y analítico de su patología crónica y anualmente para renovar medicación pero esta vez acude por este motivo.

Exploración física: Buen estado general, consciente, colaborador, orientado en tiempo y espacio, bien hidratado, normoperfundido, eupneico en reposo.

Auscultación: tonos cardíacos rítmicos a 85 latidos por minutos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobrañadidos.

Abdomen blando y depresible doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio izquierdo, esplenomegalia, no signos de peritonismo.

Dolor a la palpación en la zona de parrilla costal izquierda.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

No focalidad neurológica.

Resto de la exploración sin hallazgos patológicos de interés.

Debido a la anamnesis y a la exploración física realizada indicamos analgesia porque pensamos que es un dolor de tipo mecánico, comentamos al paciente que si no mejora vuelva a la consulta.

El paciente acude de nuevo a los cuatro días refiriendo no encontrar mejoría, por lo que decidimos pedirle una radiografía de tórax y abdomen.

Pruebas complementarias:

TA: 140/80 mmHg. FC 85lpm. Saturación de oxígeno 97%. Temperatura 36,6°C.

Radiografía de tórax: anodina.

Radiografía de abdomen: Se realiza una interconsulta con radióloga y nos informa de que se aprecia una esplenomegalia de unos 19 cm.

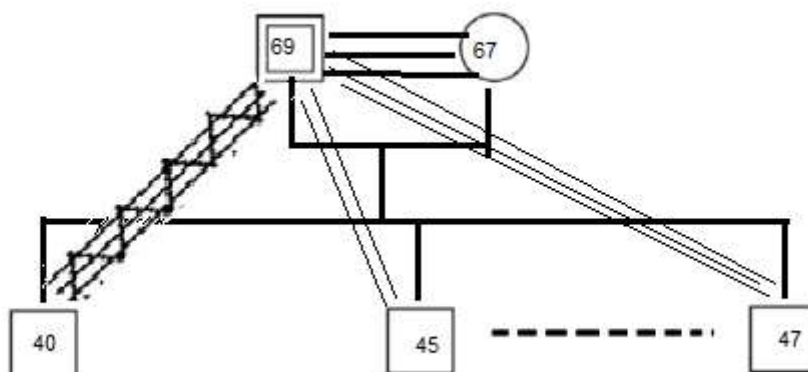
FIGURA 1. Radiografía de abdomen del paciente.



Enfoque familiar y comunitario

Varón de 69 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria, casado, vive con su mujer y tiene tres hijos varones, cada uno con su propio núcleo familiar. Buen soporte familiar. Con nivel socio-cultural medio-alto.

FIGURA 2. Genograma del paciente.



Plan de actuación

Derivamos a consulta de hematología con cita preferente para el estudio de la esplenomegalia y lo ven en cuestión de 4-5 días.

Seguidamente éste es el estudio que le hacen en hematología:

-Analítica:

Hemograma: Plaquetas 41000, Hb: 12,4, Htco: 40,6%, leucocitos: 9440 con 2280 neutrófilos. INR: 1,5.

Bioquímica general: Creatinina 2,35, LDH 408, PCR 24, glucosa: 59, urea 88, ácido úrico 10,7. Urocultivo: negativo.

Frotis de sangre periférica: apilamiento. Monocitos: 64% algún inmaduro. Serie granular dismórfica. Trombopenia aproximada: 50000-60000 plaquetas.

-Ecografía abdominal: Esplenomegalia de al menos 19 cm. Bazo accesorio 1 cm. Litiasis de 0,7 cm en grupo inferior de riñón izquierdo, sin repercusión sobre el sistema colector. Aumento de ecogenicidad cortical en ambos riñones que sugiere enfermedad médica renal.

FIGURA 3. Ecografía abdominal del paciente.

**Juicio clínico**

Síndrome mielodisplásico con transformación a leucemia mielomonocítica crónica.

Trombopenia crónica.

Insuficiencia renal crónica.

Evolución

Evoluciona negativamente con empeoramiento clínico con persistencia de dolor en hipocondrio y flanco izquierdo.

En la actualidad está en tratamiento con oncología radioterápica.

Conclusiones

Nos encontramos ante un buen ejemplo de colaboración entre diversas especialidades, necesaria dado la atipicidad en la presentación de la neoplasia. Se trabajó en equipo y se valoró en conjunto y en distintos niveles asistenciales el tratamiento para el paciente.

38. NODULO MAMARIO EN MUJER LACTANTE

Campos Domínguez JM¹, López Fernández B²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud de Tomares (Sevilla)

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud de Tomares (Sevilla)

Motivo de consulta

Paciente de 41 años, madre de 4 hijos que lleva 8 años lactando de forma ininterrumpida y que ha tenido varias mastitis a lo largo de este tiempo. Acude por haber notado desde hace 5 días, coincidiendo con 1ª menstruación tras el último parto hace 10 meses, un nódulo en el cuadrante supero-externo (CSE) de su mama derecha.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una mujer joven, sin alergias conocidas a medicamentos. No toma medicación de forma habitual. No tiene hábitos tóxicos. Tiene 4 hijos, el mayor tiene 8 años y desde entonces está dando de mamar de forma ininterrumpida. Menarquia a los 12 años. No antecedentes familiares de interés.

A la exploración física presenta un buen estado general, bien hidratada, coloreada y perfundida. No síndrome constitucional. Presenta una nodulación lisa, de consistencia blanda, no dolorosa, de 1 cm de diámetro en CSE de mama derecha, sin alteraciones en la piel ni el pezón.

Se le solicita una mamografía que la paciente gestiona a través de un familiar en el hospital de referencia, donde se aprecia microcalcificaciones agrupadas en unión de CSE de mama derecha.

Se realiza biopsia en la que aparece un Carcinoma mama infiltrante con diferenciación mucinosa. Se amplía estudio de extensión, con estadiaje final IB.

Enfoque familiar y comunitario

Madre de 4 hijos, casada, con buen soporte familiar, nivel socio-económico medio. Sin hábitos tóxicos y buena calidad de vida.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Nuestra paciente es una mujer previamente sana.

Entre los diagnósticos diferenciales nos podemos plantear un fibroquiste mamario, un nuevo episodio de mastitis, cáncer de mama.

Plan de acción y evolución

La paciente se encuentra bien, deseaba continuar dando de mamar con la otra mama pero se le desaconsejó.

Se le ha realizado cirugía conservadora: segmentectomía mamaria amplia y actualmente está con quimioterapia adyuvante por ahora bien tolerada. Desde nuestra consulta de atención primaria realizamos seguimiento periódico de la paciente, que se encuentra de baja laboral, prestando apoyo psicológico a ella y a su marido.

Conclusiones

Lo interesante del caso, es que al tratarse de una paciente sin factores de riesgo y que está lactando, la aparición de un nódulo puede orientarnos a una patología benigna y retrasar el diagnóstico de un cáncer de mama. Afortunadamente no fue así en este caso.

También nos ha llamado la atención por ser excepcional, el tiempo tan prolongado de lactancia un total de 8 años en los que ha amamantado sucesivamente a sus 4 hijos.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 25000 nuevos cánceres de mama al año. Su incidencia se ha incrementado en los últimos 10 años.

Por lo tanto es una patología que siempre debemos tener en cuenta.

Entre los factores “protectores” estarían la lactancia materna, la realización de ejercicio físico de forma regular y una correcta alimentación.

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, donde el cribado de las enfermedades es crucial y donde se sospechan y diagnostican en estadios iniciales patologías graves como la que nos ocupa.

Bibliografía

- Guías clínicas Fisterra.
- Asociación Española Contra el Cáncer.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

39. DOCTORA, VENGO A RECOGER EL PARTE Y ADEMÁS A ENSEÑARLE UNA LLAGA EN LA LENGUA

Arana Asensio E¹, Pugnaire Sáez MA², García Iglesias M^aY³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Pinos Puente (Granada)

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

³Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Motivo de consulta

Afta oral.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Sin antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, rinitis alérgica, cefalea en racimos, taquicardia supraventricular, rotura de menisco izquierdo con arrancamiento de ligamento cruzado posterior intervenido y herpes zoster de repetición.

Tratamiento habitual: atenolol 50mg/24h, analgésicos de primer escalón de forma esporádica.

Anamnesis: paciente varón de 38 años de edad en situación de incapacidad temporal por intervención de rodilla izquierda tras sufrir un accidente de tráfico en 2016. Acude a recoger parte de confirmación de incapacidad temporal y, como motivo secundario, consulta por una lesión en cara inferior de la lengua de unas semanas de evolución. La lesión no es dolorosa, ni le produce molestia alguna.

Exploración: lesión erosiva de contorno irregular no infiltrada en zona inferior de la lengua, de unos 0.6-0.8 cm de diámetro.

Evolución y pruebas complementarias

Tras la primera valoración en Atención Primaria se inicia tratamiento con ácido hialurónico en solución y se aconseja, en caso de persistencia de la lesión, acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario para valoración por Dermatología. La lesión persiste, por lo que el paciente acude al hospital y recibe el diagnóstico de afta de posible origen traumático. Se le da un plazo de dos semanas para solicitar cita en consultas de Cirugía Maxilofacial en caso de no mejoría. La lesión no desaparece, pero el paciente no vuelve a consultar por este motivo en los siguientes meses, hasta que la lesión empieza a aumentar de tamaño, resulta dolorosa y produce cierta disfagia. Transcurrido este tiempo, regresa a la consulta de su médico de familia que lo deriva a Cirugía Maxilofacial ante la sospecha de lesión maligna, que se confirma a través de biopsia. La anatomía patológica muestra carcinoma epidermoide de lengua.

El paciente es ingresado e intervenido de forma preferente, realizándose tumorectomía, disección cervical bilateral y reconstrucción del defecto intraoral mediante colgajo microvascularizado antebraquial. Tras el alta recibe radioterapia.

Enfoque familiar y comunitario

Soltero, vive solo. Previamente al diagnóstico, se encuentra en situación de incapacidad temporal tras cirugía de reconstrucción de menisco interno y ligamento cruzado posterior de rodilla izquierda por accidente de tráfico. Al finalizar la rehabilitación, recibe el alta laboral,

quedando después en situación de desempleo. Estando parado es diagnosticado del cáncer de lengua e intervenido, precisando de cuidados en su rehabilitación que le obligan a regresar al domicilio familiar, donde actualmente vive con sus padres.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: carcinoma epidermoide de cara ventral-borde lateral derecho de la lengua.

Diagnóstico diferencial: aftas de origen infeccioso, liquen plano.

Plan de acción y evolución

Después del ingreso hospitalario el paciente recibe radioterapia con buena tolerancia, salvo por la pérdida parcial del sentido del gusto y disfonía. Después de unas semanas, comienza a tener dolor en región cervical anterior, sensación febril y aumento de volumen cervical. Es derivado a urgencias hospitalarias para valoración por Cirugía Maxilofacial. Se le realiza un TAC de cuello donde se aprecia una colección abscesificada. Se ingresa de forma urgente para realizar drenaje del absceso cervicofacial bajo anestesia general, requiriéndose ventilación mecánica durante menos de 24 horas, analgesia y antibioterapia intravenosa. Tras esta complicación, no ha vuelto a presentar fiebre y, en el momento actual, el paciente está realizando logopedia para conseguir reeducar y rehabilitar su voz. Recibe además fisioterapia, porque ha presentado hipotrofia del brazo donante del colgajo antebraquial y está en estudio por Urología porque presenta tenesmo vesical desde que fue sondado en el ingreso hospitalario, habiéndose descartado infección y retención urinaria.

El diagnóstico de cáncer para este paciente joven, así como las complicaciones posteriores, han supuesto un acontecimiento vital estresante que ha provocado una crisis personal y familiar importante, requiriendo un reajuste tanto en su propia vida como en la de su círculo más cercano. Actualmente presenta clínica ansioso-depresiva que precisa seguimiento por parte de Atención Primaria y de Salud Mental.

Conclusiones

Cualquier úlcera o lesión en la cavidad oral que no cure en un plazo de 15 días, sobre todo en pacientes con hábito de consumo de alcohol o fumadores, ha de ser estudiado por el médico de familia y remitido a Atención Especializada. El objetivo ha de ser acortar plazos para evitar que se retrase un diagnóstico de lesión maligna.

La longitudinalidad, o el seguimiento de los distintos problemas de un paciente por el mismo médico en Atención Primaria, tiene una importancia vital para poder detectar a tiempo situaciones que precisan de diagnóstico precoz y pronto tratamiento, como se ha señalado y, además, para comprender y ayudar al paciente desde un punto de vista integral. Incluir los aspectos biopsicosociales en el abordaje del paciente, así como integrar a la familia en su seguimiento, son señales de identidad de la Medicina de Familia que, en un caso como el señalado, se convierte en punto de partida y de encuentro para el resto de abordajes.

Palabras clave: estomatitis aftosa, biopsia, carcinoma de células escamosas.

40. COXALGIA A ORILLAS DEL MEDITERRANEO

Toledo García DL¹, Gómez Torrado RM², Salas Díaz M³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

²MIR de MFyC. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla

³Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

Motivo de consulta

Paciente que acude por coxalgia izquierda de al menos tres años de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de un paciente de 25 años, natural de Costa de Marfil, que acude a consulta acompañado de su trabajadora social ya que se trata de una persona solicitante de protección internacional en España. Estamos ante una persona que llega a nuestro país en una patera hace alrededor de 6 meses procedente de Argelia, tras un largo viaje por diversos países desde la salida de su país natal. Hace unos 3 años sufre una agresión en Costa de Marfil, padeciendo múltiples contusiones y heridas cutáneas, por las que no consultó dado la situación socioeconómica de pobreza del paciente, lo que hacía imposible la asistencia en alguno de los centros sanitarios privados del país. No tiene familiares fuera de su país de origen. Apoyo social en España de otras personas en su situación y personal de ONGs.

En la consulta podemos hablar con él mediante una traductora. Nos relata gran traumatismo en cadera izquierda, hace 3 años, que le origina desde entonces cojera y dolor de forma habitual que empeora con deambulación. Ha notado gran empeoramiento durante el último año, coincidiendo con salida de su país y emigración por diversos países ocasionándole intensos recorridos a pie.

En la exploración, estamos ante un varón de alrededor de 1'80 metros de altura y 80 kilogramos de peso. Presenta buen estado general. Está bien hidratado y perfundido y parece gozar actualmente de buena alimentación. Presenta algunas cicatrices en cara y miembros superiores antiguas. No intervenciones quirúrgicas previas. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Abdomen sin masas ni megalias. Ningún tipo de focalizada neurológica. En miembros inferiores, destaca disimetría de aproximadamente 10 centímetros en miembro izquierdo, movilidad pasiva dolorosa a la flexión y rotación externa e interna, sin alteraciones neurovasculares distales.

En el estudio radiológico se aprecia fractura subcapital izquierda, cronificada y con signos artrósicos.



Enfoque familiar y comunitario

Se trata de un paciente inmigrante que a su llegada a nuestro país fue valorado por personal sanitario, descartando enfermedades o problemas sanitarios excepto coxalgia izquierda. El enfoque en consulta de primaria debe tener en mente las necesidades de estos pacientes y el carácter de vulnerabilidad en muchos casos.

Juicio clínico

Fractura subcapital izquierda crónica.

Plan de acción

El paciente es derivado para valoración por especialista en cirugía ortopédica y traumatología para valoración y tratamiento definitivo.

Evolución

Tras ser valorado en consultas, queda pendiente de decisión en sesión clínica de tratamiento óptimo que permita en la medida de lo posible recobrar al máximo posible la capacidad motora del miembro inferior izquierdo. Actualmente a la espera de intervención quirúrgica.

Conclusiones

Dentro del abordaje de este tipo de pacientes en una valoración inicial así como en el seguimiento durante los primeros meses de estancia, debemos tener en cuenta los riesgos a los que han podido estar sometidos en su ruta migratoria. Aparte de los infecciosos, que son los que suelen controlarse en primer lugar dado su repercusión en el resto de la población y la patología mental (estrés postraumático, depresión y ansiedad), cabe mencionar la traumática.

En el manejo de este tipo de pacientes debe tener un papel importante la atención primaria, pues este colectivo, muchos de los cuales viven en pisos o albergues de acogida, precisan que se garantice una buena accesibilidad y atención integral, por lo que deberían contar con un médico de referencia, que junto a trabajadores sociales y demás personal de apoyo de las instituciones y ONGs permita la mejor atención posible y la asistencia especial que puedan requerir, como el caso en cuestión.

41. VARÓN DE 83 AÑOS CON PÉRDIDA DE FUERZA EN MMII

Arana Asensio E¹, García Iglesias M^aY², Pugnaire Sáez MA³

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Pinos Puente (Granada)

²Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

³MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Motivo de consulta

Pérdida de fuerzas en miembros inferiores (MMII).

Enfoque individual

Antecedentes personales: Deterioro cognitivo. DM2. HTA. Insuficiencia renal. Hipertrofia benigna de próstata.

Tratamiento habitual: enalapril/hidroclorotiazida, clortalidona, insulina levemir y novorapid, omeprazol.

Sin alergias medicamentosas conocidas. Contraindicada metformina por insuficiencia renal. Situación basal: dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Incontinencia vesical.

Anamnesis: Paciente varón de 83 años de edad que acude a consulta por cuadro de 2-3 días de evolución de disminución de fuerza en MMII. Viene acompañado de sus dos cuidadoras, su hermana (cuidadora informal) y una cuidadora formal que lo atiende dos horas al día para ayudarlo en sus ABVD. Refieren que el paciente venía estando más torpe en los últimos días, habiendo tenido una caída accidental en el cuarto de baño los días previos, con resultado de contusión en la pierna izquierda y sin traumatismo craneoencefálico. Desde entonces, precisa de ayuda de terceros para la marcha y no es capaz de mantener en bipedestación de forma prolongada, teniendo que sentarse tras unos segundos en pie. Interrogado para descartar proceso infeccioso o descompensación de su patología crónica que pudiera explicar estos hechos, encontramos que tiene tos no productiva que se ha mantenido en el último mes desde un episodio de bronquitis que fue tratado con antibioterapia, corticoides vía oral y broncodilatadores. Ante el deterioro agudo de la capacidad funcional del paciente se deriva al servicio de urgencias hospitalario.

Exploración: Buen estado general. Afebril. Bien perfundido e hidratado. Colaborador. TA: 140/80. FC 75 lpm. Sat O2: 94%. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación respiratoria: MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: hematoma en evolución en cara lateral de pierna izquierda. No edemas ni signos de TVP. Glasgow 15/15. PINLA, MOEC no signos meníngeos. Fuerza 3/3 en ambos MMII. Claudicación de ambos miembros en bipedestación. No marcha autónoma, precisa de terceros.

Pruebas complementarias:

Análítica: leucocitosis 15660 (neutrofilia 73.5%), Hb 11.2, plaquetas 289.000, protrombina 88.5%, glucosa 96, urea 135, creatinina 1.3, Na 133, p-BNP 130.

Radiografía de tórax: índice cardiotorácico conservado. Ensanchamiento mediastínico. Imagen de nódulos múltiples y bilaterales en suelta de globos. (imagen 1)



Imagen 1. Imagen en suelta de globos en radiografía de tórax.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente presenta retraso mental como secuela de meningitis pasada en la infancia, siendo dependiente para todas las ABVD y habiendo necesitado cuidados durante toda su vida. Es el segundo de tres hermanos y ha vivido siempre con su hermana menor, viuda y madre de una hija que ya no vive en el domicilio familiar. Familia de clase media con recursos limitados, recibe la ayuda de una auxiliar a domicilio durante dos horas al día.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial

El hallazgo radiográfico de la suelta de globos sugiere metástasis pulmonares múltiples. Cualquier tumor que se disemine vía hematógena puede dar lugar a este tipo de metástasis. Este paciente presentó hematuria por lo que pudiera pensarse en tumor de vías urinarias como primera opción. Además de otros tumores de diseminación hematógena como los carcinomas mucosos del tubo digestivo, adenocarcinoma de tiroides y paratiroides y el adenocarcinoma de células germinales (testicular), los nódulos pulmonares también pueden tener su origen en patología no tumoral como la tuberculosis, la silicosis o la granulomatosis de Wegener.

Plan de acción y evolución

El paciente durante su estancia en urgencias presenta una hematuria “como agua de lavar carne”, por lo que se le realiza lavado vesical, obteniéndose algunos coágulos. Tras el lavado se resuelve la hematuria por lo que se retira el sondaje. Se le da de alta con la recomendación de seguimiento por parte de su médico de familia. Tras el alta hospitalaria, se realiza una visita a domicilio de forma conjunta con la enfermera de familia. Dado que el paciente está tutelado por su hermana, indagamos sobre sus dudas, necesidades y expectativas. Nos plantea que, tanto por la edad del paciente, como por el estado avanzado de su enfermedad, prefiere que no se estudie. Su único deseo es que su hermano no sufra y, si es posible, fallezca acompañado de sus seres queridos en su domicilio habitual. Compartimos y respetamos la decisión de la familia y nos ofrecemos para acompañarles en esa recta final. En ese momento, no sabíamos que serían solo diez días lo que duraría ese viaje.

Conclusiones

Este caso es de gran importancia para el médico de Atención Primaria pues, le exige, desprenderse de su curiosidad investigadora y le insta a potenciar otros aspectos no por ello de menor relevancia, como son los cuidados paliativos. Cuando la opción no es curar, el objetivo debe ser aliviar.

El médico en este caso, cuenta con una situación privilegiada, en la medida en que puede ser observador y participe de los cuidados del paciente desde la más rigurosa intimidad del domicilio familiar, cobrando el mayor de los sentidos los términos “médico de familia” o “médico de cabecera”.

42. MELANOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Moral Santiago A, Orcera López MJ, Lucena León M^{al}

Centro De Salud El Valle. Jaén

Motivo de consulta

Lesión sangrante en mejilla derecha.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 57 años con antecedentes de transaminasemia elevada en varios controles anuales rutinarios motivo por el cual solicitamos en Enero de 2017 una ECO abdominal donde se evidencia la presencia de una LOE hepática. Es derivado a Digestivo donde se amplía el estudio y se llega al diagnóstico de hepatocarcinoma con AgVHBs positivo. En Marzo de 2017 se le realiza ablación por radiofrecuencia y se incluye en Lista de Espera Quirúrgica para trasplante hepático. Buena evolución posterior sin incidencias destacables.

Acude a nuestra consulta de nuevo en Junio de 2017 por lesión sangrante en mejilla de años de evolución. Acude por insistencia de la mujer, ya que él no le ha dado importancia. El sangrado lo relaciona con el afeitado.

Enfoque familiar y comunitario

Casado y con dos hijos de 26 y 24 años. Familia normofuncionante, con buena relación entre todos sus miembros. Todos habitan en el hogar familiar. Destacamos una sobrina, hija de la hermana del paciente, que es enfermera y con la que tiene buena relación, porque será importante para el paciente en el transcurso de su evolución.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de melanoma.

Plan de actuación y evolución

Es derivado a Dermatología para estudio de su lesión siendo citado en Agosto de 2017. En principio es diagnosticado de Queratosis seborreica, le proponen al paciente extirpar la lesión cuando se realice el trasplante hepático y se le da cita de revisión en un mes.

En Septiembre vuelve a revisión, el paciente informa que le han comentado los de trasplantes que hasta que no se le extirpe la lesión de la mejilla no podrá ser trasplantado, este hecho adelanta la extirpación quirúrgica de la lesión de mejilla que se programa para finales de mes. En Octubre la anatomía patología de la lesión informa de Melanoma Nodular Infiltrante. Se le informa del carácter de la lesión y se solicita estudio de extensión y derivación a Oncología.

En Noviembre es visto en oncología con el informe de body-TC en el cual se describe una Imagen nodular hiperdensa de 1cm compatible con Metástasis. No es informado en ese momento pero se le solicita RM para completar estudio.

En Enero de 2018 la mujer recibe una llamada telefónica en domicilio por parte del servicio de Oncología en la cual le informan del resultado de la RM: lesión de 4cm cerebelosa, con edema perilesional y efecto masa, compatible con metástasis de componente hemorrágico y/o melanina. Comentan con la mujer que su marido no lo sabe y que sería conveniente que le informara.

El 8 Enero acude a nuestra consulta solicitando la baja laboral del marido por cuadro de vértigos y nos pide que vayamos al domicilio a informar al marido “porque ella no se ve capaz”. Se programa aviso a domicilio y se informa el día 15 Enero. En este momento, el paciente se emociona tras escuchar la mala noticia, pero nos comenta aliviado que “al menos ya sé lo que me pasa y entiendo por qué tengo estos vértigos”.

El día 18 de Enero se nos vuelve a avisar por empeoramiento brusco del paciente. Acudimos al domicilio, esta vez acompañados de la enfermera gestora de casos, y constatamos que el paciente se encuentra en situación de agonía. Informamos a la familia de la situación y de las opciones terapéuticas e iniciamos sedación paliativa con Midazolam, Buscapina y Morfina sc., previamente hemos informado al paciente de la medicación que vamos a administrarle: no se puede comunicar pero nos entiende y asiente con la cabeza. Nos apoyamos en su sobrina enfermera para la continuidad asistencial en domicilio.

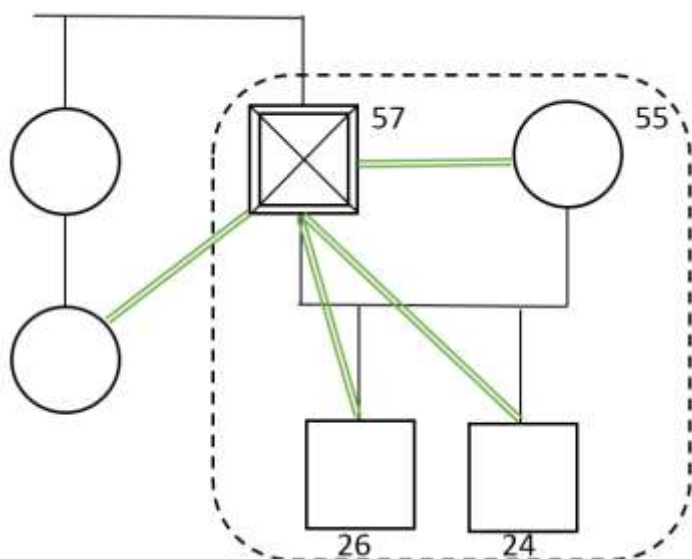
Al día siguiente, 19 de Enero, volvemos a acudir a domicilio para reevaluar la situación: el paciente se encuentra con hiperextensión de cabeza y miembros. Finalmente el paciente fallece el día 20 Enero.

Conclusiones

Publicamos este caso por el impacto que nos causó en la consulta, no sólo por la evolución fatal de un paciente a priori sano, sino también por una serie de conflictos éticos y de forma de actuación en las sucesivas consultas que el paciente iba visitando que consideramos se podrían haber hecho mejor.

Se nos plantean una serie de dudas: ¿Se podrían haber acertado los tiempos (citas, derivaciones, pruebas complementarias, etc.)?, ¿Se debería haber hecho estudio de extensión tras el diagnóstico de hepatocarcinoma? ¿Habríamos detectado la metástasis?, ¿Debería haber recibido el paciente más información en su asistencia hospitalaria? ¿El canal de comunicación (teléfono) ha sido el más apropiado? Aunque el resultado final hubiera sido el mismo, si se hubiera informado en todo momento al paciente ¿habríamos mejorado su ansiedad e incertidumbre ante la clínica que iba apareciendo?, tal vez ¿le hubiéramos dado más tiempo para cerrar algún asunto pendiente...?

Figura 1: Genograma



43. CEFALEA PERSISTENTE EN MUJER JOVEN

López Segura FM¹, Velasco Doña E², Rueda Rojas M³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Las Fuentezuelas. Jaén

²Mir de MFyC. Centro De Salud "San Felipe". Jaén

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Las Fuentezuelas. Jaén

Motivo de consulta

Cefalea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acude a nuestra consulta de AP una mujer de 18 años refiriendo cefalea frontal bilateral y en región de senos mastoideos de carácter opresivo, que le dura todo el día y que se acompaña de sonofotofobia. No náuseas ni vómitos.

No otros antecedentes de interés ni tratamientos farmacológicos.

Exploración: Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Afebril y eupneica en reposo.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. No roce pericárdico.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Exploración neurológica: PINLA. MOEC. No alteración de pares craneales. No dismetrías. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No signos de focalidad neurológica ni meningismo. Romberg negativo.

No dolor a la palpación de senos mastoideos.

Pruebas complementarias

TAC con Contraste I.V. de Cráneo: Se observa ocupación de cisterna silviana izquierda, que aparece dilatada, por "masa" heterogénea que se extiende a fosa frontal por convexidad, ligeramente hiperdensa que se acompaña de imágenes tubulares sinuosas en proximidad de cisterna, así como calcificaciones numerosas groseras. No edema perilesional ni efecto masa a nivel de ventrículo lateral ni desviación de línea media.

Arteriografía: La exploración realizada muestra imágenes compatibles con la presencia de una malformación arteriovenosa frontobasal y opercular izquierda, de aspecto predominantemente plexiforme, y unos diámetros máximos aproximados de 35x32x26mm. Lesión que recibe su aporte de forma exclusiva de ramas de la arteria cerebral media izquierda, mostrando ésta ciertos cambios angiopáticos por alto flujo, consistentes en ectasia de su división superior y cierta irregularidad en el contorno de la trifurcación. No apreciamos evidentes formaciones aneurismáticas intranidales y/o en pedículos de aporte. El drenaje venoso es múltiple, dependiendo fundamentalmente de los senos transversos izquierdo y longitudinal superior, existiendo un componente profundo a través de la vena basal de Rosenthal izquierda.



Enfoque familiar y comunitario

La paciente es una chica que fue adoptada a los 2 años de edad por lo que desconocemos si tiene antecedentes familiares de interés para el caso, ya que ella desconoce cualquier dato sobre su origen biológico. Es una chica cuyos padres adoptivos son muy protectores y demandantes, muy probablemente en relación con la dificultad para haber tenido descendencia y la causa del sobreproteccionismo hacia la chica.

Juicio clínico

Malformación Arteriovenosa Frontal Izquierda.

Diagnóstico diferencial

- LOE extra-axial tumoral.
- Migraña.
- Lesión aneurismática.
- Tumor Cerebral.
- Sinusitis.

Plan de actuación

Desde Atención primaria se solicitó una TAC Craneal.

Posteriormente y a la vista de los resultados se derivó con carácter preferente al Servicio Neurología a la paciente.

Se le explicó a ella y a la familia que es un hallazgo casual, y que muy probablemente se encuentre en relación con el cuadro clínico que presenta la paciente.

Evolución

La paciente acudió en varias ocasiones al centro de salud durante el tiempo de espera para la realización de la TAC craneal por la misma sintomatología ya que no cedía la cefalea con el tratamiento prescrito (Ibuprofeno 600mg 1/8h y Paracetamol 650mg alterno con el anterior si no logra controlar la cefalea).

Cuando se recibieron los resultados de la TAC, se derivó inmediatamente con carácter preferente a la paciente al Servicio de Neurología, donde ante los hallazgos de la TAC se solicitó una RNM cerebral y se decidió la derivación de la paciente al Complejo Hospitalario Universitario de Granada para valoración especializada por el Servicio de Neurocirugía del Campus de la Salud.

Fue valorada por el Servicio de Neurocirugía del CHU de Granada, donde a la vista de los resultados de las pruebas complementarias, se decidió en sesión clínica conjunta multidisciplinar la proposición a la paciente de realizar un tratamiento mediante Radiocirugía. Se le explicaron a la paciente los riesgos-beneficios del procedimiento, siendo aceptados por la misma. Actualmente se encuentra a la espera de intervención mediante Radiocirugía.

Conclusión

Destacar la importancia del seguimiento del paciente en AP, no menospreciando un cuadro clínico muy frecuente, cuando los pacientes insisten en la sintomatología y ante la no mejoría de dichos síntomas con los tratamientos prescritos.

Es fundamental no demorarse a la hora de solicitar pruebas diagnósticas ante la sospecha clínica de un proceso grave, y realizar la derivación correspondiente de manera precoz para poder dar solución a los pacientes con la mayor brevedad posible.

44. ICTERICIA EN ESTUDIO VERSUS ¿ENFERMEDAD HEREDITARIA?

Boiza Molina N, Hernández Marín F, Castillo Castillo R.

Centro de Salud San Jose. Linares (Jaén)

Motivo de consulta

Paciente que acude a su médico de cabecera porque la mañana anterior acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de ictericia conjuntival, refiriendo previamente sólo sensación de malestar general, sin fiebre. Heces con cierta acolia y en las últimas 48 horas, coluria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Consciente, orientado. Buen estado general. Ictericia conjuntival y cutánea. ACR: normal. Abdomen: normal. MII: normal. Neurológico: normal. Resultados analítica: Hemograma normal. Bioquímica normal, excepto: bilirrubina 15,41, got: 1622, gpt: 2617. Coagulación: normal Ante los parámetros de colestasis hepática con hiperbilirrubinemia a expensas de directa e intensa hipertransaminemia se realiza ecografía con diagnóstico probable de hepatitis infecciosa.

Pruebas complementarias

Ante los parámetros de colestasis hepática con hiperbilirrubinemia a expensas de directa e intensa hipertransaminemia se pide ECOGRAFIA para valorar posible patrón obstructivo.

En los resultados de la Ecografía abdominal salieron normales; compatibles con hepatitis aguda, viriasis. Por lo que el diagnóstico fue: HEPATITIS INFECCIOSA.

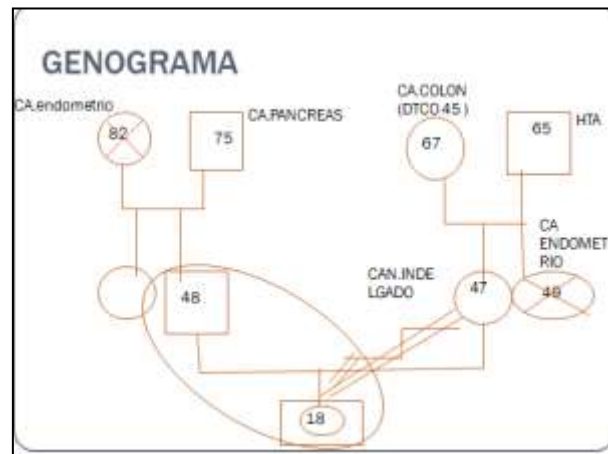
El entorno familiar tiene antecedentes familiares oncológicos: el abuelo paterno fue diagnosticado de un cáncer de páncreas a los 75 años y la abuela materna de un cáncer de endometrio a los 82 años ya fallecida. El abuelo materno es hipertenso, la abuela materna tiene 67 años y le diagnosticaron un Ca Colon a los 45 años que está curado por colectomía parcial. La tía materna falleció a los 49 años por un Cáncer de Endometrio y la madre del hijo está diagnosticada de un cáncer 127de intestino delgado.

Contactamos con el preventivista para avisar de un brote de ésta enfermedad junto con las medidas que tenía el paciente que preocupar de realizar en su día a día.

Una vez diagnosticado en urgencias y explicado anteriormente todo lo que se realizó en el servicio acude a la consulta de atención primaria y se realiza: historia clínica exhaustiva: transgresiones dietéticas, otros síntomas acompañantes además de los comentados, síntomas constitucionales, toma de fármacos o productos de herbolera, viajes a otros países u a otro lugar. Relaciones sexuales de riesgo con su pareja u otra relación. Analítica completa (función hepática + función renal + coagulación)+ serología.

Serología a los 5 días: VIH: Negativo CMV: IgG positivo , IgM negativo. VEB: Ig G positivo, Ig M negativo HERPES: IgG positivo, Ig M negativo. Sífilis: Negativo. Anticuerpos virus hepatitis C: negativo. Posteriormente del diagnóstico de Hepatitis B Aguda se indaga mucho más en la historia clínica por si había algún otro detalle que se nos ha pasado o el paciente ha contado la media verdad. Se descubrió que su pareja estaba con la misma clínica y además presentaba el mismo diagnóstico.

Contactamos con medicina preventiva: se inicia el protocolo de actuación ante una hepatitis B aguda.



Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar no bien consolidada; en concreto entre madre e hijo; por la condición sexual de su hijo. El padre presenta una relación buena con el hijo pero entre madre e hijo hay conflictos en la convivencia y en las formas de pensar de cada uno. El entorno familiar tiene antecedentes familiares oncológicos Nos planteamos diagnóstico diferencial entre Síndrome Hereditario (Síndrome Lynch) vs Síndromes Ictéricos (probables etiologías infecciosa etc.).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ictericias de predominio indirecto. Intrahepática: Hepatitis. Cirrosis. Anticonceptivos orales. U Extrahepática: Coledocolitiasis. Cáncer Páncreas, etc.

Los criterios de Ámsterdam para identificar a las personas candidatas a realizarse un estudio genético que demuestre la existencia de síndrome de Lynch.

Conclusiones

- La tarea pendiente: la búsqueda del tercer foco pero a pesar de preguntar, la expareja del paciente mantuvo su privacidad y no lo comento.
- El diagnóstico diferencial con el Síndrome de Lynch.
- La importancia relación médico- paciente.
- Incertidumbre y toma de decisión basadas en la evidencia.

Plan de acción y evolución

- Se activó protocolo de actuación junto con medicina preventiva.

Bibliografía

- Protocolo de vigilancia y alerta de la Hepatitis B. Junta de Andalucía.
- Ictericia Medicina de Urgencias y Emergencias. L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez. 4ª ed. Elsevier. 2010

45. HEMOPTISIS, UN SIGNO DE ALERTA PARA EL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Castañeda Pérez M¹, Perera Prado O², Catalayud Marti Y¹

¹MIR de MFyC. CAP El Temple. Tortosa (Tarragona)

²Médico de Familia de Urgencias. Hospital Virgen de la Cinta. Tortosa (Tarragona)

Motivo de Consulta

Tos seca y hemoptisis escasa.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Hombre de 66 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II no insulinizado, hipertensión arterial esencial, hipercolesterolemia, hipercalcemia, Hiperplasia benigna de próstata y Bloqueo de rama derecha. Ex-fumador desde hace 25 años (fumador de 1 paq/día), que acude a consulta por tos no productiva, picor de garganta, dolor torácico a los movimientos y hemoptisis escasa. A la exploración faringe hiperémia, edematosa y con aumento de la trama vascular. Se le indica tratamiento con cetirizina, codeína y paracetamol. A los dos meses re-consulta por persistencia de la tos, algún episodio de hemoptisis que se limitaron, dolor torácico en la parte anterior del hemitorax derecho no pleurítico, ni musculo esquelético, este dolor no cede en la noche y se acompaña de pérdida de peso no cuantificada, a la exploración se auscultan estertores crepitantes bibasales de predominio derecho, con hipofonesis en base derecha, con SatO₂ 98% con FC 80x'.

Enfoque Familiar y Comunitario

Independiente para sus tareas básicas. Casado, buen soporte familiar, nivel socio económico medio- alto. Asiste a los controles de sus enfermedades crónicas y cumple con los tratamientos actuales.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Neoplasia de pulmón.

Diagnóstico diferencial: 1. Neumonía adquirida en la comunidad 2. Faringitis aguda viral

Plan de Acción

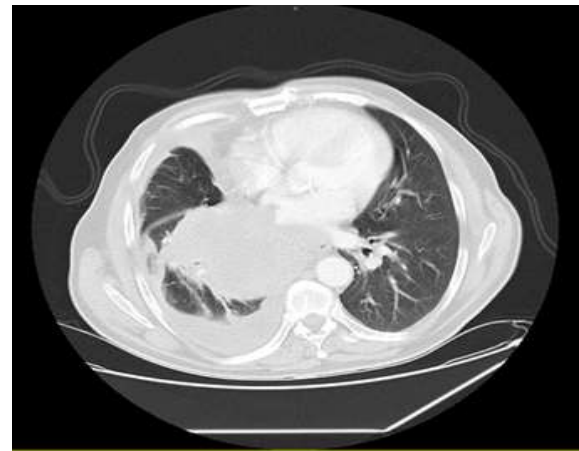
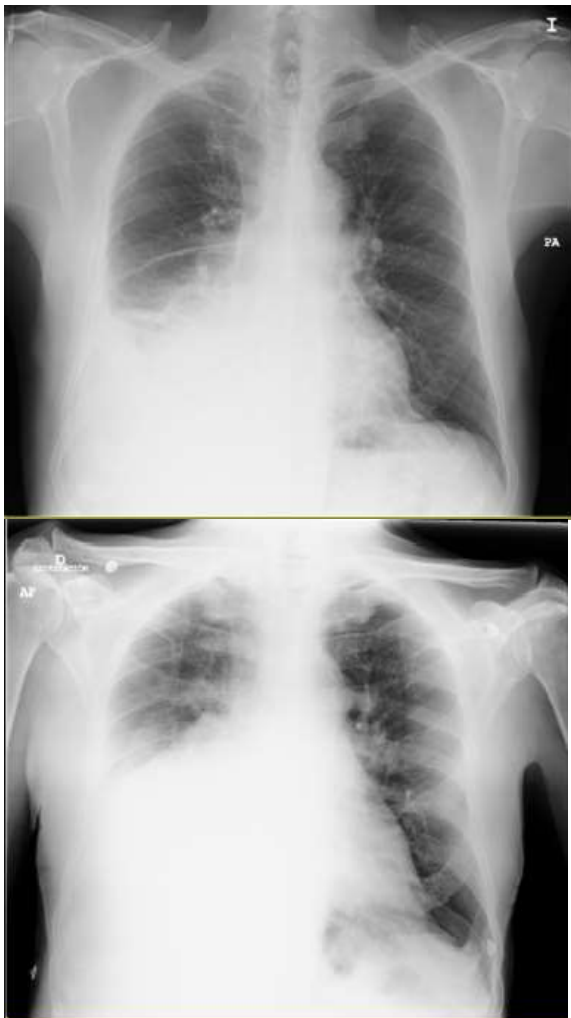
- Rx de tórax donde se observa aumento de densidad en LID con imagen de seudomasa que borra silueta cardiaca y derrame pleural derecho, el hilio derecho parece aumentado de tamaño. Se pauta antibióticos y Rx de control en una semana con la impresión diagnóstica de neumonía/proceso neofornativo.
- Rx de control sin cambios significativos respecto a la anterior - Derivación a diagnóstico rápido de cáncer (DRC). Neumología.
- TAC de tórax que concluye neoplasia de LID con invasión del mediastino, aurícula izquierda y probable esófago, con probable metástasis suprarrenal izquierda y probable esófago.
- Espirometría con alteración mixta de grado moderado y prueba broncodilatadora no significativa.
- FBS con biopsia de la lesión que es negativa y en comité de pulmón se decide PAAF tratorácica de la masa que concluye en metaplasia escamosa.

Evolución

En estudio durante 6 meses con desenlace fatal.

Conclusiones

La hemoptisis se define como la expulsión de sangre procedente del aparato respiratorio a nivel subglótico. Por ello, siempre hay que intentar excluir que la sangre provenga de la cavidad bucal, la faringe o del tracto digestivo. Es importante la confirmación, el diagnóstico diferencial con el sangramiento de otras causas, la valoración de la gravedad, realizar una anamnesis y exploración física detallada, y las pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico. En nuestro medio, las causas más frecuentes de hemoptisis son las neoplasias (28%), la bronquitis crónica (19,8%), las bronquiectasias (14,5%) y las neumonías o abscesos pulmonares (11,5%). A pesar de la realización de todos los procedimientos diagnósticos, en un 5-10% de los casos de hemoptisis no se llega a conocer la etiología. La bronquitis crónica, las bronquiectasias y las neoplasias son responsables del 70% de los casos deé, y a pesar de una exhaustiva evaluación, hasta en un 30% de los pacientes no es posible llegar a un diagnóstico etiológico.



46. HIPERTENSION EN PACIENTE JOVEN

Benítez Torres G¹, Ferrer Frías M²M², Pedrosa Arias M²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud La Zubia (Granada)

²Tutora de Residentes. Centro de Salud La Zubia (Granada)

Motivo de consulta

Acude a consulta por cefalea hemicraneal izquierda pulsátil de varios meses de evolución.

Enfoque individual

Anamnesis: Varón de 21 años con los siguientes antecedentes:

- AF madre con tiroidectomía por nódulo tiroideo. Padre vive sano.
- Rinoconjuntivitis alérgica.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- No fumador. Bebedor de fines de semana.
- No intervenciones quirúrgicas.

No ha tenido hasta el momento, tratamiento medicamentoso alguno.

Hace dos años tuvo un episodio de cefalea hemicraneal izquierda que tras sueño nocturno, a la mañana siguiente no podía articular las palabras. Acudió a urgencias y tras toma de TA se constató cifras de 150/80 y se dio de alta con el diagnóstico de migraña.

Al año siguiente sufrió un episodio de las mismas características al realizar una subida a la sierra. Cedió progresivamente con la toma de metamizol y sueño.

Exploración física

- Buen estado general, eupneico, bien hidratado y perfundido. No signos de focalidad neurológica
- ACR: tonos cardiacos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Resto de exploración normal

Pruebas complementarias

TA 140/90; FC 86 lpm, Saturación 97%.

- ECG: ritmo sinusal a 100 lpm. Eje normal. QRS normal. No se observa bloqueos de rama ni alteraciones en la repolarización.
- Analítica en consulta de AP: sin alteraciones significativas.

Se indican medidas higiénico dietéticas y se pauta enalapril 5 cada 24 horas y se cita en unas semanas para evaluación.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 21 años, soltero vive con los padres y una hermana. Estudiante de económicas (antes ingeniería que abandono). Buena relación con los padres y con la hermana. Abuelos paternos se han mudado cerca de su domicilio y también mantiene una buena relación. Abuelo materno fallecido hace un año a consecuencia de un Ictus.

Realiza de forma regular ejercicio físico saliendo a correr con el padre.

Nivel socio cultural medio-alto.

Plan de Acción y Evolución

Acude a la consulta por persistencia del dolor de cabeza y se objetiva una TA de 150/90 y con alguna subida esporádica de 200/95 por lo que se remite a la consulta de Medicina Interna para descartar hipertensión secundaria.

Exploración en consulta de Medicina Interna:

TA en MSD 152/84 y en MSI 147/86 Fc: 86 lm IMC=25 Peso 76 Talla 1,75

ACP: normal. Abdomen normal. No soplos abdominales MMII: no edemas.

Pruebas complementarias:

Hemograma normal BQ: glucemia 112. Creatinina 1,05; AC úrico 5,5; PT 7,4; albúmina 5; amilasa 104; CK 150; NA 138; Cl 102; PCR 0,7, cortisol 13.8, aldosterona 121.9, renina 10.2, catecolaminas negativas, orina: proteínas indicios, Aclaramiento de creatinina 120 ml/mm

Rx tórax PA y L sin alteraciones significativas. ECG Rs a 100 lm.

Ecografía de abdomen: hígado de tamaño y contorno normal y vesícula biliar sin litiasis en su interior, páncreas y bazo normales, sin alteraciones renales.

Ecocardio transtorácica: Ventrículo izquierdo no dilatado con espesor de paredes normales, función sistólica conservada con Fracción de eyección normal.

Se decide en esta consulta aumentar el enalapril a 20 mg cada 24 horas.

Se cita a revisión para valorar MAPA y se cursa petición de angioTac

MAPA: TASM 128(166-97, 36%>140. TADM 62 (94-40) 2%>90 PERFIL DIPPER

En una posterior revisión se informa de angioTac normal, ha desaparecido la cefalea pero algunos controles de TA siguen siendo altos por lo que se añade al tratamiento de enalapril 20 hidroclorotiazida de 12.5

Meses después acude a consulta de Atención Primaria con buenos controles de TA y desaparición completa de las cefaleas.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial

Hipertensión esencial en paciente joven.

Diagnóstico diferencial: lo podíamos establecer con todas aquellas situaciones que tengan como síntoma principal cefalea. Desde cuadros de migrañas, sinusitis, alteraciones metabólicas, procesos neoplásicos ocupantes de espacio, trastorno de ansiedad.

Conclusiones

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes. La prevalencia de la HTA en la población general es alta incrementándose a medida que aumenta la edad de las personas.

En la juventud y en la edad media es más frecuente en varones que en mujeres, pero esta relación se invierte a partir de la séptima década. Los principales factores de desarrollo de la hipertensión están relacionados con los estilos de vida: sedentarismo, bajo gasto calórico, elevada ingesta de grasas saturadas y sal.

Este caso nos advierte en la posibilidad de pensar en una hipertensión esencial en paciente joven por muy inusual que nos parezca y de la importancia de MAPA para el diagnóstico definitivo de la misma.

En este caso han participado Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Especialista en Medicina Interna.

47. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE POSIBLE CASO DE SIFILIS PRIMARIA

Martín Sánchez SM^{a1}, Lozano Prieto PP², Ruiz Ojeda I¹

¹MIR de 3er año de MFyC. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Motivo de consulta

Paciente varón de 27 años que acude a consulta de atención primaria por odinofagia de 3 semanas de evolución, afebril, no otra sintomatología acompañante.

Al inicio del cuadro consultó en servicio de Urgencias, siendo derivado al alta con diagnóstico de afta amigdalар y tratamiento con ibuprofeno 600mg 1comprimido cada 8h.

Al no mejorar el cuadro decide acudir a nuestra consulta para nueva valoración.

Enfoque individual

Anamnesis:

Antecedentes Familiares: No presenta antecedentes familiares de interés.

Antecedentes Personales: No presenta antecedentes personales de interés.

Tratamiento domiciliario habitual: No realiza tratamiento alguno.

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo, normocoloración mucocutánea. ORL: en amígdala derecha lesión eritematosa e hiperpigmentada de bordes indurados.

Se solicita análisis sanguíneo con hemograma y bioquímica completas, exudado amigdalар y serologías CMV, VEB y despistaje de ETS (estudio de hepatitis, sífilis y VIH) ya que el paciente refiere haber mantenido relaciones sexuales de riesgo en semanas previas.

Pruebas complementarias: análisis sanguíneo con hemograma y bioquímica sin alteraciones. Serología sífilis positiva.

Enfoque familiar y comunitario

Ciclo Vital Familiar: Según la clasificación de la OMS modificado por De la Revilla: Se encontraría en la etapa I abandono del hogar. Se trata de una persona soltera que recientemente se ha independizado de sus padres.

Juicio clínico

Sífilis primaria.

Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial con: amigdalitis (bacteriana aguda/pultácea), mononucleosis infecciosa, herpangina, primoinfección herpes, sífilis con manifestación primaria oral.

Plan de acción y evolución

Se le administró 2.4 millones de UI de penicilina G benzatina IM en una única dosis. Durante los meses siguientes se hizo control de los títulos mediante pruebas reagínicas dándose un descenso progresivo de los mismos.

Conclusiones

Desde el año 2000 se ha documentado un incremento en los casos de sífilis infecciosa tanto en Europa como en EEUU, especialmente en hombres homosexuales, pasando a ser la tasa de pacientes diagnosticados en 2000 de 1,73 por 100000 habitantes a 6,3/100000 habitantes en 2014. Aunque la incidencia real de la enfermedad es probablemente superior a la registrada, dado que a pesar de ser de declaración obligatoria en muchos casos no se comunica.

Son muchas las causas que pueden explicar este aumento de la incidencia, siendo las más destacadas: la disminución de las prácticas sexuales seguras, el tiempo existente entre relaciones se ha acortado (habitualmente inferior o igual a 6 meses), el desconocimiento entre la población general del contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) tras mantener sexo oral, y los fenómenos migratorios que posibilitan el contacto entre diferentes grupos poblacionales.

Desde Atención Primaria es fundamental realizar una correcta anamnesis y exploración de los pacientes, así como un adecuado diagnóstico diferencial para no obviar patologías emergentes en nuestra sociedad que se pueden convertir en un problema para la comunidad en caso de no realizar tratamiento y prevención de estas.

Bibliografía

- Hicks CB, Clement M. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in HIV-uninfected patients. [Monografía en Internet]. UpToDate; mayo 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Hicks CB, Clement M. Syphilis: Screening and diagnostic testing. [Monografía en Internet]. UpToDate; mayo 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Hicks CB, Clement M. Syphilis: Treatment and monitoring. [Monografía en Internet]. UpToDate; junio 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Actualización en Medicina de familia [sede Web]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Torrel G. A propósito de un caso. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=15
- Cherneskie T. An Update and Review of Diagnosis and Management of Syphilis. Region II STD/VIH Prevention Training Center; New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York, NY: 2006

48. DIABETES MELLITUS TIPO 2. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Sánchez SM^{a1}, Lozano Prieto PP², Albusac Lendinez S³

¹MIR de 3er año de MFyC. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

³MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Motivo de consulta

Paciente varón de 55 años, pluripatológico, que acude a la consulta de Atención Primaria para control anual de sus patologías.

Enfoque individual

Anamnesis:

Antecedentes Familiares: no refiere antecedentes de interés.

Antecedentes Personales: diabetes mellitus tipo 2 de 8 años de evolución, hipertensión arterial de más de 10 años de evolución, dislipemia, isquemia arterial crónica GIIIB.

Tratamiento domiciliario habitual: metformina 850mg, gliclazida 30mg, enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5mg, ácido acetilsalicílico 100mg, cilostazol 10mg.

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo, normocoloración mucocutánea, TA 145/80mmHg, Talla 1.70m, Peso 98 kg, IMC 33.9

Pruebas complementarias: Se solicita hemograma y bioquímica completas, destacando: Glucosa 226 mg/dl, colesterol total 248mg/dl, colesterol LDL no calculable, colesterol HDL 42mg/dl, triglicéridos 449mg/dl, Hemoglobina glicosilada 8.8%, resto sin alteraciones de interés.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una familia nuclear con parientes próximos.

Ciclo Vital Familiar: Según la clasificación de la OMS modificado por De la Revilla: Se encontraría en la etapa IV, contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta el último). Según la clasificación de Duvall y Medalie se encuentra en transición de la etapa IIB (familia con hijos adolescentes) a la etapa IV (familia lanzadera).

Apgar familiar: puntuación de 6 (disfunción familiar leve).

Juicio clínico

Diabetes Mellitus tipo 2 con mal control metabólico.

Síndrome metabólico.

Plan de acción y evolución

Se insiste de nuevo en la importancia de hábitos de vida saludable, abandono del consumo de tóxicos y realizar un correcto cumplimiento terapéutico.

Se ajusta tratamiento, iniciándose dulaglutida.

Al iniciar dicho fármaco el paciente aprecia pérdida de peso, lo cual propicia un aumento de su motivación para proseguir con el aumento de la pérdida de peso, abandona tóxicos, mejora dieta e inicia actividad física diaria.

Todo ello ha contribuido a que, en su último control de factores de riesgo cardiovascular, obtengamos en la analítica los siguientes resultados: glucosa 117 mg/dl, Hemoglobina glicosilada 5.7 %, colesterol total 188mg/dl, colesterol HDL 54mg/dl, colesterol LDL 115 mg/dl, triglicéridos 95 mg/dl. Resto sin hallazgos de interés.

Conclusiones

En pacientes con síndrome metabólico es fundamental la pérdida de peso y la motivación del paciente para mejorar sus hábitos dietéticos y de actividad física, ya que una mejora en estos parámetros va a repercutir favorablemente en todas sus patologías e incluso puede contribuir a un menor consumo de fármacos por su parte.

Por eso desde Atención Primaria tenemos que realizar un importante papel en la educación sanitaria de nuestros pacientes para reforzar hábitos de vida sano o intentar motivar para que los inicien, así como estar en continua formación para mejorar nuestros conocimientos a la hora de tratamientos disponibles para manejo de patologías como la diabetes mellitus que se encuentran en continua evolución. Pues una vez que esto se consigue podemos conseguir resultados tan buenos como los del paciente que ha protagonizado este caso.

Bibliografía

- Dungan K, DeSantis A. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists for the treatment of type 2 diabetes mellitus. [Monografía en Internet]. UpToDate; enero 2018. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- DeSantis A. Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors for the treatment of type 2 diabetes mellitus. [Monografía en Internet]. UpToDate; enero 2018. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Dungan K, DeSantis A. Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors for the treatment of type 2 diabetes mellitus. [Monografía en Internet]. UpToDate; octubre 2017. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- McCulloch D. Management of persistent hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus. [Monografía en Internet]. UpToDate; abril 2017. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

49. LESIONES AMPOLLOSAS EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cavallaro I¹, Delgado Moya M2, Suárez Pérez M3

¹MIR de MFyC. Centro De Salud De Gibraleón. Huelva

²Médico de Familia. Hospital De Riotinto (Huelva)

³Médico de Familia. Centro De Salud Gibraleón. Huelva

Motivo de consulta

Aparición de ampollas en manos y pies de 2 días de evolución.

Enfoque individual

Antecedentes familiares: niega antecedentes familiares de interés.

Antecedentes médicos: niega alergias medicamentosas conocidas.

Refiere hipertensión arterial de 10 años de evolución en tratamiento con manidipino 10mg/24h y torasemida 5mg/24h. Nefropatía IgA a estudio.

Enfermedad actual: mujer de 89 años que pide visita domiciliaria por aparición de ampollas en manos y pies de 2 días de evolución. Niega antecedentes traumáticos. Refiere encontrarse bien, sin tener fiebre, ni picor de las lesiones.



Exploración física: se aprecia erupción ampollosa en ambos pies a nivel plantar y en ambas manos a nivel palmar e interdigital.

Las ampollas son de distintos tamaños, algunas están rotas dejando erosiones, son de contenido claro y asientan sobre piel normal. Signo de Nikolsky positivo. No se aprecia afectación mucosa, ni sistémica.

Pruebas complementarias: biopsias de las lesiones con estudio histopatológico, inmunofluorescencia directa e indirecta.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente tiene una familia nuclear simple en etapa V normofuncional. Vive con su hija que se turna con las otras hermanas para realizar un excelente cuidado. Es la primera vez que tiene una enfermedad grave y que la invalide.

Juicio clínico

Lesiones ampollas de probable origen autoinmune.

Como diagnósticos diferenciales se plantean el pénfigo vulgar y el penfigoide ampolloso.

PÉNFIGO VULGAR	PENFIGOIDE AMPOLLOSO
Se inicia entre los 50 y los 60 años	El 80% de casos en mayores de 80 años
Es el tipo más frecuente (85% del total)	Ausencia de compromiso mucoso
Lesiones iniciales en mucosa oral	Ampollas tensas en piel normal
Ampollas flácidas que se rompen	Signo de Nikolsky negativo
Signo de Nikolsky positivo	Conservación del estado general
Afectación del estado general	Aspecto urticarial de las lesiones
Lesiones en zonas de presión y roce	Lesiones en abdomen, axilas y muslos

Plan de acción

Dado que sólo el resultado histopatológico hubiese dado el diagnóstico de certeza y la paciente necesitaba un tratamiento inmediato se decide tratar la paciente con bajas dosis de prednisona (0,5 mg/kg/día) ya que nuestra sospecha era un penfigoide ampolloso.

Evolución

Tras un mes de tratamiento, sin obtener ninguna mejoría, se decide incrementar la dosis de prednisona a 1mg/kg/día.

A los 2 meses del inicio de la erupción ampollosa la paciente fallece por fracaso multiorgánico tras el diagnóstico anatomopatológico de pénfigo vulgar.

Conclusiones

El objetivo de este caso es recordar el diagnóstico diferencial de las lesiones ampollas de aparición súbita en el adulto.

Según nuestra experiencia clínica queremos transmitir que frente a una enfermedad autoinmune de este tipo es mejor empezar el tratamiento con altas dosis corticoideas (1mg/kg/día en dosis creciente hasta un 50% cada 4 días si no hay respuesta) que con bajas dosis (0,5mg/kg/día), ya que la evolución de un pénfigo vulgar es drásticamente nefasta con una tasa de mortalidad a los 2 meses superior al 70%.

La paciente da su autorización explícita a los autores para que su caso clínico sea publicado, cumpliéndose además las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Bibliografía

- Daniel SB, Borradori L, Murrell DF. Evidence-based management of bullous pemphigoid. *Dermatol Clin*. 2011; 29: 613-620. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2011.06.003>.
- Mutasm DF. Autoimmune bullous dermatoses in the elderly: an update on pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. 2010; 1: 1-19.
- Suárez-Fernández R, España-Alonso A, Herrero-González JE, Mascaró-Galy JM. Practical management of the most common autoimmune bullous diseases. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 441-455.

50. ¿SINCOPE O ANAFILAXIA?

Morales Viera A¹, Redondo Fernández C²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

²Médico de Familia. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla

Motivo de consulta

Episodios sincopales.

Enfoque individual

Anamnesis:

Antecedentes familiares: no presenta antecedentes de interés

Antecedentes personales: NAMC. No FRCV. Meningitis con 18 años. Talasemia menor. IQ: Apendicectomía.

Varón de 51 años que acude a las consultas de atención primaria por dos episodios de pérdida de conciencia. El primero se presenta precedido de sudoración y mareos sin giro de objetos. No recuerda su duración. No pérdida del control de esfínteres ni movimientos anormales pero sí un vómito. No cefalea ni signos de confusión posterior aunque la esposa refiere enrojecimiento facial. Acude a urgencias del hospital y es dado de alta con el diagnóstico de síncope vasovagal.

Dos meses más tarde sucede mismo cuadro precedido de malestar general, dolor abdominal y diarrea. En esta segunda ocasión, es valorado por su médico de atención primaria quien sospechando una probable anafilaxia, envía a consultas de alergia para valoración.

El paciente sólo relaciona ambos cuadros con zumo de naranja. Refiere anteriormente tener edema de labio y prurito oral cuando come marisco y edemas si acompaña esta ingesta con ejercicio.

Exploración: Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado, normocoloreado y eupneico en reposo. Constitución tipo pícnica. TA: 135/110. Temperatura en consulta: 36,4º. FC: 74 lpm.

FR: 14rpm. Sat O2: 98%.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos y fuertes sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado con buena entrada de aire bilateral.

Abdomen: Lesiones papulares con pigmentación marrón diseminadas predominando en abdomen.

Dermografismo: negativo. Hepatomegalia de 2 traveses de dedo. Esplenomegalia de 1 través de dedo dolorosa a la palpación.

Exploración neurológica dentro de la normalidad, no focalidad. Pares craneales conservados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad en extremidades. No disciadococinesia. Dismetría en mano derecha.

Pruebas complementarias:

EKG: Ritmo sinusal a 74 lpm. PR corto. QRS estrecho. No datos de alteraciones en la repolarización.

Rx de tórax normal.

Tc de cráneo: sin alteraciones.

Pruebas cutáneas:

- Alérgenos inhalantes: Positivo a hongos alternaria, aspergillus, epitelio de gato, ácaro D. Pteronyssinus, epitelio de perro y pólenes de gramíneas, olivo y ciprés.
- Alérgenos de origen animal: Positivo a gamba.
- Alérgenos de origen vegetal: negativo.
- Hemograma, bioquímica, VSG, PCR, TSH. Proteinograma, anticuerpos antitiroideos, inmunoglobulinas séricas, serología equinococcus y complemento sin alteraciones.
- Triptasa, IgE total normal y específica a látex, gamba y anisakis negativas.
- Test de exposición controlada con lidocaína sin hipersensibilidad inmediata ni tardía.
- Tc abdominal normal.
- Aspirado de médula ósea (citología): Hematopoyesis bien presentada. Aunque no hay criterios mayores de mastocitosis, la tasa de mastocitos es superior a la normal, en su mayoría de aspecto patológico.
- Biopsia de médula ósea: Hiperplasia de mastocitos. Ausencia de acúmulos mastocíticos diagnósticos de mastocitosis sistémicas. Resto de médula ósea sin alteraciones histológicas.
- Biopsia de piel: realizada la técnica IHQ de c-kit, ésta ha resultado positiva en mastocitos, corroborando su número aumentado.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente se dedica a la ingeniería informática y vive con su mujer e hija en la misma residencia. No animales. Se trata de una familia nuclear con parientes próximos. Apgar familiar con una puntuación de 10 (familia normofuncionante). Según el modelo de clasificación familiar de la OMS se colocaría en la etapa III o de extensión completa (nacimiento de todos los hijos sin emancipación).

Juicio clínico

Mastocitosis sistémica leve o indolente.

Anafilaxia.

Alergia al marisco.

Urticaria pigmentosa.

Evolución

Mejoría sintomática y de lesiones cutáneas tras tratamiento sistémico y tópico con cromoglicato disódico pero dos años más tarde del diagnóstico se evidencia en la densitometría ósea de control un alto riesgo de fractura y altos niveles de triptasa, con lo que, con toda la evaluación, inició tratamiento con interferón que mantuvo durante 7 años de manera intermitente hasta la actualidad que está suspendido y la clínica se ha estabilizado junto con los niveles de triptasa (cuya elevación supone una actitud agresiva de la mastocitosis).

El paciente sigue un control estrecho por parte de alergología (cada 4-5 meses) y por el servicio de digestivo debido a la dispepsia que le provoca la hipersecreción gástrica de esta patología.

Actualmente con buena evolución y buen estado anímico.

Conclusiones

La mastocitosis sistémica indolente es una rara afección cuya incidencia y prevalencia son desconocidas, aunque se plantea una baja frecuencia. Un estudio en el Reino Unido estableció una incidencia de 0,0000667 %. El trastorno se debe sobre todo a la liberación de mediadores de mastocitos, como la histamina y varias citocinas inflamatorias causando diferentes síntomas. La infiltración importante de los órganos puede causar una disfunción orgánica, siendo los niveles de triptasa el reflejo de la carga tumoral. La liberación de mediadores puede

desencadenarse por el contacto físico, el ejercicio, el alcohol, los AINE o los alimentos. Todos los pacientes deben llevar una jeringa precargada con adrenalina. En pacientes con una forma agresiva, el interferón induce regresión de las lesiones óseas en los pacientes con las formas graves.

Asimismo reflejamos con este caso la importancia de la relación médico-paciente que alcanza su máxima expresión en las consultas de atención primaria. Se trata de un hombre poco frecuentador por lo que asistir a consultas preocupado por la situación simpatiza al médico compartiendo y solventando su inquietud. En este caso se mantuvo el contacto continuado del paciente acompañando sus dudas y cuestiones teniendo en cuenta su rara afección y recordando que derivar no significa delegar.

No debemos olvidar que el alcance de la atención primaria no es sólo solventar los problemas que sus recursos le permiten, sino tener el ojo clínico para detectar aquellas situaciones potencialmente peligrosas para trasladar a la especialidad que corresponda.

Bibliografía

- M.J. Molina-Garrido, A. Mora, C. Guillén-Ponce, Et.al. Mastocitosis sistémica. Revisión sistemática. An. Med. Interna (Madrid) vol.25 no.3 marzo 2008.
- Peter J. Delves, PhD, University College London, London, UK. Mastocitosis.
- Valent P, Horny HP, Escribano L, Longley BJ, Li CL, Schwartz LB, et al. Diagnostic criteria and classification of mastocytosis: A consensus proposal. Leuk Res. 2001;25(7):603-25.

51. DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Campos Domínguez JM¹, López Fernández B²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Tomares (Sevilla)

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Tomares (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de consulta

Dificultades de Comunicación al final de la vida.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 59 años que consultó a principios de noviembre por dolor abdominal difuso, vómitos y diarrea.

A la exploración presentaba un aceptable estado general. TA 130/90 mmHg, FC 73 lpm, Sat O2 100%. Bien hidratado, coloreado y perfundido, Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso en epigastrio y flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores.

Inicialmente se interpretó como una gastroenteritis aguda, pero la evolución desfavorable en los días siguientes con aparición de un cuadro constitucional en un paciente poco frecuentador, nos llevó a iniciar un estudio diagnóstico.

Se le realizó analítica en la que destacaba la elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA) y Sangre Oculta en Heces (SOH) positiva. Hemograma, perfil hepático, función renal e ionograma dentro de valores normales. Solicitamos de forma preferente colonoscopia y TAC de tórax y abdomen.

El paciente empeoró su estado general y acudió a urgencias hospitalarias, desde donde se cursó ingreso en Medicina Interna, donde se completó el estudio.

Colonoscopia: En el ángulo hepático se observa una lesión exofítica y estenosante que afecta a toda la circunferencia colónica e impide el paso del endoscopio.

TAC tórax y abdomen: Neoplasia de colon (ángulo hepático y con extensión colon derecho), con múltiples metástasis hepáticas con probable infiltración del segmento VI hepático. Nódulos satélite en grasa pericolónica adyacente de 3x2 cm y múltiples adenopatías locorregionales patológicas. Estadio IV.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente sin patología previa al que se diagnostica de una enfermedad oncológica en estadio avanzado y con mal pronóstico.

Se trata de una familia disfuncional, que insiste en que se le oculte el diagnóstico al paciente. Nivel socio-económico y cultural bajo.

Vive en un pequeño piso con su esposa 2 hijas y 2 nietas de corta edad.

Las niñas son de la menor de sus hijas que fue madre adolescente y que tiene una denuncia por violencia de género con el padre de una de ellas. Acuden a la consulta por separado Dificultades comunicativas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de colón, coledocitis.

Juicio clínico: cáncer colon estadio IV.

Plan de acción y evolución

Ingresa para estudio y tras diagnóstico es valorado en Oncología, donde consideran que dado lo avanzado de la enfermedad, solo es candidato a tratamiento paliativo. Informan a la familia del pronóstico y de Cuidados Paliativos con Hospitalización Domiciliaria, que no existe en nuestra zona.

El control y seguimiento del paciente se realiza desde Atención Primaria.

Este hecho, ocasiona algunos problemas con la familia que sale del Hospital con unas expectativas que no se corresponden con la realidad.

El paciente se deteriora rápidamente, aparece ictericia distensión y dolor abdominal pero no plantea problemas para el control de síntomas, con dosis bajas de opioides y antieméticos.

Expresa su deseo reiteradamente de no acudir al hospital.

Las sucesivas entrevistas en el pequeño salón de su casa, con varios familiares y conocidos fumando y opinando, con discrepancias y discusiones entre ellos sobre la manera de abordar los problemas, hacen de cada visita un proceso complejo de comunicación.

Algunos opinan que debe ir al hospital, otros que hay que sedarlo cuanto antes planteando confusión de eutanasia con sedación, otros que hay que poner una sonda para que coma, otros demandan atención para ellos por no poder soportar la situación, etc.

Insisten a veces por señas que no le digamos “nada” pero el paciente conoce el diagnóstico y el pronóstico.

El enfermo, asiste con resignación a dichas discusiones e insiste en no querer ir al hospital.

Acordamos continuar seguimiento por nuestra parte y nos ponemos a su disposición.

Continúa el deterioro en los días posteriores, cuando no es posible continuar con la vía oral pasamos a subcutánea. Un amigo y la hija mayor asumen el cuidado en las últimas horas. Se instruye a la familia en el manejo de síntomas y medicación, dejando todo anotado.

Se les informa de situación de agonía, que entienden y asumen.

El paciente, finalmente fallece en su domicilio como era su deseo con buen control de síntomas.

Tras el fallecimiento, se contacta con la familia, que no presenta datos de duelo patológico.

Conclusiones

El período al final de la vida es diferente para cada persona.

Los síntomas que las varían a medida que la enfermedad progresa.

Cada persona tiene necesidades únicas de información y de apoyo.

Los familiares intervienen activamente en este proceso. Es deseable, facilitar vías de comunicación adecuadas entre ellos y con los profesionales que lo atienden. Estos, tratarán de resolver las preguntas respecto a la etapa final de la vida de forma respetuosa, priorizando siempre que sea posible el deseo del paciente.

La formación en comunicación facilita la toma de decisiones sobre los cuidados al final de la vida.

A veces, como en el caso que nos ocupa, nos podemos encontrar con dificultades comunicativas con la familia, como “conspiración del silencio”, familia disfuncional, informaciones contradictorias, expectativas no realistas, etc.

Los médicos de Atención Primaria tenemos competencias en comunicación y en atención a pacientes al final de su vida. En casos como el que presentamos estas habilidades cobran especial relevancia como uno de los puntos fuertes de nuestra especialidad.

Bibliografía

-National Cancer Institute (www.cancer.gov)

-Medicina Paliativa: “Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas” (<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-conspiracion-del-silencio-familiares-pacientes-S1134248X1200078X>)

-Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas. Francesc Borrel.

52. EL EDEMA FACIAL ERA LA PUNTA DEL ICEBERG

García Jiménez AM¹, Liétor Villajos N², García Jiménez JA³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Belén. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Belén. Jaén

³MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Motivo de consulta

Mujer, 26 años. Acude a consulta por edemas en cara y cuello recidivantes de tres semanas de evolución.

Enfoque individual

No alergias conocidas.

Antecedentes personales: Síndrome de Gilbert (2011), intervenida de prótesis mamaria bilateral (2014) e hipermetropía (2017). En tratamiento actual con corticoterapia y crema oculo-epitelizante por postoperatorio de última intervención.

Anamnesis: la paciente acude a urgencias en dos ocasiones por edema facial de tres semanas de evolución. No presenta disnea ni disfagia y se encuentra afebril. No refiere otra sintomatología. Niega astenia, anorexia o pérdida de peso. Sin embargo, sí comenta que todas las noches presenta sudoración generalizada profusa. En las dos ocasiones que ha ido a urgencias le han prescrito prednisona 30mg en pauta descendente una semana, notando mejoría transitoria pero volviendo a hincharse en cuanto acaba el tratamiento. Viene a Atención Primaria buscando una solución más duradera.

A la *exploración física*, la paciente presenta buen estado general, normocoloreada y normohidratada, eupneica en reposo. Buena frecuencia cardiaca y respiratoria. Saturación de oxígeno del 97% (respirando aire ambiente). Destaca edema en cuello, mayor en región cervical izquierda con ingurgitación yugular derecha. A la palpación se encuentran adenopatías pequeñas supraclaviculares. No adenopatías axilares, abdominales o inguinales. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos. Ante la sospecha de un síndrome de vena cava superior, se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias.

Pruebas complementarias: electrocardiograma normal. Analítica sin alteraciones destacables en hemograma, bioquímica o coagulación. TAC de tórax con contraste (*Imagen*): gran masa sólida en mediastino anterior que engloba troncos venosos y arteriales, con signos de infiltración de cava superior y tronco venoso braquiocefálico izquierdo. Adenopatías supraclaviculares no cuantificables y en cadenas mamarias y parahiliares derechas. TAC de abdomen sin hallazgos.

Se procede a su ingreso en Medicina Interna y valoración por comité de tumores, que decide biopsia de aguja gruesa guiada por TAC por alta probabilidad de linfoma B difuso.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de nacionalidad española. Soltera pero con pareja (etapa 1 según el ciclo familiar de McGoldrick), sin hijos; aún vive en casa familiar (fase VI según el Modelo de Duvall o familia con plataforma de colocación o despegue).

Lleva una vida activa, con una amplia red social, al ser peluquera y esteticista y al haber trabajado ocasionalmente de camarera en una discoteca. Precisamente por ello, refiere una gran inquietud por su imagen, motivo de las dos operaciones estéticas referidas anteriormente y de las consultas reiteradas por su edema facial.

Juicio clínico

Síndrome de vena cava superior. Linfoma B difuso de origen primario mediastínico. Hacemos diagnóstico diferencial con aquellos procesos neoplásicos que ocasionan síndrome de vena cava superior: timoma, carcinoma tiroideo, teratoma, sarcoma.

Plan de acción y evolución

La paciente continúa ingresada en Medicina Interna. Si se confirma el diagnóstico anatomopatológico, se procederá a quimioterapia con un régimen de cuatro medicamentos que se conocen como CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona), más el anticuerpo monoclonal rituximab (Rituxan).

Conclusiones

Todo Médico de Familia debe conocer los síntomas B asociados a linfoma: fiebre intermitente mayor de 38°C, pérdida ponderal mayor del 10% en menos de seis meses y, como en este caso, sudoración nocturna. Gracias a ello y a una correcta exploración se pudo sospechar una patología más grave que un simple edema facial que estaba causando desasosiego estético a la paciente.

Imagen.



53. LESIONES ACRALES ERITEMATO-VIOLÁCEAS EN VARÓN DE 27 AÑOS

García Jiménez AM¹, Liétor Villajos N², García Jiménez JA³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Belén. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Belén. Jaén

³MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Motivo de consulta

Erupción cutánea en piernas y brazos de tres días de evolución en paciente que hace cuatro días tomó ciprofloxacino 500 mg por vía oral, dosis única, como profilaxis por contacto con meningococo.

Enfoque individual

Varón, 27 años. Alérgico a penicilina. Antecedentes personales y familiares no relevantes.

Anamnesis: acude a consulta de Atención Primaria refiriendo que hace cuatro días mientras estaba de guardia en el hospital donde trabaja ayudó a realizar una punción lumbar a una paciente con sospecha de meningitis bacteriana. Posteriormente, al confirmarse el diagnóstico, todo el personal sanitario en contacto con dicha paciente tuvo que tomar ciprofloxacino 500 mg dosis única por vía oral como medida profiláctica. Menos de 24 horas después comienzan a aparecerle unas lesiones cutáneas rosadas, pequeñas y discretamente pruriginosas, distribuidas por tronco, brazos y piernas, que fueron evolucionando a violáceas y aumentando de tamaño, incluso coalesciendo hasta formar pequeñas placas sobretodo en cara anterior de piernas (*Imagen 1*). Actualmente no prurito ni fiebre. Niega enfermedad previa ni conductas sexuales de riesgo.

A la *exploración física*, presenta buen estado general. Se evidencian lesiones eritematosas violáceas circulares "en diana", algunas con ampolla central, simétricas, de predominio acral (*Imagen 2*). No alteración de mucosas ni labios.

Imagen 1: lesiones violáceas en cara anterior de piernas.



Imagen 2 (imagen ampliada): lesiones "en diana" con ampolla central.



Pruebas complementarias: Hemograma con leucocitosis (15390 leucocitos) y neutrofilia (13560 neutrófilos, 88%), Velocidad de Sedimentación globular (VSG) 33 mm. Bioquímica: glucosa 120 mg/dl, Proteína C Reactiva (PCR) 24.4 mg/l, resto normal. Coagulación normal, excepto fibrinógeno 6.0 g/l. Orina normal.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 27 años y nacionalidad española. Soltero pero con pareja estable (etapa 1 según el ciclo familiar de McGoldrick), sin hijos; vive fuera del núcleo familiar por motivos laborales. Nivel cultural medio-alto, de profesión enfermero.

Juicio clínico

Eritema multiforme o polimorfo menor. Diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampollosas: pénfigo vulgar, penfigoide ampoloso, dermatitis herpetiforme, primoinfección herpética, lupus, vasculitis...

Plan de acción y evolución

Se cursa derivación a Dermatología. En Atención Primaria se pauta prednisona 30 mg en escala descendente durante 18 días. El paciente acude a Dermatología bastante mejorado, solo persistiendo algunas lesiones residuales de tonalidad tirando a marrón en piernas. Se prescribe loción epitelizante. Cuando vuelve a revisión a Atención Primaria las lesiones han remitido por completo.

Conclusiones

El eritema multiforme o polimorfo menor suele cursar con lesiones agudas y autolimitadas, desapareciendo en 1-3 semanas, sin afectación de mucosas.

Su etiología es desconocida aunque en muchos casos aparece vinculado a factores predisponentes como infecciones por virus, siendo el más frecuente el herpes simple (VHS). No obstante, también se han dado casos relacionados con infecciones bacterianas causadas por estreptococo beta hemolítico o micobacterias, entre otras. También puede estar desencadenado por fármacos, no habiendo evidencia objetiva de que la dosis del medicamento influya en el grado de intensidad del eritema. El número de fármacos que pueden provocar el cuadro es muy amplio, incluyendo alopurinol, barbitúricos y muchos antimicrobianos, entre los que se encuentra el ciprofloxacino, como en este caso.

Su diagnóstico puede ser un reto para el facultativo debido a la diversidad de presentaciones clínicas dermatológicas, pero es importante que el médico de familia sepa cómo diagnosticarlo y que, pese a lo impactante del cuadro, su tratamiento se puede manejar ambulatoriamente con terapia corticoidea.

54. ¿Y ESE LUNAR?

Medina Vizquete A¹, Salas Domínguez J¹, Pérez Rodríguez M²A²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

²Médico de Familia. Centro De Salud La Candelaria. Sevilla

Motivo de Consulta

Mujer 66 años que consulta por opresión en epigastrio irradiado a mandíbula con sensación de cuerpo extraño en la faringe.

Anamnesis, exploración y pruebas complementarias

Alergias a penicilina. Fumadora de 15 cigarrillos/día hasta 2011 (historia tabáquica acumulada de 23 paquetes/año).

Pólipos colónicos, ulcus duodenal curado, hernia hiatal, esofagitis, gastritis erosiva, faringitis crónica, fibromialgia, trastorno bipolar, migrañas.

Intervenciones quirúrgicas: hernia discal (artrodesis L5-S1), amigdalectomía, adenoidectomía, manguito de los rotadores, hernia umbilical, apendicectomía, cataratas, extirpación de pólipo benigno.

Tratamiento en el momento del diagnóstico: domperidona, esomeprazol, sucralfato, paracetamol.

Anamnesis: consulta por opresión en epigastrio irradiado a mandíbula con sensación de cuerpo extraño en la faringe que se ha iniciado en reposo y que se ha aliviado con cafinitrina sublingual. No refiere cortejo vegetativo asociado. Es el primer episodio que sufre de estas características.

Durante la auscultación cardiopulmonar se objetiva una lesión pigmentada en región escapular izquierda que la paciente no sabe precisar desde cuando la tiene pero que no es de nacimiento y que no le ha producido síntomas en ningún momento. Además presenta múltiples lesiones secundarias a daño solar en la espalda que al aspecto macro impresionan de lentigos.



Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm. Onda T negativa en III. Sin otros hallazgos. En este momento se deriva a la paciente a urgencias por posible dolor de origen isquémico.

Enfoque Familiar y Comunitario

La paciente convive con su marido y una hija de 30 años en situación de paro prolongado. Viven en una zona de transformación social. Es ama de casa y su marido está jubilado. El único sustento familiar es la pensión no contributiva del marido.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

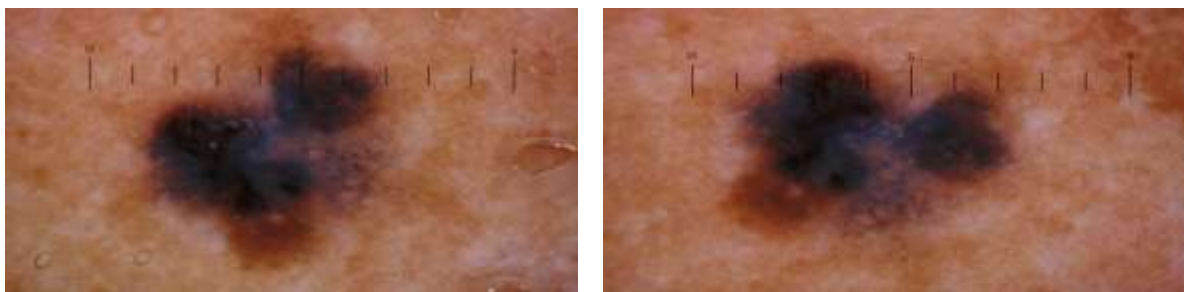
El diagnóstico diferencial de las lesiones en piel se divide en distintas fases, en primer lugar debemos diferenciar entre lesiones pigmentadas y no pigmentadas. En segundo lugar debemos dividir las lesiones no melanocíticas y melanocíticas. En última instancia distinguir características de benignidad/malignidad.

Juicio clínico: melanoma.

Plan de Acción

Tras dichos hallazgos se deriva a la paciente a la consulta de Tele dermatología de su centro de salud. Una vez en ella se realiza exploración macroscópica y dermatoscópica de la lesión. Se objetiva entonces una lesión pigmentada con asimetría de color y estructuras, retículo atípico y estructuras blanco-azuladas, con patrón multicomponente, más de tres colores, prolongaciones en periferia, mancha de pigmento y velo azulado. Se envían las fotos por teleconsulta.

En la telerrespuesta por parte de la dermatóloga se describe una lesión pigmentada, asimétrica y heterocrómica en zona dorsal que en dermatoscopia se presenta como una lesión asimétrica, con retículo atípico, manchas de pigmento, velo azulado central, puntos y glóbulos en periferia. Se cita a la paciente en la consulta de dermatología del Centro de Diagnóstico y Tratamiento para valoración y programación de tratamiento.



Evolución

Tras la primera consulta en dermatología se programa la extirpación de la lesión en quirófano por alta sospecha de melanoma.

Se realiza extirpación con márgenes de 1cm, profundizando hasta fascia. El estudio histológico da como resultado el diagnóstico de melanoma de extensión superficial, no ulcerado, en fase de crecimiento vertical, con Breslow 0.36 y nivel II de Clark, que se sitúa a 1 cm de los márgenes laterales de resección, signos de regresión en más del 50% de la neoplasia, ausencia de imágenes de invasión tumoral vascular y perineural, 0 mitosis/mm², estadio pT1a de la clasificación de TNM.

Por otro lado en el seguimiento de la paciente se realiza ecografía ganglionar con imagen dudosa en ganglios linfáticos axilares izquierdos por lo que se solicita TAC toraco-abdominal donde se objetivan pequeños ganglios axilares bilateral inespecíficos y de aspecto reactivo.

Posteriormente se descubre la presencia de un pequeño nódulo en areola mamaria derecha muy superficial por lo que se realiza ecografía de ambas axilas resultando un estudio sin hallazgos.

Actualmente la paciente acude a revisiones por parte de dermatología cada 6 meses con ecografía ganglionar según protocolo de seguimiento de melanoma. Hasta la fecha persiste asintomática desde el punto de vista dermatológico, sin signos de recidivas.

Conclusiones

El melanoma es el gran temido de los tumores cutáneos por su agresividad, su elevada capacidad metastatizante y la pobre respuesta a los tratamientos oncológicos cuando se ha diseminado. Sin embargo, si se extirpa precozmente, la supervivencia puede ser muy alta.

El dermatoscopio y la consulta de teledermatología son dos potentes armas en el contexto de la atención primaria para ayudarnos a conseguir el diagnóstico preciso y precoz de los tumores cutáneos. Dentro de la sistemática de exploración la inspección ocular es fundamental, no debiendo obviarse, permitiéndonos identificar lesiones cutáneas aunque el motivo principal de la consulta sea totalmente distinto. Ante un hallazgo casual y/o pieles en las que se objective daño solar sería conveniente completar la exploración con la dermatoscopia.

55. DOLOR LUMBAR RESISTENTE A TRATAMIENTO: EN BUSCA DEL DIAGNÓSTICO

Sáez Gallegos M¹, Dalouh I², Molina Martos JC³

¹MIR de 2º año de MFyC. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén)

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén)

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén)

Motivo de consulta

Dolor lumbar.

Enfoque individual

Antecedentes personales: Varón de 73 años alérgico a metamizol e inacid, e intolerante a la amoxicilina/clavulánico. Sin hábitos tóxicos reseñables. Jubilado en el momento actual habiendo trabajado previamente en la construcción. Desde hace unas semanas, desde que aumentó el dolor lumbar, moderadamente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (necesita que laven, lo vistan...) siendo previamente IABVD. Entre sus antecedentes destaca HTA de más de veinte años de evolución, bien controlada, dislipemia, artrosis cervical y lumbar, diverticulosis, cardiopatía isquémica revascularizada en 2010 y fibrilación auricular paroxística. Además, ha sido visto en varias ocasiones por el servicio de cardiología por episodios de dolor torácico no sugerentes de angina con ergometría negativa.

En tratamiento con: Omeprazol 40mg, Enalapril 20mg/Hidroclorotiazida 12,5mg; Ezetimiba 10mg; Rosuvastatina 10mg; Ranolazina 500mg; Dabigatrán 150mg; hierro 105mg, Mebeverina. Ha sido necesario en las últimas semanas modificar el tratamiento analgésico, tomando en el momento actual: Tramadol 75mg 2 comprimidos al día, Morfina MST 5mg 2 comprimidos al día, diazepam 5mg por las noches.

Anamnesis: Acude nuevamente a consulta (4º visita en un mes) por aumento de su dolor lumbar, con el que había convivido casi desde su juventud y que se atribuye a problemas de artrosis lumbar normalmente bien controlado con analgesia básica, pero que a lo largo del último mes ha empeorado, siendo casi imposible de controlar. No refiere traumatismo previo, caída, o esfuerzo. No refiere irradiación hacia miembros inferiores y lo localiza en región lumbar, de características sordas, continuo y que no cede ni cambia a lo largo del día. Ha sido valorado por los servicios de urgencias hospitalarios sin ceder el dolor al tratamiento prescrito.

En esta ocasión, acude acompañado de su mujer y su hija, que lo ven desde hace 10 días (momento en el que inició tratamiento con Morfina MST y tramadol) con un mayor deterioro de su estado general con astenia, anorexia y debilidad, necesitando pasar la mayor parte del día en cama y ayuda para levantarse. No pérdida de fuerza, ni incontinencia de esfínteres, ni pérdida de peso.

Ante la evolución tórpida del cuadro del paciente se decide nueva valoración por servicio de urgencias hospitalarias para ingreso del paciente y estudio del dolor.

Exploración: Regular estado general. Ligera deshidratación de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Neurológico: PINLA y MOEC, PC conservados, sin alteraciones en la fuerza o sensibilidad que se encuentran simétricamente conservadas. Dificultad para la marcha. Desorientación temporo-espacial.

ACR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos con tonos cardíacos rítmicos sin soplos, roces, ni extratonos.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalias, no signos de peritonismo.

Miembros inferiores: No edemas, no signos de TVP.

Dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares sin irradiación por miembros inferiores.

Pruebas complementarias

Rx Lumbosacra: Disminución de densidad ósea con imagen de cortical algo más hiperdensa

Análítica General de AP y Urgencias: sin hallazgos relevantes

Durante el ingreso

RMN Lumbosacra: Fractura osteoporótica antigua del cuerpo vertebral D12, sin signos de inestabilidad. Discopatía degenerativa multinivel con protusiones en los espacios L3-L4; L4-L5 y L5-S1.

TAC Cráneo: sin hallazgos.

TAC Tórax: Osteoporosis con patrón permeativo que afecta a cuerpos vertebrales dorsales D4 y D12 (con aparente afectación medular) así como múltiples costillas bilaterales.

Ecografía abdominal: Sin hallazgos.

Análítica Medicina Interna: Hb 10,5mg/dl; Calcio corregido 12mg/dl, Cadenas Ligeras kappa: Positivas.

Punción aspiración de médula ósea: Mieloma múltiple.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su esposa y es su cuidador principal pues padece carcinoma gástrico en remisión. Tiene una gran vida comunitaria, camina de 6-10km al día, acude a todas sus revisiones y se preocupa por su salud. Tiene una hija con la que mantiene una muy buena relación y que en este momento es su cuidadora principal.

Juicio clínico

Mieloma múltiple de cadenas ligeras con fractura vertebral T12 y discopatía degenerativa multinivel con protusiones de base amplia en los espacios L3L4, L4-L5 y L5-S1

Diagnóstico diferencial

Con otras gammapatías monoclonales, amiloidosis, fracturas vertebrales, estenosis de canal medular, síndrome Guillain-Barré.

Plan de acción y evolución.

Al ingreso en Medicina Interna el paciente presenta regular estado general con deterioro neurológico con desorientación temporo-espacial objetivándose hipercalcemia maligna en control analítico. Tras una evolución tórpida es diagnosticado de Mieloma múltiple, precisando tratamiento con Lenalidomida y Dexametasona. Al alta se realizan visitas a domicilio desde atención primaria, en los cuales el paciente presenta un ánimo lábil, se encuentra en cama todo el día, con importante pérdida muscular en miembros inferiores, siendo incapaz de levantarse y caminar. Presenta dolor en zona lumbar que se intenta controlar con medicación analgésica incluyendo en los momentos de mayor dolor morfina. Además, se establece estrecha vigilancia para la detección precoz de signos de agotamiento familiar.

Conclusiones

El mieloma múltiple está caracterizado por la proliferación neoplásica de un clon de células plasmáticas que en la mayoría de los casos produce una proteína monoclonal. Esta proliferación en la médula ósea frecuentemente invade el hueso adyacente, produce

destrucción del esqueleto, y provoca dolores óseos y fracturas. Además, otros rasgos importantes son la anemia, la hipercalcemia y la insuficiencia renal.

Es muy importante el manejo desde atención primaria de este tipo de enfermos y patología, pues, aunque el diagnóstico se hace de forma hospitalaria y el tratamiento específico de la enfermedad corre a cargo de los especialistas de manera multidisciplinar, el control de las complicaciones: anemia, hipercalcemia, insuficiencia renal y del dolor es llevado a cabo por el médico de atención primaria. Además, supone un cambio en la vida del paciente y de la familia, donde tenemos que tener especial cuidado en el diagnóstico precoz de un posible síndrome depresivo o de agotamiento familiar.

56. ABORDAJE DE PACIENTE FRÁGIL NO ONCOLÓGICO

Dalouh I¹, Sáez Gallegos M², Molina Martos JC³

¹MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén)

²MIR de 2º año de MFyC. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén)

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén)

Motivo de consulta

Cansancio y palidez.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente de 94 años, independiente para la mayoría de las ABVD con antecedentes de hipertensión arterial e HBP, que acude acompañado a consulta por su hija refiriendo cansancio, sensación de ahogo y palidez mucocutánea de meses de evolución.

Exploración: regular estado general, consciente y colaborador, eupneico en reposo, ictericia de piel y mucosas.

Exploración neurológica: glasgow 15/15, romberg, no nistagmus, fuerza motora y sensitiva conservada.

Exploración cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos patológicos.

Abdomen: blando, depresible, no masas ni organomegalias, se palpa hernia paraumbilical derecha reductible.

No presenta edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda

Inspección: ictericia en conjuntivas y piel, no signos tróficos.

Analítica: leucocitos 3500, hemoglobina 9,1 y plaquetas 1400, resto de la analítica sin alteraciones.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 58 latidos/min, no alteraciones de la repolarización.

Se informa a los familiares el resultado de la analítica y se plantea la posibilidad de derivarlo al especialista para realizar pruebas y conocer el posible origen de dichas alteraciones analíticas.

Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear, esposa con demencia leve y cuatro hijas cuidadoras que se turnan para cuidarlo en su domicilio.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Posible aplasia medular no estudiada.

Diagnóstico Diferencial: leucemia linfoblástica aguda, linfoma Hodking, anemia ferropénica.

Plan de actuación

Se explica a la familia de la gravedad de la situación, ante sus preguntas del posible origen de dichas alteraciones, se le explica que puede ser una enfermedad hematológica grave que implica la médula ósea, pero que para confirmar dicho diagnóstico habría que derivarle al especialista para ampliar analítica y seguramente someter al paciente a pruebas invasivas, ante dicha situación la familia teniendo en cuenta la edad del paciente y calidad de vida, rechazan realizar dichas pruebas; dejamos reflejado en la historia clínica la voluntad anticipada ante cuadro de empeoramiento ya que la familia en principio rechaza derivarlo al hospital en caso de urgencia.

Se deja a la familia siempre la opción de revocar dicha decisión en caso de cambio de parecer. Se pone en conocimiento el caso con enfermera de enlace e inclusión del paciente en proceso de paliativos, se informa a la familia de dicha acción y se le explica que es para mejorar cuidados y tratar síntomas haciendo siempre hincapié en mejorar y mantener la calidad de vida del paciente.

Evolución

El paciente en un control analítico precisó transfusión de sangre para lo cual contactamos con paliativos y se derivó directamente al servicio de paliativos para realizar la transfusión; se ha apreciado empeoramiento de su independencia volviéndose cada vez más dependiente para actividades básicas de la vida diaria.

Conclusiones

Abordaje multidisciplinar entre médico de familia, enfermera de enlace y cuidados paliativos para correcto seguimiento y paliativo del paciente, y apoyo psicológico a los familiares. Siempre se debe informar a la familia de las decisiones que se toma, y siempre procurando respetar los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

57. DE RECTORRAGIA A ESTALLIDO VERTEBRAL. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Castillo Rienda A¹, López Peña C², Valenzuela López M¹

¹Médico de Familia. Centro De Salud Salvador Caballero. Granada

²MIR de MFyC. Centro De Salud Salvador Caballero. Granada

Motivo de consulta

Acude a consulta de atención primaria la hija del paciente, dos días después de ser atendido en urgencias hospitalarias por cuadro de rectorragia y síncope en domicilio con caída al suelo. En el momento actual de la visita ya sólo persisten restos hemáticos con la defecación y lumbalgia importante que no cede a tratamiento médico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El día 6 de enero la hija encuentra a su padre en el suelo, con rectorragia y pérdida de conocimiento. No sabe precisar cómo se ha caído. Lo atienden en urgencias hospitalarias.

En la *anamnesis* realizada en el servicio de urgencias no refiere episodios similares ni dolor abdominal en los días previos. No diarrea ni estreñimiento, tampoco vómitos. Afebril.

En cuanto a la *exploración* que realizan en dicho servicio no hay datos llamativos: Consciente y orientado, poco colaborador, eupneico en reposo.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos con soplo sistólico, murmullo vesicular conservados con algunos crepitantes en bases.

Abdomen: algo distendido, blando, depresible, sin masas ni megalias. No doloroso a la palpación por cuadrantes. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de peritonismo.

Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Analíticamente destaca: Creatinina 1.4 mg/dl (previa 1.72mg/dl), urea 63mg/dl, Hemoglobina 10.9g/dl (previa 11.2g/dl), Hematocrito 32.4%. Resto de los parámetros dentro de la normalidad, incluyendo coagulación.

Es valorado por especialista de digestivo con motivo de la rectorragia que, ante la estabilidad hemodinámica y el cese de sangrado activo, dan el alta con diagnóstico de rotura de divertículo y nueva revisión por su parte en mayo.

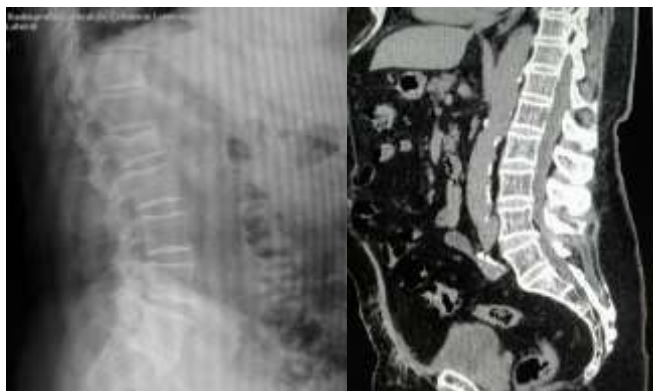
Por nuestra parte realizamos consultas telefónicas y visitas a domicilio para seguimiento de evolución clínica.

Días después del alta el paciente continúa con dolor lumbar refractario a medicación, por lo que consulta de nuevo y, desde atención primaria, se deriva a urgencias hospitalarias por el antecedente traumático previo, el día 12 de enero, donde realizan radiografía de columna lumbosacra en la que se aprecian hallazgos que describen como aplastamiento crónico de L1 y prescriben tramadol/paracetamol, dando de nuevo el alta a domicilio.

Continuamos con visitas domiciliarias a demanda y ajuste de medicación.

Tras la evolución tórpida de la sintomatología sin alivio con tratamiento médico analgésico y después de varias consultas, el 15 de febrero se revisan por nuestra parte las imágenes radiológicas realizadas en urgencias apreciando a nivel lumbar aplastamiento de cara superior y rotura de muro anterior de L1. Se compara dicha imagen con TAC del paciente realizado hace un año y en el que no aparecía dicha lesión.

Se deriva de nuevo a urgencias, aportando imágenes disponibles con nuestro informe, para valoración de fractura aguda de L1.



En urgencias, el día 16 de febrero, se realiza TAC Columna lumbosacra: fractura estallido de L1 con acñaamiento anterior de 18º y pérdida de 14 mm de altura (53%) con discreta retropulsión del margen posterosuperior.



Se valora por Cirugía Ortopédica y Traumatología que realizan inmovilización con corsé de Jewett y revisiones.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive con su hija, que es su principal cuidadora, ya que es parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria y dependiente para actividades instrumentales de la vida diaria.

Normalmente el paciente acudía a consulta acompañado de su hija. En alguna ocasión había precisado visita domiciliaria a demanda.

Desde el cuadro inicial ha precisado varias visitas domiciliarias en un mes, además de consultas telefónicas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Rectorragia.

Fractura en estallido de L1.

Plan de actuación

Revisiones periódicas por nuestra parte, desde atención primaria, con visitas programadas, a demanda y telefónicas.

Seguimiento clínico después de cada alta a domicilio, con reajuste del tratamiento según la evolución de los síntomas.

Análisis de las pruebas complementarias realizadas y planteamiento de realización de otras para estudio médico del paciente, en función de la situación clínica.


Citas en consultas externas de digestivo y cirugía ortopédica y traumatología.

Evolución

Control del dolor paulatino.

Conclusiones

Importancia del seguimiento longitudinal de un paciente por atención primaria, con la posibilidad de disponer de las pruebas complementarias realizadas, pudiendo compararlas, y evaluando en función de la mejoría o empeoramiento de la clínica, ya que conocemos al paciente y su estado basal.



58. UN ABORDAJE INTEGRAL

Díaz Estevez L¹, Amelot M¹, Thomas Carazo E²

¹MIR de MFyC

²Médico de Familia. Tutora de Residentes

Motivo de consulta.

Cefalea hemicraneal y ojo rojo de dos meses de evolución que no mejoran con tratamiento habitual.

Enfoque individual.

Anamnesis.

Hombre de 35 años fumador de 15 cigarros/día, sin antecedentes clínicos de interés, que ha acudido a su MAP y a urgencias en varias ocasiones por cefalea hemicraneal intensa, ojo rojo y ptosis palpebral leve ipsilateral de dos meses de evolución. El paciente ha sido visto varias veces por oftalmólogos, que a pesar de haber evidenciado la miosis unilateral derecha, no lo han derivado a las consultas de policlínica de Urgencias ni le han pedido más pruebas complementarias. En estos reconocimientos le han diagnosticado de conjuntivitis y blefaritis siendo tratado con diferentes tipos de colirios sin mejoría clínica. Hoy acude nuevamente por persistencia de la clínica que llega a ser invalidante a nivel laboral.

Exploración física.

- Paciente consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo.
- Exploración neurológica: Síndrome de Horner derecho con discreto borramiento del surco nasogeniano derecho. No alteración de la fuerza ni de la sensibilidad. ROT normales. No disimetría. No alteraciones del equilibrio. No alteraciones de la marcha. Signos meníngeos negativos. Pulsos presentes.
- AC: Rítmico a 70 lpm aprox, no soplos.
- AR: MVC no ruidos sobreañadidos.
- No dolor a la palpación de puntos gatillo de cefalea tensional.

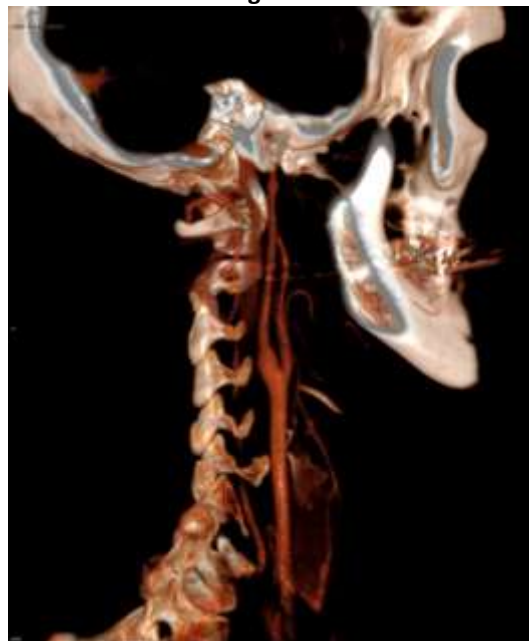
Pruebas complementarias.

- TA: 150/75.
- Tª: 36.3°C.
- Bioquímica, Hemograma y Coagulación: Valores dentro de la normalidad incluidos los valores correspondientes al colesterol, los triglicéridos y los parámetros inflamatorios (PCR, VSG y leucocitos).
- Campimetría: normal.
- Agudeza visual: OD 0.8(1)/OI 1.
- Lámpara de hendidura: Hiperemia conjuntival derecha leve con leve edema del párpado superior ipsilateral. Córnea normal.
- Fondo de ojo: papila y mácula normal. Retina aplicada. No RPD.
- PIO: OD 12/OI 11.
- TC craneal con Angio-TC de TSA: Se observa cambio en el calibre en el segmento distal de la ACID cervical, bulbosa antes de su entrada en el canal petroso (Figuras 1 y 2). En su contexto clínico este hallazgo puede corresponder a discreta dilatación pseudoaneurismática postdisección.

Figura 1



Figura 2



Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Dado a la edad del paciente, la ausencia de factores de riesgo cardiovascular, la inespecificidad de la clínica y la baja frecuencia de la enfermedad, se trata de una patología difícil de diagnosticar. Antes de su diagnóstico se barajaron las siguientes posibilidades:

- Patología oftalmológica (conjuntivitis, blefaritis, orzuelo y ojo seco).
- Migraña con aura.
- Cefalea en racimos o de Horton.
- Fístula carotídeo-cavernosa.
- Compresión par craneal derecho.
- Disección de carótida derecha.

Plan de acción, evolución

En la exploración neurológica se objetivó un Síndrome de Horner (miosis y ptosis palpebral derechos) por lo que se decidió realizar un TC craneal y un Angio-TC de TSA de urgencia que fueron informados como patológicos. El paciente fue ingresado en la planta de Neurología para realizar un estudio etiológico con Angio-RMN de TSA e instaurar el tratamiento con estatinas, ácido-acetil-salicílico y reposo relativo. Durante su estancia en planta el paciente fue diagnosticado de disección de carótida derecha.

Conclusiones

Es importante destacar la importancia de la exploración neurológica en el contexto de Urgencias ya que permite descartar patologías graves y enfocar el diagnóstico. Además, se debe recalcar la necesidad de hacer un abordaje integral y multidisciplinario evitando hacer un enfoque clínico centrado en un aparato o sistema que muchas veces puede realizarse en el ámbito de las especialidades médicas. No se debe caer en realizar el diagnóstico de la patología de epidemiología más frecuente solamente por las características propias del paciente especialmente si ha consultado por el mismo motivo en varias ocasiones.

Palabras clave.

Cefalea, ojo rojo, miosis.

MEDICINA DE FAMILIA EN URGENCIAS

59. EL FALSO ESTADO DE EMBRIAGUEZ

González López A¹, Adrada Bautista A¹, Fernández Santiago E²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud Las Palmeritas. Sevilla

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro De Salud Las Palmeritas. Sevilla

Motivo de consulta

Ataxia, bradipsiquia y alteraciones visuales.

Enfoque individual

Anamnesis: Paciente varón de 69 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica y adenocarcinoma de colon izquierdo tratado mediante resección anterior en el año 1999. En julio de 2017 cuadro de isquemia mesentérica que precisó resección de 100 cm de yeyuno distal/íleo proximal y a las 48h peritonitis fecaloidea. Reconstrucción intestinal en agosto resecándose nuevamente 90 cm.

Dos semanas después el paciente presenta episodio de náuseas y vómitos asociados a saciedad precoz, inestabilidad de la marcha, bradipsiquia y alteraciones visuales. No aumento de deposiciones por la colostomía. Su médico de atención primaria tras sospechar el probable origen del cuadro en una visita a domicilio realiza derivación hospitalaria.

Exploración: Consciente y orientado, levemente bradipsíquico y con bloqueos del lenguaje. Nistagmo horizonte-rotatorio no agotable, refiere visión borrosa pero impresiona más de oscilopsia. Dismetría dedo-nariz de predominio derecho. No déficits motores ni sensitivos. Ataxia con lateralización.

Abdomen blando y depresible sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias:

Análítica: hemograma y coagulación normales, bioquímica con calcio 7,73 mg/dl, fósforo 2,73 mg/dl, magnesio 0,46 mg/dl, resto de iones en rango.

Elemental de orina sin hallazgos patológicos.

Estudio D-Xilosa: Xilosemia a los 60 minutos 45,5mg/dl (debe ser superior a 20).

TAC y RMN craneal sin hallazgos patológicos.

Tránsito intestinal baritado: acortamiento marcado de yeyuno, escaso o nulo íleon. Signos sugestivos de síndrome de malabsorción.

Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear simple. Conocemos a la pareja en el cupo desde hace años pero la relación se estrechó desde el pasado verano, cuando el estado general y anímico del paciente empeoró a raíz de su largo ingreso hospitalario. Más triste de lo habitual, no parece haber asumido su situación actual y se ha mostrado habitualmente preocupado por el hecho de portar la colostomía.

Su esposa ha presentado en todo momento una actitud serena y colaboradora y es con la que hemos tenido un contacto más cercano. Cuidadora, incluso al extremo de abandonar durante un tiempo su actividad laboral. Todo este proceso es seguido por su médico de atención primaria, que con frecuencia acude al domicilio o contacta telefónicamente con ellos.

El paciente nos concede autorización explícita para exponer su caso.

Juicio clínico

Síndrome de Wernicke y alteraciones electrolíticas (hipocalcemia, hipofosforemia e hipomagnesemia) en el contexto de síndrome de intestino corto secundario a resección intestinal.

Diagnóstico diferencial

Accidente vascular cerebral, Síndrome malabsortivo.

Plan de acción

Tras corrección de calcio y fósforo persiste hipomagnesemia tras paso a dieta por vía oral. El cuadro neurológico mejoró tras administración de Tiamina. No se solicitaron valores de Tiamina por iniciarse el tratamiento de forma empírica ante la sospecha de su médico de familia al derivarlo a urgencias y la necesidad de envío de la muestra a laboratorio externo.

Tratamiento al alta al que se añade: Piridoxina 300mg/24h, Magnesio 1g/8h. Se sustituye Omeprazol 20mg/24h por Ranitidina 150mg/12h, Metoclopramida 10mg si náuseas o vómitos.

Evolución

Recuperación progresiva, actualmente asintomático y en seguimiento por la Unidad de Nutrición.

Conclusiones

La utilización del razonamiento clínico para la sospecha de una determinada patología y la actuación ante síntomas o signos de alarma hacen que en determinadas situaciones tome un papel verdaderamente importante el médico, el médico en mayúsculas, el médico de familia. Ahí es donde tenemos la más difícil tarea, en el manejo de la incertidumbre, en la comunicación médico-paciente-familia. Ahí es dónde y cuándo somos más necesarios.

60. ¿CUÁNTO NOS CUESTA REALIZAR UN ECG?

Ramón Albertus M^aC¹, Merino de Haro I², Dorador Atienza F³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud La Chana. Granada

²Médico De Familia. Centro de Salud Sabinillas. Málaga

³Médica De Familia. Tutora de Residentes. Centro De Salud La Chana. Granada

Motivo de Consulta

Astenia y dispepsia.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Hombro Doloroso.

No tratamiento crónico.

Sin alergias medicamentosas conocidas.

* Consulta 1:

- *Anamnesis:* Paciente de 68 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria porque desde hace unas horas aqueja epigastralgia asociada a sensación nauseosa, sin vómitos. Niega diarrea, fiebre, dolor torácico, ni cuadro vegetativo acompañante. No disnea, mareo, ni otra clínica infectiva ni de otra índole en la anamnesis por aparatos y sistemas.

- *Exploración física:*

Abdomen blando, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación, Blumberg, Murphy, Rovsingy, Psoas negativos. Sin signos de peritonismo. RHA normales.

Auscultación cardiorpulmonar sin alteraciones.

- Tratamiento pautado: Omeprazol 20mg cada 24h, Desketoprofeno 25mg cada 12h, alternándolo con Paracetamol 1gr cada 12h.

* Consulta 2:

- *Anamnesis:* Paciente que acude de nuevo a consulta, en esta ocasión al Centro de Salud, donde refiere que presenta astenia, debilidad y disnea de mínimos esfuerzos. Persisten molestias epigástricas, sin alteraciones del hábito intestinal. Niega dolor torácico, sudoración, mareo, náuseas ni otra clínica acompañante.

- *Exploración:* TA 100/60. Sat O2 98% a aire ambiente. FC 50-53 lpm.

Palidez cutánea. Sensación de enfermedad.

ACP: tonos cardíacos rítmicos con bradicardia en torno a 50 lpm, MVC en todos los campos, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Anodino, incluyendo auscultación.

MMII: No edemas, ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

ECG: Ritmo sinusal a 50lpm, elevación del ST en II, III, AVF, y descenso en V2-V5.

Enfoque Familiar y Comunitario

Casado con su mujer, con la que mantenía una excelente relación.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

- Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST (SCACEST).

- Shock Cardiogénico.

- Rotura Cardíaca.

Plan de Acción

- Se activa a la UVI móvil para traslado al Hospital. Se realizan técnicas de soporte y tratamiento de Síndrome Coronario Agudo hasta traslado al hospital.

Evolución

A la llegada al hospital el paciente comienza a inestabilizarse, entra en Shock Cardiogénico y se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos.

Se realiza AngioTAC y Coronariografía diagnosticándose de rotura cardíaca en ventrículo derecho y disección de las arterias coronarias adyacentes a éste.

El paciente tras dos días de ingreso en UCI fallece.

Conclusiones

En Atención Primaria contamos con los dos recursos fundamentales presentes en cualquier medio, la anamnesis y la exploración física, con la que podemos diagnosticar un alto porcentaje de patologías, es importante entrenarlas y utilizarlas.

61. NO SIEMPRE HAY QUE PONERSE EN LO PEOR, FALSA ALARMA: NO ES CÁNCER

González Navarro TJ¹, Martínez Estévez J², Zapata Martínez M³

¹MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro de Salud La Cañada. Almería

²MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro de Salud Puebla de Vácar (Almería)

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud La Cañada. Consultorio Retamar (Almería)

Motivo de Consulta

Debilidad extrema, heces oscuras.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 89 años con AP: HTA, DM tipo 2, HVI, Estenosis severa con IAo leve, HTP moderada. FA anticoagulada. Angina inestable en 2016, enfermedad severa de DA con stent farmacoactivo. ICC con FEV1 preservada y clase funcional II.

Independiente para las ABVD aunque presenta leve deterioro funcional en el último mes. Intervenida hace 15 años de neo de colon.

Hace dos meses presentó cuadro de deposiciones melénicas, epistaxis y anemia grave en analítica de control que precisó transfusión de hemoderivados. Se le realizó EDA que no mostró lesiones causantes de sangrado y fue dada de alta con Fe oral.

Acude de nuevo a consulta de centro de salud por intensa astenia que le impide la deambulación, con deposiciones oscuras. No otros estigmas de sangrado externo. Asocia pérdida ponderal en últimos meses. Refiere además infección respiratoria que ha tratado con antibioterapia y aerosoles.

Exploración: consciente y orientada. Eupneica en reposo. Intensa palidez mucocutánea. No focalidad neurológica aguda. ACR: arrítmico, soplo sistólico eyectivo en foco aórtico 3/6. Abdomen normal. EII: no edemas. Tacto rectal: dedil manchado con deposiciones negras, no malolientes. No adenopatías.

Afebril. TA 113/53 FC 57 lpm. sat O2 99%. DTT 100

Análisis de sangre a destacar: Hb 6.3 g/dl; Hto 20%. VCM 88.9%. Leucocitos 11.670 (NT 82%) creatinina 1.07 Plaquetas 217.000 INR 3.6 TTPA 33 seg. Fe 34; ferritina 45 IST 9% con Vit B12 y ac fólico normal.

Es derivada desde la consulta de AP a Urgencias Hospitalarias donde le realizan las siguientes *pruebas complementarias:*

Transito GI con contraste baritado y Colonoscopia sin alteraciones.

TAC ABDOMINO-PELVICO: leve derrame pleural derecho, lesión hepática calcificada compatible con quiste hidatídico calcificado. Asas de calibre normal, no foco de sangrado activo ni lesiones angiodisplásicas en intestino delgado. No otros hallazgos.

Enfoque Familiar y Comunitario

Antecedentes familiares: Hija fallecida de cáncer de colon a los 40 años. Poliposis familiar en varios miembros.

Buen apoyo familiar, viuda, acompañada por sus nietas e hijas.

Vive sola con muy buen apoyo familiar, es continente, sin gran deterioro cognitivo.

Independiente para las ABVD

Índice Barthel: puntuación 70. Dependencia moderada.

Escala de riesgo de úlceras por presión (EMINA) puntuación 2. riesgo bajo

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Ante gastroscopia, colonoscopia y TAC Abdomino-pelvíco sin hallazgos se descarta razonablemente la recidiva de cáncer colon y se plantea el diagnóstico de Anemia ferropénica severa sintomática en rango transfusional posiblemente secundaria a lesiones angiodisplásicas (estenosis aórtica en paciente anticoagulada).

Estenosis aórtica severa. Cardiopatía isquémica estable.

ICC crónica con FEV1 preservada clase funcional II

Diagnósticos a descartar: pérdidas digestivas, dados los antecedentes personales y familiares, angiodisplasias en paciente anticoagulada y con estenosis aórtica. Descartar hemólisis, sd mielodisplásico, insuficiencia renal...

Plan de Acción

Se realiza transfusión concentrados de hematíes sin incidencias clínicas se realiza estudio de anemias y pruebas complementarias.

La paciente es dada de alta con citas de revisión y hospital de día por si precisase de futuras transfusiones o hierro parenteral y seguimiento por su Médico de Atención Primaria.

Evolución

La anemia es relativamente bien tolerada y no le ha descompensado su cardiopatía de base a pesar de su intensidad y es claramente ferropénica. Tras el estudio no se logra localizar el punto sangrante.

En sucesivas citas de revisión la paciente se encuentra estable, casi asintomática. No disnea ni edemas. Refiere encontrarse muy bien desde el alta hospitalaria.

Conclusiones

La anemia ferropénica es la más frecuente con diferencia (50%).

Ante un paciente con anemia se deben tener en cuenta una serie de consideraciones:

Hay que BUSCAR la causa y CORREGIRLA.

Conocer los datos analíticos de referencia según sexos y tener en cuenta antecedentes personales y familiares, factores de riesgo asociados.

Dar tratamiento específico y no sólo corregir la anemia temporalmente.

Derivar si es necesario y cumple los criterios.

62. DOCTOR, TENGO FIEBRE, TOS Y HE VOMITADO SANGRE

Liu Qiu C, Nogueras Trujillo M, Muwaquet Rodríguez F

MFyC. Centro de Salud La Zubia (Granada)

Motivo de consulta:

Hombre de 78 años acude por fiebre de dos días de evolución con tos y vómitos con escasos restos hemáticos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

El paciente sufrió una trombosis venosa profunda poplítea izquierda y un tromboembolismo pulmonar masivo en 2012, desde entonces sigue tratamiento con acenocumarol, sin otro antecedente de interés.

Además de vómitos autolimitados con hilos de sangre y tos, no presentaba otra sintomatología cuando acudió a consulta del Centro de Salud. Se le realizó una exploración completa ese día que fue normal con tensión arterial y frecuencia cardíaca dentro de la normalidad, salvo INR (International Normalized Ratio) de 5,3. Negó signos de sangrado (hemoptisis, epistaxis, melenas, etc.). Se le reajustó dosis de acenocumarol para ese día y se le citó al día siguiente para ver evolución. El segundo día, de nuevo se le llevó a cabo una exploración general detectando sibilancias en base de hemitórax derecho, por lo que se le prescribió tratamiento antibiótico por probable infección respiratoria. Se le comprobó cifra de INR (3) aunque el paciente refería ausencia de síntomas de sangrado en todo momento.

El día siguiente tuvo un episodio de síncope con pródromos (mareo, visión borrosa) por lo que fue trasladado al Servicio de Urgencias Hospitalarias. El paciente refirió además que los días previos había tenido epigastralgia y deposiciones de aspecto melánico. Durante su estancia en Urgencias, volvió a presentar melenas por lo que se le transfundieron dos concentrados de hematíes. Se le solicitó una TAC de abdomen y pelvis sin contraste intravenoso donde se visualizaron consolidaciones alveolares en la base pulmonar derecha sugerente de etiología infecciosa. Se le realizó endoscopia digestiva alta urgente con hallazgo de una úlcera gástrica Forrest III.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es un hombre de 78 años que vive con su mujer, ambos tienen una vida activa. En la primera consulta acudió con sus dos hijas, en ese momento se les explicó la importancia de vigilar algunos síntomas que en su caso podrían ser motivo de acudir a Urgencias (disnea, sangrado,...). No obstante, el día siguiente se le volvió a citar para una nueva valoración por cifra alta de INR. Se le prescribió antibiótico por la auscultación de ruidos patológicos sin apoyo de una radiografía de tórax como ocurre en muchas demandas clínicas en Atención Primaria. Al tercer día tras el episodio de síncope, en el Hospital le detectaron anemia por hemorragia digestiva alta por una úlcera gástrica por lo que suspendió acenocumarol y precisó de transfusión de concentrados de hematíes. En los días posteriores, el paciente estuvo ingresado en Medicina Interna, acudieron sus dos hijas a consulta para contarnos lo ocurrido y estaban disgustadas porque la evolución de su padre fue mala e inesperada. Su médico les estuvo recordando las dos visitas que tuvo el paciente en consulta, asimismo los síntomas de empeoramiento que pudieran presentarse en el paciente. La explicación del manejo de la incertidumbre en Atención Primaria, a menudo sin apoyo de muchas pruebas

complementarias y de lo impredecible de la mayoría de las patologías urgentes también fue importante para restablecer una relación médico-paciente y sus familiares de confianza.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Infección respiratoria condensante
- Hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica Forrest III
- Síncope vasovagal

Plan de acción

Suspendió tratamiento con acenocumarol por heparina subcutánea. Tras estabilización clínica, se ingresó en el Servicio de Medicina Interna.

Evolución

El paciente estuvo ingresado en Medicina Interna durante un periodo de 11 días. Acudió con sus hijas a consulta tras alta hospitalaria mostrando gestos y palabras de comprensión con lo ocurrido y confianza en su médico. Se le solicitó un hemograma una semana después del alta hospitalaria con normalización de las cifras de hemoglobina y hematocrito. Completó tres semanas de tratamiento con heparina subcutánea tras alta y posteriormente reanudó acenocumarol.

Conclusiones

A menudo, la evolución de nuestros pacientes que acuden a consulta es impredecible, algunos necesitan volver a consultar, incluso pueden requerir de pruebas complementarias más complejas. En este caso, el haber podido realizar una radiografía de tórax urgente en el Centro de Salud tampoco habría cambiado nuestra actitud terapéutica. Es muy importante una comunicación fluida con los pacientes y sus familiares para que tengan presente que pueden contar con nosotros ante no mejoría o cualquier empeoramiento, además de los síntomas de alarma que les detallamos; así como es razonable recalcar que la evolución de cualquier proceso puede empeorar y/o necesitar de medidas diagnósticas y terapéuticas hospitalarias, aun no siendo lo más frecuente en nuestra práctica clínica.

63. SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luna Pereira M¹, López Díaz JA¹, Guillén Rodríguez M²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Molino de La Vega. Huelva

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro De Salud Molino De La Vega. Huelva.

Motivo de Consulta

Empeoramiento clínico y progresión de la enfermedad en una paciente diagnosticada de Sarcoma de Kaposi clásico cutáneo.

Presentamos un caso clínico acerca de una paciente diagnosticada de un cistoadenoma seroso ovárico y un Sarcoma de Kaposi clásico cutáneo, con una evolución tórpida de su enfermedad, de ámbito multidisciplinar, donde participan especialistas de Oncología Médica, Medicina Familiar y Comunitaria y los Servicios de Urgencias.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Se trata de una mujer de 80 años con hipertensión arterial y dislipemia como factores de riesgo cardiovasculares con un posible Accidente Isquémico Transitorio hace años y diagnosticada de polimialgia reumática y anemia perniciosa.

Realiza tratamiento con Enalapril, Hidroclorotiazida, Mirtazapina, Dexametasona 4 mg cada 12 horas, Bemiparina, Tapentadol, Optovite B12, Omeprazol, Codeína y Metamizol.

Basalmente se trata de una mujer independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, con disnea grado II NYHA y con todas las funciones superiores conservadas.

Historia Oncológica:

Paciente intervenida de Cistoadenoma seroso ovárico izquierdo en enero de 2012 y diagnosticada en enero de 2016 de Sarcoma de Kaposi clásico cutáneo en ambos pies y tercio inferior de pantorrillas y maleolo interno de miembro inferior izquierdo, sin afectación metastásica.

Recibió tratamiento con 8 sesiones de Radioterapia en agosto de 2016 pero en septiembre se objetivó progresión cutánea de la enfermedad en miembros inferiores.

Tras ello inició tratamiento con Taxol semanal en monoterapia en octubre, recibiendo 3 ciclos únicamente ya que la paciente solicitó descanso terapéutico por efectos secundarios a pesar de la buena respuesta clínica que presentaba.

En abril de 2017, sufrió una Trombosis venosa profunda con Tromboembolismo pulmonar asociado a pesar de estar en tratamiento con Bemiparina.

En julio de 2017 ingresa en Unidad de Oncología por progresión de la enfermedad con sobreinfección de las lesiones cutáneas, siendo necesario el tratamiento con Terbinafina e iniciándose segunda línea de tratamiento de quimioterapia con Caelyx 20 mg/m², que finaliza en noviembre de 2017 con buena respuesta clínica.

Se realizará control analítico y TAC en enero de 2018.

Sin embargo, la paciente acude a Urgencias a mitad de diciembre de 2017 por empeoramiento de las lesiones cutáneas, con dolor no controlado, astenia, malestar general, náuseas y con oligoanuria.

En la exploración física encontramos regular estado general, deshidratación moderada de piel y mucosas. Palidez cutánea con frialdad en zonas acras. Eupneica, tolerando el decúbito. Consciente y orientada en las tres esferas.

La auscultación cardiopulmonar fue normal. El abdomen se encuentra globuloso, distendido pero depresible, con edema de pared. No doloroso, sin signos de irritación peritoneal.

A nivel de ambos miembros inferiores se aprecian extensas lesiones rojovinosas, hiperqueratósicas-hemorrágicas con exudados serosos y purulentos. Eritema generalizado. A lo largo de la cara interna de ambos miembros superiores también se aprecian las lesiones rojo-vinosas, menos extensas y sin exudados.

La paciente se encontraba afebril, con tensión arterial de 90/85 mmHg con una frecuencia cardíaca de 70 lpm y una saturación de oxígeno del 93% con gafas de oxígeno a 3 litros. Gasométricamente se objetivó una acidosis metabólica y datos de agudización de su anemia.

En la analítica se encontró una leucocitosis con 23000 leucocitos con desviación izquierda y un fallo renal agudo con Creatinina de 2,87, siendo su basal normal. Se realizó una radiografía de tórax que fue normal.

Enfoque Familiar y Comunitario

Ante todos los datos anteriores se sospecha un cuadro séptico de probable origen cutáneo con acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda en una paciente con progresión de su enfermedad oncológica cutánea.

El Sarcoma de Kaposi es una angiomatosis sistémica de evolución maligna, que se manifiesta primariamente como nódulos vasculares múltiples en la piel y otros órganos. Hay tres formas de presentación:

- Forma Clásica: es la que presenta nuestra paciente. Son lesiones que comienzan como pápulas pequeñas y pueden progresar a placas, nódulos o tumores de coloración rojo-violácea. Los tumores pueden estar cubiertos de piel normal, atrófica o pueden ulcerarse siendo más frecuente su aparición en miembros inferiores e ir extendiéndose de forma centrípeta. Las lesiones son pruriginosas y dolorosas con edema y sangrado espontáneo. Sin embargo puede estar afectado cualquier órgano interno, pudiendo aparecer la enfermedad exclusivamente visceral sin lesiones cutáneas.
- Forma endémica Africana: se presenta con lesiones de morfología muy diversa, pudiendo ser subclasificadas en cuatro tipos principales: nodulares, floridas, infiltrativas y linfadenopáticas.
- Forma epidémica asociada al SIDA.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Shock séptico de origen cutáneo.

Plan de Acción

En el servicio de urgencias fue necesaria la administración de aminas para mantener tensiones y diuresis así como la transfusión de 2 Hemoconcentrados de hematíes. Tras su estabilización clínica, se procedió a su ingreso en Planta de Oncología.

Evolución

Durante su ingreso, la paciente fue evolucionando desfavorablemente, con decaimiento progresivo, mal control del dolor y empeoramiento de las lesiones cutáneas a pesar del tratamiento con antibioticoterapia de amplio espectro.

Tras comentar el caso en sesión clínica, se decidió limitación del esfuerzo terapéutico finalizando el tratamiento citostático dada la clara progresión de la enfermedad y refractariedad del mismo.

Se consensuó con la familia la actitud paliativa ante la evolución de la paciente y se comenzó la retirada de aminos, iniciándose la sedación paliativa en situación de últimos días. Finalmente se produjo el éxitus a las 48 horas.

Conclusiones

Del caso anterior podemos detallar varios aspectos.

En primer lugar destacar el papel del Médico de Familia como herramienta capital en el seguimiento de los pacientes crónicos, ya que derivar a un paciente a un nivel especializado no implica delegar responsabilidades propias de Atención Primaria. Un seguimiento estrecho podría haber facilitado el diagnóstico de la mala evolución de las lesiones, instaurándose un tratamiento más precoz y consiguiendo, quizás, un final menos tórpido.

Por otro lado, destacar la necesidad de comunicación entre Atención Especializada y Primaria, actualmente escasa, para conseguir un seguimiento multidisciplinar de los pacientes, asegurándose una buena calidad de vida para éstos y sus familiares.

Bibliografía

- Uribe BE, Alba AMV, Londoño CA, Mejía AM, Ruiz SAC. Sarcoma de Kaposi cutáneo y visceral extenso asociado a inmunosupresión. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2007; No. 1:18-21
- Mora Morillas I. Sarcoma de Kaposi. An Med Interna. 2003; 20:167-169

64. DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Ortega García G¹, Ureña Arjonilla M²E², Lucena Jiménez A³

¹MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud San Felipe. Jaén

²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Mancha Real (Jaén)

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Motivo de consulta

Fiebre y deterioro del nivel de conciencia.

Enfoque Individual

Anamnesis:

Alérgico al diclofenaco.

Antecedentes personales: deterioro cognitivo, Parkinson, ictus, apnea del sueño, HTA, HBP, DM, EPOC, hipoacusia, fumador, No oxígeno domiciliario.

Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, enalapril/hidroclorotiazida, budesonida, metformina, sinemet plus, rivastigmina, ácido acetilsalicílico.

Enfermedad actual: Paciente que acude a urgencias derivado por su MAP.

Esa mañana había comenzado con cefalea y tiritona que se acompañó de pico febril de 39°C siendo pautado tratamiento empírico con ciprofloxacino para una posible ITU aunque no había presentado clínica miccional; durante el día fue empeorando su estado general apareciendo vómitos y disminución del nivel de consciencia.

En días previos no clínica de cuadro catarral, no síntomas urinarios ni digestivos.

Exploración:

Glasgow 8. TA 115/75 Sat. 98%

Pupilas mióticas y no reactivas. Boca séptica. Rigidez de nuca dudoso, Brudzinski negativo.

AC: tonos puros a 100 lpm sin soplos

AR: MVC, roncus aislados

Eritema eccematoso con lesiones de rascado en región costal derecha.

Abdomen: blando, depresible, sin signo de irritación peritoneal

MMII: no edemas ni signos de TVP

Pruebas complementarias:

Radiografía tórax: no condensación ni derrame.

TAC craneal: vasculopatía crónica degenerativa, resto normal.

Analítica: leucocitos 38880 neutrófilos 91,30% PCR 79,2 procalcitonina 3,98 Creatinina 0,65 INR 1,61

Gasometría venosa: pH 7,41, pCO₂ 30,7, pO₂ 71 ac. láctico 53,6.

Orina normal

Hemocultivos positivo a Strep. Pneumoniae

Urinocultivo negativo.

Punción lumbar: 21000 leucocitos con predominio de PMN. Glucosa 4. Proteínas 968mg/dl. No se pudo remitir muestra a microbiología.

En planta: TAC oídos: hallazgos en posible relación con otitis media crónica en oído derecho.

Enfoque Familiar y Comunitario

Paciente dependiente parcialmente para las actividades de la vida diaria por secuelas ictus previo y parkinsonismo. Convive con su hija y la familia de esta.

Juicio Clínico

Diagnóstico diferencial: ictus, sepsis, meningitis, encefalitis.

Juicio clínico: meningitis neumocócica, otitis media derecha crónica.

Plan de Acción

Tras las pruebas complementarias y ante el diagnóstico de meningitis bacteriana se instauró tratamiento específico, tras su estabilización se procedió al ingreso en enfermedades infecciosas.

Evolución

Actualmente el paciente se encuentra consciente, orientado, con gran mejoría y en espera de completar rehabilitación para poder ser dado de alta domiciliaria.

Conclusiones

La meningitis bacteriana es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente letal por lo que el tratamiento tiene que ser inmediato, no debe demorarse más de 30 minutos desde su sospecha.

Al comienzo de la enfermedad los signos y síntomas pueden ser en general vagos, lo cual dificulta el diagnóstico pero hay unos síntomas principales que no debemos olvidar:

- Signos meníngeos positivos: rigidez de nuca, signo de Kerning, signo de Brudzinski
- Fiebre
- Vómitos
- Convulsiones
- Fotofobia
- Irritabilidad
- Deterioro del nivel de conciencia

Si las pruebas no estuvieran disponibles antes de este tiempo deben realizarse hemocultivos y pautar tratamiento empírico.

En este caso fue determinante el rápido traslado al hospital ante el empeoramiento objetivado por su MAP y la rápida actuación en el servicio de Urgencias.

Las imágenes que muestro a continuación pertenecen al Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de Octubre 7ª edición en el que se muestran los antibióticos empíricos que deben utilizarse según la edad del paciente y las diferentes características que puede poseer el LCR según la patología.

Tabla III. Características diferenciales del LCR en las infecciones del sistema nervioso central.

Características del LCR	Normal	Meningitis aguda purulenta	Meningitis subaguda o crónica	Meningitis linfocitaria o aséptica
Presión de apertura	8-18 cm H ₂ O ¹	Elevada	Elevada	Normal o elevada
Aspecto	Claro	Purulento	Claro o turbio	Claro
Recuento celular	0-5/mm ³	1.000-10.000/mm ³	50-500/mm ³	5-1.000/mm ³
Celularidad predominante	Mononuclear	Polimorfonuclear	Mononuclear	Mononuclear
Glucorraquia	60-80% de la glucemia	<60% de la glucemia	<25% de la glucemia	Habitualmente normal
Proteinorraquia	40-50 mg/dl	>100 mg/dl	50-300 mg/dl	<100 mg/dl
Etiologías infecciosas	-	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. meningitidis</i> , enterobacterias, <i>L. monocytogenes</i> ³	Tuberculosis ² , <i>C. neoformans</i> , <i>L. monocytogenes</i> ³ , <i>Brucella</i> spp.	Virus, parásitos
Etiologías no infecciosas	-	Enfermedad de Beçhet	Carcinomatosis, neurosarcoidosis	

¹ La presión normal de apertura del LCR puede llegar a ser de 25 cm H₂O en personas obesas.

² La meningitis tuberculosa puede exhibir un predominio polimorfonuclear en fases muy precoces o en pacientes con infección por VIH.

³ *Listeria monocytogenes* puede presentarse con predominio tanto polimorfonuclear como mononuclear (30%).

Imagen perteneciente al Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de Octubre 7ª edición

Grupo de edad o factor predisponente	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo (alergia a β-lactámicos)
Adultos menores de 50 años	Ceftriaxona (2 g/12 h) o cefotaxima (300 mg/kg/día en 4-6 dosis) más vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ más dexametasona (8-10 mg/6 h) ² .	Vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ más rifampicina (600 mg/día) más aztreonam (2 g/8 h) más dexametasona (8-10 mg/6 h) ² .
Adultos mayores de 50 años	Ceftriaxona (2 g/12 h) o cefotaxima (300 mg/kg/día en 4-6 dosis) más vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ más ampicilina (200-300 mg/kg/24 h en 4-6 dosis) más dexametasona (8-10 mg/6 h) ² .	Vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ más rifampicina (600 mg/día) más aztreonam (2 g/8 h) más trimetoprim/sulfametoxazol (20 mg/kg/día de trimetoprim) más dexametasona (8-10 mg/6 h) ² .
Gestación, alcoholismo, cirrosis, neoplasia, corticoterapia, trasplante o sospecha de romboencefalitis ³	Asociar ampicilina (200-300 mg/kg/día en 4-6 dosis) y, opcionalmente , gentamicina (5 mg/kg/día en 3 dosis).	Asociar trimetoprim/sulfametoxazol (20 mg/kg/día de trimetoprim).
Sospecha de encefalitis herpética ⁴	Asociar aciclovir (10 mg/kg/8 h).	
Neurocirugía o TCE reciente	Meropenem (2 g/8 h) o cefepime (6 g/8 h) más vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ o linezolid (600 mg/12 h) ⁵ .	Aztreonam (2 g/8 h) más linezolid (600 mg/12 h) ⁵ .
Derivación de LCR	Meropenem (2 g/8 h) o cefepime (6 g/8 h) más vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ o linezolid (600 mg/12 h) ⁵ .	Aztreonam (2 g/8 h) más linezolid (600 mg/12 h) ⁵ .
Inmunodepresión	Meropenem (2 g/8 h) o cefepime (6 g/8 h) más vancomicina (15-20 mg/kg/12 h) ¹ o linezolid (600 mg/12 h) ⁵ y, opcionalmente , tratamiento tuberculostático ⁶ .	Aztreonam (2 g/8 h) más linezolid (600 mg/12 h) ⁵ más trimetoprim/sulfametoxazol (20 mg/kg/día de trimetoprim).

LCR: líquido cefalorraquídeo; TCE: traumatismo craneoencefálico.

¹ Dosis inicial. Ajustar siguientes dosis para obtener un nivel valle de vancomicina de 15-20 µg/mL.

² Se debe administrar de forma simultánea o inmediatamente antes de la primera dosis de antibiótico; mantener la misma dosis de dexametasona durante 2-4 días.

³ Nistagmo, ataxia o afectación de pares craneales.

⁴ Alteración del nivel de conciencia asociada a síndrome confusional agudo o focalidad (particularmente de localización temporal).

⁵ La experiencia clínica con linezolid en esta indicación es limitada, si bien parece ofrecer ventajas farmacocinéticas en comparación con vancomicina al alcanzar mayores concentraciones en el LCR.

⁶ Considerar sólo en caso de que exista una sospecha razonable de meningitis tuberculosa (que habitualmente se presenta de forma subaguda o crónica).

Imagen perteneciente al Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de Octubre 7ª edición

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias, Guía terapéutica. 3ª edición. Elsevier; 2011. p 225-226
- Fernández-Viladrich. Infecciones del Sistema Nervioso Central. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Madrid. Editorial Panamericana 2006:1343-54 [SEP]
- Castelbón Fernández. Manual de Urgencias: infección del sistema nervioso central. 545-51 [SEP]
- Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de Octubre 7ª edición

65. A PROPÓSITO DE UN QUISTE HEPÁTICO

Ramírez Sánchez D¹, Luna Pereira M², Gil Cañete A³

¹MIR de 2º año de MFyC. Centro de Salud Molino de La Vega. Huelva

²MIR de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de La Vega. Huelva

³Médico Adjunto. Centro de Salud Molino de La Vega. Huelva

Motivo de Consulta

Dolor abdominal focalizado en flanco derecho.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Mujer de 50 años. No alergias conocidas. No hábitos tóxicos. No HTA, No DM, ni dislipemia. Hipotiroidismo primario en tratamiento sustitutivo con Eutirox 50 mcg. Rinitis alérgica en tratamiento con antihistamínico a demanda.

Anamnesis: Presenta dolor abdominal en flanco derecho de carácter sordo continuo de varios días de evolución que se acompaña de náuseas sin vómitos, sin fiebre. El dolor no se modifica con las posturas ni con analgesia. No asocia síndrome miccional. Esto propició su consulta en urgencias.

Exploración: Presenta buen estado general. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho donde se palpa masa indurada mal definida, sin eritema ni signos directos de inflamación de 3 cm de diámetro mayor. No presenta signos de irritación peritoneal. Signos de Murphy y Blumberg negativos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Se solicita analítica completa de sangre con Hemograma normal, Bioquímica normal, Coagulación normal. Además sistemático de orina con test de gestación negativos. Se solicita Eco-Tac Abdomen: Destaca lesión quística compleja en la periferia subcapsular del segmento VI de unos 6,5 cm de diámetro, morfología redondeada, en la que se identifica una pared fina, realzada y en la que no se identifican soluciones de continuidad, con presencia en el estudio ecográfico de contenido ecogénico fino en suspensión, así como banda ondulante ecogénica y plegada compatible con membrana intraluminal. Asocia engrosamiento de fascia pararenal anterior y fascia lateroconal ipsilateral, con reticulación grasa adyacente, hallazgos considerados inflamatorios-reactivos por vecinidad. En conjunto estos hallazgos sugieren quiste hepático, posiblemente hidatídico, complicado con ruptura mantenida.

Enfoque Familiar y Comunitario

Vive con su marido y su hijo. Natural de Italia. Desde hace 20 años vive en España. Estatus socioeconómico medio-bajo. Convive con perro desde hace un año vacunado y desparasitado.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Juicio clínico: Dolor abdominal subagudo en Hipocondrio derecho en probable relación con quiste hepático complejo con rotura contenida.

Diagnóstico diferencial: Quiste hepático simple; Quiste hidatídico; Hamartoma de los ductus biliares; Enfermedad de Caroli; Sarcoma hepático embrionario; Cistoadenocarcinoma biliar; Absceso hepático; Metástasis quísticas; Adneoma hepatocelular

Plan de Acción

En urgencias, dada la sintomatología que presentaba la paciente, se decide solicitar Eco-Tac de abdomen para filiar el origen del dolor y de la masa que presenta a la exploración.

Evolución

En urgencias la analítica, tanto de sangre como de orina, era normal. En Eco-Tac de abdomen hallazgos que sugieren quiste hepático, posiblemente hidatídico, complicado con ruptura contenida. Por todo ello se realiza interconsulta a Cirugía General que desestima intervención quirúrgica urgente por lo que se decide derivar a la paciente a Aparato Digestivo para estudio y filiación del quiste. Se decide comenzar tratamiento con Albendazol 400mg/12 horas durante un mes y solicitar analítica completa con Bioquímica hepática, PCR, Ca19.9, CEA y hemograma normales, además de AFP, VIH, VHB, VHC y serología Echinococcus negativa; además de TAC ABDOMEN C/C TRIFÁSICO en agosto 2017 en el que se aprecia disminución del tamaño de la lesión quística y donde no es posible diferenciar si se trata de un quiste biliar simple o un quiste hidatídico. En enero 2018 se solicita de nuevo serología completa siendo negativa para Echinococcus. Durante todo este tiempo la paciente no ha presentado dolor. Por lo que el diagnóstico es de Quiste hepático simple.

Conclusiones

Importancia de una correcta anamnesis desde urgencias para tener claro cuándo solicitar determinadas pruebas complementarias, en este caso eco-Tac de abdomen.

Importancia del manejo de masas a nivel abdominal cuando son hallazgos en relación con la clínica.

Los quistes hepáticos son lesiones muy frecuentes con una incidencia estimada en el adulto del 2,5% de la población general. Esta incidencia aumenta con la edad siendo raros en niños.

Los quistes hepáticos simples están formados por epitelio biliar y no comunican con la vía biliar. Las últimas teorías sugieren un origen hamartomatoso. Pueden ser únicos o múltiples y pueden presentarse en el contexto de una enfermedad poliquística. Cuando se trata de una lesión única de gran tamaño que ocasiona síntomas clínicos derivados del efecto de masa puede ser útil el tratamiento percutáneo con drenaje y escleroterapia. El aspecto ecográfico de un quiste hepático simple es el de una lesión anecogénica redondeada u ovalada y bien delimitada, con refuerzo sónico posterior. En TC y RM son lesiones hipodensas, hipointensas en secuencias potenciadas en T1 e hiperintensas en T2 con respecto al parénquima hepático y en ambas técnicas de imagen se comportan como lesiones avasculares.

66. CRISIS CONVULSIVA

Díaz Esteve L¹, Amelot M², Thomas Carazo E³

¹MIR de 2º año de MFyC. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

²MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Gran Capitán. Granada

Motivo de consulta

Mujer de 56 años que acude a Urgencias por una supuesta crisis convulsiva durante un funeral.

Enfoque individual

Anamnesis: Paciente de 56 años con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada con Enalapril 5mg, 1 comprimido al día. El marido refiere que estaban en el funeral de un familiar sobre las 16 horas y que hacía mucho calor, cuando, de repente, se ha caído al suelo, ha girado la cabeza hacia el lado izquierdo y ha comenzado a agitar los brazos durante varios segundos. Después ha quedado en estado de estupor durante varios minutos que ha ido cediendo lentamente hasta llegar al hospital. Refiere que sufrió un episodio similar hace diez años aproximadamente pero que no fue diagnosticada de epilepsia.

Exploración física: La paciente acude en camilla acompañada de su marido. Presenta un valor en la escala Glasgow de 15/15 pero presenta tendencia a la obnubilación. La auscultación, las constantes vitales y la temperatura están dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias

- TA: 130/71.
- Tª: 35.7°C.
- Exploración neurológica: PINLA. MOEC. Pares craneales normales. No alteración de la fuerza ni de la sensibilidad. ROT normales. No disimetría. No alteraciones del equilibrio. No alteraciones de la marcha. Signos meníngeos negativos. Pulsos presentes.
- EKG: Ritmo sinusal a 90lpm con extrasístole aislado. QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización.
- EEG: No se aprecia actividad eléctrica fuera de la normalidad en el registro.
- Bioquímica, Hemograma y Coagulación: Leucocitosis (12.340 leucocitos con 63% PMN) y resto de los parámetros dentro de la normalidad con iones incluidos.
- Radiografía de tórax: No condensaciones ni pinzamientos costo-frénicos.
- TC craneal: Sin alteraciones estructurales.

Enfoque familiar y comunitario

Debido al contexto clínico de la paciente, que se encontraba en un funeral después de comer y en horario de calor, los primeros diagnósticos a descartar fueron el síncope vaso-vagal y el pseudo-síncope psicógeno. No obstante, dada la anamnesis realizada a través de la paciente y del familiar que presenció los hechos, había que descartar una crisis convulsiva y, por tanto, realizar un EEG.

Plan de acción, evolución

Tras realizar las pruebas complementarias en la puerta de Urgencias, se pasa a la paciente a la sala de Observación para hacerle un EEG a la mañana siguiente. Durante su estancia en la sala y durante su traslado hacia el EEG, la paciente volvió a presentar dos nuevas crisis convulsivas autoresolutivas por lo que se decidió su monitorización continua. Así, se pudo observar que

sufría episodios de asistolia previos a las crisis convulsivas que se deducen que eran debidas a la hipoxia cerebral transitoria. La paciente fue trasladada a la UCI para implantarle un marcapasos transcutáneo a la espera de un tratamiento con un marcapasos definitivo.

Conclusiones

De este caso clínico hay que remarcar la importancia de no dejarse influir por la patología más frecuente en el momento de diagnosticar a un paciente sin haber descartado los posibles diagnósticos diferenciales, sobre todo si se tratan de patología grave. Finalmente la mujer fue diagnosticada y tratada adecuadamente pero hubiera podido ser dada de alta con el diagnóstico de síncope vaso-vagal poniendo en riesgo su vida. Es importante seguir los protocolos de actuación sobre todo en el ámbito de Urgencias ya que su carácter estresante puede contribuir a no hacer un diagnóstico lo suficientemente personalizado y adecuado. La patología que presentaba la paciente es grave por lo que fuera de un contexto hospitalario quizá no se hubiera salvado.

67. MÁS ALLÁ DE UN CÓLICO NEFRÍTICO

Adrada Bautista A¹, González López A¹, Fernández Santiago E²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud Las Palmeritas. Sevilla

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro De Salud Las Palmeritas. Sevilla

Motivo de consulta

Dolor en fosa renal izquierda.

Enfoque individual

Antecedentes: Varón de 65 años. No alergias a medicamentos conocidas. Fumador de 25 cigarrillos diarios. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hiperuricemia, coleditiasis, cardiopatía isquémica. En tratamiento con ramipril, aspirina, simvastatina, alopurinol.

Enfermedad actual: Paciente que previamente consultó en su centro de salud por dolor en fosa renal izquierda de intensidad moderada de una semana de evolución, diagnosticándose de cólico nefrítico izquierdo, mejorando parcialmente con analgesia. Ante la falta de resolución del cuadro con analgesia y antiinflamatorios, acude a urgencias hospitalarias. A su llegada, presenta cuadro de dolor en fosa renal izquierda, acompañado de vómitos sin productos patológicos. No presenta fiebre ni clínica miccional asociada.

Exploración física: Aceptable estado general, consciente y orientado. Tensión arterial 150/70 mmHg, frecuencia cardiaca 70 lpm. Corazón rítmico con soplo sistólico aórtico II-III/VI y mitral III/VI. Buen murmullo vesicular, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, sin peritonismo ni palpación de masas o megalias. Puño percusión renal izquierda positiva, derecha negativa.

Se instaura tratamiento antiinflamatorio y se solicitan las siguientes *pruebas complementarias*.

Análítica: leucocitosis 17000 con PCR normal

Radiografía de abdomen: aumento de densidad cálcico en zona de mesogastrio que podría ser compatible con aneurisma aórtico (sin estudios previos para comparar).

Ante estos hallazgos, se decide realización de angioTAC de forma urgente, que muestra dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal de 85x75x85 mm, a unos 35 mm de la arteria renal izquierda, extendida hasta la bifurcación iliaca implicándola mínimamente. Se aprecia luz verdadera con diámetro máximo de 46 mm y datos de alto riesgo de rotura, consistentes en una tenue alteración de la grasa retroperitoneal adyacente a la aorta condicionando cierto engrosamiento de su pared posterior así como la morfología excéntrica sacular hacia la izquierda.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente varón, casado, con dos hijos independientes y buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico

Aneurisma de aorta infrarrenal.

Plan de acción

Dados los hallazgos, se contactó con Cirugía Cardiovascular de urgencias e ingresó en planta hospitalaria. Fue intervenido de forma preferente mediante colocación de endoprótesis bifurcada, sin complicaciones y con buena evolución posterior.

Evolución

Buena evolución clínica posterior. El paciente continuó seguimiento a través de su médico de atención primaria y en consultas externas de cirugía vascular.

Conclusiones

El aneurisma de aorta es una patología que suele afectar con más frecuencia a varones mayores de 50 años, fumadores, hipertensos y con patología de la esfera cardiovascular. La mayoría son asintomáticos y su diagnóstico corresponde a hallazgo casual en estudios de imágenes realizados por otro motivo, por lo que es muy importante que el médico de atención primaria sospeche esta entidad, ya que es el primer eslabón de la atención sanitaria.

68. MANEJO DE GESTANTE EN TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS Y ANTIDEPRESIVOS

Rodríguez Vázquez A¹, Toledo Garcia D², Salas Díaz M^a³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla

²MIR de MFyC. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

³Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo. Sevilla

Motivo de la consulta

Astenia diurna y nerviosismo e intranquilidad vespertina, con dificultad para conciliar el sueño.

Enfoque individual

Historia Clínica: Paciente de 38 años que presentaba como antecedentes personales de interés: sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular. Glomerulonefritis membranoproliferativa.

En tratamiento domiciliario con Duloxetina 30 mg 1 comprimido al día.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable con TA de 130/85 mmHg y FC 80 l/m. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando no doloroso. RHA presentes. MMII sin edemas ni otras alteraciones.

Pruebas complementarias: BQ: función renal normal, iones en rango de normalidad. Fermentos cardíacos normales. Hemograma: Hb 19 g/l. Serie blanca en rango. Coagulación normal. EKG: ritmo sinusal a 80. Eje normalmente orientado. Sin alteraciones en la repolarización ni datos de isquemia aguda.

Relaciona la sensación de nerviosismo e intranquilidad con el inicio de tratamiento antidepressivo que ha precisado tras sufrir un aborto espontáneo.

La paciente ha precisado antidepressivo tras ser insuficiente abordaje psicológico a consecuencia de pérdida de gestación hace 6 meses.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, trabaja como administrativa en un banco, soportando gran estrés laboral. No realiza ejercicio físico de rutina. Sin hijos. Buen soporte familiar. Padres vivos y sanos. Un hermano mayor soltero y sin hijos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trastorno mixto de ansiedad y depresión mayor.

D/D con: enfermedad tiroidea. TEP, Otras psicopatologías.

Tratamiento, planes de actuación

Inicio de Duloxetina a dosis de 30 mg al día junto con Lorazepam 2mg por la noche.

Control evolutivo por su médico de familia.

Evolución

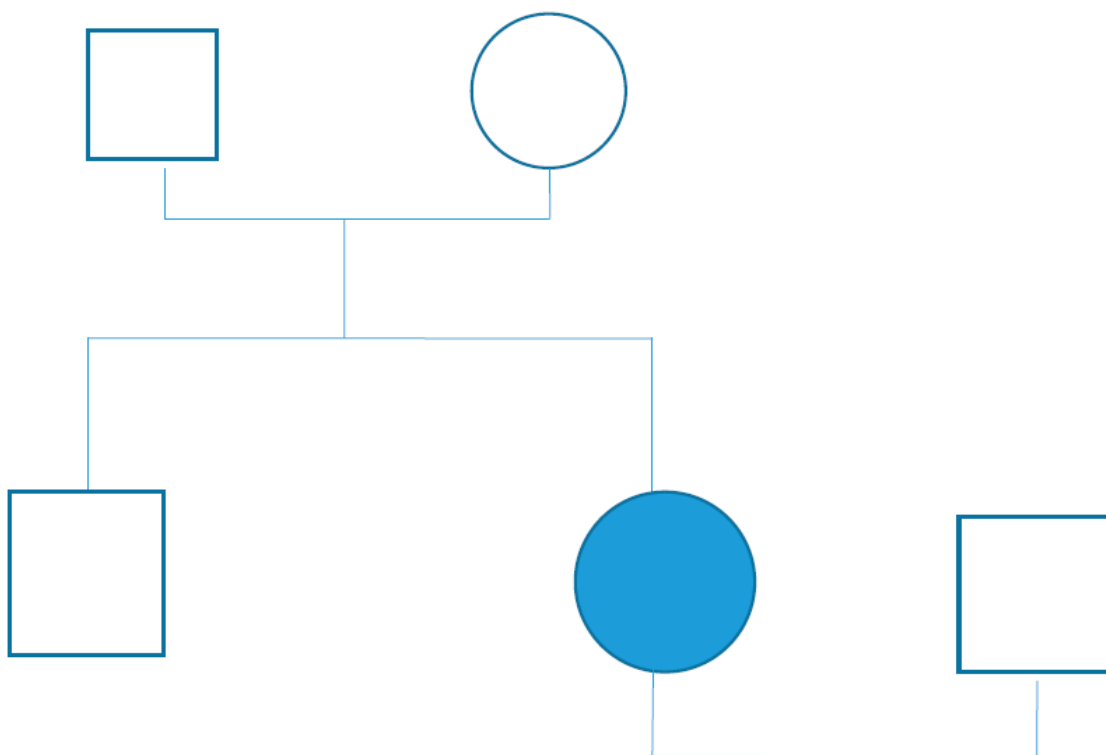
Durante el tratamiento, aparece nueva gestación y la paciente decide suspensión brusca de toda la medicación sin supervisión médica. El embarazo no llega a término. Se automedica de nuevo con Duloxetina, apareciendo astenia, náuseas, sofocos y nerviosismo. Reconsulta en

Urgencias por estos síntomas donde le aconsejan añadir Clorzepato Dipotásico 5m g antes de acostarse con retirada gradual cuando aparezca respuesta terapéutica del antidepresivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia)

El manejo de benzodiacepinas y antidepresivos en la gestante es un tema conflictivo del que no hay experiencia. Se debe valorar la retirada gradual durante el embarazo para evitar posibles efectos adversos entre los que se encuentra la hipertensión pulmonar del neonato, síndrome de retirada y efectos teratógenos como el labio leporino y fisura palatina. El escenario de este abordaje debe ser la consulta de atención primaria y no las Urgencias hospitalarias, donde no se pueden resolver dudas, miedos y realizar una planificación familiar que tenga presente las patologías de la paciente y tratamientos que realiza. La automedicación nunca es una opción válida.

Anexo. Genograma



69. A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN

Gómez Rodríguez S¹, Correa Gómez V², González Romero M³

¹MIR de MFyC. Centro De Salud Ribera Del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

²MIR de MFyC. Centro De Salud de Úbeda (Jaén)

³Médico de Familia. Centro De Salud Pinillo Chico. Cádiz

Motivo de Consulta

Dolor torácico.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Varón de 30 años que acude a urgencias del centro de salud relatando dolor centrotorácico opresivo, no irradiado y sin cortejo vegetativo. Relata que no se modifica con los movimientos respiratorios ni con la postura, de horas de evolución que se inicia en reposo. Se acompaña de dolor en ambos antebrazos. No palpitations, no disnea ni ortopnea.

El paciente nos relata que hace unos días tuvo una sensación de inicio gripal autolimitada a la que no le dio importancia, por lo que no consulto.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas previas. No enfermedades de interés.

Exploración física: Paciente con buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. No signos meníngeos. Eupneico en reposo. No tiraje. Ausencia de cianosis. No ingurgitación yugular. Movimientos respiratorios normales sin tiraje ni asimetrías.

Constantes dentro de la normalidad. EVA: 4/10.

Auscultación cardíaca: Tonos puros y rítmicos no soplos audibles ni ruidos sobreañadidos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos hemitórax, sin ruidos sobreañadidos.

Extremidades: sin edemas ni alteraciones. Pulsos conservados. No signos de trombosis venosa profunda.

Resto de la exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma (del centro de salud): ritmo sinusal a 60 lpm, eje normal, disminución > 1 mm ST en III y elevación ST I,AVL, V4-V6.

Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realizan:

Radiografía de tórax: no se evidencian alteraciones en las partes blandas extratorácicas ni lesiones óseas. Los hilios, pleura y diafragma no presentan alteraciones significativas. Índice cardiotorácico y cayado aórtico dentro de la normalidad. No se observan alteraciones en la trama broncovascular. Los campos pulmonares no muestran nódulos, condensación ni otras alteraciones. Senos costofrénicos no pinzados. No se aprecian signos de derrame pleural.

Analítica: CPK 482 U/L, troponina cardíaca 7,1 ng/ml, PCR 6,9 ng/ml, leucocitosis 15000 con desviación izquierda y discreta monocitosis. Resto sin hallazgos relevantes. Se continúa con la seriación de troponinas siendo la segunda en 20,41 ng/ml y CPK 1036 U/L.

Se interconsulta caso con UCI que realizan:

Ecocardiograma a pie de cama: VI no dilatado ni hipertrófico con función sistólica conservada, sin alteraciones segmentarias ni de la contractibilidad. Aurícula izquierda normal. Válvula mitral normal. Válvula aórtica normofuncionante. Cavidades derechas de tamaño y función normal. Válvula tricúspide con insuficiencia mínima que no permite registrar flujo doppler. VCI con colapso inspiratorio adecuado.

Cateterismo cardiaco: arterias coronarias sin lesiones. Dominancia izquierda.

Enfoque Familiar y Comunitario

Paciente soltero, vive solo y trabaja de informático. Buen apoyo de sus padres y de sus dos hermanos. Nivel cultural medio.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Juicio clínico: Miopericarditis.

Diagnóstico diferencial: IAM, infección respiratoria, ansiedad, dolor muscular.

Plan de Acción

Se ingresa en cardiología.

Evolución

En planta de cardiología tiene en ocasiones sensación de opresión ligera. Evoluciona favorablemente con tratamiento analgésico y reposo dándose de alta a los pocos días.

Conclusiones

El objetivo principal de la valoración del dolor torácico agudo en urgencias consiste en diferenciar las causas potencialmente graves, que requieren un tratamiento inmediato, de las etiologías que no lo necesitan. En esto ocupa un papel muy importante el médico de familia el cual debe ser especialista en detectar de todos los pacientes que ve tanto en su consulta diaria como en las urgencias del centro de salud los casos que requieren una actuación urgente.

En la mayoría de los casos la detección se puede realizar con una adecuada anamnesis y una exploración física adecuadas, junto a unas exploraciones complementarias básicas como es el electrocardiograma que podemos realizar en el centro de salud.

Este caso que presentamos se trata de una pericarditis con afectación miocárdica.

En primer lugar debemos saber que la pericarditis aguda es un síndrome producido por la inflamación del pericardio. Se caracteriza por la tríada: dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones de la repolarización de carácter evolutivo en el electrocardiograma. Para emitir el diagnóstico de pericarditis aguda es necesario que se cumplan, por lo menos, dos de los tres criterios mencionados como ocurre en nuestro caso.

La característica clínica principal de la pericarditis aguda es el dolor torácico de perfil pericárdico que presenta los siguientes aspectos: localización retroesternal o precordial; el inicio suele ser subagudo, aumenta con la inspiración profunda, la tos, la deglución, el decúbito supino y disminuye con la flexión del tronco, decúbito prono, etc. Puede acompañarse de fiebre, anorexia, artromialgias y síntomas catarrales.

En la exploración, el signo físico característico es la auscultación de un roce pericárdico, que puede ser sistólico, diastólico o mixto. En nuestro caso no se encontró este aspecto en la exploración.

Respecto a las pruebas complementarias, los cambios electrocardiográficos suelen aparecer horas o días después del inicio del dolor. Presenta varios estadios:

Primer estadio: elevación del segmento ST en todas las derivaciones excepto en aVR, V1 y ondas T positivas en las mismas derivaciones que se eleva el segmento ST.

Segundo estadio: segmentos ST y PR vuelven a la normalidad y la onda T se aplana.

Tercer estadio: inversión onda T.

Cuarto estadio: la onda T se normaliza.

Cuando la pericarditis asocia una miocarditis podemos ver en la analítica una elevación concomitante de la CK y la troponina como ocurre en nuestro caso.

El tratamiento que se realiza es sintomático. Se basa en reposo y antiinflamatorios no esteroideos. Este caso requirió ingreso porque se asociaba a una miocarditis.

Palabras clave: Dolor en el pecho, inflamación, pericarditis.

Bibliografía

- Jimenez Murillo, L.; Montero Pérez, F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
- García Gil D. et al. Terapéutica Médica en Urgencias. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2008.
- Guía de actuación en Atención Primaria.semFYC.2012.

70. CERVICALGIA Y DORSALGIA DERECHAS EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales Moreno JM¹, Pérez Buendía C², Llaveró Sánchez A³

¹MIR de MFyC. Consultorio Beas de Granada. Centro de Salud Albayzín. Granada

²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo en Centro de Salud Huétor Tájar (Granada)

³Médico de Familia. Tutor De Residentes. Centro De Salud Huétor Tájar (Granada)

Motivo de consulta

Cervico-lumbalgia.

Enfoque individual

Mujer de 29 años con los siguientes antecedentes personales:

Esquizofrenia paranoide.

FRCV: Fumadora de medio paquete diario.

No alérgicas medicamentosas conocidas.

Intervenciones quirúrgicas: No constan.

Tratamiento crónico según receta electrónica: Aripiprazol 15mg /24h, Bupropion 300mg/24h, Desvenlafaxina 100mg /24h, Ácido Valproico 333/145mg /12h, Mirtazapina 15mg /24h, Levonorgestrel/Etinilestradiol 0.1/0.02mg /24h.

Anamnesis: La paciente acude a Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en zona rural refiriendo dolor cervical y lumbar de intensidad moderada de unas 48 horas de evolución. Asocia según refiere tiritona y sensación distérmica sin termometrar en domicilio. Niega dolor torácico y disnea. Niega sobre esfuerzo o traumatismo. No asocia tampoco clínica infecciosa clara (tos escasa, no expectoración, no alteraciones gastrointestinales ni genitourinarias).

Exploración y pruebas complementarias:

Presenta buen estado general, acude caminando a consulta, por su propio pie. Buena coloración e hidratación, sin aspecto febril. Sin esfuerzo respiratorio. Tranquila, colaboradora, orientada; sin alteraciones sensorio-perceptivas ni ideas delirantes en primer plano. Impresiona de cierta impregnación farmacológica.

CTES: TA 96/54mmHg, FC 136 lpm, FR 32rpm, SaO₂ 92% aa, T^a 38.8°C.

Dolor a la palpación en musculatura paravertebral cervical y lumbar. Sin signos de meningismo.

ACP: Taquicárdica. Hipoventilación en bases más marcada en base derecha. ABDOMEN anodino; blando, depresible y no doloroso a la palpación. MMII: Sin signos inflamatorios. Pulsos presentes. Signo de Homans negativo

EKG en consulta: Taquicardia sinusal a 125 lpm. Eje normal, QRS estrecho. Inversión de onda T en III.

Enfoque familiar y comunitario

Muy escaso apoyo familiar, mala relación paterno filial. Vive sola en el pueblo.

Juicio clínico. Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria con posible neumotórax asociado; a descartar TEPA (índice de Wells 1.5; riesgo bajo).

Juicio clínico final: TEPA moderado con infarto parcial de Lóbulo Inferior Derecho.

Plan de acción

Tras objetivarse fiebre, hipotensión, taquicardia y taquipnea la paciente pasa a consulta de observación, donde se canaliza vía venosa y se administra antitérmico intravenoso y carga de suero salino fisiológico (500cc). Se activa ambulancia para traslado al hospital comarcal de referencia para realización de pruebas complementarias.

En dicho hospital se realizan pruebas complementarias entre las que destacan:

Rx tórax con Atelectasia laminar en hemitórax izquierdo.

EKG similar al descrito previamente.

Gasometría Arterial: pH 7.46, PO₂ 75.9 mmHg, PCO₂ 31.6 mmHg.

Coagulación con Dímero D elevado de 5970 mcg/L.

Bioquímica sin alteración en función renal ni en ionograma. Hemograma donde es llamativa la ausencia de leucocitosis a pesar de la fiebre elevada y una linfocitosis relativa en torno al 74%.

Troponina I con valores dentro de la normalidad.

Proteína C Reactiva de 48.7 mg/L.

Se administra HBPM a dosis terapéuticas y se deriva a hospital terciario de referencia para realización de Angio-TAC. En dicha prueba se describe tromboembolismo pulmonar en grado moderado con infarto parcial secundario del LID. Se cursa ingreso en Neumología para tratamiento y estudio.

Conclusiones

Inicialmente y con la anamnesis descrita el diagnóstico diferencial del que partía era entre un cuadro pseudogripal (sensación distérmica, dolor a nivel de raquis, contexto epidémico de gripe) y una cervico-lumbalgia de perfil mecánico.

Tras la toma de constantes y ante la inestabilidad hemodinámica se orienta el caso hacia un posible neumotórax asociado a infección respiratoria. Reinterrogando a la paciente sobre sus antecedentes nos cuenta que es fumadora de unos 10 cigarrillos diarios. Sumado a la toma de Anticonceptivos Hormonales Orales y a la toma de varios psicofármacos (se revisó la ficha técnica de Aripiprazol donde se describe tromboembolismo como efecto adverso raro) se valora también la posibilidad de que estemos ante un tromboembolismo pulmonar (a pesar de un Índice de Wells con riesgo bajo y una fiebre elevada que orientarían más hacia un perfil infeccioso).

El diagnóstico de dicha patología exige un alto grado de sospecha clínica. Incluso en pacientes con síntomas en principio banales (dolor aparentemente osteomuscular como esta ocasión, ansiedad en muchos otros casos) es fundamental realizar una anamnesis completa y detallada así como comprobar la estabilidad hemodinámica mediante la toma de constantes completas. En ocasiones la gran presión asistencial con la que trabajamos en Atención Primaria (incluyendo las urgencias extrahospitalarias, máxime en época de epidemia gripal) favorecen la aparición de errores diagnósticos. En caso de no haber tomado las constantes a nuestra paciente probablemente habría sido dada de alta con un enfoque de algias mecánicas con tratamiento sintomático, con posible desenlace fatal.

Por otro lado parece pertinente recordar que el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico constituye un factor de riesgo para obtener diagnósticos erróneos, desarrollar complicaciones y un peor pronóstico. De acuerdo con lo enunciado por Julian Tudor Hart en 1971 en su Ley de Cuidados Inversos, con frecuencia dedicamos menos tiempo y atención a aquellos pacientes que mayores necesidades.

Bibliografía

Hart J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.

Rotaache del Campo R. Tromboembolismo pulmonar. *Guías clínicas Fisterra*. [Internet.] 2012.

Thompson BT, Hales AH. Diagnosis of acute pulmonary embolism. *UpToDate*. 2012.

Oliveras A, Manich A. Tromboembolismo Pulmonar en Atención Primaria, *AMF* 2016; 12(11):654-661.

71. PETEQUIAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Navarro Hermoso A¹, Martín Manzano JL²

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada

Motivo de consulta

Niño de 11 años con cuadro de diarrea autolimitado y buen estado general. Una semana después, presenta exantema petequeial cutáneo migratorio. Tras cinco días con dicho exantema, éste se acentúa y comienza con síntomas catarrales y pico febril aislado de 38º, por lo que acude al servicio de urgencias.

Enfoque individual

Como antecedentes personales a destacar, el paciente presenta dermatitis atópica y alergia al ciprés. Está bien vacunado y no tiene alergias medicamentosas conocidas.

Como *antecedentes familiares* llaman la atención:

Hermano con sospecha de celiaquía y déficit de IgA.

Rama paterna: varios familiares con celiaquía.

Rama materna: tía con DMI y tiroiditis autoinmune.

En febrero el paciente consulta en urgencias por exantema petequeial migratorio de una semana de evolución. Comienza en miembros inferiores y abdomen, apareciendo posteriormente en espalda y miembros superiores. El mismo día que acude a urgencias presenta tos, congestión nasal y odinofagia, con pico febril aislado de 38º. Dos semanas antes relata cuadro de diarrea sin productos patológicos, autolimitado.

En la *exploración* se visualiza exantema micropetequeial generalizado que no desaparece a la presión, más importante en región lumbar, abdomen y hombros. Varios hematomas en codos sin que el paciente recuerde traumatismo asociado. No sangrado activo de mucosas, aunque si comenta epistaxis frecuentes sin haber presentado episodios la última semana.

Presenta una auscultación respiratoria normal y orofaringe hiperémica sin exudados, petequias en paladar.

Debido a dicha clínica se sospecha una Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), y se realiza analítica donde destaca una plaquetopenia de 7.000/ μ L. No alteraciones en otras series ni alteraciones de la coagulación.

Se decide ingreso en servicio de oncohematología y se extrae sangre periférica para estudio de PTI previo a tratamiento.

Se inicia tratamiento con inmunoglobulina humana inespecífica intravenosa 800mg/kg, con excelente respuesta clínica y ascenso de las plaquetas >100.000 en 48 horas. Como únicos efectos secundarios presenta febrícula de 37.4º y cefalea (EVA 5) que mejora con analgésicos habituales. Se decide alta tras evolución favorable.

Una semana después, el paciente acude a consulta para recibir resultados de estudio analítico, orientado a descartar infecciones activas (VIH, CMV, VEB, CHS, VHA, VHB, VHC, toxoplasma,

Virus varicela-zóster y rubéola), enfermedades sistémicas, autoinmunes y hereditarias, sin encontrarse alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

Hablamos en caso del paciente de una familia nuclear, con un buen apoyo familiar y buen nivel cultural, por lo que se realiza una educación adecuada orientada a identificar signos que indiquen sangrado activo grave.

Juicio clínico

La púrpura trombocitopénica idiopática es un cuadro de origen autoinmune causado por la aparición de anticuerpos antiplaquetarios que inducen la destrucción plaquetaria a nivel periférico. Es el trastorno hematológico autoinmune más frecuente en la infancia. La producción de autoanticuerpos se cree desencadenada por viriasis o vacunación.

Nuestro paciente presenta una PTI de reciente diagnóstico (hasta los tres meses) y al que se le debe realizar un seguimiento, pues es una enfermedad que puede ser persistente e incluso cronificar. Los factores asociados a un mayor riesgo de cronicidad son el sexo femenino, inicio insidioso, edad superior a 10 años y ausencia de antecedente infeccioso/vacunal.

Signos y síntomas sistémicos que generalmente están ausentes en la PTI pueden indicar la presencia de una enfermedad maligna, un trastorno autoinmune, una infección crónica o una deficiencia inmunitaria.

El agrandamiento de los ganglios linfáticos, esplenomegalia, dolor óseo o articular, fiebre, neutropenia, leucocitosis, linfocitos atípicos, anemia marcada o pérdida de peso nos pueden hablar de malignidad.

Debemos asociar las trombopenias inmunomediadas a enfermedades autoinmunes como, por ejemplo, el lupus que presenta fiebre, mal estado general, sarpullido malar o artritis, y anticuerpos positivos.

Las infecciones activas pueden tener asociadas trombopenia o exantemas petequiales, pero se acompañan normalmente de más síntomas sistémicos como cansancio o fiebre prolongada. Además, en los pacientes con PTI que sufran infecciones recurrentes debemos descartar una inmunodeficiencia común variable.

Si encontramos un descenso en la serie roja acompañando a la trombopenia, debemos buscar la anemia hemolítica autoinmune, con ictericia, aumento de reticulocitos y esferocitos. También pensar en el síndrome hemolítico urémico, asociado a un cuadro gastrointestinal o la púrpura trombótica trombocitopénica que puede asociar anomalías neurológicas e insuficiencia renal.

Por último, en nuestro diagnóstico diferencial no debemos olvidar que la toma de fármacos puede desencadenar la trombopenia (aunque es una causa poco común en niños) ni los trastornos hereditarios, cada uno con sus síntomas distintivos (anemia aplásica hereditaria, enfermedad de von Willebrand tipo 2B, Síndrome de Wiskott-Aldrich, etc.).

Plan de acción

El objetivo del tratamiento es la prevención de la clínica hemorrágica y no la corrección de la cifra plaquetaria. El tratamiento se inicia de forma inmediata en casos de sangrado mucoso activo.

Nuestro paciente presenta un sangrado exclusivamente cutáneo, por lo que se realiza extracción de estudio de PTI antes de comenzar el tratamiento. Los fármacos usados como primera línea son prednisona/metilprednisolona iv en 3 dosis o inmunoglobulina humana inespecífica iv una dosis, sin consenso o evidencia de la ventaja de una opción sobre otra.

Al alta, paciente y familiares deben vigilar signos de sangrado mucoso, color de la orina y aparición de hematomas o petequias. Deberá evitar actividades de riesgo traumático y actividad deportiva en un principio, cambiando esta pauta posteriormente según evolución.

Evolución

A pesar del reciente diagnóstico de la enfermedad, podemos decir que tiene una evolución favorable, con una respuesta rápida al tratamiento con inmunoglobulina. Se debe seguir monitorizando a este paciente, controlando las cifras plaquetarias, ya que la enfermedad puede ser persistente o crónica.

Conclusiones

La presencia de petequias en el paciente pediátrico es un hallazgo relativamente frecuente y presenta multitud de diagnósticos diferenciales. En caso de encontrarnos con un paciente con aspecto saludable y aparición repentina del exantema, debemos pensar en la PTI, causa más frecuente de trombopenia en la infancia, de ahí su relevancia. Suele precederse de viriasis o vacuna y puede haber antecedentes de enfermedades autoinmunes.

72. PSICOSIS ANFETAMÍNICA

García López A¹, Pérez Ruz R²

¹Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud de Camas (Sevilla)

²MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud de Camas (Sevilla)

Motivo de Consulta:

Aviso a domicilio que trasmite el centro coordinador a nuestra Unidad de Cuidados Críticos de urgencias por alteración en el comportamiento de un paciente joven.

*Importante: Al ser el paciente de Madrid no contamos con historial clínico del mismo.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias):

A nuestra llegada la anamnesis se la realizamos a un amigo por la negativa del paciente a colaborar y actitud desafiante de forma continua. El paciente reside en Madrid pero por motivos de trabajo se había trasladado en los últimos días a Huelva para realizar unos trabajos. Durante los días previos su comportamiento fue normal como nos indicaba su amigo, ambos trabajan en Doñana y la colaboración era muy íntima. La voz de alarma la dio su mujer que en conversación telefónica lo había percibido muy raro, “pensaba que le estaban atracando por la actitud durante la conversación”. Nos enseña un cuaderno donde se percibe una desvirtualización de la realidad, con un delirio basado en Dios/demonio, varios mundos, ideación de muerte,... y percatamos que al pasar por delante del espejo sonrío. Nunca había presentado esta clínica, ni antecedentes familiares de problemas psiquiátricos ni neurológicos. Según, siempre, su amigo no es consumidor de drogas.

Buen estado general, pícnico, bien hidratado y perfundido. No visualización de lesiones cutáneas. Auscultación cardíaca taquicárdico a 120 lpm y rítmico. Tensión arterial 150/105. Bmtest 126. Pupilas midriáticas normoreactivas. Saturación O₂: 99%.

ECG: Ritmo sinusal a 125 lpm, eje izquierdo, T picudas en precordiales izquierda, resto sin alteraciones.

Enfoque Familiar y Comunitario

Biólogo, extrovertido y reside con su mujer e hijo en Madrid.

Juicio Clínico (lista de problemas, diagnóstico referencial)

Síndrome psicótico agudo.

Plan de Acción

Dado la actitud desafiante y la ideación suicida se decide sedación con 15 mg de midazolam intranasal que la realizamos engañando al paciente para que no perciba que se trata de algo perjudicial para él y lo trasladamos a centro hospitalario para valoración.

Evolución

El paciente presenta evolución positiva con neurolépticos siendo positivo en test de orina a tóxicos a metanfetamina y TAC craneal sin alteraciones patológicas.

Conclusiones

Lo más característico de un cuadro psicótico agudo es un cuadro de instauración rápida en un paciente adulto joven con delirios, alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado y, en general, un deterioro del juicio de la realidad.

Hay que valorar siempre en la anamnesis, 1) antecedentes familiares: alcoholismo, toxicomanías, conducta antisocial, esquizofrenia, trastorno afectivos, suicidio, violencia, 2) hábitos tóxicos (alcohol, drogas, abstinencia de opioides o benzodiazepinas, fármacos anticolinérgicos, neurolépticos, litio...) , 3) tratamiento actual, tratamientos previos y efectos secundarios, 4) descripción del paciente en la consulta: apariencia, actitud, conducta (agitada/inhibida), estado de ánimo, nivel de conciencia , 5) lenguaje que presenta: incoherente, rápido, lento, monótono, afasias,... , 6) síntomas previos a la aparición de la crisis (embotamiento afectivo, alteraciones de la conducta, desrealización, ...) , 7) preguntar sobre alucinaciones, si las tiene preguntarle sobre su contenido(voces acusatorias o imperativas conllevan mayor riesgo) , 8) forma y contenido del pensamiento: incoherencia, fuga de ideas, taquipsiquia, ideas delirantes. Evaluar el riesgo de hetero o autoagresión con preguntas indirectas ¿Cómo se lleva con la gente? ¿Qué piensa hacer al respecto? Ello proporciona información sobre sus intenciones inmediatas y 9) cuadro actual por el que acude a la consulta, comprensión que el paciente tiene de lo que le está pasando y el porqué.

Tras la anamnesis realizaremos una exploración física, que estará supeditada a las prioridades que nos marque el caso en el que estemos, dando mayor importancia a las constantes del paciente, auscultación cardíaca y a la exploración neurológica.

Importante en paciente con ideación delirante el diagnóstico diferencial entre una psicosis orgánica o psiquiátrica así como un correcto tratamiento y derivación dada la agresividad y/o ideación autolítica.

En el caso que nos ocupa nuestra prioridad era controlar los síntomas de la psicosis aguda y derivar de forma segura al paciente.

Según publica una revisión de la Cochrane: “Una minoría de los individuos que usan anfetaminas contraen psicosis completamente... En tales casos, los síntomas de la psicosis por anfetaminas incluyen frecuentemente delirios paranoides y de persecución, así como alucinaciones auditivas y visuales en presencia de agitación extrema... Hay informes clínicos que indican que el desarrollo de los síntomas de psicosis por anfetaminas y de la psicosis subclínica está relacionado con la historia individual del consumo de anfetaminas durante toda la vida, es decir, la cantidad acumulativa y la frecuencia de exposición a las anfetaminas”. Además refleja el informe una adecuada respuesta a antipsicóticos como haloperidol u olanzapina.

Bibliografía

- 1.- Díaz Rivera M, Morales Barros IM. Capítulo 43. Paciente delirante. En: Antonio García López, coordinador. Manual de Urgencias en Atención Primaria. DSAP Aljarafe/Sevilla Norte. p. 615-624
- 2.- <http://www.cochrane.org/es/CD003026/tratamiento-para-la-psicosis-anfetaminica>



2018

F.SAMFyC