

Medicina de Familia Andalucía

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



Del 4 al 6
de octubre
2018

Palacio de
Congresos de Jaén
(IFEJA)

Jaén



“POR UNA MEDICINA DE FAMILIA MEJOR,
NUESTRO GRAN RETO”

Comité Organizador

Presidenta

Justa Zafra Alcántara

*Especialista en MFyC. Centro de Salud José López Barneo. Torredonjimeno.
Jaén. Vocal Provincial de SAMFyC de Jaén*

Vocales

Marta Chamorro Castillo

*Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de
Salud de Torredonjimeno. Jaén*

Antonio Fernández Natera

*Especialista en MFyC. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Miembro del
Grupo de Trabajo de Urgencias de SAMFyC*

Francisco José Guerrero García

*Especialista en MFyC. Centro de Salud Gran Capitán. Distrito Sanitario
Granada-Metropolitano. Granada*

Pablo Olmedo Carrillo

Especialista en MFyC. UGC Urgencias Complejo Hospitalario de Jaén

Juan Ramón Toribio Onieva

*Especialista en MFyC. Centro de Salud San José. Jaén. Miembro del Grupo
de Trabajo de Urología de SAMFyC*

Jesús Torío Durantez

*Especialista en MFyC. Coordinador docente de PCCEIR. Unidad Docente
de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén*

Francisco Javier Valverde Bolívar

*Especialista en MFyC. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria
de Jaén. Miembro del Programa Comunicación y Salud de la SAMFyC y
semFYC.*

Comité Científico

Presidente

Francisco Tomás Pérez Durillo

Especialista en MFyC. Centro de Salud de Bailén. Jaén

Vocales

Marina Borrallo Herrero

Médico Residente. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Alberto García Garrido

Especialista en MFyC. Agencia Sanitaria 061. Jaén

María de la Villa Juárez Jiménez

Especialista en MFyC. Centro de Salud Porcuna. Jaén

Inés Jurado Sánchez

Especialista en MFyC. Consultorio Local Baños de la Encina. Jaén

Francisco Javier Leal Helmling

Especialista en MFyC. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén

Cristóbal Navarrete Espinosa

Especialista en MFyC. Centro de Salud Mancha Real. Jaén

Anabel Ribes Bautista

Especialista en MFyC. Centro de Salud San Felipe. Jaén

Natalia Zafra Ramírez

Especialista en MFyC. ZB Mengíbar. Jaén

Comité Científico Extendido

Nuria Cobo Valenzuela

Especialista en MFyC. SUAP Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo del Aparato Locomotor de SAMFyC

Ángel Manuel Gutiérrez García

Especialista en MFyC. Centro de Salud Alameda- Perchel. Málaga

Ignacio Merino de Haro

Especialista en MFyC. Centro de Salud de Estepona. Málaga

Juan Manuel Parras Rejano

Especialista en MFyC. UGC del Guadiato. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación Clínica y Salud de SAMFyC

María Isabel Salado Natera

Especialista en MFyC. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias de SAMFyC

Guillermo Velázquez Giménez de Cisneros

Especialista en MFyC. Centro de Salud Ámate. Sevilla

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohorquez Colombo

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes

*Asumpta Ruiz Aranda
Juan Manuel Morales Moreno*

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Sevilla:

M^a Pilar Delgado Pérez

Antonio Fernández Natera

Juan Manuel Parras Rejano

Jesús E. Pardo Álvarez

Francisco Tomás Pérez Durillo

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Ignacio Merino de Haro

Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

natera38@gmail.com

juanprj@gmail.com

jpardo.sevilla@gmail.com

ft_perez@yahoo.com

martycienfuegos@hotmail.com

merinoharo@hotmail.com

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

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

CONSEJO DITORIAL

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*

Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*

M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*

Rafael Castillo Castillo. *Jaén*

José Antonio Castro Gómez. *Granada*

José M^a de la Higuera González. *Sevilla*

Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*

Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*

Pablo García López. *Granada*

José Antonio Jiménez Molina. *Granada*

José Lapetra Peralta. *Sevilla*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga*

José Gerardo López Castillo. *Granada*

Luis Andrés López Fernández. *Granada*

Fernando López Verde. *Málaga*

Manuel Lubián López. *Cádiz*

Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*

Rafael Montoro Ruiz. *Granada*

Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*

Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*

Hermínia M^a. Moreno Martos. *Almería*

Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*

Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Piza. *Sevilla*

Alejandro Pérez Milena. *Jaén*

Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*

J. Daniel Prados Torres. *Málaga*

Roger Ruiz Moral. *Córdoba*

Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*

José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*

Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*

José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*

Reyes Sanz Amores. *Sevilla*

Pedro Schwartz Calero. *Huelva*

Jesús Torío Durantez. *Jaén*

Juan Tormo Molina. *Granada*

Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*

Amelia Vallejo Lorencio. *Almería*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES

Manuel Bobenrieth Astete. Chile

Cesar Brandt. Venezuela

Javier Domínguez del Olmo. México

Irma Guajardo Fernández. Chile

José Manuel Mendes Nunes. Portugal

Rubén Roa. Argentina

Victor M. Sánchez Prado. México

Sergio Solmesky. Argentina

José de Ustarán. Argentina

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

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

Disponibile en formato electrónico en la
web de SAMFyC
<https://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada
(España)
Telf. + 34 958 80 42 01
Fax + 34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

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

Maquetan:

Juan Francisco González Ibáñez
Encarnación Figueredo Sánchez



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 19, número 1,
suplemento 2, octubre de 2018

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

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

- ❧ **Prólogo**
- ❧ **Mesas / Ponencias**
- ❧ **Charlas**
- ❧ **Talleres**
- ❧ **Comunicaciones**

PRÓLOGO

Pérez Durillo FT
Presidente Comité Científico

Iniciamos nuestra andadura hace algo más de un año, en la plaza de las Batallas, con una reunión informal entre Alejandro, Justa y un servidor donde se nos comunicó que teníamos el honor de organizar tan difícil tarea. Desde entonces este Congreso se ha convertido en una prioridad para nosotros. Había muchas ganas de hacer bien las cosas, teniendo en cuenta el nivel tan alto de Congresos previos y la gran responsabilidad de que se celebrara en nuestra tierra después algo de más de 15 años.

Mentiría si os dijéramos que no ha sido una ardua tarea: esa inquietud inicial de saber que tienes tantas cosas por hacer y no saber por dónde empezar, reuniones de comités, cambios constantes en el cronograma siendo muchos a última hora, incompatibilidades de horarios, centenares de correos electrónicos, etc. y todo esto con los meses de verano de por medio. A pesar de todo, el esfuerzo creo que ha merecido la pena con creces, aunque eso es algo que también debéis valorar vosotros.

La respuesta ha sido excepcional tanto por las propuestas recibidas por parte de los socios y grupos de trabajo, como por el número de inscripciones y comunicaciones recibidas.

Hemos intentado que en nuestro programa científico se reflejara todo el potencial que los Médicos de Familia somos capaces de desarrollar a pesar de las dificultades. Por encima de todo nos hemos querido basar en unos sólidos pilares que, como ya se dijo en nuestra carta de presentación, son la evidencia científica y la ética profesional, así como el compromiso con nuestros pacientes.

Como ya sabéis el programa científico se ha distribuido a lo largo de 6 áreas temáticas en donde se han agrupado las 57 actividades de nuestro Congreso entre charlas, talleres, gymkanas y mesas.

La mayoría de los talleres se han concentrado en las necesidades y problemas de salud del individuo con gran variedad de temáticas (urgencias, dermatoscopia, retinografía, tabaquismo, salud mental, traumatología, patologías crónicas, etc.). Pero no todo es

clínica y no nos hemos querido olvidar de nuestras competencias esenciales como son la relación médico-paciente, la entrevista clínica o la bioética, entre otras.

Los grupos poblacionales y con factores de riesgo también han estado presentes y, como somos Medicina Familiar y también Comunitaria, hemos estado en la calle enseñando a la población técnicas de reanimación cardiopulmonar básica.

Hemos reclamado el papel que merece nuestra especialidad en nuestras facultades y universidades desarrollándose una Mesa para tal fin y con la defensa de trabajos Fin de Grado por parte de estudiantes de Medicina, y esperemos, futuros Médicos de Familia.

Tampoco hemos querido dejar en segundo plano las inquietudes y las dificultades de nuestros Jóvenes Médicos de Familia como la precariedad laboral, la falta de médicos, entre otros muchos problemas.

Hemos tenido una mesa centrada en los retos que tenemos por delante para que la Medicina Familiar y Comunitaria llegue algún día a ser lo que debe ser, eje vertebrador de nuestro sistema sanitario público y que se la reconozca como tal.

Y por supuesto, un Congreso de Médicos de Familia no es tal si no estuviera presente la formación y la docencia. También la investigación aunque cada vez se echa más en falta en los congresos sanitarios donde, favorecido entre otras cosas por la política de las bolsas de trabajo de los profesionales sanitarios, prima más cuánto se publica que la calidad de lo que publicamos. Cambiar esta inercia es algo que está en nuestras manos como médicos de familia, tutores, residentes y unidades docentes.

Como diría Juan Gervás, "no hay sistema sanitario perfecto pero los mejores cuentan con una atención primaria fuerte".

Por una Medicina de Familia mejor, porque ha sido, es y será nuestro gran reto.

MESA: Por una medicina de familia mejor, nuestro gran reto**Ponencia: La consulta en el día a día: entre el reto clínico y la banalidad**

Baos V

Médico de familia. CS Collado Villalba Pueblo. Madrid

Día a día, así se pasan los años en las consultas de atención primaria. Y los que hemos tenido la fortuna de pasar muchos años en la misma consulta atendiendo a un grupo de población estable lo podemos afirmar con rotundidad. Hay días anodinos, otros muchos estresantes, casi todos con algo sorprendente por bueno o malo, creo que más los buenos que los malos. Hay días que al empezar la consulta te invade una intensa pereza del día de la marmota: de nuevo los mismos pacientes con los mismos motivos de consulta y problemas de salud que nunca acaban de ir ni muy bien ni muy mal (es lo que tiene la enfermedad crónica). Hay días que el primer paciente te da una alegría y te predispone a estar optimista y motivado, hay días que empiezan mal porque el ordenador no va bien, se cae el sistema, hay cuatro urgencias esperándote desde que han abierto el centro o tienes una llamada urgente de algún paciente que no puedes demorar. Y cada día, a pesar de que el trabajo es siempre el mismo, es diferente al anterior y al siguiente. Hemos de reconocer que ese nivel de sorpresa e incertidumbre, para bien y para mal, no se da en muchos trabajos.

La consulta de atención primaria, la relación que tienen nuestros pacientes con nosotros es de amplio espectro. Por definición y por realidad, la consulta oscila entre la banalidad que siempre nos quejamos que no deberían ir a consulta y el síntoma ambiguo o no tan ambiguo pero de difícil abordaje que constituye un reto clínico.

La banalidad es hija del miedo, de la falta de información y formación y de la sociedad consumista delegadora de responsabilidades sobre unos profesionales de acceso ilimitado (vengo de urgencias) y gratuito (sí, sí los impuestos que pagamos todos, ya): la banalidad va desde el moco que busca un papel (sé lo que

tengo y lo que tengo que hacer pero necesita el justificante) hasta el (yo no soy médico y no tengo que saber lo que tengo). Solo se maneja con paciencia y educación, cualquier otra actitud se volverá en tu contra. A veces la banalidad relaja, después de una serie encadenada de pacientes complejos, crónicos con decisiones difíciles, de entrevistas delicadas, de relaciones sutiles, un paciente con algo fácil, leve o con necesidades burocráticas exclusivamente puede ser un elemento relajante. Antes era hacer recetas, la receta electrónica nos ha quitado esa acción mecánica de escribir y firmar a toda marcha que era un excelente ejercicio para la mano. Pero en general, si ese hueco ocupado por la banalidad no lo ocupara otro paciente complejo, sería deseable que no acudiera a la consulta, que fuera atendida en una consulta de enfermería bien formada y dispuesta con capacidad prescriptora (sí, estoy de acuerdo con la prescripción enfermera)

El reto clínico es excitante: no sé qué tiene pero tiene algo. El síntoma vago que te hace repasar una larga lista de posibilidades pero que con la experiencia es reducida a pocas, la entrevista inteligente que desbroza la paja del grano del problema, la exploración acertada para tocar el punto adecuado que da la clave. Sigue siendo lo más bonito de ser generalista: nada de lo que me diga el paciente me es ajeno y todo puede ser el síntoma inicial de algo relevante, grave o de riesgo. O no, y la propia evolución natural de la enfermedad acaba con los miedos e incertidumbres.

Somos muy importantes, somos muy buenos, nuestros pacientes nos aprecian y valoran. Piensa eso cada mañana cuando empieces la consulta día a día: entre el reto clínico y la banalidad.

MESA: Retos en el abordaje del paciente paliativo

Ponencia: Sedación Paliativa en paciente terminal

Pedrosa Arias M

Médico de Familia. CS La Zubia. UGC La Zubia. Granada

La atención al enfermo terminal constituye un reto para el Médico de Familia, a menudo se presentan síntomas que ocasionan sufrimiento al paciente y ese sufrimiento se intensifica en los días próximos a la muerte, siendo posible que no pueda aliviarse pese al incremento de las dosis de los fármacos adecuados.

En estos casos se recurre a la sedación paliativa como la única intervención terapéutica eficaz para el alivio del sufrimiento secundario a complicaciones de la enfermedad terminal.

La sedación paliativa se define como la administración de medicación para la reducción o supresión de la conciencia en el paciente terminal hasta el momento de su muerte, con la intención de reducir el sufrimiento, tanto físico como emocional, a la vez que paliar distintos síntomas. Algunos autores la comparan con la eutanasia, al expresar que se podría enmascarar la intención de terminar la vida del paciente bajo la premisa de aliviar su sufrimiento mediante la sedación. Sin embargo, en la sedación paliativa la causa

de la muerte del paciente siempre es la patología de base, nunca la medicación administrada.

Los médicos de familia poseemos ya importantes herramientas adquiridas en nuestra formación para realizar esta labor. La participación en el proceso de atención a los pacientes al final de la vida de otros profesionales más expertos, no supone que nos tengamos que “retirar” del mismo. Al contrario, en la cabecera de todo paciente en fase terminal debería de haber un médico de familia que lo acompañe y que lo ayude en la toma de decisiones difíciles, realizar un impecable abordaje de la sintomatología y hacer un buen uso de los recursos disponibles.

Los médicos de familia no solo son útiles en una sociedad como la nuestra si no que se hacen imprescindibles cuando se quiere atender a sus ciudadanos en todas las fases de su vida, cuando la cercanía del final les hace más vulnerables y frágiles. Ese es el reto.

MESA: retos en el abordaje del paciente paliativo

Ponencia: Reconocimiento del paciente paliativo oncológico y no oncológico. Control de síntomas frecuentes

Silva Gil F

Médico de Familia. Consultorio Guadalcazar. UGC Posadas. Córdoba

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con enfermedades crónicas degenerativas en estadio avanzado, es un hecho en la actualidad. Esto debe llevar a plantearnos un abordaje de los síntomas que aparecen en estas situaciones, y que, con el avance de la investigación en Medicina, se pueden dilatar en el tiempo. La calidad de vida de una persona-paciente está estrechamente relacionada con el tratamiento óptimo en estos estadios

En el paciente oncológico, la “línea “que separa un tratamiento curativo de uno paliativo está bien definida, con criterios de terminalidad establecidos de manera clara. Y según demuestra la literatura, los síntomas, al presentarse de manera similar en la mayoría de los casos, son tratados desde el inicio, además de que el paciente y la familia, son informados de la evolución de la enfermedad. Teniendo esto en cuenta vamos a explicar la causa de los síntomas más comunes, como el dolor, la disnea o la astenia, y el plan de tratamiento de cada uno de ellos.

Respecto a enfermedades crónicas, de prevalencia en aumento, los criterios de

terminalidad no se aplican de la misma manera que en enfermedades oncológicas. Trataremos de explicar factores pronóstico en enfermedad cardíaca, respiratoria, y neurológica avanzada, en particular la demencia, valorando las complicaciones propias de cada una de ellas, y el tratamiento más oportuno según la evidencia, y las características del paciente.

Que debemos hacer cuando el paciente con insuficiencia cardíaca deja de beneficiarse de terapias agresivas, como la reanimación cardiopulmonar. O en el caso de la demencia avanzada, la necesidad de hidratación, tratamiento antibiótico para procesos febriles, o la oportunidad de ingreso hospitalario. Y en el enfermo respiratorio, cómo podemos aliviar la disnea, o la ansiedad provocada por la misma.

Aunque el abordaje de estos pacientes es multidimensional, siendo la unidad de tratamiento “paciente-familia”, en esta ponencia, nos vamos a centrar en el análisis de los síntomas, y medidas terapéuticas, que suponen un reto en la labor del médico de familia, eje sobre el que se vertebra la atención a estos pacientes.

CHARLA

Innovaciones en la atención a las personas mayores en Andalucía

Espinosa Almendro JM1, Rodríguez Gómez S2

¹Médico de Familia. Asesor en envejecimiento de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

²Enfermera. Técnica de la Estrategia de Cuidados de Andalucía

Revisión y actualización del examen de salud para mayores de 65 años (salud65).

El objetivo principal que se marca es el de mejorar el bienestar, promover la salud, prevenir la enfermedad y responder a las necesidades de atención de las personas mayores de 65 años, adaptando la respuesta de los equipos de salud a las condiciones que determinan el estado y capacidad funcional de estas personas.

Los objetivos específico van en la línea de promover el desarrollo de intervenciones de promoción y prevención relacionadas con el Envejecimiento activo y saludable, detectar de forma precoz la Fragilidad y el riesgo de caídas en personas mayores, desarrollar intervenciones orientadas a la recuperación y/o conservación de las capacidades funcionales, optimizar las capacidades residuales de las personas que se encuentren en situación de dependencia así como adecuar las intervenciones según criterios basados en las capacidades funcionales (estratificación funcional) la evidencia científica y la mejora de los resultados en salud.

La población diana la constituyen las personas mayores de 65 años registrados en BDU y asignados a un equipo de salud, la captación será oportunista, siendo proactiva en programas ya establecidos y zonas con población de riesgo, los criterios de clasificación se realizarán según capacidad funcional en: personas sanas o autónomas, personas frágiles y personas dependientes.

La valoración tendrá en cuenta la medición de las actividades de la vida diaria, la prueba funcional es la velocidad de la marcha, además se recomienda realizar el cribado de caídas.

Las intervenciones se especifican para cada grupo de personas:

Persona mayor autónoma: actividades de promoción, prevención y específicas según se detalle en su plan terapéutico compartido.

Persona mayor con riesgo de fragilidad funcional: actividades de promoción y prevención, similar a las personas autónomas, Específicas en la fragilidad y específicas según se detalle en su plan terapéutico compartido.

Persona mayor en situación de dependencia funcional: Intervenciones de promoción y prevención de los grupos anteriores adaptadas según situación clínica y socio familiar, atención a persona/ familia cuidadora. Facilitar el plan terapéutico compartido y promover desde los equipos de salud un trabajo compartido con los activos comunitarios y locales y las acciones intersectoriales oportunas.

La entrada en vigor de este nuevo examen de salud se acompaña de un sistema de registro en información alojado en el "botón rojo" que ayuda a los profesionales en el recorrido y actuaciones principales a realizar en función de las características de la persona.

Plataforma digital para el fomento del envejecimiento activo y saludable.

Este programa es un proyecto de fondos FEDER, y supone un gran avance para la expansión de la Estrategia de Envejecimiento saludable, y un importante apoyo al desarrollo del examen de salud para mayores de 65 años actualizado.

Para su consecución, se operativiza mediante el diseño, desarrollo, implantación y mantenimiento de una plataforma virtual (www.enbuenaedad.es) para que interactúen profesionales, empresas públicas y privadas relacionadas con el sector, grupos organizados y ciudadanía en general.

Durante 2016 y 2017 se ha desarrollado el proceso de desing thinking (Standford) para la construcción de la misma. Las fases son empatizar, definir, idear, prototipar y evaluar.

En el proceso han intervenido más de 800 personas entre profesionales y ciudadanía, recogándose más de 1.400 expectativas tanto del formato como del contenido.

Los contenidos fundamentales son:

Soluciones audiovisuales para los cuatro pilares del Envejecimiento activo y saludable.

Campus virtual para ciudadanía, profesionales sanitarios y no sanitarios con actividades de entrenamiento "on-line" para los diferentes sectores.

Servicio de asesoramiento en envejecimiento saludable a través de Salud Responde.

Posibilidad de participación en los contenidos, experiencias y prácticas exitosas.

Repositorio de Apps específicas y de utilidad para la población diana.

Está operativa desde el 30 de abril de 2018.

CHARLA**Atención Primaria y Medicina de Familia en España. Problemas y expectativas**

Martín Zurro A

Excoordinador de los programas de Medicina de Familia y Comunitaria en Cataluña. Director de la revista Atención Primaria y del programa FMC. Editor del libro Atención Primaria (7ª edición)

La atención primaria y comunitaria (APyC) es, sin duda, el componente de nuestro sistema de salud que ha incorporado cambios conceptuales, organizativos y técnicos más relevantes en los últimos 30 años. Es necesario seguir considerando la reforma de la APS como un proceso dinámico y abierto, sometido a una continua reconsideración en aras de su mejor adaptación a los cambios que se van produciendo en el contexto político, económico, social y científico-técnico.

Cuando se habla del proceso de reforma de la APyC en España a veces se olvida que no partió de cero sino de un modelo de asistencia médica ambulatoria preexistente que condicionó (y aún lo hace hoy) algunos de sus elementos conceptuales y organizativos. Tampoco debe infravalorarse el hecho de que la prolongación en el tiempo del proceso de reforma en las distintas CCAA ha obligado a la coexistencia de los dos modelos, hecho que ha sido también una fuente importante de problemas y agravios.

También hay que insistir en que, con independencia de determinados errores cometidos al poner en práctica el proceso de reforma, el problema más importante que ha planeado sobre él de forma constante ha sido el de la insuficiencia de recursos, financieros y de otro tipo, dedicados a su implantación y desarrollo.

Todos hablamos constantemente del papel central del ciudadano(a) en el sistema sanitario pero a la hora de la verdad resulta que participa poco o nada de forma directa en la planificación y gestión de los servicios y que la organización de éstos, en muchas ocasiones, tiene más en cuenta las visiones y necesidades de los profesionales que las de aquellos.

Es un lugar común hablar del “burnout” de los profesionales sanitarios de la A. Primaria y Comunitaria. Los argumentos se centran

habitualmente en la sobrecarga de trabajo, en la falta de perspectivas de progreso profesional, en la dificultad para equilibrar la vida laboral y familiar y en las insuficientes remuneraciones. La insuficiencia de tiempo disponible para cada consulta y la burocratización excesiva de la actividad asistencial forman parte constante del elenco reivindicativo de los profesionales de nuestra APS.

La organización del trabajo en los centros y equipos de salud españoles también ha de ser objeto de profunda reconsideración. En la reforma se diseñaron unos bloques asistenciales compactos que obligan al profesional a visitar de forma consecutiva a los pacientes y se instauraron dos turnos de trabajo (de mañana y tarde) para, entre otras cosas, posibilitar la utilización de un mismo despacho por más de un profesional.

La APyC conserva aún hoy un enorme potencial de cambio y su papel va a seguir creciendo en relevancia en la medida en que sea capaz de proporcionar respuestas efectivas y eficientes a las nuevas necesidades y retos sanitarios y sociales que se plantean en nuestro entorno.

Todos los profesionales de APyC deben incrementar su visión y práctica comunitaria y traspasar la frontera de la atención individual para pasar a considerar aquella dimensión en todas y cada una de sus actuaciones asistenciales. No se trata de añadir nuevas tareas, hablamos de completar el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como el asistencial curativo o reparador. En un planteamiento de futuro de nuestra APyC hemos de contemplar cada vez con mayor énfasis el papel de los profesionales médicos y de enfermería de familia como verdaderos gestores de procesos y pacientes que actúan coordinando el conjunto de actuaciones que se llevan a cabo en el seno de los centros y equipos.

TALLER

Uso de nuevas técnicas de atención familiar para el estudio de las enfermedades crónicas de las personas mayores dependientes. URM

De la Revilla L¹, De los Ríos Álvarez AM^{a2}

¹Emérito Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Centro de Salud de Cartuja. Granada. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia

²Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada

En este Taller vamos a analizar por una parte, los distintos escenarios que permiten la atención familiar en el estudio de las enfermedades crónicas de los mayores y por otra las nuevas técnicas para el abordaje psicosocial de las enfermedades crónicas en las personas mayores dependientes.

Los escenarios para el abordaje de la enfermedad crónica en los mayores:

El **primer escenario** está dedicado por una parte a analizar las características clínicas y los planes terapéuticos que tiene la enfermedad crónica en este grupo etario.

El **segundo escenario** intenta aportar las bases para pasar de lo biomédico a lo psicosocial.

El **tercer escenario** incorpora los conocimientos para poner en marcha los mecanismos que permita averiguar cómo se organiza la familia, y como se adapta a esta situación, atendiendo a su estructura, al ciclo vital familiar, a la aparición de nuevos AVE, a la red, el apoyo social y a las relaciones familiares.

El **cuarto escenario** se ocupa de los recursos formales e informales. Las redes de cuidado informal giran en torno a una figura central, la cuidadora principal. La carga de trabajo que va a sufrir va a depender de las características psicosociales de la enfermedad, del tipo de cuidados que presta y del tiempo que le dedica al cuidado.

En el **quinto escenario** se estudia todo lo concerniente al medio-ambiente del hogar; entendiéndolo como el espacio físico donde vive el grupo doméstico. Precisamente la

necesidad de ubicar a las personas dentro del hogar se hace más necesaria cuando tratamos a personas mayores, sobre todo si padecen enfermedades crónicas y están inmovilizadas.

En el **sexto escenario** se centra en la intervención basada en la solución de problemas, de tal forma que a través de este modelo terapéutico se intenta ayudar al paciente y a su familia.

Las nuevas técnicas para el estudio de la enfermedad crónica en las personas mayores:

Técnica del segundo escenario para pasar de lo biomédico a lo psicosocial

Vamos a usar la *clasificación de la tipología psicosocial* de Rolland. Usando esta técnica en las enfermedades crónicas en las personas mayores le ha permitido a De la Revilla et al, identificar cuatro tipos de tipología.

Técnica del tercer escenario para el estudio de la familia, su organización y función.

Se centra en la construcción, lectura e interpretación del genograma, pero con una nueva técnica: un *cuestionario autoadministrado* que reduce notablemente el tiempo que es necesario para su construcción.

Técnica del cuarto escenario para la evaluación de los recursos informales y formales

Uno de los problemas más importantes en los recursos informales es la sobrecarga de la cuidadora principal que origina importantes problemas de salud, económicos, laborales y socio-familiares.

Para identificar y evaluar la sobrecarga de la cuidadora usamos la nueva técnica de la *subescala personal de Zarit* con 8 items.

Técnica del quinto escenario para el estudio medioambiental

En esta técnica se trata de *realizar y construir el mapa familiar* que consiste en dibujar el plano de la vivienda, señalando la configuración del hogar, el uso y ocupación del espacio por el paciente y su familia, su circulación, las barreras y los factores de riesgo del hogar.

Técnica del sexto escenario: la estrategia de intervención

Usamos una novedosa aportación: *Intervención familiar basada en la solución de problemas*. Tiene: Primera sesión: selección del caso y explicación de metodología. Tarea para su domicilio: elaborar la lista de problemas. Segunda sesión: Definir y clasificar los problemas. Construcción, lectura e interpretación del genograma. Tarea para su domicilio: proponer soluciones a los problemas. Tercera sesión: analizar las soluciones aportadas. Intervención: prescribir tareas. Cuarta sesión: evaluación.

TALLER

Abordaje del inicio de la insulinización desde la UAF (unidad de atención Familiar). URM

Jurado Sánchez I¹, Díaz Capela AJ²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Baños de la Encina. UGC Bailén. Distrito Sanitario Jaén Norte

²Enfermero de Familia. Consultorio Baños de la Encina. UGC Bailén. Distrito Sanitario Jaén Norte

El paciente con Diabetes tipo 2 es atendido en diferentes fases de la enfermedad por distintos profesionales de la salud (Endocrinos, Educadores, Médicos de Familia, Internistas, Cardiólogos, Nefrólogos y otros profesionales sanitarios), pero es indiscutible que, dadas las características de cronicidad y la alta prevalencia, el seguimiento y control en Atención Primaria es insustituible.

La necesidad de tratamiento con insulina en la diabetes tipo 2 puede aparecer en diferentes momentos de la evolución natural de la enfermedad y en ese instante, se hace imprescindible abordar un programa de educación terapéutica donde se expliquen las ventajas del nuevo tratamiento, se desarrollen las habilidades sobre la técnica de inyección, la conservación y cuidado del material y las posibles complicaciones asociadas (hipoglucemia) así como el empoderamiento del paciente para hacer frente al cambio de dosis según las circunstancias que se presenten.

En este entrenamiento tiene un papel fundamental la UAF (Unidad de Atención Familiar) donde médico y enfermero trabajen coordinados para rentabilizar tiempo a la hora de transmitir al paciente toda la información necesaria y que éste la reciba de forma clara y sencilla utilizando algoritmos de cuidados y modificación de dosis.

Lo habitual en pacientes con Diabetes tipo 2 es comenzar el tratamiento con insulina cuando ya

no se consigue un control adecuado con el uso de antidiabéticos orales debido a la progresión natural de la enfermedad pero hay determinadas circunstancias que obligan a insulinizar desde el diagnóstico (Hemoglobina glicosilada muy alta >10%, cetonuria, pérdida de peso...) y también una insulinización transitoria debido a descompensaciones agudas, embarazo, enfermedades intercurrentes, cirugía...

Objetivos del taller

- Analizar las barreras para la insulinización tanto por parte del paciente como por parte del profesional sanitario.
- Estrategias de superación de dichas barreras.
- Técnica de insulinización y elección del dispositivo a utilizar.
- Combinación de insulina con otros fármacos antidiabéticos.
- Algoritmo de insulinización.
- Pautas de intensificación.
- Situaciones de insulinización transitoria (sepsis, descompensaciones agudas, tratamiento con corticoides, cirugía...)
- Situaciones de insulinización definitiva.
- Manejo de hipoglucemias.

Metodología

- Presentación Power Point
- Algoritmos de insulinización REDGDPS, ADA y Pautas de Actuación y Seguimiento de insulinización en diabetes tipo 2 de la Organización Médica Colegial.
- Casos clínicos.

TALLER

Inequidades en salud. Salud internacional

Carrillo Abadia IM^a

Médico de Familia y Comunitaria en Castilleja de la Cuesta. Sevilla. Miembro del GdT SAMFyC de Inequidades en Salud

Somos un grupo de trabajo perteneciente a la SAMFyC, que trabajamos sobre las inequidades de la salud. Existen diferencias en salud, debida a una distribución asimétrica de los repartos de los bienes, de los derechos o de las cargas de la enfermedad en la población actual. Aparecen las desigualdades en la salud en cuanto estas diferencias son evitables e innecesarias. La equidad no es tratar a las personas por igualdad, sino dar más a quien más lo necesita, conocidos como colectivos vulnerables. Por todo esto, finalmente, se definen las inequidades en salud cuando estas diferencias y desigualdades, son injustas de forma que, afectan mayoritariamente a las poblaciones más desfavorecidas.

Este concepto implica que estas diferencias afectan a uno de los pilares de los principios

fundamentales de la bioética directamente, como es la JUSTICIA.

En este taller, mostraremos nuestro trabajo de forma práctica, mediante casos clínicos y debate abierto tras presentarlos a los alumnos. Estos casos clínicos, se dividirán en 4 grupos. 1º grupo, sobre inequidades en población inmigrante, 2º grupo, sobre inequidades en la mujer, 3º grupo inequidades en salud en población rural, y, 4º grupo inequidades en salud en otras poblaciones, un caso de transexualidad.

Si da tiempo, se concluirá el taller, volviendo al concepto de inequidades en salud, una vez trabajados de forma práctica los casos clínicos, con los alumnos directamente.

TALLER

Exploración clínica en Traumatología: Patología del miembro inferior

Cobo Valenzuela N¹, Natividad Pedreño M²

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP de Jaén (Distrito Sanitario Jaén- Jaén Sur)

²FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología. Doctor en Medicina. Complejo Hospitalario de Jaén

El Objetivo de nuestro taller es remarcar la importancia de la exploración clínica del aparato locomotor (en este caso en el Miembro Inferior) para el correcto diagnóstico y tratamiento de su patología y reforzar el conocimiento sobre el tema por parte de los asistentes.

Hemos organizado un taller eminentemente participativo, del que esperamos la colaboración de los alumnos como "exploradores" y modelos de exploración.

Metodología

Se realizará un taller teórico-práctico de 2 horas de duración en las que se expondrán de manera teórica las patologías más frecuentes del aparato locomotor y las técnicas para su correcta exploración haciendo especial hincapié en la práctica de las mismas.

El apartado teórico se expondrá mediante presentaciones tipo PowerPoint de cada zona anatómica.

El apartado práctico se realizará en una camilla de exploración clínica usando una cinta métrica y un goniómetro utilizando como voluntarios a los asistentes al taller.

Objetivos específicos.

1. Teóricos:

Recordar aspectos básicos de anatomía del aparato locomotor.

Reconocer las patologías más frecuentes tanto en atención primaria como en un servicio de urgencias.

Metodología para realización de una exploración ordenada y exhaustiva de cada una de las partes que forman el Aparato Locomotor (Miembro Inferior).

2. Prácticos:

Realización de las maniobras exploratorias más frecuentes divididas por zonas anatómicas.

Conseguir capacidad diagnóstica de las patologías más frecuentes en la práctica clínica habitual.

Bibliografía:

1. Delgado Martínez AD. Cirugía Ortopédica y Traumatología. 3a edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
2. Granero Siberta J. Manual de exploración clínica del aparato locomotor. 2010. MEDical & MarkEting coMMunications. isbn: 978-84-693-8580-7.

TALLER

Estrategias cooperativas de promoción del uso adecuado de los medicamentos: autoauditorías y revisión de pacientes polimedicados. URM

Fernández Oropesa C

Farmacéutico de Atención Primaria. AGS Nordeste de Granada

Introducción

Tradicionalmente la promoción del uso adecuado de los medicamentos (UAM) en los servicios de salud públicos ha estado muy influenciada por las medidas de contención del gasto farmacéutico. No obstante, mientras dicha contención está relacionada con la eficiencia y la sostenibilidad del sistema, la promoción del UAM está íntimamente ligada a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

La dirección-gerencia y la UGC de Farmacia del Área han impulsado durante 2018 una nueva estrategia de promoción del UAM con una marcada vocación formativa, que supere las limitaciones de otras estrategias que son percibidas por los prescriptores como fiscalizadoras, coercitivas, poco útiles y en las que su participación es pasiva.

La estrategia (que ha quedado recogida en los acuerdos de gestión 2017-2018 y ha contado con el apoyo de la comisión de farmacia del Área) se ha concretado en el diseño de intervenciones dirigidas al análisis de aspectos críticos de la farmacoterapia del médico de familia y en las que éste tenga un papel activo, a través de la realización de auto auditorías de historias clínicas y la revisión de pacientes polimedicados.

Auto auditorías de historias clínicas

Se definieron como el procedimiento en el que cada profesional analiza algún aspecto de la estructura, proceso o resultado de la asistencia prestada, para medir si los objetivos propuestos han sido alcanzados y, por consiguiente, se garantiza la calidad de la misma.

Para esta intervención, tras analizar la evolución de la prescripción entre los años 2010 a 2017, se decidió abordar el uso de

opioides fuertes en dolor crónico no oncológico (DCNO) por sus importantes implicaciones en la seguridad de los pacientes.

La intervención se ha estructurado en una revisión del tema, expuesta en una sesión grupal y la elaboración de un cuadernillo metodológico en el que se recogen todos los aspectos relevantes para la realización de las auditorías.

Revisión de pacientes polimedicados

Esta intervención es complementaria de la anterior y su objetivo es establecer un procedimiento de revisión estandarizado y estructurado, de los pacientes polimedicados (definidos como aquellos con ≥ 75 años que toman de forma continuada ≥ 10 medicamentos).

De forma análoga, se preparó una sesión donde se abordaba el problema de la polimedicación, su prevalencia, los riesgos asociados para el paciente y la forma de abordarla, impartida por un médico de familia y un FAP. También se elaboró un cuadernillo metodológico ad hoc con documentación de apoyo a la actividad.

Resultados

Las intervenciones aún no han finalizado y está previsto hacerlo durante los meses de septiembre y octubre de este año. Debido a su carácter formativo y exploratorio se ha solicitado que cada director de UGC elabore un informe de reflexión sobre el impacto de las revisiones, la acogida entre los profesionales, la mejora de la estrategia y las futuras líneas de trabajo.

Conclusiones

La nueva estrategia de promoción del UAM del AGS Nordeste de Granada es una realidad recogida en los acuerdos de gestión, con una

metodología explícita que establece intervenciones ágiles para abordar los potenciales problemas detectados asociados a la prescripción de medicamentos y cuyo objetivo último es mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

A la espera de poder valorar los resultados finales, la experiencia ha acercado a los FAP a la realidad clínica de los médicos de familia, y ha permitido a éstos desarrollar actividades de formación con un marcado carácter práctico, más identificadas con sus necesidades.

TALLER

Últimas evidencias en fármacos para la salud mental del adolescente. URM

Moreno Fontiveros M^aA¹, Tejada García EJ², Pérez Milena A³

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

²Enfermero. CS Estepa (AGS Osuna). Sevilla

³Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

La adolescencia, en la creencia popular, se describe como un periodo de confusión, desajuste y conflicto, pero la mayoría de los adolescentes no experimentan confusión, se relacionan bien con sus familias y están integrados con respeto a sus valores sociales y culturales. Si es cierto que se trata de un periodo de rápida transición psicológica, cognitivo, moral, física y del rol personal, por lo que es importante detectar precozmente aquellos sujetos con dificultades.

Estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que hasta la quinta parte de los adolescentes tienen problemas de salud mental. La frecuencia de trastornos mentales en este periodo ha aumentado en los últimos 20-30 años. Dada la complejidad de esta etapa, se requiere un abordaje y tratamiento diferente de estos pacientes, siendo necesario desarrollar actuaciones transversales de promoción de la salud, detección e intervención precoz de las patologías más prevalentes y graves.

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

Los trastornos psiquiátricos, sobre todo los trastornos depresivos, son especialmente frecuentes entre adolescentes que acuden a consulta de Atención Primaria. El 20% de los adolescentes europeos padecerán depresión en algún momento de

su vida. La depresión y la ansiedad en el adolescente suele tener una expresión clínica distinta a la del adulto, predominando más en este grupo de edad la anhedonia, desesperanza e hipersomnia; con un índice de suicidio mayor. El suicidio es la tercera causa de muerte en este grupo de edad a nivel mundial. Se estima que más de la mitad de los adultos diagnosticados de alguna enfermedad mental comenzaron a presentar síntomas antes de los 14 años. La depresión en el adolescente responde a intervenciones psicológicas estructuradas como la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Interpersonal. Los casos graves y resistentes pueden mejorar con un tratamiento adicional de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS).

El médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la detección de los problemas de salud mental en este grupo de edad, facilitarles información y consejo, en el tratamiento de los problemas leves (depresivos y otros trastornos emocionales leves) y en remitirlos a los servicios de Salud Mental en caso de clínica grave (problemas disruptivos importantes, riesgo de suicidio, trastornos psicóticos, trastornos de conducta alimentaria,...)

Bibliografía:

1. Grupo de estudio del Adolescente SAMFyC. Guía de Atención al Adolescente. 2015. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
2. Brown TE. Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños adolescentes y adultos. Barcelona: Ed. Masso; 2003.
3. Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2015.
4. Cornella i Canals J, Guillamet Ll. Atención a la salud integral del adolescente desde los Servicios de Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2001;6(1):33-41.

TALLER

Atención a los pacientes con enfermedades Raras. URM

Esteban Bueno G¹, Ruiz-Castañeda D²

¹Doctora en Medicina. Médico de Familia UGC Garrucha. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería. Coordinadora del equipo Multidisciplinar del Síndrome de Wolfram. Presidenta Asociación Española para la Investigación y ayuda al Síndrome de Wolfram. Almería

²Doctora en Psicología. Investigadora en Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO) y Asociación para la Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram. Almería

Las Enfermedades Raras (ER) son un grupo heterogéneo de entidades que comparten su baja prevalencia (5 casos por cada 10000 habitantes), elevada morbimortalidad, discapacidad y en un 80% base genética. Aunque consideradas de forma aislada inciden en un número reducido de personas, en conjunto afectan a un 7% de la población y por tanto en torno a 3 millones de personas en España^{1,2,3}. Cuando un individuo padece una ER, por sus características, se afecta a todo el sistema familiar y es precisamente en este ámbito en el que es especialista el médico de Atención Primaria (MAP).

El MAP conoce las necesidades de sus pacientes con enfermedades crónicas habituales y por tanto, precisa una adecuada formación en el campo de las ER con el fin de actualizar sus conocimientos, y poder detectar y ofrecer una atención de calidad a este importante grupo de población. El paciente con una ER es el paradigma del enfermo crónico informado, es por eso habitual que la mejor fuente de información sean ellos mismos^{2,4}, adquiriendo aún mayor importancia la capacidad del profesional de primaria en escuchar y empatizar con su paciente.

El MAP posee una labor importantísima en todas las fases del proceso socio-sanitario de estas entidades, y abarca además el acompañamiento del paciente y su familia.^{5,6}

Además el MAP ha de conocer las dificultades del manejo farmacológico de las ER, la dificultad de acceso a los fármacos disponibles y las peculiaridades de los medicamentos huérfanos así como de la exigencia de su adecuada vigilancia y control⁷.

Fase diagnóstica: La primaria es habitualmente la puerta de entrada en el Sistema Sanitario. La

presencia de una serie de signos o síntomas y una clínica anodina, debe dar la sospecha al MAP de una entidad poco usual e iniciar los cauces para lograr un diagnóstico precoz^{8,9}. Las ER requieren generalmente unos 10 a 15 años para llegar a un diagnóstico final. En esta etapa de “búsqueda de diagnóstico” la familia precisa transmitir sus dudas, incertidumbres y angustias, demandando al MAP una mayor escucha activa, acompañamiento y capacidad de empatizar^{10,11}.

Seguimiento tras diagnóstico: Es fundamental una adecuada coordinación interniveles. La primaria vuelve a cobrar importancia en el seguimiento de unas enfermedades que a menudo, ante la casi total ausencia de tratamientos eficaces, necesitarán un reajuste y control continuo de los diversos síntomas que acompañan al paciente de por vida. Así mismo, es preciso coordinar los cuidados y las acciones encaminadas a proporcionar un soporte en la esfera doméstica y social⁹. En su práctica diaria el MAP debe abordar los aspectos físicos (el control de síntomas) pero sin descuidar el apoyo psicológico y social^{12, 5}.

Acompañamiento al final de su vida: El MAP conector de la expectativa de vida de su paciente, debe ayudarle a planificar los cuidados al final de su vida para que decida de forma autónoma y consciente, la atención sanitaria que quiere que le preste y realice sus voluntades anticipadas.¹³

Acompañamiento tras desaparición del afectado por ER. Al desaparecer la “persona a cuidar” pueden generarse diversas manifestaciones emocionales, por tanto hay que ofrecer a la familia atención y canalizar esta situación.

El Grupo de Trabajo Genética Clínica y Enfermedades Raras de la semFYC en colaboración con el Instituto de Investigación en ER (IIER-ISCIH) y las organizaciones de pacientes (FEDER) y el IMSERSO, han diseñado un protocolo de actuaciones sencillas disponible on-line para el MAP: <http://dice-aper.semfyces/>

Los pasos de este protocolo DICE-APER incluyen: D: Diagnóstico I: Información, C: Coordinación, E: Epidemiología. APER: Atención Primaria en Enfermedades Raras¹¹.

Referencias

- Schieppati JL, Henter E, Daina A, Aperia J. Why rare diseases are an important medical and social issue. *The Lancet* 2008; 9629 (371):2039-2041.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60872-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60872-7/abstract)
- Esteban Bueno G, Ruano García M, Guerra de los Santos JM, Motero Vázquez I. Conocimientos médicos sobre enfermedades raras por parte de los profesionales de la salud. *Salud(i) Ciencia* 2015; 21:604-609.
<http://www.siicsalud.com/dato/sic/216/147725.pdf>
- Posada de la Paz M, García Ribes M. Enfermedades raras: concepto, epidemiología, situación actual y perspectivas futuras. *Aten Primaria* 2010; 42(3):169-172.
<http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-concepto-epidemiologia-situacion-actual-perspectivas-S0212656709005733?redirectNew=true>
- Avellanada A, Izquierdo M, Luego S, Arenas J, Ramón JR. Necesidades de formación en enfermedades raras para atención primaria. *Aten Primaria* 2006; 38: 345-347.
<https://medes.com/publication/29102>
- Esteban Bueno G, Ruano García M, García Luna P, Motero Vázquez I. El médico de familia ante la Esclerosis Lateral Amiotrófica. *Rev Clin Med Fam* 2016; 9(1): 46-49.
<http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=444>
- A powerful team: The family physician advocating for patients with a rare disease. T Dudding-Byth - *Australian family physician* 2015; 634-638.
https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2015/September/September_Focus_Dudding-Byth.pdf
- Nagore C., Lacalle E., Arteché L. El farmacéutico en el contexto de las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos. *Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400009&lng=es
- Ortega Calvo M, Gómez Chaparro Moreno JI, González-Meneses López A, Guillén Enríquez J, Varo Baena A, Fernández de la Mota E. Mapas conceptuales para el diagnóstico de enfermedades raras en atención primaria. *Aten Primaria* 2011; 44 (1): 43-50.
<http://www.elsevier.es/pt-revista-atencion-primaria-27-articulo-mapas-conceptuales-el-diagnostico-enfermedades-S0212656711002162>
- Evans W, Rafi I. Rare diseases in general practice: recognising the zebras among the horse. *Br J Gen Pract* 2016; 66 (652): 550-551. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687625>
- Federación Española de Enfermedades Raras. Por un modelo sanitario para la atención a las personas con enfermedades raras en las comunidades autónomas. Estudio ENSERio2. FEDER, Madrid, 2013.
https://www.enfermedades-raras.org/images/stories/documentos/Estudio_ENSERio2_FEDER_DEF.pdf
- García Ribes M, Verde González MP, Suerio Juste J, Rosado Bartolo A, Sorlí Guerola JV. Abordando las enfermedades raras en la consulta de atención primaria: si se quiere, se puede. *Rev Clin Med Fam* 2013; 6 (1): 32-36.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2013000100006&script=sci_arttext&lng=pt
- Esteban Bueno G, Ruano García M, Motero Vázquez I, Soler Pérez MA, Balaguer Villegas I. Las enfermedades Raras desde una perspectiva bio-psico-social. En: Pérez MC, Molero NM, Mercader I. Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento. Ed. Almería: Asoc Univ de Educación y Psicología (ASUNIVEP), pp.199-204, 2013.
- Tamayo Velázquez MI et al. Guía para hacer la voluntad Vital Anticipada. Sevilla: Consejería de Salud, 2012.
https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/pdf/guia_rva_nueva_v2.pdf

TALLER

Cirugía menor ambulatoria. Principios básicos

Domínguez Quintero B¹, López González J²

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

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Cartaya. 2º Responsable de Cirugía Menor Ambulatoria en UGC CS Cartaya. Huelva

Los programas de cirugía menor son una realidad en la cartera de servicio de la sanidad pública andaluza desde hace años, se llevan a cabo en los centros de atención primaria y suponen básicamente la atención sanitaria de lesiones o patologías que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas. Se realizan en tejidos superficiales y generalmente precisan anestesia local presentando un escaso riesgo y complicaciones postquirúrgicas. Estas pueden ser abordadas en la atención primaria sin sobrecargar a la especializada.

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

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

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

diagnóstica de los médicos de familia y de los médicos internos residentes, realizando un recorrido por lesiones más usuales, necesidades y materiales necesarios para realizar la cirugía menor en un centro de salud, así como el aprendizaje de técnicas quirúrgicas básicas, aplicación de anestésicos y sutura de las heridas producidas, mediante la realización de una intervención práctica. La duración del taller será de dos horas.

Bibliografía

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

TALLER

La Videograbación como herramienta docente en comunicación

Pérez Fuentes M^aF¹, Martínez Lechuga M², Ballesta Rodríguez M^aI³

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos. Directora de la Unidad de Gestión Clínica "Linares A" DS Jaén- Norte. Tutora docente de la UD de MFyC de Jaén

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Úbeda- DS Jaén-Nordeste. Tutora docente de la UD de MFyC de Jaén

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo, Jaén. DS Jaén. Tutora docente de la UD de MFyC de Jaén

Las Habilidades en comunicación médico-paciente son un pilar fundamental de la práctica asistencial. Se ha demostrado cómo un aprendizaje de habilidades y manejo adecuado de la entrevista clínica mejora la satisfacción del paciente y los resultados en salud, facilita la adherencia terapéutica y disminuye el desgaste emocional del profesional.

La comunicación es por tanto, una competencia esencial en el proceso formativo del residente. Es importante dotar al tutor y al propio residente de metodologías y técnicas que faciliten la docencia y la tutorización en las mejores condiciones. **La videograbación con pacientes reales y su posterior análisis** es una potente herramienta formativa para adquirir y reforzar las habilidades comunicacionales durante el periodo de formación del residente, así como en la formación continuada de los profesionales. Como toda técnica con una metodología específica ha de ser aprendida y entrenada, para el uso óptimo y correcto de la misma.

En nuestro taller entrenaremos el método de análisis de videograbaciones con la técnica de "Entrevista Centrada en el Problema" (**PBI**): técnica de enseñanza de habilidades conductuales complejas basada en proporcionar 'feed-back' positivo y orientada al problema y comportamiento concretos del discente.

La técnica PBI aplica la teoría de las necesidades de Maslow: antes de empezar...conocer los deseos concretos del discente y sus necesidades en entrevista, su HHBB y sus sentimientos sobre el tema. Se realiza en pequeños grupos de apoyo, en un clima interpersonal empático. Y siguiendo las teorías conductistas se aplican los principios

básicos: práctica y feed-back (buscando correlación entre la actuación y la conducta deseada y predefinida).

El trabajo con Entrevistas Reales ofrece múltiples ventajas y potencialidades que podríamos resumir en: Facilitar y potenciar las propias habilidades (hhbb) ya presentes en el discente. Orienta a adquirir nuevas hhbb. Protege de la autocrítica y crítica externa negativa o destructiva y es sensible a las necesidades del alumno. Proporciona mayor estímulo para adquirir conocimientos y técnicas concretas. No requiere de la memoria para recordar detalles y hechos relevantes de las entrevistas (se trabaja con la imagen objetiva video-grabada) y permite trabajar los componentes de lenguaje verbal y no verbal.

El trabajo con grupos pequeños en el análisis de las videograbaciones permite explorar y compartir mayor cantidad de contenidos, el uso eficiente del tiempo. Facilita la discusión y compartir las reacciones ante los pacientes. Facilita la motivación para el cambio, modela comportamientos. La Interacción entre compañeros en vez de crear antagonismo. El grupo se responsabiliza de su propio aprendizaje. El monitor-tutor apoya, orienta y puede ejercer de modelo y la programación de sesiones periódicas puede dar continuidad al aprendizaje.

Con este enmarque teórico nos planteamos los siguientes objetivos del taller:

Adquirir habilidades para el análisis de la videograbación como herramienta docente.

Promover actitudes constructivas en el análisis de la videograbación.

Mostrar su utilidad en el proceso de tutorización con el método PBI.

Adquirir habilidades en el feed-back.

TALLER**Uso racional de antihipertensivos. URM**Juárez Jiménez M^aV*Médico de familia. CS Porcuna. Jaén*

El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es conseguir la máxima reducción en el riesgo total a largo plazo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

El tratamiento es útil para reducir la enfermedad cerebrovascular, isquemia cardiaca, mortalidad cardiovascular y la mortalidad total.

Los objetivos de PAS se sitúan en 140 mmHg en todos los casos (riesgo bajo-moderado, diabetes mellitus, AIT o ictus previo, arteriopatía periférica y enfermedad renal crónica), en ancianos menores de 80 años depende del estado general (si no es bueno y no toleran el tratamiento se acepta 160 mmHg) y en ancianos mayores de 80 años se sitúa en 160 mmHg.

El objetivo general de PAD es <90 mmHg, pero en diabéticos y pacientes con buena tolerancia a la medicación se sitúa en <85 mmHg.

Entre las opciones terapéuticas no farmacológicas la pérdida de peso, realizar ejercicio físico aeróbico, reducir consumo alcohol y sal, consiguen un descenso moderado de las cifras de PA. La reducción de peso es el método más eficaz para reducir la presión arterial por medios no farmacológicos (por cada kg de peso perdido, la TAD baja dos mmHg).

Unos cambios adecuados en el estilo de vida son la base del tratamiento de la HTA. Se ha comprobado que pueden evitar o retrasar la aparición de HTA en no hipertensos y ayudar al control de la PA en pacientes ya diagnosticados.

La actitud terapéutica varía en función de los factores de riesgo cardiovascular del paciente y del grado de hipertensión (cifras de PA).

No hay diferencias entre los distintos fármacos utilizados como primer escalón terapéutico (IECAs, ARA II, diuréticos, betabloqueantes y calcioantagonistas). Su uso preventivo depende más de la reducción de la presión arterial que de los efectos pleiotrópicos específicos de cada fármaco.

Se inicia el tratamiento antihipertensivo con combinaciones de 2 fármacos en pacientes con cifras basales elevadas de PA o con RCV elevado.

La utilización de dos fármacos de diferente clase es más efectiva para reducir la PA que el incremento de la dosis de un fármaco en monoterapia.

Los diuréticos tiazídicos son los fármacos recomendados en combinación.

Cada familia de fármacos tiene sus ventajas y contraindicaciones por lo que existen situaciones que favorecen el uso de un tipo concreto de fármaco frente a otro.

Es útil la combinación de varios fármacos antihipertensivos en un mismo comprimido, ya que incrementa la adherencia y las tasas de control de la PA.

Para iniciar terapia farmacológica la clave está si el inicio del tratamiento debe realizarse con uno o varios fármacos.

Se considera que la HTA es resistente al tratamiento cuando no se alcanzan valores de PA<140/90 mmHg a pesar de un adecuado estilo de vida y 3 fármacos antihipertensivos a dosis adecuadas, siendo uno de ellos un diurético. Presenta una prevalencia del 10% de los pacientes hipertensos.

El incumplimiento del tratamiento es una de las causas más importantes de las dificultades del control de la HTA. Se estima que alcanza hasta un 45% en los pacientes que reciben tratamiento farmacológico. Es conveniente conocer los factores que dificultan el cumplimiento, los patrones de incumplimiento, valorar el cumplimiento y medidas para mejorar el cumplimiento.

Se recomienda mantener un seguimiento de los hipertensos cada 2-4 semanas tras iniciar tratamiento farmacológico y hasta alcanzar los objetivos de PA. Una vez alcanzados realizar una revisión al cabo 3-6 meses. El seguimiento de pacientes estables debe realizarse al menos cada 2 años y depende del riesgo individual de cada paciente.

TALLER

Evitando complicaciones del pie diabético

Gutiérrez Molina D

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Distrito Sanitario Nordeste de Jaén

El pie diabético es una de las complicaciones más graves de la diabetes, repercute gravemente en la morbilidad y calidad de vida del afectado y ocasiona un elevado impacto económico y social. La prevalencia de ND es de un 24.1% en pacientes con DM tipo 2. Un 54% de los pacientes con úlceras por pie diabético tenían Neuropatía Diabética en contraste con el 19.9% de los pacientes sin úlceras, 50% pacientes asintomáticos.

La pérdida de sensibilidad protectora es el factor predisponente clave en la aparición del pie de riesgo. El factor precipitante más frecuente de la úlcera es el traumatismo relacionado con el calzado en conflicto con las deformidades del pie. La isquemia y la infección de úlcera, son los factores pronósticos más importantes y marcan el riesgo de amputación. Los pilares del tratamiento son la limpieza/cura, desbridamiento, descarga, tratamiento de la infección y revascularización cuando sea necesaria.

Para prevenir amputaciones y/o úlceras es muy importante un programa estructurado de cribado que identifique el pie de riesgo. La Atención Primaria desempeña un papel clave en el desarrollo de este programa y tiene el reto de evitar que el pie sano del paciente con DM2 se convierta en un pie diabético abordando precozmente los factores de riesgo que puedan provocarlo.

Pasos para identificar el pie de riesgo:

1- *Anamnesis*: dirigida a la existencia de lesiones en los pies, agudeza visual, hábitos tóxicos y síntomas de neuropatía y/o arteriopatía periférica.

2- *Inspección del pie*: integridad de la piel, lesiones ungueales, detección de deformidades musculoesqueléticas e hiperqueratosis.

3- *Inspección del calzado*: El calzado inapropiado contribuye al desarrollo de úlceras debiendo ser igualmente inspeccionado con el fin de determinar si es adecuado.

4- *Exploración de la sensibilidad de protección*: mediante el monofilamento (MF) aplicado en tres puntos plantares de cada pie. Estando el paciente

con los ojos cerrados, se aplica el MF perpendicularmente, sin que se deslice sobre la piel, hasta que se dobla. Es entonces cuando se valora. No debe apoyarse más de 1-2 segundos. No aplicar en zonas de hiperqueratosis. Emplear una secuencia aleatoria. Si algún punto es insensible repetir la exploración en dicho punto y considerar que es sensible si el paciente nota el MF en dos de tres aplicaciones. Complementar la prueba del MF con la exploración de la sensibilidad vibratoria utilizando un diapason de 128 Hz aplicado sobre el dorso de la falange distal del 1º dedo. La prueba es positiva si contesta correctamente a dos de tres aplicaciones.

5- *Exploración Vascular*: observación de coloración y temperatura. Palpación de pulsos distales (pedio y tibial posterior). ITB (Índice Tobillo/brazo) anual en: ≥ 50 años. < 50 años si existen factores de riesgo de arteriopatía periférica (tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes de más de 10 años de evolución). Ausencia de pulsos distales y/o presencia de claudicación intermitente.

ITB patológico: < 0.90 , grave < 0.40 , crítico < 0.30 , no compresible (calcificación arterial?) > 1.30 .

6- *Estratificación del riesgo de úlcera*: Frecuencia de visitas de control.

Ausencia de neuropatía periférica: Anual.

Disminución SP o presencia de deformidades en el pie Semestral.

Disminución SP con arteriopatía periférica y /o deformidad del pie: Cada 3-6 meses y visita al podólogo.

Disminución SP y antecedentes de úlcera y/o amputación previa: Individualizar cada 1-3 meses. Valorar derivación a cirugía vascular.

Abordaje global del diabético para su prevención y tratamiento, evitar la Neuroisquemia: abandono del tabaco, ejercicio físico, TA $< 140/90$, Ldl < 100 Optimo < 70 al menos $< 50\%$ inicial, HBA1c $< 7\%$ (valorar edad, años de evolución, complicaciones o comorbilidades graves)

La medida más eficiente para evitar el pie diabético es retirar zapatos y calcetines y examinar los pies.

TALLER

¿Qué te reconfortó durante un duelo?

Rodríguez Bayón A¹, Carnerero Córdoba L²

¹Medica de Familia. CS San José. Linares (Jaén). Tutora de MIR de MFyC desde 1995 y colaboradora docente con la UD de MFyC de Jaén en temas relacionados con la Relación Médico-Paciente y la Comunicación

²MIR de 2º año de Oncología Médica. Parque Tecnológico de la Salud. Granada. FEA de Rehabilitación y Medicina Física

Los profesionales sanitarios convivimos frecuentemente con enfermedades incurables y con la muerte, además de organizar nuestra actividad en sistemas institucionales complejos de elevada tensión organizativa. En el encuentro clínico no es posible eludir que se produce en el contexto de un intercambio de información y de emociones. Existe una marcada desconexión entre unos “excesivos” conocimientos teóricos y un escaso entrenamiento en la **gestión de emociones** por parte de los profesionales.

Este taller está enmarcado en los referidos al URM y partiendo de que la droga más frecuentemente utilizada en el encuentro clínico es **el propio médico**. No solo importa el fármaco concreto sino toda la atmosfera que rodea a la administración y recepción de dicha droga. No existe ninguna forma de farmacología respecto a la droga, su posología, frecuencia y posibles riesgos. Con esta referencia, intentaremos acercarnos a las habilidades de comunicación más básicas durante el duelo y flexionar en torno a qué creemos que puede reconfortar durante ese proceso. ¿El silencio, el abrazo, las frases de consuelo?

El duelo no es solo el dolor por la muerte de un ser querido sino el sentimiento de **cualquier pérdida significativa** para el doliente. Por lo tanto, se considera una reacción adaptativa normal y esperable. No es una enfermedad, a pesar de ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud. Es un proceso único e irrepetible.

Después del primer impacto emocional y en un entorno de colaboración y de apoyo, los dolientes dan mucha importancia a la privacidad, a la actitud y la competencia del médico así como al tiempo que se les dedica a responder sus preguntas.

Os invitamos a explorar el espacio de la **comunicación no verbal**, considerándola una herramienta terapéutica de primera línea. Al entrar

en nuestra consulta el paciente trae una serie de preocupaciones, entre las que se encuentra si nosotros podremos darle solución a sus problemas y cómo va a discurrir el encuentro. Esos momentos dependen casi por entero del intercambio de miradas y gestos corporales. Diferentes estudios coinciden en afirmar que solo un 30% del contenido total del mensaje viene vehiculizado por las palabras. Las expresiones faciales son las que dan la clave del estado emocional del individuo. Algunas zonas del rostro parecen especializadas en expresar determinadas emociones, por ejemplo los ojos y las cejas transmitirían los estados de tristeza y miedo y el contacto físico transmite apoyo así como calma la sensación de soledad del paciente. El profesional que conoce la CNV podrá reconocer e intentará aliviar las necesidades emocionales del doliente, desarrollando estrategias de gestión emocional en los diversos procesos de duelo.

Nos acercarnos a la **escucha activa**, escuchar con comprensión y cuidado, lo consideramos como uno de los comportamientos más preciados y difíciles de entrenar. Con esta habilidad nos hacemos conscientes de lo que la otra persona no sólo nos está diciendo, sino de lo que está intentando comunicarnos. Por ello, requiere de una buena dosis de concentración del profesional, ya que éste es quien decide qué es lo que le parece importante y qué secundario. El **silencio** bien utilizado, en un facilitador del diálogo interno que ayuda a encajar emociones y a tomar decisiones. Y por otra parte, hablar de una “buena escucha” es hablar de habilidades de apoyo narrativo, es decir, la utilización de mensajes verbales o no verbales del entrevistador para facilitar y apoyar la verbalización del paciente.

Finalmente, exploraremos el concepto de **empatía**, considerándola como una actitud en la que se han de dar una serie de pasos: Explorar las emociones de nuestro doliente; Interiorizar esas emociones y Transmitirle dicha comprensión.

TALLER

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

Bujalance Zafra MJ; Fernández Vargas AM

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

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

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

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

Objetivo principal:

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

Objetivos específicos:

Conocer la prevalencia de las AEPOC, sus causas e identificarlas precozmente.

Saber cómo realizar una valoración diagnóstica de la AEPOC.

Conocer el tratamiento adecuado de las AEPOC según el Uso Racional del medicamento (URM)

Saber realizar un plan de atención personalizado, considerando el papel del paciente en la prevención de las AEPOC.

Dirigido a:

Médicos de familia y Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Contenidos:

Unidad 1: Generalidades de las AEPOC. Valoración y diagnóstico de las AEPOC.

Tratamiento de las AEPOC según URM

Unidad 2: Casos Clínicos

Metodología:

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

TALLER**Screening en las patologías tumorales más frecuentes**

Mateos Vázquez AM

Médico de Familia en equipo de Atención Primaria en Chillón. Almadén (Ciudad Real). Grupo de trabajo de SAMFyC de Oncología en Atención Primaria

Existen fuertes evidencias a favor de una prevención en patología oncológica en un abordaje universal realizado desde atención primaria. Es un continuo el revisar críticamente las actividades de screening recomendadas según la localización tumoral. Destacan en incidencia de cáncer en ambos sexos el cáncer de colon, próstata (varones), pulmón y mama (mujeres). El riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo de forma considerable. Desde la Salud Pública como actividades preventivas se consideran la protección (estilos de vida), promoción (conductas) y prevención (counselling, inmunizaciones, quimioprofilaxis y cribados). Existen cuatro niveles de prevención: primaria (factores de riesgo); secundaria (cribados oportunistas o poblacionales); terciaria (tratamiento y rehabilitación de la enfermedad establecida) y cuaternaria (sobrediagnóstico, sobretratamiento). Los cribados se mueven en prevalencias bajas y necesitan sensibilidad alta, especificidad muy alta y confirmación en el diagnóstico. Las patologías deben de ser detectables en etapa latente con pruebas aceptables para la población con coste asumible. Deben cumplir los principios éticos de beneficencia/no maleficencia, justicia, autonomía. Universalmente aceptados son la mama, colorrectal y cérvico-uterino. De gran interés la piel, los ginecológico en mujeres y próstata en el varón pero con contraindicaciones para cribado universal. La mama prueba principal es la mamografía y el problema más importante es el índice de

sobrediagnóstico y sobretratamiento al detectar tumores in situ. El colorrectal está aceptado en muchas comunidades autónomas, al igual que mama y cervix se basa en una prueba de sangre oculta en heces realizada cada 2 años y en una colonoscopia en los casos positivos. En los casos de detección de pólipos se repiten colonoscopia a los 3 años en los alto riesgo con controversia al hacerlo a los cinco años. El cribado oportunista nunca universal de la próstata se basa en el psa y la biopsia próstata en los caso de alta sospecha. El cribado del cáncer de cervix se basa en la neutralización del virus oncogénico del papilomavirus-vacunacion frente a los serotipos 6,11,16 y 18. La detección se realiza con citología en fase líquida y Papanicolaou. El desconocimiento de la serología del paciente antes de la vacunación crea controversia sobre una posible sobreutilización de la misma. Otras patologías como cáncer de piel (melanoma, epidermoide y basalioma) tienen mucho interés la detección mediante dermatoscopia de los casos sospechosos desde atención primaria.

Por último las recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer no fumar, mantener un peso saludable, realizar actividad física, dieta saludable, no consumir alcohol; evitar el exceso de sol, evitar contacto con cancerígenos en el trabajo, evitar la exposición al radón y participar el programas de vacunación de virus B del papilomavirus y participar en programas de cribado.

TALLER

Seguridad del paciente en atención primaria. Uso seguro del medicamento. URM

Pérez Durillo FT

Médico de Familia. CS Bailén. AGS Norte de Jaén. Jaén

La seguridad del paciente se ha convertido en un elemento fundamental de los sistemas sanitarios sobre todo desde que numerosos estudios han demostrado que la propia atención sanitaria en cualquier ámbito sanitario (atención primaria, hospitalaria, etc.), destinada a mejorar nuestra salud, es una fuente importante de daños.

La medicación, los cuidados proporcionados, la comunicación, el diagnóstico, los procedimientos seguros así como la coordinación dentro del equipo asistencial, entre otros, son aspectos básicos en este ámbito. Es por ello que resulta necesario integrar la cultura de la seguridad del paciente en nuestra práctica cotidiana estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos así como implantando prácticas seguras en los centros sanitarios.

Los objetivos del taller se centran en:

-Promover el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente realizando un recorrido histórico de los esfuerzos por la mejora de la atención sanitaria hasta nuestra historia más reciente con la publicación en 1999 de "To err is human. Building a safer health system", publicación que supuso un cambio de políticas en Seguridad de paciente en EEUU y el mundo. Destacar el papel de publicaciones posteriores en nuestro entorno como la Estrategia de Seguridad del Paciente por el Ministerio de Sanidad (2005) y los estudios ENEAS (2006) y APEAS (2008) sobre eventos adversos en atención hospitalaria y primaria respectivamente.

-Proporcionar información y herramientas para mejorar la seguridad del paciente a los profesionales de la Atención Primaria. Para ello

se darán a conocer los dos modelos de causalidad del error (basados en la persona y en el sistema), los factores que pueden influir en la aparición de eventos adversos y las herramientas que se pueden utilizar tanto de forma proactiva (la matriz de riesgos y el análisis modal de fallos y efectos) como de forma reactiva (el protocolo de Londres y el análisis causa-raíz).

-Favorecer la notificación de incidentes y eventos adversos a través del empleo de los diferentes recursos de los que disponemos (notificación de reacción adversa on-line a través de la web del Centro Andaluz de Farmacovigilancia, la web del Observatorio para la Seguridad del Paciente o la App Avizor).

-Integrar la cultura de la seguridad del paciente en la rutina asistencial de los profesionales de Atención Primaria. Desarrollar los conceptos de segundas y terceras víctimas de los eventos adversos que se producen en la atención sanitaria.

-Dar a conocer prácticas seguras en el uso racional del medicamento centrándonos en el uso seguro de los mismos a través de una prescripción racional y estableciendo los principios para una prescripción prudente teniendo en cuenta la efectividad, la seguridad, el coste y la conveniencia para facilitar el cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

-Desarrollar algunos conceptos interesantes como el de prescripción inducida, variabilidad interprescriptor, medicalización de la vida así como las cascadas de prescripción exponiendo algunos de los síntomas comunes producidos por medicamentos.

TALLER

Afrontando las emociones de dar una mala noticia

Fermín Quesada Jiménez F¹, Quesada Carrasco P²

¹Médico de Familia. UGC CS Realejo. DS AP Granada Metropolitano. Granada. Miembro del Grupo Comunicación y Salud.

²Médico de Familia. Consultorio de Moraleda de Zafayona. UGC CS Huétor Tájar. DS AP Granada Metropolitano. Granada. Miembro del Grupo Comunicación y Salud.

Hablar de malas noticias es hablar de situaciones frecuentes, a las que tenemos que enfrentarnos como sanitarios, y que nos hacen sentir mal. Son acontecimientos que requieren habilidades comunicacionales complejas y difíciles de practicar, que normalmente nadie nos ha enseñado, por lo que tienen un alto coste emocional para el profesional, aparte del impacto tan importante que podemos provocar en nuestros pacientes si no las abordamos de forma conveniente. Además existe una dificultad añadida, que es el amplio abanico de posibilidades de malas noticias que se pueden presentar, desde decirle a alguien que tiene el colesterol elevado a que se le ha muerto un familiar cercano.

El objetivo que nos deberíamos marcar para darlas sería el provocar el mínimo impacto necesario en el paciente, es decir que sufra lo menos posible, siendo consciente de la importancia de la información que se le da.

Definiríamos una Mala Noticia como aquella que implica un impacto negativo para el futuro del paciente. Y, aunque a veces podamos sentir que no logramos una definición clara, el clínico con cierta experiencia sabe reconocer que representa una mala noticia.

Siempre que hablamos de este tema surge la pregunta ¿Debemos darlas siempre? Y en esto se ha producido una evolución con los años. Así desde un 90% de profesionales que no decían la verdad en los años 50 y 60 se ha pasado a solo un 13% en los años 70 (Parece que ha aumentado algo este % en los años 90) en nuestro ámbito de influencia. Comentaremos algunas posibles razones de esto. Además entre un 50 y un 90% de los pacientes preguntados desean saber la verdad de su proceso (69% en un estudio publicado en Atención Primaria en 1994), siendo este porcentaje muy inferior si les preguntamos a los médicos si sus pacientes

quieren saber la verdad. De todas formas, el paciente no disminuido en su capacidad mental tiene derecho a conocer la verdad, y si ese deseo es expresado, debe estar por encima de otros condicionantes y circunstancias.

El punto fundamental es como darla, y no debemos olvidar que una mala noticia es siempre una mala noticia, por lo que siempre existirá un impacto emocional, tanto para el paciente como para el profesional. Por ello es importante valorar cuidadosamente la situación y las necesidades, valorando elementos como gravedad y pronóstico de la situación, aspectos concernientes al paciente (personalidad, enfermedades concomitantes, estado psicológico, entorno familiar, red de apoyo social, situación socioeconómica, etc.) y al profesional (Experiencia, situación personal, situación laboral, etc.).

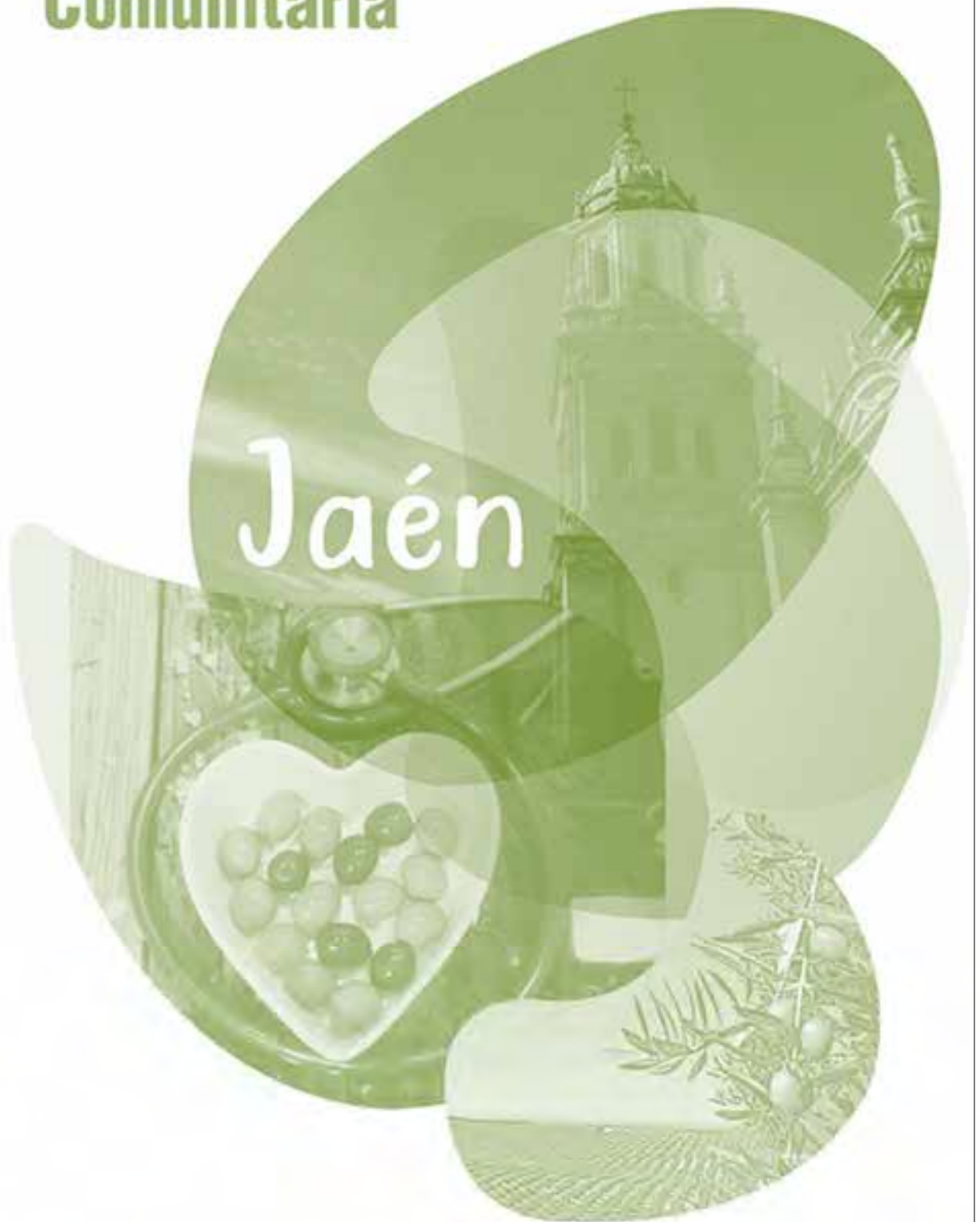
Asimismo tendremos que responder a las siguientes preguntas, que son las que nos hacemos cuando nos encontramos en la tesitura de darlas:

- + ¿Dónde?
- + ¿Cuándo?
- + ¿Canal?
- + ¿A quien?
- + ¿Quién?
- + ¿Qué habilidades y estrategias necesitamos utilizar para hacerlo correctamente?

Por último comentaremos como evaluar la reacción del paciente y como abordar las coaliciones familiares.

Se utilizará una metodología teórico práctica, con la utilización de videograbaciones y representaciones.

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



**COMUNICACIONES ORALES:
CASOS CLÍNICOS**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Pilar y sus miedos

Villatoro Ruiz M¹, Villatoro Ruiz M², Canón Raya M³

¹ Médico de Familia. CS Iznalloz. Granada

² Enfermera. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mala evolución de Diabetes en anciana con ERC grado moderado.

Historia clínica

Mujer de 75 años con diabetes tipo 2 de 12 años de evolución y modificaciones del tratamiento en últimos años para ajustes de glucemias. Poliartralgias. Vive con marido, independiente ABVD. Nivel cultural bajo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, Hipercolesterolemia, DM tipo 2. *Antecedentes familiares:* Madre con DM 2 muerta 82 años ACV.

Exploración: buen estado. Buena coloración piel y mucosas. ACP normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a palpación. Extremidades con leves edemas maleolares y fóvea.

Pruebas complementarias: Hemograma normal, Bioquímica: Glucosa 192 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl, FG (MDRD) 45 ml/mi/1.73 m². LDL 151 mg/dl. HbA1C 8,4%. Cociente Albumina /Creatinina 157 mg/gr. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: Nuestra paciente, Pilar, es una mujer de bajo nivel cultural y creencias propias con conductas demandantes. Numerosas intolerancias a

fármacos e ideas hipocondriacas. Malos recuerdos con su madre insulinizada vividos con angustia.

Juicio clínico: DM tipo 2 en anciano no frágil con nefropatía diabética, HTA y dislipemia. Mal control diabético.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente presenta mala evolución de DM, comorbilidad controlable reduciendo otros FRCV, se decide insulinizar. Nuestro problema fue la comunicación. Trabajamos la escucha activa, nos interesamos por sus ideas y opiniones, transmitimos de forma clara, se expuso expectativas, se le hizo partícipe y se realizó consultas tranquilizadoras. Valorar la importancia dada, la disponibilidad y la confianza.

Evolución: Tras trabajar la comunicación, Pilar presenta hoy una diabetes controlada con buena tolerancia y adherencia a tratamientos con alto grado de cumplimiento terapéutico. Medido este último de forma indirecta por recuento de comprimidos y Test Morisky-Green.

Conclusiones

La importancia de personalizar y conocer a nuestros pacientes. Trabajar la comunicación. Mejoras de control DM última HbA1C 7, 50 %.

Palabras clave

Diabetes, Insulinización, Comunicación

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La importancia de una exploración neurológica completa y detallada: a propósito de un caso

Colacicchi P¹, Pérez González S², Escañuela García R³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga

³ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias) y atención primaria.

Motivos de consulta

Cuadro confusional vs posible ictus.

Historia clínica

Mujer de 73 años acude traída por los servicios de emergencias. Su marido la encontró en la bañera sin poder salir a la misma. La paciente perdió la consciencia durante 30 minutos y a la recuperación de la misma empezó a hablar con poca coherencia. En el triaje del hospital se descarta inicialmente código ictus por falta de focalidad neurológica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 73 años. NAMC. No FRCV. Jubilada. Hábitos tóxicos: fumadora de 4 cig/diarios, bebedora de 1 vaso de whisky diario. *Antecedentes familiares:* cáncer de colon padres. IQ: prótesis de cadera.

Antecedentes personales: no posee.

Anamnesis: Mujer de 73 años de habla inglesa que acude por episodio confusional que empezó de forma brusca a las 15,30 de ésta tarde. Pérdida de conocimiento de unos 30 minutos presenciados por su marido. Apreciable ansiedad generalizada, preocupación y confusión. No dolor torácico, no náuseas ni vómitos, no diarrea, no relajación de esfínteres ni convulsión. Ante exploración realizada en el área de policlínica de Urgencias se contacta nuevamente con el servicio de Neurología para activar el código Ictus.

Exploración: Aceptable estado general, ansiosa, tendente al llanto. *Exploración neurológica* consciente, orientada, bien hidratada y

perfundida. PICRN, pares craneales dentro de la normalidad. Nominación no conservada, aparente confusión visual, prosopagnosia. Fuerza y sensibilidad no colabora. Babinsky derecho indiferente algo extensor.

Pruebas complementarias: AS, RX tórax, EKG. TAC cráneo sin contraste, luego angio-TAC.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente vive sola con su marido ambos de habla inglesa.

Juicio clínico: Diagnóstico: Ictus hemisferio izquierdo.

Diagnóstico diferencial: cuadro de ansiedad, cuadro confusional. Trastorno disociativo.

Tratamiento, planes de actuación: Se traslada a la paciente a zona de Observación donde se inicia perfusión de agente fibrinolítico. Se ingresa en planta a cargo de Neurología.

Evolución: La paciente evoluciona correctamente desde su ingreso recuperando sus funciones aunque se queja de alteración de la memoria. Se deriva al alta con seguimiento en servicio de Neurología y por su Médico de cabecera.

Conclusiones

La importancia de una exploración neurológica exhaustiva es fundamental tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario ya que la misma puede garantizar no pasar desapercibido un ictus asegurando el mejor pronóstico para nuestro paciente.

Palabras clave

Cerebrovascular Examination Stroke, Neurological Examination

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Más allá de lo evidente

Fernández García P¹, Galindo Román I², Navarro Osuna C³

¹ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Mujer de 72 años de edad que acude a consulta de urgencias de Atención Primaria por debilidad generalizada, sensación disneica y ptosis palpebral. Debilidad en la extensión cervical.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

Miastenia Gravis seropositiva con sesiones de plasmaféresis. Hepatopatía aguda por citomegalovirus. Portadora de Virus de la Hepatitis C. Dislipemia. Cólicos renoureterales. Fractura aplastamiento vertebral tras caída accidental. Hipertensión arterial controlada.

Anamnesis: debilidad generalizada, sensación disneica y ptosis palpebral.

Exploración física: Tensión arterial 110/75 mmHg. Frecuencia cardíaca 87lpm. Ligera taquipnea en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Ligera ptosis de ojo izquierdo. Limitación supraversion ojo derecho sin diplopía. No datos de trombosis venosa profunda ni edemas en miembros inferiores. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 100lpm. Patrón S1Q3T3.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Crisis miasténica. Sospecha tromboembolismo.

Diagnóstico diferencial: Crisis colinérgica.

Tratamiento: Plasmaféresis. Anticoagulación.

Planes de actuación: Diagnosticamos a la paciente de crisis miasténica por la sintomatología que presenta, pero nos llama la atención la taquipnea, las cifras bajas de tensión arterial así como el aumento de la frecuencia cardíaca. En las últimas dos semanas ha mantenido encamamiento por la fractura aplastamiento vertebral, con profilaxis mediante heparina de bajo peso molecular. Derivamos al Servicio de Urgencias por alta sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Evolución: La paciente es diagnosticada de tromboembolismo pulmonar en el tramo inicial de la rama lingular así como hipertensión pulmonar moderada sin afectación de cavidades cardíacas derechas secundario a trombosis venosa profunda por encamamiento. Se inicia anticoagulación así como canalización de acceso venoso central para sesiones de plasmaféresis.

Conclusiones

La clínica que acompaña al TEP es muy variada e inespecífica, por lo que es muy importante una buena historia clínica. Aunque algunos signos o síntomas como la disnea, síncope, dolor torácico, taquipnea o taquicardia, pueden aumentar la sospecha de un TEP éstos son inespecíficos. Se trata de un caso de enfermedad tromboembólica típico secundario a encamamiento prolongado pero que podría quedar enmascarado por una crisis miasténica. La exploración inicial y la sospecha clínica del Médico de Atención Primaria con su visión global llevaron al diagnóstico.

Palabras clave

Tromboembolismo Pulmonar, Miastenia, Heparina

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Diplopía: No siempre Diabetes

Pardo Morán M, Pardo Morán M, Ballesteros Navarro C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diplopía monocular en ojo izquierdo y cefalea.

Historia clínica

Mujer de 60 años que acude a consulta por diplopía de veinte días con cefaleas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Gonartrosis. Diabetes Mellitus II. Dislipemia. IAM inferolateral. Exfumadora.

Exploración: buen estado general. Tensión Arterial: 154/80 mmHg. Temperatura: 36,7 °C. Frecuencia Cardíaca: 85 ppm. Exploración cardio-pulmonar y abdominal sin alteraciones.

Exploración neurológica: exploración de pares craneales compatibles con parálisis de IV par craneal. Reflejos osteotendinosos simétricos y conservados. No diadococinesia. No disimetrías. Romberg negativo activo. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Pruebas complementarias (hospital): El TAC sugiere una silla turca vacía. En la RNM Se aprecia una lesión quística ovalada unilocular intra y supraselar que desplaza notablemente el quiasma óptico, el infundíbulo hipotalámico y la hipófisis.

Enfoque familiar y comunitario: Interrogamos a la paciente sobre sus antecedentes familiares (enfermedades metabólicas, tumorales) y sobre algún cuadro similar en su entorno.

Juicio clínico: Quiste de la bolsa de Rathke o quiste aracnoideo.

Diagnósticos diferenciales: Patologías del nervio óptico. Afectación de los nervios oculomotores, ya sea por compresión (tumor, aneurisma, patología en el seno cavernoso) o por causa no compresiva (isquemia de los vasos vasorum). Estrabismo concomitante. Infección orbitaria. Fracturas orbitarias. Oftalmopatía tiroidea.

Identificación de problemas: Diplopía y cefalea en una paciente diabético.

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos al paciente a Urgencias del Hospital, donde fue atendida por el médico de Urgencias y el oftalmólogo de guardia. El paciente ingresa en Neurología donde es estudiado. Debido a los criterios de benignidad del quiste, el paciente es dado de alta y operado seis meses más tarde por Neurocirugía.

Evolución: Tras la cirugía, el cuadro de diplopía desaparece totalmente así como su cefalea.

Conclusiones

Con este caso clínico me he concienciado de lo importante que es estudiar al paciente en su totalidad, sin sesgarnos por la enfermedad crónica que pueda presentar y tener en cuenta las complicaciones más frecuentes de ciertas patologías. No podemos quedarnos centrados en una sola cuestión, debemos llegar a través de una exploración exhaustiva y una anamnesis eficaz al origen y a la fisiología del problema, ya que no siempre la enfermedad actual deriva de una patología crónica de base, como ha ocurrido en nuestro caso clínico.

Palabras clave

Diabetes Complication, Diplopia, Rathke Pouch Tumor

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síncope Vasovagal

Díaz Estévez L¹, Canet Jubierre M², Amelot M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

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

Ámbito del caso

Atención hospitalaria-Urgencias.

Motivos de consulta

Síncope con pérdida de conocimiento.

Historia clínica

Mujer de 86 años traída a Urgencias en ambulancia tras sufrir un síncope con pérdida de conocimiento y relajación de esfínteres pero sin movimientos tónico-clónicos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial controlada con Hidroclorotiazida, marcapasos por enfermedad del Seno y deterioro cognitivo.

Anamnesis: La anamnesis se realiza a través del familiar porque la paciente no se acuerda. Su hijo nos dice "se ha levantado de la cama y se ha caído" permaneciendo varios segundos sin conocimiento y con recuperación inmediata. Además, el hijo refiere que le duele en hipocondrio derecho.

Exploración física: Paciente consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica en reposo. No hay signos de focalidad neurológica. Hemodinámicamente estable con constantes: Tensión arterial: 87/45mmHg. Frecuencia cardíaca: 60 latidos por minuto. Saturación arterial de oxígeno: 97% con aire ambiente. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, rítmico sin soplos, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación, hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo activo.

Pruebas complementarias: EKG: Ritmo sinusal, ondas T negativo activas en V3-V6

(descritas previamente). Tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominal: imagen sugestiva de laceración renal en polo superior renal derecho, asociado a hematoma perirrenal. Además, se aprecia colección hemática perirrenal de 8x8.5 cm, donde en estudios previos se visualizaba quiste simple, en cuyo interior se aprecian focos de sangrado activo. Bioquímica, Hemograma, coagulación normales.

Enfoque familiar y comunitario: La anamnesis a través del hijo ha sido muy importante porque nos permite identificar el dolor abdominal.

Juicio clínico: Laceración renal derecha con hematoma perirrenal. Síncope vasovagal o cardiogénico. Crisis convulsiva.

Tratamiento, planes de actuación: Dado el dolor abdominal y la tendencia a la hipotensión a pesar de la sueroterapia, se realiza TAC (previamente descrito) y ante los resultados se realiza una embolización efectiva de la arteria renal a nivel del polo superior del riñón.

Evolución: Se deja a la paciente en reposo absoluto en Observación 48 horas con monitorización y controles analíticos hasta su estabilización y pasó a Urología.

Conclusiones

Es esencial no dejarse influir por la patología más frecuente en el momento de diagnosticar sin descartar los posibles diagnósticos diferenciales.

Palabras clave

Síncope, Crisis Convulsiva, Traumatismo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor retroesternal

Díaz Estévez L¹, Canet Jubierre M², Amelot M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

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

Ámbito del caso

Atención hospitalaria-Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor retroesternal.

Historia clínica

Mujer de 42 años que acude a Urgencias por dolor retroesternal intenso de varias semanas de evolución que ha ido en aumento hasta dificultarle la deglución completamente. Ha consultado por el mismo motivo en dos ocasiones siendo diagnosticada de amigdalitis pultácea tratada con antibiótico sin mejoría.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

Esclerosis múltiple con múltiples líneas de tratamiento, síndrome depresivo y migraña. Actualmente tratada con Amantadina, Desvenlafaxina, Fenobarbital, Topiramato, Amitriptilina y Solifenacina. No tiene alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: Asociado al dolor, en la anamnesis directa refiere gingivorragia intermitente y sangrado menstrual muy abundante en el último ciclo.

Exploración física: Regular estado general. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica en reposo. No hay signos de focalidad neurológica. Hemodinámicamente estable con constantes: Tensión arterial: 113/78mmHg. Frecuencia cardiaca: 116 latidos por minuto. Saturación arterial de oxígeno: 99% con aire ambiente. T° 36.1°C. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, rítmico sin soplos, no ruidos sobreañadidos. Otorrinolaringológica: placas blanquecinas en orofaringe compatibles con candidiasis orofaríngea. Restos hemáticos en encías.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal, ondas T negativo activas generalizadas (descritas previamente). Bioquímica: Proteína C Reactiva 153, resto normal incluidas troponinas. Hemograma: Hemoglobina 11.5g/dL; Leucocitos 1840/mm³ con 120 Neutrófilos, 920 Linfocitos y 640 Monocitos; Plaquetas 7000/mm³. Coagulación: normal. Frotis sangre periférica: Neutropenia confirmada. Leucocitos a expensas de monocitos y linfocitos, no células blásticas ni agregados plaquetarios.

Enfoque familiar y comunitario: Debido a que la paciente presenta diversas comorbilidades, no se ha investigado más ni se han descartado otros diagnósticos diferenciales.

Juicio clínico: Candidiasis orofaríngea secundaria a neutropenia iatrogénica (farmacológica). Amigdalitis pultácea. Dolor torácico. Reflujo gastroesofágico. Patología de la motilidad esofágica.

Tratamiento, planes de actuación: Dado que la paciente presenta dolor intenso y presenta signos de sangrado activo se realiza una analítica completa para descartar patologías graves donde se objetiva una bicitopenia de posible origen iatrogénico (farmacológico).

Evolución: Se procede al ingreso de la paciente en Hematología para estudio y tratamiento sintomático.

Conclusiones

Es importante destacar la necesidad de hacer un abordaje integral y multidisciplinario evitando hacer un enfoque clínico centrado en un aparato que muchas veces puede realizarse en Urgencias.

Palabras clave

Dolor Retroesternal, Candidiasis, Leucopenia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La importancia de la radiografía simple como herramienta diagnóstica

Santos Calonge A¹, Díaz Padilla M², Porras Martín P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

³ Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Distensión abdominal y dolor.

Historia clínica

Varón de 65 años que consulta por dolor abdominal generalizado, diarrea líquida sin productos patológicos y tenesmo rectal.

Enfoque individual: paciente de Kenia que vive en España desde hace 20 años. No RAM conocidas. Sin *antecedentes personales* de interés. Abdomen ligeramente distendido, blando y depresible, levemente doloroso a la palpación de forma generalizada, sin defensa ni otros signos de peritonismo. No se palpan masas ni megalias.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer y no tiene hijos. Es técnico informático pero trabaja como autónomo. Su padre era inglés y su madre de Kenia.

Juicio clínico: Dolor abdominal y diarrea crónica a filiar.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la persistencia de síntomas durante más de dos meses, ampliamos estudio con analítica con autoinmunidad para celiaquía y sangre oculta en heces. Colonoscopia de hace menos de 2 años normal. En las pruebas, anemia leve con resto de parámetros normales. La falta de mejoría, asociada a una pérdida de peso que el paciente achaca a disminución de la ingesta por

el malestar abdominal, derivamos a las consultas de aparato digestivo.

Evolución: El paciente es valorado en consultas de Digestivo a los 5 meses del inicio de los síntomas. Solicitan EDA objetivándose una gastritis crónica antral. Se realiza colonoscopia que resulta normal. Se amplía estudio resultando todo negativo activo. Un día consulta en urgencias por empeoramiento. En la RX de abdomen se objetiva una importante dilatación de asas, y por la historia deciden ingreso para completar estudio. En TAC de abdomen se confirma vólvulo intestinal. Se realizó colonoscopia urgente para desvolvulación. Tras ello, volvió a presentar vólvulo de sigma en dos ocasiones requiriendo resolución endoscópica. En espera intervención, acude a nuestra consulta por presentar de nuevo síntomas. A la exploración, objetivamos distensión con peritonismo en hemiabdomen superior, por lo que derivamos a urgencias por vólvulo recidivante, donde se confirma el diagnóstico mediante RX, y finalmente es intervenido.

Conclusiones

La radiografía simple de abdomen es una herramienta diagnóstica muy accesible y rápida desde las consultas de Atención Primaria, que resulta de gran utilidad en numerosas patologías.

Palabras clave

Radiografía simple de abdomen, vólvulo de sigma, dolor abdominal

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Lumbalgia, no siempre es mecánica

Santos Calonge A¹, Álvaro Calero A², Porras Martín P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Coria del Río. Sevilla

³ Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Mujer de 78 años que consulta por dolor lumbar izquierdo, que empeora con los movimientos. Niega traumatismo o sobre-esfuerzo.

Enfoque individual: no RAM conocidas. No antecedentes personales de interés. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar izquierda, sin dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares.

Enfoque familiar y comunitario: Es viuda y vive con dos hijos, uno soltero y otro separado. Tiene una hija que la visita con frecuencia.

Juicio clínico: Lumbalgia mecánica.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos analgesia. Como no mejora, aumentamos escalón terapéutico.

Evolución: Nos avisa por persistencia del dolor. Acudimos a valorarla y la encontramos muy postrada. Solicitamos analítica en la que destaca anemia con Hb 10, 6 g/dl y leve deterioro de función renal, realizamos RX columna lumbar con signos degenerativos, y derivamos a consultas de Medicina Interna para completar estudio. Allí es valorada, donde impresiona de dolor de características mecánicas, por lo que se deriva a consultas de

Traumatología y se decide ampliar estudio. En estas consultas también impresiona de dolor mecánico y deciden esperar a estudio completo. Otro día que acudimos a valorar a la paciente, la encontramos con importante empeoramiento de su estado general y signos de insuficiencia cardiaca. Contactamos con nuestro referente de Medicina Interna que decide ingreso. Al ingreso, la paciente requiere transfusión urgente por anemia con Hb 4, 5g/dl. Se amplía el estudio con TAC de tórax en el que se detectan alteraciones compatibles con proceso linfoproliferativo con gran masa adenopática retroperitoneal y adenopatías patológicas. Infiltración ósea de L2 y uropatía obstructiva derecha por atrapamiento ureteral en el conglomerado adenopático. En RMN dorsolumbar: infiltración ósea tumoral por contigüidad de elementos vertebrales D12-L4, con fracturas patológicas de L2, L3, que estenosa el canal, compromete forámenes en conjunción e infiltra psoas izquierdo. Durante el ingreso se realizaron dos intentos de toma de biopsia sin obtener material suficiente para estudio histológico. Dada a situación de la paciente, se decide junto con la familia, no realizar nuevos procedimientos. Actualmente la paciente está en su domicilio, con buen control del dolor y aceptable calidad de vida.

Conclusiones

Es importante estar alerta ante los síntomas asociados a la lumbalgia que nos pueden indicar la presencia de un proceso tumoral asociado.

Palabras clave

Lumbalgia, Síndrome Linfoproliferativo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, sigo con los vértigos y me han denegado la baja

García Gallego A¹, Ojeda López L², Lemos Peña A³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba

² MIR 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba

³ Médico de Familia. Tutora de MIR MFyC. CS Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Vértigos, cefalea y otalgia.

Historia clínica

Paciente sana que consulta por recidiva de cuadro vertiginoso por el que ha estado en situación de incapacidad laboral; consecuencia de un accidente de tráfico sufrió esguince cervical y vértigo. Alta por el INSS tras un año de baja. Incapacitada nuevamente para actividad laboral, el INSS rechaza baja por considerar mismo motivo en 6 meses previos.

Enfoque individual: mujer de 55 años sin antecedentes de interés. Refiere cervicalgia, vértigo giratorio, náuseas y otalgia derecha, con sensación de taponamiento y prurito.

Presenta exudado y descamación en CAE. Tratamos con ciprofloxacino tópico. Al no mejorar pautamos tratamiento oral. Se deriva a Otorrino por falta de resolución. En estudio de imagen (TAC de oídos), hay ocupación completa de caja timpánica y celdillas mastoideas en relación a otitis media crónica.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, con hijos, trabajo estable en residencia de discapacitados como auxiliar en otra localidad. Los vértigos le impiden conducir y realizar cambios posturales con seguridad.

Juicio clínico: Otitis media crónica colesteatomatosa.

Diagnóstico diferencial: Otitis media crónica supurativa, carcinoma del oído medio infectado, meningitis granulomatosa,

tuberculosis, sífilis, granulomatosis de Wegener, histiocitosis X, sarcoidosis, otomicosis.

Identificación de problemas: 1: mala respuesta a tratamiento. 2: cronicidad. 3: necesidad de baja laboral. 4: barreras administrativas. 5: cuadro depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: A pesar de cumplimiento terapéutico no presenta mejoría. Mastoidectomía radical.

Evolución: Precisa baja laboral tras cirugía por vértigos residuales y dolor, pero el INSS rechaza la baja al considerar mismo motivo en los 6 meses previos. Recurre a nosotros solicitando ayuda por su situación clínica y administrativa, al no poder desempeñar su actividad laboral ni tampoco darse de baja. Indicios de cuadro depresivo que requiere tratamiento. Contactamos con el INSS y aclaramos existencia de nuevo proceso clínico, con misma clínica que el que provocó la baja anterior. La paciente mantiene crisis de cefalea y vértigos tras la cirugía, por lo que solicitan TAC y RM, confirmando recidiva y siendo nuevamente reintervenida.

Conclusiones

Una misma sintomatología, incluso en un periodo de tiempo corto, puede deberse a distintos procesos, lo que nos obliga a realizar una anamnesis detallada y exploración completa y no dar nada por supuesto, aunque la propia paciente lo haga.

Palabras clave

Chronicle Otitis Media, Colesteatoma, Mastoidectomy

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Las apariencias engañan: ¿Patología psiquiátrica u orgánica?

Díez de Baldeón Chicón P¹, Rodríguez Salas F¹, Gutiérrez García Á²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. CS Alameda Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Alucinaciones visuales.

Historia clínica

Mujer de 50 años que refiere visualización nocturna de sus sobrinos, quienes viven lejos. Hace crítica del suceso: llama a su hermana preguntando por la salud de sus sobrinos, pensando en una visión espectral de los mismos.

Enfoque individual: no alergias. Obesidad mórbida, SAHOS. Tratamiento: productos homeopáticos.

Exploración: Auscultación cardiopulmonar: Taquiarrítmica. *Exploración neurológica* completa normal. Análisis sanguíneo y de orina sin alteraciones. Etanol y tóxicos negativo activos. ECG: Flutter auricular no conocido. TAC craneal: Infarto isquémico agudo en hemisfero derecho, región talámica paramedial derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Su marido demanda valoración por Psiquiatría.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebrobasilar con alucinosis visual de origen cardioembólico.

Diagnóstico diferencial: psicosis, intoxicación etílica/otros tóxicos, trastorno conversivo.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente pasa a Observación en fase aguda ictal, tratamiento antiarrítmico y posterior ingreso hospitalario.

Evolución: Resolución de la clínica alucinatoria durante su estancia en Observación.

Conclusiones

Ante este tipo de síntomas es frecuente desviar nuestra atención hacia patología aparentemente psiquiátrica, olvidándonos de lo orgánico. Es crucial hacer un buen diagnóstico diferencial, descartando organicidad en un primer lugar, evitando etiquetar a los pacientes y teniendo en cuenta que ser paciente psiquiátrico no excluye otro tipo de enfermedades.

Palabras clave

Psychiatry, Cerebrovascular Accident, Hallucinations, Visual

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, no noto mi pierna ni mi pecho

García García C¹, Zamorano Megina M², Rosario Castillo Á³

¹ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de Linarejos. Jaén

³ Licenciada en Medicina y Cirugía. Consultorio Baños de la Encina. UGC Bailén. Jaén

Ámbito del caso

Centro de Salud. Servicio de Neurología hospitalario.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia: No enfermedades neurológicas en familiares de 1º grado.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 30 años que acude a consulta de su médico de atención primaria (MAP) porque refiere presentar desde hace 4 días sensación de acorchamiento desde hemitórax derecho y le baja por la pierna derecha, progresivamente ha ido aumentando.

Juicio clínico: mielitis transversa dorsal D4.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain-Barré. Esclerosis Múltiple. Esclerosis Lateral Amiotrófica. Neuropatía de otras causa.

Historia clínica

La paciente refiere sensación de acorchamiento desde hemitórax derecho hasta zona inguinal, muslo ipsilateral y por último miembro inferior derecho (MID) de carácter evolutivo, sin otros síntomas asociados, sin pérdida de fuerza, ni alteraciones del movimiento, no síntomas faciales, no síntomas catarrales en días previos, no episodios similares.

Tratamiento: Prednisona 40 mg/día, posteriormente ir disminuyendo 10 mg semanalmente hasta suspender. Omeprazol 20mg/día. Pregabalina 25mg/desayuno 75mg/cena. Revisión en consultas de Neurología. Dieta sin sal. *Planes de actuación:* *Evolución:* se produce un empeoramiento con aparición de incontinencia urinaria, iniciando tratamiento con Lioresal 10mg cada 24h.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Síndrome de Raynaud ANA (+). Apendicectomía.

Evolución: Tras exploración se solicitan pruebas complementarias incluyendo: analítica con bioquímica, hemograma y coagulación normal. Radiografía de tórax sin hallazgos. TAC craneal: sin hallazgos de interés. Resonancia Magnética Nuclear craneal con gadolinio: destaca a nivel de D4 discreto realce nodular intramedular bien definido, acompañado de engrosamiento focal del cordón medular a dicho nivel, de 11x5 mm en porción media derecha del cordón, sin edema asociado de probable características inflamatorias. EMG (electromiograma): sin hallazgos de interés.

Exploración: buen estado general, cociente y orientada en 3 esferas, normohidratada, normocoloreada. Tensión arterial 116/61. Pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmos vertical ni horizontal, no pérdida de fuerza en miembros. Glasgow 15/15, pares craneales conservados. Fondo de ojo normal. No disimetrías. Romberg negativo activo. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos. Hipoestesias-hipoalgesia a nivel de D4-D5 hasta MID, sin afectación artrocinética, con reflejo plantar abolido, no alteraciones en miembro contralateral. Dado los hallazgos clínicos se decide derivación a urgencias hospitalarias para valoración por Neurología.

Conclusiones

Ante síntomas compatibles con inicio de posible enfermedad neurodegenerativa, la rápida actuación del médico de familia tanto en primaria como en urgencias hospitalarias es esencial para establecer un diagnóstico precoz.

Palabras clave

Mielitis, Parestesias, Neurodegenerativo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Dolor torácico paroxístico?

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón F², Moreno Obregón J¹

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. Exfumador 20 cigarrillos/día hace 20 años. Hipertensión arterial. Meniscectomía bilateral. Tratamiento actual: Enalapril 5 mg/24 horas, torasemida 5 mg/24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg/24 horas y lorazepam 1 mg/12 horas.

Anamnesis: varón de 79 años derivado del CS por taquicardia supraventricular a 220 lpm y posteriormente ritmo sinusal a 110 lpm de forma espontánea. Refiere dos episodios de dolor torácico con escasa sudoración de pocos minutos de duración sin irradiación que cedieron espontáneamente. A su llegada al hospital presenta nuevo episodio de taquicardia supraventricular que cede con maniobras vagales.

Exploración: buen estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA 122/83 mmHg, FC 117 lpm y Sat O₂ 96% sin oxigenoterapia. AC: corazón arritmico a alta frecuencia.

Antecedentes personales: buen murmullo vesicular. Abdomen y miembros inferiores: sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica normal incluyendo enzimas cardíacas. ECG: ritmo sinusal a 120 lpm, eje normal. BIRDDH. Radiografía tórax con portátil: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Adecuada utilización de los recursos.

Juicio clínico: taquicardia supraventricular paroxística. Taquicardia auricular unimodal.

Diagnóstico diferencial: fibrilación auricular, taquicardia auricular multifocal, taquicardia supraventricular.

Tratamiento, planes de actuación: maniobras vagales. Amiodarona en perfusión sin éxito, por lo que se añade Atenolol 25 mg vía oral. Finalmente, cardioversión eléctrica.

Evolución: ingresa en observación quedando en taquicardia de QRS estrecho rítmico compatible con taquicardia auricular unimodal. Tras cardioversión eléctrica revierte a ritmo sinusal.

Conclusiones

Este tipo de arritmias son muy poco frecuentes requiriendo una atención inmediata para las que el médico de atención primaria debe estar preparado para su reconocimiento y manejo inicial, teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica del paciente. La forma de presentación más frecuente es la paroxística que suele ser sintomática.

Palabras clave

Chest Pain, Tachycardia, Vagal Maneuvers

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Omalgia bilateral: afectación ósea y ligamentosa

Moreno Obregón J¹, Moreno Obregón F², Moreno Obregón L¹

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Policontusión.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. No enfermedades de interés. No tratamiento actual.

Anamnesis: varón de 22 años que acude tras caída de la bicicleta sin casco con traumatismo craneoencefálico. No pérdida de conocimiento. No vómitos. Omalgia bilateral. No hematuria.

Exploración: aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico. No enfisema subcutáneo. Estable hemodinámicamente. Cardiorrespiratorio, abdomen, pelvis y neurológico: sin hallazgos patológicos. Región cervical: movilidad conservada. Hombros: disminución de la movilidad. "Signo de la tecla".

Pruebas complementarias: Radiografías cervical, tórax y pelvis: sin hallazgos patológicos. Radiografía anteroposterior hombro derecho: luxación acromioclavicular grado I de Allman. Radiografía anteroposterior hombro izquierdo: fractura de Latarjet.

Enfoque familiar y comunitario: apoyo eficaz y ágil de los medios necesarios de diagnóstico.

Juicio clínico: luxación acromioclavicular grado I de Allman hombro derecho. Fractura de Latarjet hombro izquierdo.

Diagnóstico diferencial: luxación acromioclavicular, luxación escapulohumeral, fractura clavicular.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia. Ingreso para reducción cruenta con cerclaje tipo obenque bajo anestesia general. Cabestrillo en ambos brazos. Ingreso programado para extracción de cerclaje alámbrico y agujas Kirschner. Retirar eventualmente cabestrillo, movilizar codo y muñeca. Ciprofloxacino 750 mg/12 horas durante 5 días. Paracetamol 1 g/8 horas.

Evolución: ingresa en planta de Traumatología para intervención del hombro izquierdo. Postoperatorio favorable.

Conclusiones

Las fracturas de clavícula se producen habitualmente por traumatismo indirecto, caída sobre el hombro o el brazo en extensión. La fractura de Latarjet es un subtipo de fractura del tercio externo tipo II en el que se rompe la clavícula dejando una región en la que se unen los ligamentos coracoclaviculares. El tratamiento es quirúrgico.

Palabras clave

Fracture, Clavicle, Degree

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Que me pique todo el cuerpo y no se sepa por qué, ¿es normal, doctora?

Vasco Roa T¹, Salas Cárdenas M², Yera Cano R³

¹ Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

² Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Picor corporal generalizado de 18 años de evolución.

Historia clínica

Mujer de 78 años acude a mi consulta, porque su médico no está, a consultar de nuevo qué hacer con el prurito generalizado que tiene desde hace 18 años aproximadamente y que cede parcialmente con la toma de corticoides y antihistamínicos, pero reaparece al dejar de tomarlos.

Enfoque individual: mujer de 78 años, alérgica a Moxifloxacino e intolerante a diclofenaco.

Con *antecedentes personales* de HTA, diverticulitis colónica, rosácea y asma alérgico intermitente bien controlado. A parte del prurito no refiere más clínica asociada salvo dermatitis tipo costras ocasionales en cuero cabelludo.

A la *exploración* se observan lesiones eritemato descamativas en piernas, brazos, cuero cabelludo y cara compatibles con eccema. Solicitamos analítica general con IgE total y específica para alimentos incluido anisakis, proteinograma y Helicobacter Pylori (HP) en heces.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel cultural bajo, vive sola porque es IAVD aunque los hijos

y nietos que viven en la misma ciudad la visitan a diario y están pendientes de sus necesidades. Acude a consulta acompañada de una nieta.

Juicio clínico: Prurito por infección por HP. Se descartan anemias, enfermedad renal, alergia alimentaria y mieloma múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: Se manda tratamiento tópico en gel y crema para pieles atópicas hasta resultado de pruebas solicitadas y tras ello la triple terapia de erradicación (omeprazol 20mg, amoxicilina 1g, claritromicina 500 mg/12h 10 días) y se cita de nuevo a las 2 semanas para ver evolución.

Evolución: Acude a cita de revisión refiriendo cese completo del prurito. Tan solo persisten las costras ocasionales en cuero cabelludo.

Conclusiones

El médico de atención primaria debe estar actualizándose continuamente en todos los ámbitos de la medicina para así estar al día de los cambios que en medicina hay casi a diario y poder hacer un abordaje integral de sus pacientes sin sobre-utilizar recursos de manera innecesaria. En el momento actual la infección por HP es causante de síntomas gástricos y además del prurito y la urticaria generalizados sin causa clara.

Palabras clave

Prurito, Helicobacter Pylori

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lesiones en ambos miembros inferiores

Palmero Olmo E¹, Quirós Rivero P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones en ambos miembros inferiores y disnea.

Historia clínica

Paciente mujer de 26 años que acude a consulta por lesiones en ambos MMII dolorosas en región pretibial. Astenia desde hace 2 meses, dolor torácico sin irradiación y sensación disneica a medianos esfuerzos. Uveítis anterior hace dos meses. Niega posibilidad de embarazo.

Enfoque individual: niega RAMC. No FRCV. Fumadora de 5 cigarros/día.

Antecedentes familiares: padre con SHAS.

Antecedentes personales: de Síndrome de ovario poliquístico. Hipertiroidismo sin tratamiento. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales.

A la exploración: Buen estado general. ACR sin hallazgos patológicos. Destaca la presencia de nódulos de 2 cm aproximadamente eritemato-violáceos, dolorosos a la palpación en ambos miembros inferiores y con ligero aumento de temperatura. No artritis en otras localizaciones.

Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación normal. Bioquímica destaca PCR 53. En RX tórax se aprecian adenopatías hiliares bilaterales. ECG: sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente tiene dos hermanas sanas. Padre con SHAS en tratamiento con CPAP. No enfermedades sistémicas

Juicio clínico: Sarcoidosis estadio II.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis. Eritema nodoso idiopático. Eritema nodoso por anticonceptivos orales. Infecciones bronco-pulmonares de origen no tuberculoso. Enfermedad inflamatoria intestinal. Neoplasias de pulmón. Mononucleosis infecciosa.

Tratamiento, planes de actuación: Tras realización de PPCC con el posible juicio clínico de sarcoidosis como primera opción se deriva a consultas rápidas de Medicina Interna para estudio y confirmación de dicho diagnóstico. En Medicina Interna: Analítica reglada con hemograma y coagulación normal. Bioquímica con PCR en 47 con proteinograma normal. Mantoux: negativo activo. TAC tórax: se aprecian adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales compatibles con sarcoidosis estadio II pulmonar. Broncoscopia con PAAF por EBUS: granulomas no caseificantes. Serología infecciosa (Mononucleosis, VIH, VHB, C, sífilis, CMV, Epstein Bar, parvovirus) negativo activos. Espirometría con difusión normal. La paciente comenzó con tratamiento con prednisona 20 mg c/12 horas y omeprazol, junto con calcio y vitamina D.

Evolución: Se fue reduciendo la dosis de prednisona hasta suspender cumpliendo 4 meses de tratamiento. Mejoría espectacular de la clínica desapareciendo las lesiones, la disnea y el dolor torácico.

Conclusiones

La importancia de la radiografía de tórax en Atención Primaria, así como la importancia de una buena exploración física.

Palabras clave

Disnea, Nódulo, Dolor Torácico, Sarcoidosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pérdida de fuerza en miembro inferior. Abordaje multidisciplinar. A propósito de un caso

Alcalde Molina M¹, Marín Relano J², Franzón González M³

¹ Médico de Familia. Tutora MIR MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

Juicio clínico: Diagnóstico de Esclerosis Múltiple R-R (recaída-remisión).

Motivos de consulta

Mujer de 47 años con pérdida de fuerza en miembro inferior derecho (MID).

Diagnóstico diferencial: Esclerosis Múltiple, Sd Guillen Barré, Trastorno ansioso depresivo reactivo.

Historia clínica

Acude a consulta por catarro de 4 días de evolución, con sensación de pérdida de fuerza en MID y no control de esfínter urinario. Cuadro similar hace 2 y 4 años que coincidieron con Acontecimientos Vital Estresante.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con corticoides y se plantea inmunomodulador ante las posibles recurrencias. Se trabaja con trabajadora social de AP, casa de acogida y enfermera gestora de casos, para comprobar tolerancia y adherencia al tratamiento, así como la integración en su lugar de residencia.

Enfoque individual: víctima maltrato, residente en casas de acogida con antecedentes personales de: Diabetes Mellitus tipo 2 y trastorno depresivo reactivo.

Evolución: Actualmente, se encuentra asintomática.

A la exploración: auscultación cardiopulmonar normal, otorrino normal, *Exploración neurológica:* normal, salvo hipopalestesia derecha e incapacidad de saltar a pata coja.

Conclusiones

La EM es una enfermedad del sistema nervioso, que lesiona la vaina de mielina y los síntomas dependen de la localización de dichas lesiones. Es una enfermedad autoinmune que afecta más a mujeres entre 20-40 años, aumentando el riesgo de desarrollarla si existe otra patología autoinmune concomitante (DM). La presentación más frecuente es la R-R y el 50% de ellas se convierte en una EM secundaria, pues las recaídas frecuentes provocan agravamiento de la enfermedad. En la complejidad del caso por el marco de maltrato, destacar la importancia del trabajo conjunto en AP con otros profesionales y el abordaje integral y multidisciplinar de la paciente.

Se solicita analítica: hemograma, bioquímica normal (glicosilada 6.3 mg/dl y VSG 62), Mantoux negativo activo, serología para virus negativo activas. Ante la no mejoría del cuadro y continuar con los síntomas, se deriva a Neurología para completar estudio. Solicitan RMN con hallazgos compatibles con Esclerosis Múltiple (EM).

Enfoque familiar y comunitario: Familia desestructurada en el ámbito del maltrato doméstico, divorciada, dos hijos, hogar no fijo por los cambios de casa acogida.

Palabras clave

Esclerosis Múltiple, Lesión Mielina, Enfermedad Sistema Nervioso

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Primer episodio de vértigo prolongado

Quirós Rivero P¹, Palmero Olmo E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Vértigo.

Historia clínica

Paciente que acude por episodio de vértigo con sensación de giro de objetos de 3 horas de evolución junto a náuseas, vómitos y diarrea.

Enfoque individual: paciente de 40 años. Niega RAMC. Niega hábitos tóxicos. No FRCV. Hernia de hiato. Gastritis crónica. Secuela de parálisis facial periférica en la infancia. No tratamiento habitual. Acude por primer episodio de vértigo con sensación de giro de objetos de tres horas de evolución que comenzó cuando intentaba dormir a uno de sus hijos. No relacionado con movimientos cervicales. Náuseas con 10 episodios de vómitos alimenticios. Varios episodios de diarrea sin productos patológicos. Dudoso cuadro catarral previo. Niega episodios de estrés.

A la exploración: se aprecia regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Ligera palidez cutánea. TA 133/73 mmHg FC 58 lpm. ACP sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino. En la *exploración neurológica* se aprecia nistagmus espontáneo horizonto-rotatorio y discreta asimetría facial que refiere el paciente que la tenía previamente. Marcha no explorada por imposibilidad del paciente para deambular. Dado que es la primera crisis de vértigo prolongado se realiza la maniobra de HINTS: Head Impulse: positivo al lado izquierdo. Nistagmus espontáneo al lado derecho. Test of Skew negativo activo.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 60 lpm, eje normal. No imagen de bloqueos. QRS estrecho. No signos de isquemia ni alteraciones en la repolarización. Hemograma, coagulación, bioquímica general con glucosa, perfil renal e iones normales. RX de tórax normal. TAC cráneo normal.

Enfoque familiar y comunitario: casado con 3 hijos sanos. Esposa sana con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Neuritis vestibular. Accidente cerebrovascular posterior. Migraña vestibular. Accidente isquémico transitorio. Hemorragia subaracnoidea. Hematoma subdural y epidural.

Tratamiento: tratamiento sintomático: sedantes vestibulares, corticoides tipo prednisona a mg/kg/día durante 10 días a dosis decreciente, antieméticos.

Plan de actuación: Se ingresa al paciente en la planta de otorrinolaringología para ver evolución.

Evolución: El paciente mejora parcialmente de la sintomatología y fue dado de alta tras 5 días de ingreso, persistiendo la sensación de inestabilidad.

Conclusiones

Es importante conocer la maniobra de HINTS ante primer vértigo prolongado, ya que nos discrimina con una alta sensibilidad entre neuritis vestibular vs accidente cerebrovascular (mayor sensibilidad que RMN).

Palabras clave

Vértigo, Neuritis Vestibular

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Infección cutánea por automordedura

López Urbano M, Medina Moreno P, Mora Quintero A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor e inflamación del segundo dedo de la mano derecha.

Historia clínica

Paciente varón de 61 años con reacción adversa a penicilina que consulta por dolor e inflamación del segundo dedo de la mano derecha. Ante la sospecha de infección cutánea y tras tratamiento antibiótico evoluciona desfavorablemente con necrosis del pulpejo por lo que es derivado a urgencias hospitalarias donde se realiza toma de muestra y desbridamiento quirúrgico. Se confirma infección por *Eikenella Corrodens* y tras tratamiento con curas locales y ciprofloxacino evoluciona favorablemente y sin secuelas.

Enfoque individual: Varón de 61 años con reacción adversa a penicilina en la infancia (no estudiada) que consulta por dolor e inflamación del segundo dedo de la mano derecha que relaciona con la picadura repetida de su agapornis. Ante sospecha clínica de infección se instaura tratamiento con claritromicina con evolución desfavorable y formación de un absceso. Se sustituye claritromicina por clindamicina, se realizan curas locales y Mupirocina tópica. La lesión empeora apareciendo inflamación del carpo y necrosis del pulpejo por lo que se deriva al hospital. Cirugía plástica realiza toma de muestra para cultivo y antibiograma y desbridamiento quirúrgico de la lesión. El cultivo resulta positivo para *Eikenella Corrodens* con

sensibilidad a betalactámicos y ciprofloxacino. Tras tratamiento con ciprofloxacino y curas locales diarias el cuadro se resuelve sin secuelas. Ante la etiología se reinterroga al paciente y admite que con frecuencia se muerde los dedos.

Enfoque familiar y comunitario: No procede.

Juicio clínico: infección cutánea por automordedura.

Identificación problemas: información incompleta en anamnesis. Alergia a betalactámicos no estudiada. Resistencia del microorganismo a los fármacos utilizados.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento con ciprofloxacino y curas locales. Consejos de higiene.

Evolución: favorable tras diagnóstico etiológico y antibiótico adecuado.

Conclusiones

Es importante una anamnesis completa y el estudio de las reacciones adversas a fármacos para el diagnóstico y tratamiento correcto de los pacientes. *Eikenella Corrodens* es un germen implicado en infecciones por mordeduras de los dedos en niños siendo infrecuente en adultos. Es sensible a penicilinas que no se usaron por la sospecha de alergia a las mismas, y resistente a macrólidos y clindamicina, utilizadas antes del cultivo.

Palabras clave

Infection, *Eikenella Corrodens*, Human Bite

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Have a pain in my stomach!

Pérez González S¹, Colacicchi P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia clínica

Varón de 67 años inglés derivado desde el CS a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de tres horas de evolución de tipo continuo sin irradiación. No refiere alteración de la micción ni de la defecación. Comenta que ha presentado un episodio de vómito sin datos de sangre. No ha tomado nada para el dolor.

Enfoque individual: (Barrera idiomática). No alergias conocidas.

Antecedentes personales: DM, no DL, no HTA. IQ; no refiere. Tratamiento habitual: glicazida/metformina.

Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado.

Antecedentes personales: MVC. AC: rítmico sin soplo. Abdomen: defensa abdominal en fosa iliaca derecha no masas ni megalias, Blumberg +, Roving +, psoas +, taloneo +, Murphy -.

Pruebas complementarias: AS: leucocitos 15.92 Neutrófilos 81% PCR 7, coagulación normal. Resto normal. Ecografía de abdomen: hígado de tamaño normal. No se objetivan lesiones ocupantes de espacio. Colelitiasis. Venas suprahepáticas y porta dentro de los límites normales. Bazo de tamaño normal y ecogeneidad homogéneo. Ambos riñones son de características ecográficas normales. Páncreas sin hallazgos. Se estudia FID donde se observa apéndice de 8.8 mm de diámetro máximo, con edema parietal, aumento de atenuación de grasa adyacente y pequeña

cantidad de líquido libre adyacente. Todos estos hallazgos son compatibles con apendicitis aguda. No se observan signos de absceso periapendicular ni otras complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: Inglés, jubilado de vacaciones con su mujer. Vive en Londres. No tiene familiares ni amigos en España.

Juicio clínico: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis. Obstrucción Intestinal. Isquemia mesentérica. Cólico nefrítico. La edad del paciente nos puede llevar a errar en el diagnóstico de la enfermedad, debido a que esta patología se presenta típicamente a edades más temprana.

Tratamiento, planes de actuación: Apendicectomía por laparoendoscopia y extracción del apéndice en bolsa. Tratamiento al alta: dieta blanda, progresiva, Paracetamol 1G/8 horas, Bemiparina 3500 UI/24 horas, no realizar esfuerzo físico durante un mes. Seguimiento por su Médico de Atención Primaria. Revisión en consulta de Cirugía General en un mes.

Evolución: Recuperación favorable, asintomática al alta. A la semana no presenta dolor y tolera adecuadamente.

Conclusiones

El dolor abdominal es un síntoma muy frecuente en Primaria y en Urgencias, por lo que una buena anamnesis y exploración física ante un cuadro atípico o dudoso nos puede llevar al éxito del caso.

Palabras clave

Stomachache, Apendicitis, Diagnosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Esta chica sigue con fiebre

Herrero Rubí J¹, Gálvez Ibáñez M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 24 años con fiebre y tos.

Historia clínica

Mujer de 24 años que acude a consulta por fiebre y tos. Trabaja en un laboratorio de microbiología. Tras valoración se inicia tratamiento ambulatorio con Cefixima. Consulta de nuevo 10 días después y, debido a su escasa mejoría, se solicitan analítica, cultivo de esputo, Mantoux y radiografía de tórax. En esta se evidencia una condensación en lóbulo superior derecho por lo que se envía a la paciente a urgencias, donde se solicita nueva analítica con gasometría arterial, además de antígeno de neumococo en orina.

Resultados: PCR 135, bioquímica normal, antígeno de neumococo positivo. Con el diagnóstico presuntivo de neumonía neumocócica se administran levofloxacino y azitromicina. Tras 7 horas es valorada por neumología, se ingresa en planta y se extrae hemocultivo. Cuatro días más tarde, ante la mejoría clínica y analítica se decide el alta con tratamiento antibiótico y esteroideo. Vuelve a consulta un mes después, pues se encuentra mal. Refiere que el Mantoux realizado al inicio del cuadro no fue valorado (estaba ingresada). Solicitamos TC, IGRA, cultivo de esputo y radiografía, que se hace en el momento, y muestra un aumento de la condensación neumónica. Acude a la planta de neumología, donde la citan para fibrobroncoscopia. El TAC se realiza a los 13 días y presenta condensación con broncograma aéreo en lóbulo superior derecho e izquierdo, así como una cavitación central. Finalmente, dos meses después del inicio del caso, los resultados del cultivo de esputo indican la presencia de Mycobacterium tuberculosis.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Durante los últimos 6 días ha seguido tratamiento con Cefixima por fiebre. Trabaja en un laboratorio de microbiología. **Anamnesis:** Refiere aparición de tos y expectoración verdosa, asociadas a fiebre de una semana de evolución. **Exploración:** Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, crepitantes en campo superior derecho. Temperatura: 39°C.

Pruebas complementarias: Analítica, cultivo de esputo, Mantoux y radiografía de tórax, que evidencia condensación en lóbulo superior derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres. Nivel socio-económico medio-alto. Abuela en estudio desde hace meses por tos inespecífica.

Juicio clínico: Neumonía adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: Neumonía neumocócica, Tuberculosis, Legionella, Neumonía necrotizante.

Tratamiento, planes de actuación: Se envía a la paciente a urgencias.

Evolución: En urgencias se solicita analítica, gasometría arterial y antígeno de neumococo en orina. PCR 135, bioquímica normal, antígeno de neumococo positivo. Con diagnóstico presuntivo de neumonía neumocócica se administran levofloxacino y azitromicina. Tras 7 horas es valorada por neumología, ingresa en planta y se extrae hemocultivo. Cuatro días más tarde, ante la mejoría clínica se decide el alta con tratamiento antibiótico y esteroideo. Acude de nuevo un mes después por empeoramiento. Refiere que el Mantoux realizado al inicio del cuadro no fue valorado (estaba ingresada). Solicitamos TC, IGRA, cultivo de esputo y radiografía, que se hace en el momento, y muestra un aumento de la condensación neumónica. Acude a la planta de neumología, donde añaden cita para fibrobroncoscopia. El TAC se realiza a los 13 días y muestra condensación con broncograma aéreo en lóbulo superior derecho e izquierdo, así como una cavitación central. Finalmente, dos meses después del inicio del caso, los resultados del cultivo de esputo indican la presencia de Mycobacterium tuberculosis. Se inicia tratamiento antituberculoso con 4 fármacos de primera línea, y el cuadro clínico-radiológico remite. Todos los contactos íntimos tuvieron test de tuberculina negativo activo.

Conclusiones

Hubo varios errores en este caso: Cefixima para una neumonía no complicada, no solicitar hemocultivo antes de antibioterapia en urgencias, corticoides sin descartar tuberculosis, etc. Es importante revisar protocolos y recordar la posibilidad de tuberculosis ante infecciones respiratorias, así como mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

Palabras clave

Neumonía, Tuberculosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, se me hinchan los pies desde que soy hipertenso

Ruiz Aranda A, Fernández García F

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Trabajador agrícola, vive con su esposa.

Motivos de consulta

Edemas en piernas.

Juicio clínico: Proteinuria en rango nefrótico con microhematuria e Hipertensión Arterial de reciente comienzo.

Historia clínica

Varón de 57 años, diagnosticado recientemente de hipertensión arterial, inició tratamiento con ramipril 5mg cada 24 horas. Presenta desde hace 1 mes edemas en miembros inferiores. Ha precisado 15 veces atención médica por crisis hipertensivas, resueltas con medicación por vía oral. Desde hace 7 días, asocia edemas, que comenzaron en tobillo izquierdo y que actualmente refiere que llegan hasta genitales. No otra sintomatología por aparatos.

Diagnóstico diferencial: de edemas: patología inflamatoria, infecciosa, insuficiencia cardíaca, patología hepática o patología renal. Una vez filiada la causa renal de los edemas, diagnóstico diferencial de: glomerulonefritis, patología obstructiva renoureteral, insuficiencia renal secundaria a hipertensión.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Nefrología para realización de ecografía y toma de biopsia si fuera necesario.

Enfoque individual: Fumador de 94 paquetes/año. Ex-bebedor severo. Hipertenso en tratamiento con ramipril 5mg e Hidroclorotiazida 25mg. Bronquitis crónica y espondiloartrosis.

Evolución: En la ecografía se descartó patología renoureteral. El paciente durante su ingreso evolucionó favorablemente, sin evidencia de nuevas crisis hipertensivas. Actualmente está pendiente de resultado de biopsia renal.

Exploración: Edemas con fovea en miembros inferiores hasta rodillas, pulsos periféricos simétricos y conservados. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con edema de pared, resto sin alteraciones. Genitales sin edemas.

Conclusiones

Por el rango de edad del paciente, es difícil pensar a priori en una hipertensión arterial secundaria, pero sí ante las repetidas consultas por cifras tensionales altas, sería conveniente bien intentar ajustar el tratamiento o descartar algún tipo de patología secundaria. Es difícil ante la sobrecarga asistencial que suframos no dejar escapar nada, pero debemos estar atentos a las señales que nos indican que algo no va bien, como puede ser la hiperfrecuentación. La función renal mantenida, nos hace sospechar que la patología es de reciente comienzo.

Pruebas complementarias: Radiografía tórax: no cardiomegalia, no imágenes de derrame ni de condensación. Hemograma: tres series en rango. Bioquímica: Glucosa: 54, Urea: 75, Creatinina: 0,9, proteínas totales: 4.04, enzimas hepáticas e iones normales. Orina: pH: 6.5, Proteínas: 600, Hematíes: 150, resto normal.

Palabras clave

Edemas, Diagnosis, Hypertension

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tengo los marcadores tumorales elevados, ¿tengo cáncer?

Ruiz Aranda A, Fernández García F

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Marcadores tumorales elevados en analítica.

Historia clínica

Mujer de 67 años que presenta tos irritativa, sin expectoración desde hace un mes, junto con astenia. No ha presentado fiebre, síndrome constitucional, ni otra sintomatología por aparatos. Acude a su Médico de Atención Primaria que le solicita una analítica en la que se obtienen resultados elevados en marcadores tumorales, por lo que la deriva a Urgencias para estudio.

Enfoque individual: no hábitos tóxicos. Hace dos años, presentó episodios de rectorragias autolimitadas, con marcadores tumorales alterados (CA 125: 53.6 (Normal <35), CA 19.9: 56.7 (Normal <39), motivo por el cual fue estudiada por Medicina Interna y Ginecología, diagnosticando crisis hemorroidales y descartando patología tumoral, tras realización de TAC, colonoscopia y ecografía vaginal. Acude visiblemente preocupada tras la alarma generada por el hallazgo analítico. No otra patología previa conocida. Refiere que desde hace un mes presenta más astenia y tras un catarro de vías altas, presenta tos sin expectoración. Afebril, no síndrome constitucional. No sangrado activo. No alteraciones cardiorrespiratorias, del hábito intestinal, miccionales ni neurológicas. Radiografía de tórax: sin signos patológicos. Analítica: hemograma y bioquímica sin alteraciones. PCR: 50, CA 125: 41.4 (Normal <35), CA 19.9: 42.2 (Normal <39).

Enfoque familiar y comunitario: Niega antecedentes familiares de cáncer.

Juicio clínico: Comparando los hallazgos analíticos de la paciente en estudios previos con lo que presenta actualmente, no hay evidencia de patología tumoral.

Tratamiento, planes de actuación: Alta del Servicio de Urgencias.

Evolución: Mejoró de la tos, no presentó otra sintomatología.

Conclusiones

Es importante conocer cuándo pedir cada parámetro analítico. No tiene indicación solicitar marcadores tumorales como método de screening o diagnóstico, menos aún en un paciente asintomático y que ya ha sido estudiado previamente por ello. La longitudinalidad de la que disponemos en Atención Primaria debe servir para conocer las variantes de la normalidad que puedan presentar nuestros pacientes, como esta paciente quien, por algún motivo que desconocemos, presenta tendencia a elevar ciertos parámetros analíticos. Es importante tener en cuenta la carga emocional que supone decirle a alguien 'marcadores tumorales elevados', es una angustia innecesaria y evitable. Además, del gasto sanitario y los efectos secundarios que supone hacer pruebas diagnósticas sin indicación.

Palabras clave

Biomarkers, Tumors, Diagnosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hipogastralgia: exploración exhaustiva vs "complementaritis"

Medina Vizquete A¹, Salas Domínguez J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

profesora de instituto y su marido abogado. Viven en un barrio de clase media.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Juicio clínico: Adenocarcinoma seroso de ovario de alto grado estadio IV.

Historia clínica

Mujer de 52 años intervenida años antes por síndrome adherencial de origen endometriósico con dolor crónico abdominal y retortijones secundarios a la endometriosis que desde hace dos meses se reagudizaron.

Diagnóstico diferencial: Dado los antecedentes cabría establecer el diagnóstico diferencial entre endometriosis y neoplasia, pero la existencia de metástasis hepáticas y adenopatías obligan a pensar en un proceso neoplásico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, FA. IQ: laparotomía por síndrome adherencial de origen endometriósico.

Tratamiento, planes de actuación: Pasó a observación. Empeoró y precisó cirugía urgente y colocación de colostomía. Comenzó quimioterapia con buena respuesta.

Antecedentes familiares: madre Ca. Mama, hermana endometriosis, padre fallecido IAM.

Evolución: Continúa en tratamiento. Mantiene ECOG 0.

Anamnesis: mujer, 52 años, consulta por reagudización de dolor abdominal acompañado de cese de emisión de gases y heces, náuseas y vómitos.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Estable hemodinámicamente. Abdomen: distendido y timpánico. Se palpa masa en hipogastrio.

Conclusiones

El cáncer de ovario es infrecuente pero tiene una supervivencia baja ya que más del 70% de los casos se diagnostican en estadios avanzados pues su clínica es muy inespecífica. Cabe destacar la importancia de una buena exploración, ya que la paciente había consultado anteriormente por el mismo motivo, sin haberse descrito la masa en hipogastrio. Es importante que el médico de familia proporcione el apoyo necesario a las pacientes y acerqué los cuidados donde se encuentre para que la persona se sienta atendida de manera integrada. Nuestra labor es acompañar a estos pacientes en situaciones complejas como la que nos ocupa.

Analítica: 13.000 leucocitos, INR 2.8, bioquímica normal. Radiografía abdomen: dilatación marco cólico. Ecografía abdomen: múltiples LOEs hepáticas. Dos lesiones nodulares en fosas ilíacas adheridas a la pared abdominal. TAC abdomen: LOEs hepáticas sugestivas de metástasis, dilatación del colon con obstrucción del sigmoides. En pelvis tumoración dependiente de ovarios. Múltiples implantes peritoneales y adenopatías.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido y sus dos hijos (17 y 19 años). Es

Palabras clave

Ovarian Neoplasms, Intestinal Obstruction, Abdominal Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Atención paciente-familia en situación de últimos días

Navarrete Martínez E¹, Silva Gil F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

² Médico de Familia. Tutor de Residentes. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria. Cuidados paliativos domiciliarios.

Motivos de consulta

Ascitis refractaria y dolor generalizado en paciente con enfermedad oncológica avanzada.

Historia clínica

74 años. No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial, dislipemia. Ex bebedor. Adenocarcinoma de colon estadio IV con metástasis hepáticas y pulmonares. Oclusión intestinal intervenida hace 3 años tras el Diagnóstico de adenocarcinoma con posterior evisceración de la herida quirúrgica. 5 líneas de tratamiento quimioterápico que algunas han mantenido estable la enfermedad, pero con fracaso posterior. Paracentesis evacuadoras hospitalarias de repetición.

Enfoque individual: 5 líneas de tratamiento quimioterápico que algunas han mantenido estable la enfermedad, pero con fracaso posterior. Paracentesis evacuadoras hospitalarias de repetición. Permanencia en domicilio para cuidados paliativos.

Enfoque familiar y comunitario: Jubilado. Vive con la esposa (cuidadora principal, negativo activa a afrontar el pronóstico incierto). 2 hijos. El paciente conoce la enfermedad, pero no es consciente de la gravedad de ésta ni la *Evolución:* (fase intermedia pacto-depresión) (no Testamento Vital).

Juicio clínico: Adenocarcinoma de colon estadio IV. Cuidados paliativos. Dolor refractario. Ascitis metastásica. Situación de últimos días.

Tratamiento, planes de actuación:

Paracentesis domiciliaria para control de síntomas. Analgesia de 3er escalón. Abordaje familiar: evitar conspiración del silencio, y claudicación familiar.

Evolución: Dolor resistente a opioides débiles, pasamos a opioides mayores, con rescate oral, y posteriormente s.c. Paracentesis evacuadoras en domicilio. Tras estar el paciente durante varios días en el domicilio, en un primer momento acudimos por presentar dolor a pesar de opioides débiles, por lo que se decide pasar a opioides mayores, con rescates. Además, por sintomatología de dolor abdominal secundario a ascitis, se realiza paracentesis evacuadora domiciliaria. Posteriormente el paciente presenta deterioro general importante, con desorientación y negativo activa a la conversación, presentando situación de encefalopatía. A los días fallece.

Conclusiones

Reconocimiento de situación de últimos días, dando especial importancia al manejo de fármacos para aliviar el sufrimiento del paciente, en este caso dolor y disnea. Conocimiento de rotación de fármacos y vías: Oral, S.C, intravenoso. Atención al estado emocional de la familia, y su capacidad de adaptación, siendo la unidad a tratar Paciente-Familia: Información, reparto de tareas, reconocimiento de nuevas necesidades, para prevenir claudicación familiar.

Palabras clave

Palliative Care (Cuidados Paliativos), Family Caregiver (Cuidador Familiar)

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Adenopatías cervicales unilaterales por Mycobacterias en niña sana

Villalba Benavent C¹, Varo Muñoz A¹, Cabrera Fernández S²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, hospitalaria.

Motivos de consulta

Tumoración cervical unilateral.

Historia clínica

Niña de 14 años, refiere tumoración cervical izquierda de 4 meses de evolución junto a cuadro febril y pérdida de peso de 1 mes de evolución.

Enfoque individual: Sin antecedentes de interés, estatus socioeconómico deprimido. Esquema de vacunación completo y revisiones esporádicas por su pediatra. Inicialmente en seguimiento por pediatría con sospecha de mononucleosis infecciosa con serología negativa activa, remitiéndose a Médico de Familia dada la edad. En consulta se inicia estudio de adenopatías múltiples cervicales izquierdas siguiendo el recorrido de esternocleidomastoideo, que han crecido considerablemente en los últimos meses. Se solicita batería de pruebas analítica, radiografía de tórax y Mantoux ante sospecha de patología infecciosa o tumoral. Dada analítica y radiografía de tórax normales y ante cuadro de 1 mes de evolución de pérdida de peso junto a Mantoux positivo se contacta con internista de referencia para estudio. A las 24 horas de Mantoux se objetiva gran lesión en zona de punción eritematosa, posteriormente se producirá una necrosis central sin otras incidencias.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad ante caso índice de tuberculosis.

Juicio clínico: Tuberculosis miliar, ganglionar.

Diagnóstico diferencial: lesiones neoplásicas linfoproliferativas.

Tratamiento, planes de actuación: Tras biopsia ganglionar con confirmación anatomopatológica de necrosis caseificante se decide inicio de tratamiento antituberculoso y estudio de familiares.

Evolución: A las 48 horas de inicio de cuádruple terapia la paciente sufre una reacción alergia cutánea, retirándose los fármacos. Se reincida con isoniacida, posteriormente rifampicina y finalmente etambutol y continua en seguimiento por infecciosas.

Conclusiones

La tuberculosis es una patología con repuntes en la incidencia en nuestra zona en los últimos años, siendo en niños aún más infrecuente convirtiéndose en un reto importante para el Médico de Familia. La presentación larvada con adenopatías cervicales inicialmente de pequeño tamaño sin ninguna otra clínica, en niños, nos hace sospechar otros múltiples diagnósticos iniciales provocando una demora considerable en el inicio del tratamiento. Este caso nos permite recordar un tipo de presentación atípica de enfermedad infecciosa subsidiaria de tratamiento del individuo y del estudio de contactos en la comunidad en pacientes joven y sana.

Palabras clave

Tuberculosis, Mycobacterium Tuberculosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, he visto mi muerte en negro

García Gómez M¹, Rodríguez Villadeamigo G², Ochoa Pascual M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Angustia vital.

Historia clínica

Mujer de 49 años que acude a su Médico de Atención Primaria por llevar un mes aproximadamente interesándose por la astrología y los signos del zodiaco, coincidiendo con inicio de tratamiento con Vedolizumab iv y Prednisona 40mg/día por brote de Enfermedad de Crohn. Consulta preocupada y angustiada porque en un vídeo que ha visto en internet, la persona que habla en los mismos, se ha dirigido a ella para, según refiere la paciente mostrarle el proceso de su vida y para anunciarle que en el día de hoy o mañana morirá. “He visto mi muerte en negativo. Ro...ayer o mañana es mi muerte...estoy muy asustada...Manifiesta estar disminuyendo las horas de sueño y ver estos videos hasta altas horas de la madrugada, así como estar aumentando la ingesta de agua. Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Abordable y colaboradora. Discurso prolijo y verborreico. Inquietud psicomotriz (la paciente se levanta de la silla y simula dibujar los astros en la puerta de la consulta). Ánimo expansivo. Ideas delirantes de contenido autorreferencial. Análisis de sangre: hemograma y bioquímica incluyendo perfil tiroideo normal. Sistemático orina normal.

Enfoque individual: no RAMC. Hábitos tóxicos: Fumadora de unos 20 cigarros al día. Hipotiroidismo. IQ: Histerectomía.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, con un hijo de 26 años. Nivel sociocultural alto.

Juicio clínico: Trastorno maníaco orgánico (Hipomanía inducida por corticoides). Episodio psicótico agudo, trastorno bipolar, consumo de tóxicos, síndrome confusional agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Tras 4 semanas de tratamiento con Paliperidona y retirada progresiva de corticoides, la paciente realiza crítica de lo que le ha sucedido, recuperando su vida habitual.

Conclusiones

Los corticoides son fármacos muy usados en la práctica clínica habitual que, sin embargo, se asocian a frecuentes efectos adversos neuropsiquiátricos. Hasta el 75% de los pacientes tratados con corticoides pueden desarrollar síntomas psiquiátricos leves. La mayoría de los pacientes tiene remisión total de los síntomas tras dos semanas de tratamiento, que consiste en reducir o suspender corticoides, o añadir al tratamiento psicofármacos (antipsicóticos).

Palabras clave

Manic Disorder, Corticoesteroides, Delirium

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal y pérdida de peso en mujer de mediana edad

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón F², Moreno Obregón J¹

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Malestar general.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. Exfumadora hace 4 años.

Anamnesis: mujer de 52 años que acude por dolor en flanco izquierdo de 2 meses de evolución. Desde hace 15 días sensación febril no termometrada asociada a un aumento de partes blandas de la zona referida. No tos. Pérdida de 4 kg en este tiempo.

Exploración: regular estado general. Consciente. TA 95/65 mmHg, FC 95 lpm, T^a 37.5° y Sat O₂ 97% sin oxigenoterapia. Tumefacción dolorosa de pared tóraco-abdominal izquierda. ACP: normal. Exploración abdominal y miembros inferiores: normales.

Pruebas complementarias: Hb 10.9 g/dL, leucocitos 24.76 mil/mm³ (neutrófilos 90.1%), PCR 354.70 mg/L. TAC helicoidal tórax con contraste intravenoso: En la pared tóraco-abdominal lateral izquierda observamos colección de 97 x 27 x 150 mm de probable origen infeccioso-inflamatorio. Pequeño derrame pleural basal posterior izquierdo con condensación del parénquima pulmonar adyacente. Pequeña área de condensación basal posterior en LID (lóbulo inferior derecho).

Enfoque familiar y comunitario: el trabajo en equipo favorece el ingreso.

Juicio clínico: neumonía por anaerobios asociado a mínimo derrame pleural posible origen en infección de origen dentario-bucal. Absceso de pared tóraco-abdominal. Empiema necessitatis.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: antibióticos.

Evolución: ingresa en Cirugía General y Digestiva para drenaje urgente bajo anestesia en quirófano. Tras evolución de varios días se sospecha origen pulmonar tras aislamiento de patógeno anaerobio habitual de cavidad bucal como agente causal.

Conclusiones

La higiene dental deficiente se acompaña de mayor probabilidad de infección pleuropulmonar anaerobia. La aspiración de contenido bucofaringeo infectado da lugar a neumonía en segmentos posteriores de los lóbulos superiores y los segmentos superior y basal de los lóbulos inferiores. Los pacientes con infección pleuropulmonar anaerobia tienen síntomas como fiebre, pérdida de peso y malestar. La ausencia de tos productiva no descarta esta infección.

Palabras clave

Neumonía, Wall Abscess, Sewer System

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Malestar general con deterioro progresivo

Moreno Obregón J¹, Moreno Obregón F², Moreno Obregón L¹

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Tratamiento actual: imidapril 20 mg/24 horas y paracetamol 1g/8 horas.

Anamnesis: varón de 53 años que acude por cuadro de malestar y postración acompañado de dolor abdominal, vómitos y dos deposiciones blandas sin productos patológicos de menos de 24 horas de evolución.

Exploración: mal estado general. Cianosis cervico-facial y cara. Consciente. Mal perfundido con livideces de predominio en abdomen. TA 83/52 mmHg, FC 86 spm, T^a 34.6°C y Sat O₂ 97% sin oxigenoterapia. Cardiorrespiratorio y miembros inferiores: normales. Abdomen: doloroso a la palpación con defensa.

Pruebas complementarias: hemograma: Hb 14.9 g/dL, Hto 43 %, leucocitos 4 mil/mm³ (neutrófilos 87.9 %), plaquetas 75 mil/mm³. Coagulación: TP 19.1 seg, actividad protrombina 50 %, TPTA 48.4 seg y fibrinógeno 363 mg/dL. Gasometría venosa: pH venoso 7.266, pCO₂ 50 mmHg, pO₂ 18 mmHg, HCO₃ 22 mmol/L, lactato sangre venosa 9.20 mmol/L. Bioquímica: Glucosa 95.5 mg/dl,

creatinina 2.40 mg/dl, urea 62.7 mg/dl, Na 148.1 mEq/L, K 2.93 mEq/L, bilirrubina total 1.28 mg/dL, LDH 397 U/L, amilasa 58 U/L, PCR 114.76 mg/L. Radiografías P.A. tórax, A. P. supino abdomen y TAC con contraste intravenoso. Abdomen: normales.

Enfoque familiar y comunitario: observación de los convivientes y profilaxis antibiótica (Rifampicina).

Juicio clínico: shock séptico de origen desconocido.

Diagnóstico diferencial: shock hipovolémico, shock cardiogénico, shock séptico.

Tratamiento, planes de actuación: canalización de catéter venoso central, sondaje nasogástrico y uretral, fluidoterapia, antibioterapia (Imipenem y Linezolid), intubación orotraqueal, perfusión aminas vasoactivas e hidrocortisona.

Evolución: ingresa en UCI (Unidad Cuidados Intensivos) debido al deterioro con progresión a asistolia. Se solicitan hemocultivos que resultaron ser positivos a Neisseria meningitidis y urocultivo, negativo activo.

Conclusiones

El shock séptico es un estado grave del organismo que puede causar síndrome disfunción multiorgánica y la muerte.

Palabras clave

Abdominal Pain, Hypotension, Bad Perfusion

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

No puedo mover bien mi brazo

Gómez Sánchez L¹, Gómez Nieves O², Pérez Pérez A³

¹ Médico de Familia. CS Los Barrios. Cádiz

² Médico de Familia. Urgencias Hospital La Línea. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Paresia progresiva.

Historia clínica

Mujer de 49 años acude a urgencias hospitalaria por paresia progresiva de 24 horas de *Evolución*: en antebrazo izquierdo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: apendicectomizada y exfumadora de 5 años (15-20 cigarros/día).

Anamnesis: en estudio por probable radiculopatía cervical porque desde hace 25 días nota pérdida de fuerza y parestesias en 2º-3º-4º dedos de mano izquierda. Refiere que desde la noche anterior ha comenzado con debilidad desde codo izquierdo hacia la mano sin otra clínica acompañante.

Exploración: Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada. Normohidratada. Eupneica. Auscultación cardio-pulmonar: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Extremidades: no edemas ni signos de TVP. Pulsos distales conservados. Neurológica: Pares craneales normales. Pupilas isocóricas normorreactivas. No disartria. No claudicación de extremidades inferiores. Fuerza por grupos en antebrazo y mano izquierda 0/5 resto sin alteración. Ligera hipoestesia en antebrazo izquierdo, ROT sin alteración, no atrofas musculares, no fasciculaciones, Marcha y tándem sin alteración.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemoglobina 10.8 Hematocrito 34% VCM 82 Fl PCR 40 mg/L, leucocitos 12.8 x10⁹/l neutrófilos 7 x10⁹/linfocitos 1.8 x10⁹/l.

ECG: ritmo sinusal 70 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: masa en lóbulo superior derecho de contornos espiculados.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar. Casada. Nivel socio cultural medio.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón Estadio IV.

Diagnóstico diferencial: ACV, radiculopatía cervical, síndrome de túnel carpiano.

Tratamiento, planes de actuación: Tras visualizar la imagen en la radiografía se realiza TAC craneal: lesión ocupante de espacio sugerente de metástasis. Se decide por la situación clínica actual y resultados obtenidos, ingresar a la paciente para estudio.

Evolución: Posteriormente se realiza lavado bronquioalveolar: atipia celular compatible con malignidad, y broncoscopia con biopsia: adenocarcinoma de pulmón.

Conclusiones

Puede impresionar de radiculopatía. El único antecedente es ex-fumadora, estando relacionado el 85% con la neoplasia de pulmón. Ante debilidad o paresia, es fundamental realizar anamnesis y *Exploración neurológica* minuciosa, ya que en el diagnóstico diferencial existen patologías potencialmente graves, con mal pronóstico. Se debe prestar su importancia a la radiografía de tórax, y es fundamental desde Atención Primaria potenciar y ser constantes en los programas de deshabituación tabáquica.

Palabras clave

Radiculopatía, Adenocarcinoma de Pulmón

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Epifisiolisis espontánea de cadera

Borrallo Herrero M¹, Ramo Toro M², Ruíz Ruíz M³

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

² Médico de Familia. Granada

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

Ámbito del caso

Medicina familiar.

Motivos de consulta

Dolor de cadera derecha.

Historia clínica

Varón de 15 años que acude a consulta por dolor en cadera izquierda de características mecánicas sin traumatismo previo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: displasia fibrosa de fémur distal derecho confirmada benignidad por TAC y corregida mediante reposo y plantillas de descarga con talón elevado. Acude en 2 ocasiones por dolor de características mecánicas en cadera izquierda de características mecánicas, se le prescribe analgesia pero no existe mejoría. En la tercera ocasión destaca en exploración acortamiento y rotación de miembro inferior izquierdo con FABE positivo por lo que se realiza RX de urgencia donde se observa epifisiolisis de cadera siendo intervenido mediante reducción abierta y osteotomía de Dunn.

Enfoque familiar y comunitario: Se cita a los padres, se realiza con ellos genograma y se indaga en problemas familiares y sociales debido a la sospecha de maltrato infantil descartándose tal hipótesis.

Juicio clínico: Epifisiolisis cabeza femoral izquierda desplazada con tratamiento quirúrgico.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento quirúrgico y analgésico.

Evolución: Se realiza seguimiento tanto por parte de Cirugía ortopédica y traumatología, rehabilitación como por medicina familiar, no encontrándose nuevos indicios de maltrato infantil y siguiendo el niño un desarrollo físico y psicosocial normal.

Conclusiones

La epifisiolisis se refiere a una fractura del cartílago de crecimiento o fisis de un hueso largo. Las fracturas de la placa de crecimiento ocurren dos veces más frecuentemente en varones que en las niñas, porque los cuerpos de las niñas maduran a una edad más temprana. Un tercio de todas las lesiones se producen en las competencias deportivas pero la segunda causa es el maltrato infantil por lo que hay que estar siempre alerta y realizar una entrevista clínica con los padres aceptando en un primer momento las explicaciones de éstos y no manteniendo una actitud juzgadora prestando especial atención al vínculo afectivo de padres-hijos, cuidados, síntomas que sugieran abandono y actitud de los padres ante el establecimiento de normas y límites remitiendo a un centro hospitalario en caso de ser necesaria la valoración forense y estableciendo objetivos específicos de educación para la promoción de la salud.

Palabras clave

Epifisiolisis, Atención al Adolescente, Maltrato Infantil

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral en paciente con aneurisma de aorta torácica

Barba Lobato C¹, Maqueda Pedrosa D¹, Silva Santos M²

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Hospital (urgencias, Neumología).

Motivos de consulta

Dolor torácico, Hipertensión arterial.

Historia clínica

Acude a consulta un paciente varón de 58 años que refiere dolor torácico localizado en hemitórax izquierdo irradiado a espalda de minutos de evolución. Como antecedente refiere que había presentado la tensión arterial elevada en días previos.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: No alergias medicamentosas conocidas. Aneurisma de Aorta Torácica.

Anamnesis: Según comenta el dolor se acompañaba de cortejo vegetativo, sudoración y náuseas. En días previos había presentado cifras elevadas de Tensión arterial, controlándose las cifras en domicilio. Además comenta que había presentado en alguna ocasión aislada esputos hemoptoicos y una inflamación en tobillo izquierdo que atribuyó a una torsión.

Exploración: Peso 75 Kg. Aceptable estado general. Sudoración leve. Tensión Arterial 200/90, Frecuencia Cardíaca 90 latidos por minutos. Saturación de Oxígeno 99% Auscultación Cardio-Pulmonar normal. Abdomen normal.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: Ritmo sinusal, no alteraciones en la repolarización. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Angio-TAC Corazón de tamaño normal. Dilatación aorta ascendente de hasta

44 mm. Numerosos defectos de repleción en arterias pulmonares principales, lobares y segmentarias en ambos lados, en relación a Tromboembolismo Pulmonar agudo bilateral. No derrame pleural. Ecodoppler de miembros inferiores y abdomen: Ausencia de Trombosis venosa profunda ni superficial en ambos miembros inferiores.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con dos hijos. Madre con enfermedad de Alzheimer evolucionada. Padre y dos hermanos sanos.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral.

Diagnóstico diferencial: Disección aórtica, Síndrome coronario agudo. Principal problema: Mal control de cifras tensionales previa infravaloradas por el paciente.

Tratamiento, planes de actuación: Inicio de Anticoagulación precoz.

Evolución: Muy buena evolución clínica y mejoría de los síntomas durante su ingreso.

Conclusiones

El tratamiento exhaustivo de la hipertensión arterial en paciente con antecedentes de Aneurisma es muy importante y no se debe infravalorar. En este caso podía haber sido secundario al tromboembolismo pulmonar establecido. El tromboembolismo pulmonar es una entidad muy frecuente, a veces difícil de diagnosticar. Es muy importante su diagnóstico precoz para iniciar lo antes posible un tratamiento que disminuya la mortalidad.

Palabras clave

Tromboembolismo, Hipertensión, Aneurisma

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



Jaén

**COMUNICACIONES ORALES:
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Valor predictivo de los biomarcadores β -HCG Y PAPP-A en el desarrollo de diabetes gestacional y sobrepeso materno

De Francisco Montero M¹, Varo Muñoz A², Blanco Rubio B³, Aguado de Montes M⁴, Villalba Benavent C², Martín Martínez M⁵

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

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

³ FEA de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

⁵ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Las Palmeritas. Sevilla

Introducción

Actualmente el cribado de Diabetes Gestacional se basa en el Test de O'Sullivan que se lleva a cabo entre las semanas 24-28 de gestación y la realización posterior de Sobrecarga Oral de Glucosa en pacientes donde este sea patológico (≥ 140 mg/dl 1h). Nuestra propuesta consiste en valorar si la determinación de la proteína plasmática A asociada al embarazo (en adelante PAPP-A) y la hormona gonadotropina coriónica humana (en adelante β HCG) podrían constituir una alternativa diagnóstica o al menos actuar como predictores. Además del desarrollo de Diabetes Gestacional el estudio pretende valorar la relación de dichos marcadores con la aparición de sobrepeso y obesidad en el tercer trimestre, siendo hasta ahora la realización de IMC en el tercer trimestre lo que permite diagnosticarlo.

Objetivos

Valorar si los marcadores β HCG y PAPP-A tienen utilidad como factor pronóstico de Diabetes Gestacional y sobrepeso en el tercer trimestre de embarazo.

Diseño

Estudio observacional prospectivo de tipo casos-control incidentes.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y Métodos

Criterios de inclusión: el estudio se llevaría a cabo en pacientes registradas en el programa de embarazo en los últimos cinco años en el área de referencia de los Centros de Salud Las Palmeritas Esperanza Macarena y Amante Laffón (Sevilla).

Criterios de exclusión: embarazo múltiple, Diabetes Mellitus previa a la gestación, aborto, IMC >30 en 1º trimestre, enfermedad grave de la madre o del feto. Se

toma como variables independientes los niveles de los biomarcadores β HCG y PAPP-A incluidos en el cribado de cromosopatías en el 1º trimestre de gestación y se observa la aparición de Diabetes Gestacional (Test de O'Sullivan + Sobrecarga oral de glucosa) o sobrepeso (IMC > 31) en el 3er trimestre de gestación. Se construirán al menos dos modelos predictivos mediante regresión logística binaria no condicionada con sus correspondientes curvas ROC. En el primero la variable resultado será padecer o no Diabetes Gestacional en el tercer trimestre (dos puntos elevados de los realizados en la curva de cuatro puntos) y en el segundo, la variable resultado será presentar o no presentar sobrepeso en el tercer trimestre, codificando este factor por IMC > 30 (si/no). En los modelos para diabetes gestacional utilizaremos la regresión logística binaria no condicionada y para los modelos de sobrepeso y obesidad de tercer trimestre, la regresión logística polinómica pues haremos también recodificaciones graduales de la variable IMC del tercer trimestre. Se realizará una búsqueda activa de variables de interacción en ambos modelos predictivos.

Material y Métodos

La utilidad principal de este proyecto estriba en intentar aumentar la eficiencia del cribado del primer trimestre de la gestación para otros problemas de salud prevalentes como son la Diabetes Gestacional y el Sobrepeso y/o la Obesidad del Tercer Trimestre. Además de esto habría que valorar la utilidad práctica de los resultados en relación con la salud ante la posibilidad de patentes u otros resultados explotables comercialmente.

Aspectos ético-legales

Este proyecto de investigación tiene permiso del CEI de CSV - HUS

Palabras clave

Diabetes Gestacional, Pregnancy Protein, Logistic Models.

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Evaluación del programa de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria

Jurado Sánchez I¹, Díaz Capela A², Pérez Durillo F³, Rosario Castillo Á⁴, García García C³

¹ Médico de Familia. CS Baños de la Encina. Jaén

² Enfermero de Familia. Consultorio Baños de la Encina. UGC Bailén. Jaén

³ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

⁴ FEA Medicina y Cirugía. Consultorio Baños de la Encina. UGC Bailén. Jaén

Introducción

La conciliación de la medicación es un proceso clave para prevenir acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos, garantizando así la seguridad del paciente. Al alta hospitalaria hay que asegurar que las nuevas prescripciones se adecuan a la nueva situación del paciente y que están en consonancia con la medicación previa. Con este proceso se pueden detectar errores de transcripción e interpretación, evitar duplicidades terapéuticas e interacciones, asegurando que ningún medicamento necesario es omitido y que no se prescribe ninguno que no lo sea.

Objetivos

Principal: Evaluar la implantación del programa de conciliación de la medicación tras el alta hospitalaria, en un medio rural, en el periodo Noviembre 2017- Octubre 2018. *Secundarios:* Valorar el porcentaje de conciliaciones realizadas desde la implantación del programa. Comprobar que los cambios de medicación que se realizan durante el ingreso se transcriben a la hoja de tratamiento activo del paciente. Detectar duplicidades y posibles interacciones farmacológicas. Definir el perfil del paciente en el que se realiza conciliación. Cuantificar número de ingresos en la población estudiada. Describir la fuente de información y el lugar donde se realiza la conciliación. Enumerar las conciliaciones realizadas al paciente o al cuidador.

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Se incluyen los pacientes que han sido hospitalizados desde Noviembre 2017 (fecha en la que se implantó esta herramienta de conciliación en la Historia de Salud Digital) hasta Octubre de 2018,

evaluando el primer año de puesta en marcha del proyecto. Revisión de las altas hospitalarias obtenidas a través del buzón profesional dentro de la historia de la salud digital (Diraya) comprobando si se ha utilizado la herramienta de conciliación del "Botón Rojo" o Botón Variable incluida en la Historia de Salud donde se registran datos del paciente al alta hospitalaria, la fuente de información (informe de alta, hoja de continuidad de cuidado, hoja de tratamiento activo) y si la conciliación se realiza en consulta o en su domicilio así como si la realiza el cuidador, al paciente o a ambos. Registro de posibles discrepancias entre el tratamiento crónico y el actual. Para el análisis estadístico de los datos se elaborará una base de datos donde se recogerán todas las variables del estudio. Se realizará análisis descriptivo de las principales variables para cada uno de los grupos, empleándose las medidas básicas de resumen (media, error típico de la media...) en el caso de las variables numéricas, y la distribución de frecuencias en el caso de las variables cualitativas. Se utilizará paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0).

Material y Métodos

Tras analizar los datos del primer año de puesta en marcha del proceso de conciliación de la medicación, se establecerán estrategias para mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información entre atención primaria y atención hospitalaria. Implicar al paciente y a todos los profesionales sanitarios que intervengan en el cuidado del mismo en actualizar el registro de la hoja de tratamiento activo garantizando la seguridad del paciente.

Aspectos ético-legales

Solicitada autorización al Comité de Ética.

Palabras clave

Conciliación de Medicamentos, Alta del Paciente, Seguridad del paciente.

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Incidencia de hemorragias en pacientes ancianos con bajo filtrado glomerular y en tratamiento con nuevos anticoagulantes orales

Ballesteros Lechuga L¹, Expósito Díaz-Álvarez², Marín Serrano I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Introducción

La fibrilación auricular es la arritmia más prevalente. Entre los pilares fundamentales del tratamiento de la FA está la prevención de los fenómenos tromboembólicos, siendo los tratamientos más efectivos los anticoagulantes orales. Hasta hace poco, los únicos fármacos orales disponibles eran los fármacos antivitaminas K. La variabilidad en su respuesta terapéutica, sus interacciones y su estrecha ventana terapéutica, que conlleva la necesidad de monitorizar la respuesta, han originado la búsqueda de nuevos fármacos que logren evitar sus inconvenientes. Actualmente se dispone de nuevos fármacos que lo cumplen. Los ensayos clínicos que condujeron a la aprobación de dichos fármacos excluyeron a pacientes con bajo filtrado glomerular; sin embargo, la disminución de dosis de estos fármacos en ese contexto se ha incluido en la aprobación de estos medicamentos. Queda por ver si dicho uso es seguro.

Objetivos

Objetivo general: Determinar las incidencias de hemorragias en pacientes con bajo filtrado glomerular y en tratamiento con Nuevos Anticoagulantes Orales (NACOs).

Objetivos específicos: Analizar la función renal de los pacientes. Comparar el riesgo de hemorragias entre los distintos NACOs. Conocer el número de hemorragias producidas. Analizar las diferencias entre los pacientes seguidos en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Diseño

Estudio de serie de casos en el período 2017- 2021.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Sujetos: Pacientes mayores de 65 años de una zona básica de salud, con bajo filtrado glomerular y en tratamiento con NACOs.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 65 años. Inicio de anticoagulación con alguno de los NACOs en el

año 2017. Tasa de Filtrado Glomerular según fórmula CKD- EPI menor o igual a 60 ml/min/ 1, 73 m².

Criterios de exclusión: Uso de anticoagulación en un tiempo menor de 3 meses. Antecedentes de hemorragia grave ya registrada.

Tamaño Muestral: Para conseguir una precisión del 2% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción es del 1, 37%, será necesario incluir a 130 personas en el estudio. La selección de los pacientes se realizará mediante muestreo sistemático del listado de personas que estén tomando los nuevos NACOs.

Variables: edad (años), sexo (hombre/mujer), filtrado glomerular (ml/min), hemorragias (número y tipo), indicación de NACOs (FA/otras).

Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo (medias con desviación típica y porcentajes). Análisis bivariante Ji², t- Student/ANOVA. Se estimará la tasa de incidencia de hemorragias.

Limitaciones: Sesgo de información. Variables de confusión: la toma de AAS y derivados, IBP, corticoides; antecedentes personales de coagulopatía/trombopatía. Interacciones. Pérdidas.

Material y Métodos

Conocer el perfil de seguridad y mejorar las indicaciones de los nuevos NACOs en pacientes con insuficiencia renal. Conseguir una menor tasa de morbilidad y mortalidad y facilitar el seguimiento del paciente en Atención Primaria.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el CEI Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Hemorrhages, Anticoagulation, Renal Insufficiency.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Protocolo de investigación: prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en usuarios de un CS urbano

Toro Gallardo M¹, Real López A¹, Bujalance Zafra M², Domínguez Santaella M³, García López L¹, Milán Pinilla I¹

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

² Médica de Familia. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Introducción

El alcohol es la droga más consumida en nuestro país y la que más problemas socio-sanitarios genera. El consumo de riesgo es aquel patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito persiste. Detectar a este tipo de consumidores en Atención Primaria es crucial ya que se beneficiarán de una intervención breve (2ª intervención sanitaria más coste-efectiva). La última encuesta sobre Alcohol y Drogas en España que recogió la prevalencia de dicho consumo fue la del año 2013, fue medido a través del cuestionario AUDIT y la prevalencia en la población española de 15 a 64 años se situó en el 5%, aumentando hasta el 11, 8% en los individuos de 15 a 24 años. En vista de la poca bibliografía encontrada sobre la prevalencia de consumo de riesgo, su infradiagnóstico y la morbimortalidad prevenible, decidimos realizar este estudio.

Objetivos

Establecer la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en la población usuaria de un centro de salud (CS) urbano y las características sociodemográficas y clínicas de estos sujetos.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria, CS urbano.

Material y Métodos

Sujetos. Población usuaria del CS.

Criterios de inclusión: Hombres y mujeres con edad ≥ 14 años usuarios del CS que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Sujetos con deterioro cognitivo, incapacitados o con dificultades en la movilización que no puedan acudir al CS.

Muestreo: Muestreo no probabilístico consecutivo por cuotas. Se tendrá en cuenta el estrato de la población adscrita al CS, en cuanto a la edad y al género.

Método: A cada sujeto se le realizará una entrevista personal para recopilar información sociodemográfica y clínica, además de clasificarlo en consumidor de riesgo o no a través del cuestionario AUDIT-C.

Variables: Variable dependiente: consumo de riesgo. Variables independientes: edad, sexo, nivel de estudios, ingresos económicos, estado civil, situación laboral, consumo de tabaco, consumo de otras drogas, antecedentes personales de diez entidades clínicas de interés, tratamiento con psicofármacos, cantidad de alcohol consumida, patrón de consumo, dependencia alcohólica, accidentes.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo transversal de todas las variables, análisis bivariante de la variable dependiente y análisis multivariante para estudiar variables confusoras.

Limitaciones: La principal es el sesgo de selección, al utilizar un muestreo no probabilístico. Otras son el sesgo del entrevistador y que aquellos pacientes que sean conscientes de que su consumo de alcohol es elevado rechazarán participar. Por último, al ser un estudio descriptivo transversal no se pueden establecer relaciones de causalidad.

Material y Métodos

Este estudio pretende proporcionar a los profesionales de Atención Primaria datos como la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, el patrón de consumo y el perfil del individuo al que le deberemos realizar los cuestionarios como elemento de prevención.

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Provincial de Málaga. Se respetarán los requisitos establecidos en la legislación española, y se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 y la Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Palabras clave

Alcohol Consumption, Risk Factor, Prevalence

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diferencias y repercusión clínica con la utilización de las nuevas tablas de riesgo cardiovascular SCORE OP para pacientes mayores de 65 años en un CS rural

Pérez Cornejo Y, Pazos Pazos N

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraltor. Huelva

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares en mayores de 65 años representan la principal causa de morbimortalidad en nuestro país. Las guías europeas de prevención cardiovascular recomiendan el cálculo del riesgo cardiovascular mediante diferentes tablas, una de ellas la SCORE. Una de las limitaciones del SCORE es que no permite calcular el riesgo en mayores de 65 años. Recientemente, los investigadores del SCORE han publicado unas tablas específicas para mayores (SCORE Older Persons [SCORE OP]).

Objetivos

Evaluar la repercusión clínica de las nuevas tablas SCORE OP para el cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 65 años.

Diseño

Estudio descriptivo de corte transversal.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y Métodos

Se seleccionarán pacientes mayores de 65 años sin antecedentes de diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular, se recogerán datos de factores de riesgo cardiovascular. Se calculará el riesgo utilizando las tablas para países de bajo riesgo SCORE y las nuevas SCORE OP y se verá si existen diferencias entre ambas, así como la repercusión de dichas diferencias en las medidas de prevención primaria.

Recogida de datos: Se utilizará información registradas en historias clínicas informatizadas. Si no hay datos del hábito tabáquico, se contactará telefónicamente con el paciente para obtenerlo. Si no hay registro de colesterol total y/o tensión arterial o tengan una antigüedad mayor a 1 año se citara al paciente para obtenerlos. Si no se pudiera contactar con el paciente se contabilizará como perdida.

Análisis de datos: Se determinará la media y la desviación típica para las variables cuantitativas. Se calcularán intervalos de confianza al 95%. Para las variables cualitativas se utilizarán porcentajes. Para comparar las variables de estudio entre hombres y mujeres se utilizarán las pruebas de t de Student para datos independientes (variables continuas) o la de chi-cuadrado (variables categóricas). Las medias del riesgo cardiovascular calculado de las diferentes tablas de SCORE clásico y SCORE OP se compararán utilizando el coeficiente de correlación intraclase y para la comparación del riesgo como variable cualitativa entre ambas tablas, la prueba de asimetría de McNemar. Los datos se analizarán con el programa SPSS para Windows.

Material y Métodos

Utilizar el SCORE OP en mayores de 65 años es fundamental para calcular el riesgo cardiovascular y aplicar medidas de prevención primaria si fueran necesarias. Actualmente hay tendencia a sobre tratar con hipolipemiantes, las guías Europeas recomiendan ser más prudentes desde el punto de vista farmacológico, ya que solo la edad, puede incrementar el riesgo calculado.

Aspectos ético-legales

Se respetaran los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, en el convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, así como los requisitos establecidos en la legislación española. Se ajustara a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 25/2018). En el desarrollo del estudio se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002, y la Ley de Investigación biomédica 14/2007. Este proyecto será presentado al Comité de Ética de una provincia para su valoración y aceptación.

Palabras clave

Cardiovascular, SCORE, Elderly

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Intervención sobre consumo de antidepresivos en un núcleo rural

Silva Gil F¹, Navarrete Martínez E²

¹ Médico de Familia. Tutor de Residentes. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

Introducción

En nuestro medio, hace varios meses, realizamos un estudio sobre consumo de antidepresivos, y nos llamó la atención que más de la mitad de los pacientes que tenían prescrita medicación antidepresiva no tenían reflejado en la historia clínica ningún diagnóstico que lo justificara. Teniendo esto en cuenta, nos planteamos reevaluar a nuestros pacientes, para comprobar si verdaderamente existe necesidad indicación de prescripción, y por tanto de consumo. Por tanto, se trata de identificar situaciones clínicas en las que una prescripción si era inicialmente correcta, debido a la "inercia" ha seguido prescribiéndose, o bien, valorar la posibilidad de una prescripción primaria inadecuada, proporcionando en este caso actuaciones concretas para la retirada del medicamento, y proporcionando otras terapias.

Objetivos

Principal: Conocer el efecto que una intervención mediante consulta programada, y entrevista clínica, puede tener sobre el consumo de antidepresivos. *Secundario:* Describir si existe indicación de prescripción de medicación antidepresiva.

Diseño

Estudio analítico, cuasi-experimental, en el que se realiza intervención mediante entrevista clínica.

Emplazamiento

Atención Primaria; Consultorio rural.

Material y Métodos

Población: Usuarios adscritos a un consultorio rural (1271 pacientes).

Muestra: Usuarios que tienen prescrita medicación antidepresiva en receta XXI.

Criterios de inclusión: Pacientes de cualquier edad, sexo, raza que tienen prescrita en receta XXI medicación antidepresiva, bien desde atención primaria o especializada, pero cuyo seguimiento se realiza en atención primaria.

Criterios de exclusión: Usuarios con prescripción antidepresiva en seguimiento por atención especializada.

Intervenciones: 4 intervenciones programadas (captación/15 días/45 días/3 meses/6 meses), en las que se realiza de manera progresiva: Diagnóstico (test validados en Diraya), y gradación de gravedad. Propuesta y explicación de cambios si los hubiere (Guías de autoayuda de la web SAS), adherencia al tratamiento, y control de cambios en síntomas en actitud, síntomas y tratamiento.

Análisis estadístico: univariado mediante frecuencia (absoluta y relativa) de las variables cualitativas; cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica) y amplitud en las cuantitativas. Y análisis bivariado (ji-cuadrado, T-Student, ANOVA, $p < 0,05$), para la comparación de variables cuantitativas. Se realizará con el paquete estadístico SPSS.

Material y Métodos

Cualquier intervención basada en comprobación de diagnóstico para optimizar terapias consideramos de utilidad en nuestro medio. No se trata de utilizar criterios Stopp/Start para desprescribir, sino de buscar prescripciones que han podido ser adecuadas previamente pero que en este momento no están indicadas.

Aspectos ético-legales

A todos los pacientes se les explica, que la intervención, más allá de la búsqueda de una mejoría en su estado de salud, y de un tratamiento óptimo de su patología, va a ser tratado con fines de investigación. Por ello, se solicita consentimiento informado para utilizar los resultados con esos fines. En cuanto al balance riesgo-beneficio, éste se desvía al lado de los beneficios, puesto que todos los pacientes van a ser valorados de la misma manera, y tratados de manera individualizada.

Palabras clave

Antidepressants, Drug Prescription, Intervention

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tratamiento de las infecciones del tracto urinario inferior no complicadas en la mujer: adherencia y satisfacción

Núñez Caro J

Médico de Familia. CS Dos Hermanas Doña Mercedes. Sevilla

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) ocupan el segundo lugar en las infecciones atendidas en Atención Primaria. Tienen una alta incidencia en mujeres. Se clasifican en dos grandes grupos, complicadas y no complicadas, que determina un plan de actuación diagnóstico-terapéutico. En las últimas décadas, la medicina ha pasado de tener un enfoque paternalista a asumir una posición más activa por parte del paciente (principio de autonomía). Se deben tener en cuenta las preferencias del paciente en su manejo, para la toma de la decisión más correcta de forma conjunta. Se han realizado pocos estudios de adherencia al tratamiento en las ITU. Además, no han tenido en cuenta una valoración del grado de satisfacción en cuanto a la respuesta clínica. Con todo ello, se pretende realizar un estudio donde se comparen diferentes tratamientos, viendo el porcentaje de éxito terapéutico microbiológico y clínico sobre la comodidad de administración del tratamiento para analizar la adherencia al mismo.

Objetivos

Objetivo principal: comparar la adherencia al tratamiento de las cistitis no complicadas en mujeres y el grado de satisfacción con el mismo entre diferentes tratamientos. *Otros objetivos:* determinar el porcentaje de mejoría clínica y microbiológica de mujeres con ITU no complicada, comparar los efectos secundarios, analizar la etiología y comparar las cifras de resistencia a antibióticos con las dadas por las esperadas.

Diseño

Ensayo clínico, longitudinal, prospectivo, analítico, "entre grupos", para evaluar la eficacia de una intervención terapéutica.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Población a estudio: mujeres con síndrome miccional agudo sin afectación sistémica habitantes en una ciudad que acuden a la consulta del CS o al SUAP.

Criterios de inclusión: edad entre 18 y 65 años, dos o más síntomas miccionales (disuria, polaquiuria, urgencia, hematuria, dolor hipogástrico), inicio agudo de los síntomas y tira reactiva de orina con leucocitos y/o nitritos positivos.

Criterios de exclusión: alteraciones del flujo vaginal, ITU en los últimos seis meses, datos clínicos sistémicos, enfermedad de transmisión sexual, gestación, datos de complejidad.

Tamaño muestral: para una incidencia del 37%, n= 356 para un intervalo de confianza del 95%, o bien n = 251 para un intervalo de confianza del 90%.

Tipo de muestreo: probabilístico aleatorio sistemático, en el que cada paciente se le asigna por orden de inclusión un tratamiento según las tres ramas.

Intervención: prescripción de un antibiótico (3 ramas), obtención de urocultivo pre y post-tratamiento, cuestionario donde se recogen las variables del estudio (sobre adherencia y satisfacción).

Análisis estadísticos: análisis descriptivos, bivariante y multivariante, según la naturaleza de la variable, especificando el nivel de significación.

Limitaciones: pacientes con urocultivo pre-tratamiento negativo activo.

Material y Métodos

Reforzar la adherencia terapéutica y la buena relación médico-paciente. Comprobar las cifras de resistencias a antibióticos con las dadas.

Aspectos ético-legales

Se seguirán los principios éticos basados en la última versión vigente de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y las directrices de Buena Práctica Clínica. Los pacientes deberán firmar el consentimiento informado. Los investigadores comprometerán a garantizar la confidencialidad de los datos.

Palabras clave

Infecciones del Tracto Urinario, Adherencia, Satisfacción

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Estudio multicéntrico de factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos institucionalizados

García-Revilla Fernández J¹, Trigos Domínguez V¹, Alarcón Porras F², López Domínguez E³, Plata Illescas A³, González Lama J¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabra. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

³ Farmacéutica de AP. AGS Sur de Córdoba Córdoba

Introducción

Las caídas en personas mayores de 65 años son un problema con importantes consecuencias para la salud que además conlleva costes sociales y económicos importantes. La mayoría de las caídas en los ancianos son el resultado de interacciones entre los diversos factores de riesgo personal y del medio ambiente. Muchos de estos factores son potencialmente modificables, por lo tanto, su identificación permite implementar estrategias de prevención.

Objetivos

Evaluar la relación de la edad, sexo, índice de masa corporal, dependencia para las actividades de la vida diaria, comorbilidades, presencia de incontinencia urinaria, medicación prescrita y grado de adecuación de la misma, y riesgo de caídas, con las caídas en el último mes.

Diseño

Estudio transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y Métodos

Se incluirán sujetos mayores de 65 años, institucionalizados, no inmovilizados o encamados. Considerando un porcentaje de caídas en ancianos institucionalizados de un 30% ($p=0,30$), para un error alfa = 0,05, una precisión = $\pm 5\%$, y una tasa de no respuesta del 10%, el número de sujetos a estudiar sería de 233. Para la captación de estos sujetos se realizará un muestreo polietápico (primero estratificado de manera proporcional al número de personas institucionalizadas por localidad, seguido de un muestreo sistemático, reclutándose a los usuarios necesarios de los registrados en cada residencia de las localidades de estudio). Todas las variables del estudio se obtendrán de los registros clínicos de los participantes (médicos y de enfermería):

no se realizará ninguna intervención sobre los sujetos de estudio. El análisis estadístico consistirá en una descripción de las variables de estudio, seguido de un análisis de la relación de la variable "caídas" con las variables independientes comentadas anteriormente (análisis bivariado: Ji-cuadrado para las cualitativas y test T-Student o ANOVA para las cuantitativas) y de un análisis multivariante (regresión logística binaria) para controlar factores confundentes e identificar aquellas variables asociadas a la existencia de caídas (variable dependiente). El análisis estadístico se efectuará con el paquete estadístico SPSS Versión 9.0 para Windows. Limitaciones del estudio: al tratarse de un estudio transversal no se podrá establecer la secuencia temporal de las variables estudiadas.

Material y Métodos

Se pretende identificar las variables que pueden influir en las caídas en ancianos institucionalizados, para poder poner en marcha intervenciones dirigidas para la prevención de las mismas, y así disminuir las consecuencias de las caídas sobre el individuo y sobre el sistema sociosanitario.

Aspectos ético-legales

El estudio se llevará a cabo de acuerdo con el protocolo, las buenas prácticas clínicas, las directrices ICH pertinentes, los requisitos reglamentarios aplicables y los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki. El protocolo del estudio, modificaciones, y formulario de consentimiento informado serán revisados y aprobados por los comités de ética de la investigación correspondientes. Se solicitará el consentimiento informado de los participantes antes de realizar cualquier procedimiento del estudio.

Palabras clave

Falls, Elderly, Institutionalized

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Recomendaciones “no hacer” en ancianos seguidos en Atención Primaria. Garantía de Calidad Asistencial

Sayago Alcázar A¹, Pallarés Berbel O¹, González Hevilla A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Valle del Guadalhorce. Málaga

Introducción

Para proporcionar una atención basada en pruebas de alta calidad y contribuir a una distribución justa de recursos se han desarrollado proyectos identificando procedimientos que no aportan valor, son innecesarios o incluso pueden ser perjudiciales: “Do Not Do Recommendations” (NICE), “Choosing Wisely” (EEUU) o el Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para consensuar recomendaciones «no hacer» (España). Actualmente existe una sobreutilización de pruebas, procedimientos y tratamientos de escaso valor clínico que condicionan riesgos innecesarios para los pacientes y contribuyen a la ineficiencia del sistema sanitario, consecuencia de los continuos avances médicos, la ingente proliferación de información, la influencia de la industria farmacéutica, la insuficiente evaluación de tecnologías sanitarias y la extensión en empleo de técnicas y/o tratamientos a poblaciones que no suelen representarse en ensayos clínicos. Nuestro centro tiene en su adscripción >2000 usuarios ≥ 75 años y la Atención Primaria (AP) tiene un papel clave en la atención, seguimiento y coordinación de las actividades preventivas, procesos clínicos y tratamientos de estos pacientes. Para este trabajo se han seleccionado 6 recomendaciones “no hacer” basadas en la evidencia científica con una aplicabilidad fundamental en pacientes ancianos seguidos en antecedentes personales: No administrar benzodiazepinas de vida media larga para el tratamiento crónico del insomnio en >65 años. No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención 1ª de eventos cardiovasculares en personas ≥ 75 años. No usar ácido acetilsalicílico como prevención 1ª en personas sin enfermedad cardiovascular. No utilizar sulfonilureas en ancianos con insuficiencia renal. No pautar paracetamol de 1g de forma sistemática. La dosis de 650mg es más segura e igual de eficaz. No tomar decisiones clínicas en personas ≥ 75 años sin haber evaluado su situación funcional.

Objetivos

Evaluar la calidad de la asistencia a los usuarios ≥ 75 años de nuestro CS en 6 aspectos clínicos concretos: tratamiento del insomnio, prescripción de estatinas y ácido

acetilsalicílico en prevención primaria, tratamiento antidiabético en insuficiencia renal, empleo del paracetamol y toma de decisiones clínicas en general. Establecer propuestas para mejorar la calidad de la atención para este estrato etario en este nivel asistencial.

Diseño

Estudio del nivel de calidad (descriptivo transversal) dentro del ciclo de mejora de calidad asistencial.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Métodos

Identificación y priorización de oportunidad de mejora. Análisis de causas. Construcción de criterios de calidad. Recogida, análisis y discusión de datos. Propuestas de mejora e intervención. Reevaluación. Continuación del ciclo.

Población de estudio: usuarios ≥ 75 años de la BDU del centro. Exclusión: Sujetos sin episodio de atención en historia clínica electrónica y/o TSI006. Estratificación por cupos y ordenación según NUHSA. Selección aleatoria de 10 pacientes por cupo. N=150.

Variables sociodemográficas y según criterios. Medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. IC95%. Comparación con estándares de calidad planteados como evolutivos.

Material y Métodos

Cuantificar las intervenciones innecesarias, con balance daño-beneficio desfavorable, dudosa efectividad o no coste-efectivas en ≥ 75 años seguidos en AP para diseñar/implementar intervenciones que aumenten la calidad hasta el máximo en nuestro contexto.

Aspectos ético-legales

Permisos pertinentes de la UGC y DS.

Palabras clave

Primary Health Care, Aged, Quality Improvement

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Cómo influye el lugar de residencia en el envejecimiento de las personas?

Ruiz Sánchez F¹, Soto López M², Pérez Montes M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Axarquía Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Introducción

Debido a la escasez de evidencias sobre calidad de vida en pacientes ancianos, y la conveniencia de profundizar en el conocimiento de los aspectos relacionados con un envejecimiento saludable, especialmente en la situación actual de crecimiento de la población mayor de 65 años, consideramos necesario realizar el estudio para conocer diferencias de calidad de vida entre ancianos del medio rural y del medio urbano.

Objetivos

Analizar la calidad de vida de la población mayor de 65 años en medio rural y medio urbano según el cuestionario EQ-5D.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

El tamaño muestral de 206 pacientes en cada grupo, en total 412 pacientes.

Criterios de inclusión: mayores de 65 años que pertenecen a centros de salud rural o urbano de la zona de estudio y que firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Pacientes institucionalizados, con patología oncológica, con incapacidad mental y/o física para realización de actividades básicas de vida diaria.

Técnica de muestreo: aleatorio sistemático a partir de listados obtenidos tras consecución de permisos pertinentes. Constante K muestreo = 2. Elegiremos al primer paciente de forma aleatoria entre registro 1 y 2 del

listado y restantes mediante sistema indicado por K.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo y bivariante. Controlaremos efecto confusor de variables independientes sobre variables dependientes, usando un análisis multivariante mediante regresión logística.

Limitaciones: Minimizaremos pérdidas (se ha calculado un 10 %) seleccionando al paciente inmediatamente anterior de la lista y si no cumple requisitos, al posterior en caso de haber un registro incompleto o de que no asista a visita programada. Evitaremos sesgos de selección, información, respuesta invariable, obsequiosidad y confusión mediante técnicas específicas para ello.

Material y Métodos

Conocer patologías, sentimientos, dificultades y autopercepción del estado de salud entendiendo al paciente como un todo. Detectar de forma prematura paciente con mala calidad de vida. Impulsar y promover buenos hábitos de vida saludable. Aprender y saber envejecer con la máxima calidad de vida posible.

Aspectos ético-legales

Ley 15/1999, 13 Diciembre Protección Datos Carácter Personal. Ley 41/2002, 14 Noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 14/2007, 3 Julio, de Investigación. Código de Núremberg (1946). Declaraciones principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos.

Palabras clave

Envejecimiento, Rural, Urbano

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Mitos sobre sexualidad: comparación instituto con programa forma joven /instituto sin programa forma joven

Pazos Pazos N, Pérez Cornejo Y

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraleón. Huelva

Introducción

Es importante propiciar que el adolescente conozca su sexualidad de forma directa, ofreciéndole una información correcta, sincera, acorde con sus expectativas y facilitándole conocimientos de aquellos temas que realmente le interesa y con los que se identifique. Es misión del médico de familia aportar información adecuada a su nivel de aprendizaje, evitando confusiones y con el grado de confidencialidad requerida, creando un clima de confianza donde pueda despejar dudas y temores para ayudarle a elaborar sus propias ideas y criterios, y que le permitirán llevar una vida sexual sana y natural, sin necesidad de caer en tabúes o falsas represiones.

Objetivos

Determinar si existen diferencias sobre el conocimiento en sexualidad entre un instituto con programa Forma Joven y otro sin programa.

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo. Si se observaran deficiencias en el conocimiento sobre sexualidad se realizaría una intervención sin grupo control.

Emplazamiento

Atención Primaria e Institutos de enseñanza secundaria obligatoria.

Material y Métodos

El estudio está dirigido hacia los alumnos de 3º y 4º ESO de dos institutos.

Criterios de inclusión: Alumnos matriculados en 3º y 4º ESO presentes ese día y consentimiento firmado por los padres o tutores legales.

Criterios de exclusión: Alumnos no presentes dicho día y no consentimiento de los padres o tutores legales.

Muestra: en el primer centro: 70 alumnos (34 de 3º ESO y 36 de 4º ESO), y en el segundo: 190 alumnos

(110 de 3º ESO y 80 de 4º ESO). Obteniéndose una muestra total de 260 alumnos.

Variables: edad, sexo, curso, raza, asesorías recibidas, 38 preguntas del cuestionario.

Recogida de datos: En primer lugar se solicitará a todos los alumnos de 3º y 4º ESO de los institutos una autorización que deben firmar los padres o tutores legales para poder participar en el estudio. Una vez recogidas las autorizaciones, a todos los niños autorizados, su profesora le facilitará un cuestionario con 38 preguntas que deben contestar como verdaderas o falsas. Tras finalizar el cuestionario se valorará el conocimiento sobre sexualidad que tienen los participantes. Una vez recogidos y analizados los resultados, si existiera carencias formativas sobre los temas abordados se llevaría a cabo una intervención educativa. La intervención abordará los temas médicos de mayor importancia sobre la sexualidad en los adolescentes, entre ellos: amor y celos: prevención de violencia de género, métodos anticonceptivos y pildora postcoital, enfermedades de transmisión sexual, drogas y sexo y orientaciones sexuales.

El estudio abarca variables cuantitativas y cualitativas, por lo que para comparar variables cualitativas se usará los porcentajes y para el estudio de variables cuantitativas se usará la media y la desviación típica, posteriormente la prueba estadística a utilizar para comparar los resultados es la chi-cuadrado.

Material y Métodos

Conocer el conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes y en caso de que exista deficiencias intentar que éstas desaparezcan.

Aspectos ético-legales

Ley de protección de datos. Principios éticos. Aprobación por comité de Ética.

Palabras clave

Sexuality, Teenagers, Education

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Estudio de las actitudes sexistas y el reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes en un área sanitaria

Nieves Alcalá S¹, Fernández Zabala S², Pérez Ruz R³, Ye T², Caro Bejarano P⁴, Pérez Verdugo J⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁴ Médica de Familia Adjunta. UGC Camas. Sevilla

⁵ Médico de Familia Adjunto. UGC Camas. Sevilla

Introducción

Hemos decidido realizar este estudio porque la violencia en las relaciones de pareja es un problema crónico de salud pública en todo el mundo. El estudio de la violencia ha acaparado la atención a nivel de las relaciones de pareja en adultos. Sin embargo, la violencia durante el noviazgo juvenil ha sido menos estudiada que en adultos, pero su frecuencia es igualmente elevada. Por ejemplo, entre un 30 y un 40% de las personas jóvenes sufren algún tipo de violencia física por parte de su pareja. También es preocupante el escaso reconocimiento de esta violencia, ya que este debería ser el primer paso hacia el apropiado manejo de la situación. Diversos estudios muestran que entre un 70 y un 80% de las mujeres receptoras de abusos no se perciben como víctimas. En los adolescentes y jóvenes el reconocimiento del maltrato es más difícil, ya que comportamientos abusivos pueden ser erróneamente interpretados como conductas románticas (p. ej., celos). También porque en este grupo de edad es más frecuente la violencia de tipo psicológico.

Objetivos

Conocer la realidad de la población adolescente y juvenil del área sanitaria de camas en cuanto a: Actitudes sexistas en las parejas. Reconocimiento del maltrato en jóvenes de ambos sexos. Comparar las características de esta población con otras poblaciones del territorio español.

Diseño

Estudio transversal en una muestra representativa de la población adolescente / juvenil, en un área sanitaria.

Emplazamiento

Dos institutos de enseñanza secundaria y bachiller.

Material y Métodos

Sujetos del estudio: Alumnos de primero y segundo de bachiller de los institutos públicos de dicha zona, que

hayan tenido una pareja durante al menos un mes. Todos los encuestados lo harán de forma anónima y voluntaria, previo consentimiento informado.

Instrumentación y determinaciones: Se utiliza el Cuestionario de Violencia de Novios (CUVINO) desarrollada para jóvenes y en español. El Cuestionario de Violencia de Novios es un instrumento de evaluación que recaba diversa información acerca de victimización en relaciones de noviazgo. Medición de resultados: SSPS

Material y Métodos

Detectar actitudes que puedan desembocar en un futuro en conductas violentas, serviría a la vez para concienciar a los propios facultativos de la importancia de esta prevención. Desde el conocimiento real de estas características en la población que se atiende, será posible establecer protocolos de intervenciones tempranas para prevenir la futura violencia en la pareja.

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido diseñado de acuerdo con los requerimientos expresados en la Declaración de Helsinki (revisión de Seúl, Octubre de 2008) así como la legislación vigente en España de acuerdo a lo dispuesto en la orden ministerial SAS/3470/2009, relativa a la realización de estudios observacionales. A todos los participantes se les facilitará el documento de "consentimiento informado" para su inclusión en el estudio. Los investigadores y profesionales sanitarios implicados en el estudio garantizarán la confidencialidad de datos mediante un acuerdo de adhesión ética. La información registrada en formato papel y electrónico será empleada únicamente para los objetivos del presente estudio y será custodiada durante los próximos 10 años.

Palabras clave

Intimate Partner Violence, Interpersonal Relations, Adolescent

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Necesidades en salud de enfermos con trastorno mental grave y sus familiares en una población rural con puntos de especial aislamiento

Ramos Ruíz J¹, Pérez Milena A², Noguera Cuenca ³, Ruiz Díaz B⁴

¹ Médico de Familia. ZBS Orcera-Santiago Pontones. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Profesora Universitaria. Facultad de Psicología. Almería

⁴ Auxiliar de Enfermería. IES Francisco Marín. Siles. Jaén

Introducción

Existe un déficit de conocimiento en el área de expectativas, creencias, vivencias y necesidades en salud de la población que padece un Trastorno Mental Grave y sus cuidadores. Este tipo de pacientes tiene aún más limitaciones si se encuentra en un área de salud rural, con especial aislamiento geográfico y dificultad de cobertura sanitaria.

Objetivos

1. Conocer la necesidad de recursos y la carga emocional percibida por los/las cuidadores/as de este tipo de enfermos y la influencia del aislamiento geográfico y el tipo de patología y discapacidad del enfermo/a.
2. Examinar las diferencias de género en las necesidades y vivencias respecto al contacto con el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y las diferentes vivencias sobre la salud y la enfermedad mental.
3. Ponderar la influencia de la dinámica y estructura familiar, y el entorno social (micro y macro ambiental) en el contacto con el SSPA de la población con Trastorno de Salud Mental Grave.
4. Definir el papel que asigna la población al personal sanitario y no sanitario del SSPA así como la medida en que cumplen ese rol en sus expectativas de cuidados.

Diseño

Se empleará una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, adecuado para conocer las opiniones, percepciones y discursos, permitiéndonos estudiar las vivencias y expectativas de los usuarios con trastornos de salud mental grave del sistema sanitario público andaluz (SSPA) en su contexto natural, encontrando el sentido o la interpretación de valores y creencias a partir de los significados que ellos mismos les conceden.

Emplazamiento

El estudio se realizará en Andalucía, durante los años 2019 y 2020. La población de estudio está compuesta por los usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz que padezcan un Trastorno de Salud Mental Grave.

Material y Métodos

La selección de los participantes será acumulativa y secuencial. Se iniciará el muestreo mediante voluntarios, realizando posteriormente un proceso de avalancha, para avanzar posteriormente hacia una estrategia de muestreo deliberado (muestreo teórico) a lo largo del estudio, basado en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.

Material y Métodos

Descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como identificar cómo interactúan entre sí para elaborar un marco explicativo sobre dicho fenómeno. Llevar a la práctica un encuentro entre investigador y usuarios que, más que describir o enumerar las opiniones de las personas afectas y sus cuidadores/as, deduzca de la información obtenida una serie de líneas de trabajo para la mejora de las actividades y planes de salud ofertados por el SSPA en la atención al Trastorno de salud Mental Grave.

Aspectos ético-legales

El estudio será presentado al Comité de Ética de Investigación de Jaén para su valoración. Su desarrollo se hará conforme a la Declaración de Helsinki de la AMM (Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en su 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013).

Palabras clave

Trastorno Mental Grave, Discapacidad, Cuidadores

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Perfil del paciente hiperfrecuentador en dos centros de salud

Adrada Bautista A¹, González Hernández F¹, Toledo García D², Cabrera Fernández S³, González López A⁴, Villalba Benavent C⁵

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

⁵ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Introducción

La hiperfrecuentación es un tema de estudio importante, presente en cualquier ámbito de la medicina, donde los recursos son limitados, por lo que su uso debe ser eficiente para otorgar un servicio de calidad. Si bien en la bibliografía se han realizado algunos estudios en este ámbito, su número es reducido. El servicio más solicitado es la atención primaria. Pensamos que este trabajo podría sentar las bases para futuros proyectos con carácter experimental, analizando la eficacia de posibles intervenciones sobre estos pacientes, con el fin de reducir la tasa de hiperfrecuentación.

Objetivos

Objetivo principal: determinar el perfil de paciente hiperfrecuentador en ambos centros de salud.

Objetivos específicos: 1. Identificar posibles factores que influyan en la hiperfrecuentación. 2. Analizar la tasa de hiperfrecuentación en cada centro (distinto perfil socioeconómico).

Diseño

Estudio transversal, observacional y descriptivo, con datos de pacientes de dos centros de salud, de un DS de atención primaria, pertenecientes al año 2016.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y Métodos

Sujetos del estudio: Pacientes mayores de 18 años que acuden doce veces o más al CS en el periodo temporal establecido.

Criterios de inclusión: Edad mayor/igual a 18 años. Usuarios de cualquiera de los dos centros de salud participantes. Número de visitas mayor/igual a doce. Periodo temporal: enero-diciembre de 2016.

Criterios de exclusión: Fallecimiento. Situación terminal.

Muestreo. Muestreo intencionado por conveniencia.

Mediciones: Tras calcular el tamaño muestral representativo, se realizará una auditoría de historias clínicas utilizando el

sistema informático Diraya. Posteriormente se elaborará un paquete de datos en formato Excel.

Variables dependientes: Número de visitas. Entre 12-23 visitas anuales. Entre 24-35 visitas anuales. Más de 36 visitas anuales. Número de derivaciones hospitalarias.

Variables independientes: Sexo. Edad. Dependencia (Barthel menor de 90), incluyendo cualquier grado salvo leve. Polimedicación (mayor a 6 fármacos de uso mayor a 6 meses). Pluripatología. Seguimiento en salud mental. Motivo de consulta (biológico, salud mental, socio-familiar, administrativo).

Análisis estadístico: Mediante el programa R y EPIDAT, se realizará un análisis descriptivo de los datos y posteriormente un análisis bivalente. Se realizarán modelos de regresión logística multivariante de tipo binario para variables dependientes dicotómicas o de tipo multinomial cuando la variable dependiente tenga más de dos niveles/categorías. El nivel de significación estadística será fijado en $p < 0,05$.

Limitaciones: Una de las principales limitaciones puede ser la falta de datos que se precisen en la historia clínica (por no estar debidamente recogidos en la misma), lo cual podría derivar en un sesgo. La recogida de datos, debido al trabajo laborioso que representa la extracción manual de los mismos del historial clínico, podría suponer una dificultad añadida durante la recogida de información.

Material y Métodos

El interés principal del estudio se basa en definir el perfil del paciente hiperfrecuentador, para así conocerlo y poder plantear posteriormente una intervención adecuada sobre ellos, con el objetivo de conseguir una disminución en la hiperfrecuentación.

Aspectos ético-legales

Pendiente de solicitud de aprobación por el Comité de Ética de la Investigación de un hospital andaluz.

Palabras clave

Medical Overuse, Primary Health Care, Observational Study

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Influencia de la alfabetización en salud en la evolución de los pacientes con EPOC

López Díaz J¹, Ortega Blanco J², Luna Pereira M¹, Palomo Rodríguez R³, Pedregal González M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

⁴ Médico de Familia. UD de MFyC. Huelva

Introducción

La alfabetización en salud es la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de la salud de forma que le permita promoverla y mantenerla. Una peor alfabetización se asocia a mayor morbimortalidad, peores autocuidados y menor adherencia al tratamiento. En la encuesta de HLS-EU de 2011, la muestra española mostraba un 50,8% de casos con alfabetización problemática. La alfabetización en salud tendrá un mayor impacto en los colectivos más vulnerables como ancianos, pacientes polimedicados y enfermos con patologías crónicas como la que nos concierne (EPOC). La EPOC es una enfermedad crónica que tiene un gran impacto en nuestra sociedad y se asocia a un elevado consumo de recursos sanitarios, donde el paciente participa activamente en el autocuidado de su enfermedad (uso de inhaladores).

Objetivos

Generales: Analizar el nivel de alfabetización en salud en pacientes con EPOC en nuestra ciudad. Determinar la asociación entre la alfabetización en salud de los pacientes EPOC y la evolución de su enfermedad. *Específicos:* Analizar la evolución clínica de los pacientes con EPOC en cuanto a cociente FEV1/capacidad vital forzada, número de reagudizaciones al año e ingresos hospitalarios. Analizar la asociación entre ambas (alfabetización y los parámetros clínicos). Analizar el nivel de alfabetización y su asociación con el cumplimiento terapéutico. Describir la situación sociocultural y económica de los pacientes con EPOC y determinar su relación con la alfabetización en salud.

Diseño

Estudio de Cohortes.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Se realizará un estudio de cohortes en el que se seleccionará una muestra aleatoria y ponderada por número de habitantes adscritos a cada uno de los 7 centros de salud de Huelva, diagnosticada de EPOC. Durante los siguientes 6 meses se contactará telefónicamente con cada uno de los pacientes y a los que acepten participar se les citará en el centro para administrarle el cuestionario validado HLS-EU-Q47 sobre el grado de alfabetización y las demás escalas. También se consultará su historia clínica para recoger el resto de variables que sean necesarias. Durante los siguientes tres meses se hará un primer análisis de las diferentes variables recogidas de los pacientes a estudio. A los 6 meses y al año a partir del primer análisis de datos realizado, se recogerán todas las variables clínicas necesarias para la valoración de la evolución de la enfermedad en los pacientes.

Criterios de inclusión: mayores de 40 años, diagnosticadas de EPOC, ausencia de problemas visuales o auditivos que impidan leer. Estadística descriptiva, inferencial y análisis multivariante.

Limitaciones: problemas en la selección de los pacientes para su participación. Coste. Se tiene que obtener gran cantidad de información con la utilización de los distintos cuestionarios.

Material y Métodos

Importancia que tiene la alfabetización en la evolución de una enfermedad como la EPOC. No se conocen estudios previos sobre alfabetización en pacientes con EPOC.

Aspectos ético-legales

Ley de Investigación Biomédica. Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente. Consentimiento informado. Comité Ético de Huelva.

Palabras clave

Pulmonary Disease Chronic Obstructive, Health Literacy, Smokers

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Control y conocimiento de la población asmática de Jaén sobre su enfermedad

Franzón González M¹, Portillo Guerrero M², Moreno Sánchez J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

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

Introducción

El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles, caracterizada por ataques recurrentes de disnea y sibilancias; su gravedad es variable según el paciente. Existen unos 235 millones de asmáticos. Estas cifras a nivel nacional establecen una prevalencia entre el 1.1 y el 4.7% y supone un gasto de 3022 millones de euros anuales. En España hasta un 71.6% de los pacientes presenta asma no controlado, y sólo el 5% tiene control total. El principal factor de riesgo de padecer asma es la inhalación de partículas que pueden provocar reacciones alérgicas e irritar las vías respiratorias. El tratamiento farmacológico no es la única forma de controlar el asma, también es importante evitar sus desencadenantes. Educar al paciente tiene un impacto positivo en el control del asma y en la utilización de los recursos sanitarios.

Objetivos

Establecer el nivel y la fuente de conocimiento de la población asmática sobre su enfermedad. Comprobar si la población asmática a estudiar realiza correctamente su tratamiento. Comprobar la relación del grado de conocimiento con el cumplimiento terapéutico. Establecer el estado de control de la enfermedad en la población estudiada.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Población de referencia. Población de la provincia con diagnóstico de asma.

Población de estudio: Población de la provincia con diagnóstico de asma que se atiende en dos Centros de Salud.

Criterios de inclusión: pacientes asmáticos, independientes para la realización de su tratamiento con edades entre 14 y 85 años.

Criterios de exclusión: pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, gestantes, pacientes

que no retiran medicación de tarjeta XXI, institucionalizados, comorbilidades pulmonares.

Tamaño de muestra y procedimiento de muestreo: Población: 385 pacientes. La selección de los pacientes se realizará mediante muestreo probabilístico aleatorio simple.

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo transversal.

Variables: Edad (años), sexo (hombre/mujer), nivel socioeconómico, conocimiento de la enfermedad, el control de la enfermedad, realización adecuada del tratamiento.

Recogida de datos y fuentes de información: Se citará a pacientes en consulta de atención primaria, rellenando el ACT por los evaluadores, se valorará el conocimiento sobre su enfermedad ¿cómo? y se comprobará la correcta realización del tratamiento. Dicha recogida de datos se realizaría durante el periodo previo al pico de polinización.

Análisis de datos: Se realizará un análisis descriptivo (medias con desviación típica y porcentajes). Análisis bivariante Ji², T-Student/ANOVA.

Limitaciones Del Estudio: Absentismo a la cita programada. Sesgo del Voluntario. Posible influencia estacional en el conocimiento de los pacientes sobre su patología.

Material y Métodos

Consideramos necesario un abordaje global del paciente asmático que garantice su educación y el conocimiento de su patología para evitar el mal control y el incremento del uso de recursos.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Asthma, Primaryhealthcare

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Relación entre la demanda asistencial en Atención Primaria por trastornos afectivos y la estación del año

Leyva Alarcón A¹, Orcera López M², Velasco Doña E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

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

Introducción

Según la OMS, los trastornos psiquiátricos más frecuentes son ansiedad y depresión con una prevalencia del 2-16 %. Varios estudios avalan la variabilidad en el transporte de serotonina según los minutos de luz solar. Con este proyecto queremos constatar que las variaciones estacionales provocan un aumento de la demanda clínica de pacientes diagnosticados y no diagnosticados por acentuación de la sintomatología afectiva.

Objetivos

Principal: comprobar la variabilidad de la asistencia a consulta por trastornos depresivos, ansiosos o bipolares y su relación con la estación del año.

Específicos: Valorar la influencia de sexo y edad en la demanda asistencial. Estimar el número de pacientes que precisan tratamiento médico específico y de qué tipo. Diferencias en la población según tengan o no antecedentes de salud mental. Determinar el número de demandas que requieren derivación a salud mental.

Diseño

Estudio de cohorte única retrospectiva mediante auditoría de historias de salud.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y Métodos

Seleccionamos dos núcleos de un DS pertenecientes a dos Centros de Salud.

Criterios de inclusión: pacientes de los cupos seleccionados con registro de algún problema afectivo (en relación con depresión, ansiedad y bipolaridad) en 2017.

Criterios de exclusión: menores de 14 años.

La variable principal será la asistencia a consulta por motivos afectivos (entendiéndose los motivos afectivos, los trastornos depresivos, ansiosos y bipolares) y las independientes serán: Edad, sexo. Fecha de consulta. Motivo de consulta. Patología afectiva: diagnóstico según CIE10. Patología psiquiátrica previa. Tratamiento prescrito. Derivación a Salud Mental.

Análisis estadístico: Partiendo de una base de datos en Excel y su análisis mediante el programa SPSS v21.0. Comprobaremos la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene). Realizaremos primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y, posteriormente, un análisis bivalente entre los meses de primavera/otoño y verano/invierno, para determinar la frecuentación media en cada periodo y las características del enfermo/a y de la sintomatología. Empleándose el test de la t de Student (o ANOVA) para variables cuantitativas (o el test no paramétrico [Kruskal-Wallis]) y el test de la Ji2 para cualitativas. Por último, realizaremos un análisis multivariante mediante regresión logística por pasos hacia atrás siendo la estacionalidad la variable dependiente, incluyendo el resto de las variables como independientes. Las categorías de referencia para codificar las variables dummy son elegidas automáticamente por el programa informático. El ajuste del modelo se realizará con el test de Hosmer-Lemeshow.

Limitaciones: Asistencia a urgencias. Sesgo de información, pérdida de registros. Sesgo de confusión: consultas por patología afectiva que se relacionen factores externos y no estacionales.

Material y Métodos

Se podrá realizar una mejora en la formación de los profesionales y un plan preventivo en las épocas más conflictivas con terapias psicoconductuales y farmacológicas.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Atención Primaria, Depresión, Ansiedad, Trastornos Afectivos

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Reacción hipotiroidea compensatoria en la diabetes mellitus

Aliaga y Montilla M

Médico de Familia. CS Cádiz. Granada

Introducción

La DM tipo 2 asocia factores de RCV que conforman el "síndrome metabólico": HTA, DL, obesidad y tabaquismo. Al diagnóstico, el 40% de pacientes presenta macroangiopatía, un 35% micro o macroalbuminuria y un 15% retinopatía. Supone altas tasas de morbimortalidad, que limitan calidad y esperanza de vida. Se desconoce el patrón del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo en DM tipos 1 y 2. Resulta interesante conocer si su regulación, beneficia al control evolutivo, evitando complicaciones. En el "síndrome del enfermo eutiroideo" puede haber: descenso T3 libre, y T3 total, T3 libre normal (83%) o aumentada, aumento, descenso o normalidad T4 libre y total, y de TSH, con normalidad o aumento de 3, 3', 5'-triyodotironina (T3 inversa o T3 reverse) (rT3), en ausencia de enfermedad intrínseca del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo.

Objetivos

Demostrar si existe reacción hipotiroidea o hipotiroidismo resiliente, adaptativo o compensatorio, en ausencia de enfermedad intrínseca del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo, para combatir la DM tipo 1 y 2, reduciendo tasa metabólica basal y disminuyendo requerimientos calóricos, evitando complicaciones.

Diseño

Estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria (AP) y hospitalaria (AE).

Material y Métodos

Sujetos: AP, 80 pacientes con DM y patología tiroidea (hipertiroidismo 40 e hipotiroidismo 40) frente a 80 sin dicha patología y grupo control sano de 40 sujetos. En AE, 60 pacientes de las mismas características ingresados en UCI y un grupo control de 30 pacientes sin patología tiroidea.

Criterios de Inclusión: DM.

Criterios de Exclusión: 1. Enfermedad psiquiátrica, metabólica o endocrina, insuficiencia hepática y/o renal; y

2. tratamiento con antidepresivos, fenobarbital, bloqueantes, estrógenos, esteroides, aspirina, heparina, somatostatina, glucagón, dopamina o amiodarona.

Muestreo, mediciones e intervenciones, limitaciones. Análisis bioquímicos: glucosa, creatinina, urea, AGL, colesterol total y fracciones (LDL, HDL), TG, malondialdehído (MDA), LDL-oxidadas, sorbitol, ácido úrico, catalasa, xantino-oxidasa, xantino-deshidrogenasa, superóxido-dismutasa (SOD en sus 3 formas: manganeso - mitocondrial-, cobre-zinc -citósolica- y extracelular), GSH, glutatión-peroxidasa (GSHPx), glutatión-reductasa (GSHR), glutatión-S-transferasa (GST), tirosina, arginina, manganeso, selenio, zinc, calcio, sodio, potasio, hierro, TFR, ferritina, CLR, homocisteína, GOT, GPT, Br, FA, 5'-nucleotidasa, -GT, PT, albúmina, HbA1c, NO, PCR, -TNF-, IFN- e IL-1, IL-6 y IL 10), leptina, cortisol, TSH, T4 total y libre, T3 total y libre, y rT3), eje GH/IGF-I, glucagón, dopamina y somatostatina.

Análisis Estadístico: Programa SPSS v.24.0. Test de bondad de ajuste de Kolmogorof-Smirnov (corrección de Lilliefors) y análisis estadístico no paramétrico: a) Test de rangos de Wilcoxon; b) Test "a posteriori" de U de Mann-Whitney; c) Test de Kruskal-Wallis con la aplicación del test "a posteriori" de U de Mann-Whitney; y d) Coeficiente "r" de correlación de rangos ordenados de Spearman.

Material y Métodos

Desarrollar estrategia terapéutica en DM con el IGF-I en pacientes con resistencia a la insulina y potenciar la capacidad innata del organismo para vencer la enfermedad reduciendo costes económicos al superar las complicaciones y disminuir los ingresos hospitalarios.

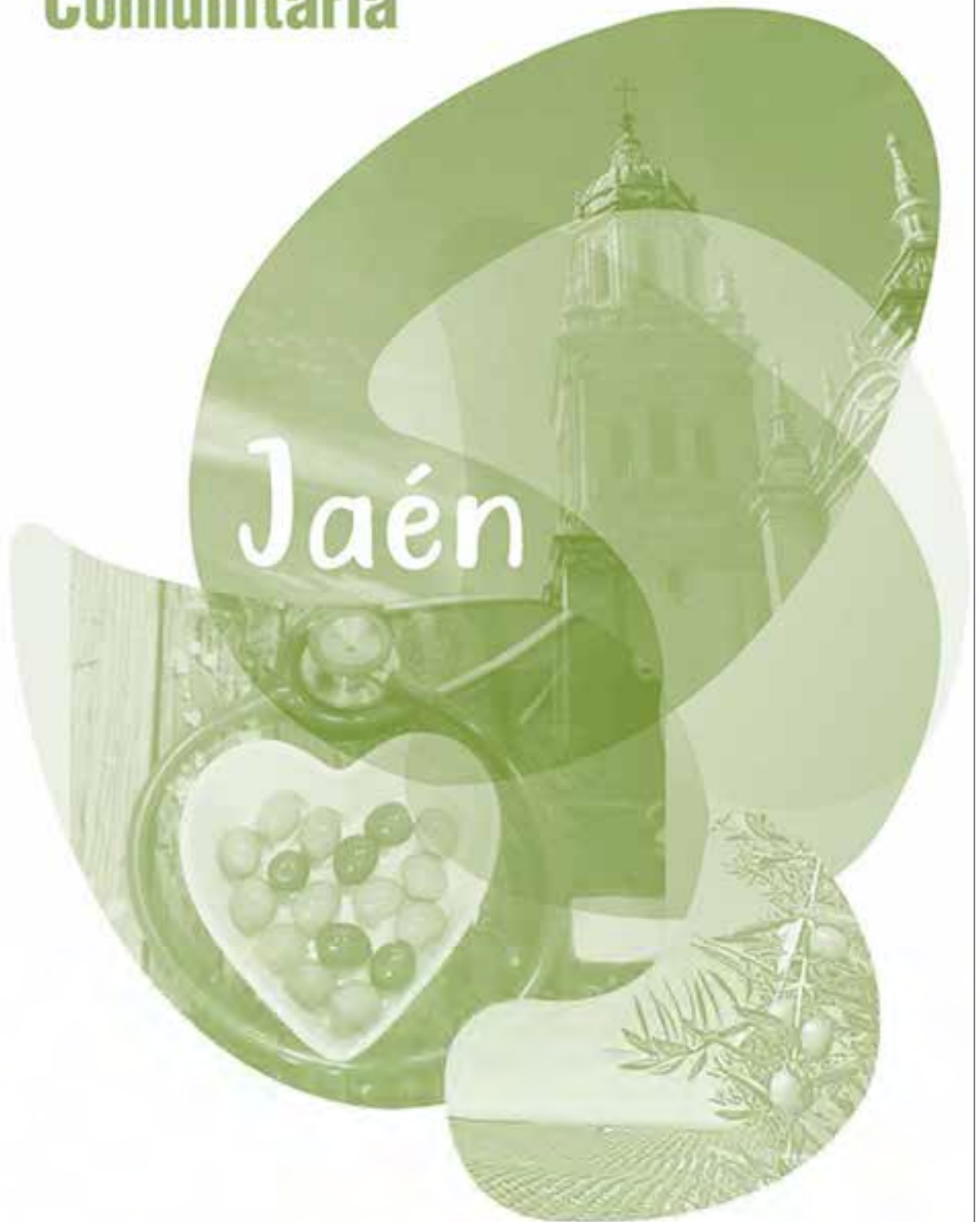
Aspectos ético-legales

Se seguirá el protocolo del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital y se requerirá consentimiento informado de los pacientes.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Tiroides

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



**COMUNICACIONES ORALES:
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Hay discriminación de género en la inercia terapéutica en la mujer diabética?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², García González J³

¹ Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

² Médico de Familia. CS Huétor Vega. Granada

³ Enfermero de Familia. CS La Zubia. Granada

Objetivos

Según el estudio Laydiab se pone de manifiesto que existen diferencias entre géneros en el abordaje de la Diabetes en atención primaria, existiendo diferencias en el deficiente control de la Diabetes. Objetivo: detectar si existen diferencias en control de la diabetes, la HTA y la Dislipemia, así como existencia de insuficiencia renal en los pacientes diabéticos dependiendo del género.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Se realiza un estudio descriptivo a todos los pacientes diagnosticados de DM2, 1685 pacientes, en una zona básica de salud en el ámbito rural, se analizan según género las

variables HbA1c, colesterol total, creatinina sérica y tensión arterial. Estimamos el filtrado glomerular (eFG) calculado con la formula CKD-EPI.

Resultados

Hombres: 891. Mujeres: 794
(Hombres/Mujeres): Edad. $64,7 \pm 13/70,6 \pm 14$.
Pacientes frágiles. 11,8%/26,5%. Insuficiencia Renal. 11,4%/22,5%. HbA1c 7%. 52,7%/58, 2%.
Coolest T> 200.-31,4%/36,6%. Sobrepeso. 40,4%/49,4%. Obesidad. 33%/56%. HTA no controlada. 11, 5%/19,3%.

Conclusiones

Si existe una discriminación de género en inercia terapéutica, en el control de los factores de riesgo cardiovascular y en la afectación renal.

Palabras clave

Gender Identity, Diabetes Mellitus, Hypertension

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Iniciando el camino de la erradicación de la PQRAD

Merino de Haro I¹, Fernández López P², García González J³

¹ Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

² Médico de Familia. CS Huétor Vega. Granada

³ Enfermero de Familia. CS La Zubia. Granada

Objetivos

Realizar un estudio observacional de una zona básica de salud, para conocer y diseñar un plan de actuación y concienciación, pues la Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD) es la enfermedad hereditaria que con mayor frecuencia ocasiona fallo renal.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población total de 62.685 personas distribuida en 6 pueblos, atendida por 27 médicos de familia. Se seleccionan a los pacientes diagnosticados de PQRAD CIE10. 753.12.

Variables: edad sexo, numero consultas en nefrología, nº de eco renal, estar en TRS (Diálisis/Trasplante), confirmación diagnóstica ecográfica, y función renal actual calculando la función renal mediante la fórmula CKD-EPI.

Resultados

Se seleccionan 40 pacientes edad media de 51 ± 18.9 años. Mínima de 10.6 y máxima de 85.8. Hombres el 47,5%. Presentan afectación hepática 30%. La función renal no consta en el 85% de los pacientes. Estadios de la función renal en pacientes sin TRS: I. 45,5%. II. 29%. IIIa. 10%. IIIb. 6.5%. IV. 10%. V. 0. En Terapia Renal Sustitutiva (TRS)/Sin Trs. Nº Pacientes 9 (22,5%)/31 (77,5%). Edad (Años) $61 \pm 11 / 48 \pm 19$. Nº ecografías $6 \pm 5 / 2 \pm 2$. Nº Consultas Nefrología $36 \pm 16 / 8 \pm 7$. Distribución Por Edad. Menores De 18. 7.5%. Hombres 18-55. 20%. Mujeres 18-40. 15%. Mayores. 57.55.

Conclusiones

El conocimiento estado actual de los pacientes en AP es deficiente, solo consta la función renal en el 15%. El número de consultas y ecografías es superior en pacientes en TRS, afectando a pacientes en edades más tardías. La población diana para actuar mediante consejo genético por estar en edad fértil es del 35% más el 7.5% de menores de 18.

Palabras clave

Renal Insufficiency, Prevalence, Ultrasonography

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Que no nos gane la diabetes

De Francisco Montero M¹, González Hernández F², Villalba Benavent C³, Cabrera Fernández S⁴, Martín Fernández M⁵, Aguado de Montes M⁶

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

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

⁵ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁶ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

Objetivos

Evaluar resultados en el control del paciente diabético aplicando las medidas de mejora según Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus (PAI).

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Pacientes incluidos en PAI Diabetes en abril de 2018 en nuestra UGC urbana (18.559 habitantes, 23,68% mayores de 65 años). Se evalúa periódicamente el impacto del plan de mejora analizando los resultados con respecto a años anteriores. Valoración grado de cumplimiento del PAI, incidiendo en control metabólico.

Resultados

Número de personas con diabetes valoradas: 1327 (prevalencia 7.15%). Dentro de esta población un 63% tiene realizada una

determinación anual de HBA1C. Distinguiéndose: un 62% de pacientes presentan control óptimo (<7%), el 25% se sitúa con valores entre 7-8% y un 13%>8%. Estas cifras son similares a las obtenidas en nuestra anterior revisión del PAI DM en 2014. El 64% de los pacientes se han realizado retinografía en los dos últimos años y al 57% se les ha explorado los pies de forma programada por enfermería en 2017.

Conclusiones

Ha disminuido levemente la prevalencia de DM en nuestra UGC siendo similares las cifras de control metabólico. Ha aumentado el número de retinografías y exploración de pies. Dada la importancia y prevalencia de esta enfermedad crónica, consideramos que la revisión periódica de indicadores del PAI Diabetes facilita una asistencia adecuada a pacientes diabéticos. Es necesario plantear continuamente medidas de mejora para la monitorización de estas personas, pues es una enfermedad que aumenta la morbilidad y coexiste con otras enfermedades crónicas en la edad avanzada.

Palabras clave

Diabetes, Proceso Asistencial, Enfermedad Crónica

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cirugía menor en un centro de salud urbano: evaluación de la satisfacción de los pacientes

Ruiz Ojeda I¹, Moreno Suárez F², Martín Sánchez S¹, Lozano Prieto P³, García Jiménez A⁴, García Jiménez J⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² FEA Dermatología. Complejo Hospitalario Jaén

³ Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

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

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Objetivos

Conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en Cirugía Menor en un centro de salud urbano entre enero y diciembre de 2017.

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria, centro de salud urbano.

Material y método

Población de estudio: pacientes de un centro de salud urbano a los que se le ha realizado alguna intervención en cirugía menor en dicho centro de salud entre Enero y Diciembre 2017.

Se ha obtenido una muestra de 106 pacientes finalmente. Se han analizado las variables sexo, edad, cupo médico, tipo de intervención, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, complicaciones y satisfacción del paciente.

Los datos se han obtenido de la historia clínica de salud y la satisfacción del paciente a través de encuesta de satisfacción telefónica.

Resultados

El número total de pacientes analizados ha sido de 106, de los cuáles 33 son hombres (31,1%) y 73 mujeres (68,9%) La edad media de la muestra es de 51,69 años con una desviación típica de 14,16 años, teniendo como edad mínima 17 años y edad máxima 80 años. El diagnóstico más atendido con el 34,9% es el fibroma. Sólo 4 pacientes han presentado complicaciones, siendo estas cicatriz muy marcada y oscura, reproducción de los fibromas o prurito en la cicatriz. En caso de presentar un problema similar el 93,4% de los pacientes refieren que elegirían nuevamente el centro de salud.

Conclusiones

De forma generalizada podemos afirmar que la satisfacción de los pacientes con la unidad de cirugía menor del centro de salud es bastantes positiva.

Palabras clave

Cirugía Menor, Atención Primaria, Satisfacción

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Relación entre características del médico y del paciente con que no acuda a la cita

Castillo Jimena M¹, Sánchez Sánchez C², Crossa Bueno M³, Campos Cuenca Á³, Milia Pérez F³, Toro Gallardo M³

¹ Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. DA. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir las características del paciente que no acude a consulta y estudiar su relación con características del médico o de la agenda.

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Se realizó un análisis de la base de datos de un estudio de garantía de calidad. Se analizaron 45 agendas a demanda con 1511 citas. Actividades programadas o urgentes fueron excluidas.

Variables: asistencia a la cita, edad y género de paciente y profesional, día de la semana, horario (mañana o tarde), Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) y Tarjetas Ajustadas por Edad (TAE) de cada cupo.

Estadística descriptiva y Chi-cuadrado y T-Student según el caso para la significación estadística de relaciones encontradas.

Resultados

Se encontraron 256 ausencias a consultas (16,9% IC95% 15,01-18,79). Los pacientes que no acudieron tenían menor edad (47,5 años) que los que acudieron (54,2) ($p < 0,001$). El 65,5% de los que no acudieron fueron mujeres sin encontrarse diferencias significativas entre grupos. Los profesionales con edad menor a la mediana (57 años) sufrieron mayores ausencias de sus pacientes (20,5%) frente a los más mayores (13,8%) ($p = 0,001$). No se encontraron diferencias entre grupos en el género del profesional, horario de consulta, día, TIS o TAE.

Conclusiones

El paciente que no acude a consulta es una persona más joven sin importar su género. Aquellos profesionales con menor edad son más propensos a que sus pacientes falten a la cita. Estos datos resultan de gran utilidad a la hora de planificar una intervención para reducir el número de ausencias a consulta.

Palabras clave

Appointments and Schedules, No-show Patients, Primary Health Care

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Análisis del grado de control metabólico de los pacientes con Diabetes tipo 2. Estudio Audiabet, Fase 1

Berchid Débdi M, Caraballo Ramos I, Martínez Cháves M

Médico de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

Objetivos

Conocer la prevalencia en nuestro entorno. Conocer el grado de control metabólico, según los estándares de la Guía NICE 2015, mediante el análisis de HbA1c, presión arterial, IMC, y perfil lipídico.

Diseño

Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Sobre censo diabético mayor de 25 años, incluidos PAID (758 pacientes) muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, obteniéndose n: 468 (IC de 95%). Se han excluidos los pacientes con DM tipo 1. Revisión de historias clínicas, recogida de datos y análisis estadístico.

Resultados

Se han estudiado 459 pacientes, 54% hombre y 46% mujeres, con una edad media de 68,87 años y una DT: 12,61. Prevalencia encontrada 14,51%. Un 41% tenían un grado de control óptimo de HbA1c, aceptable el 23% y malo un 13%. El 23% no tenían determinación de HbA1c. PA óptima el 50%, elevada el 27% y 23% no tenían registro. El cLDL óptimo el 43% y elevado un 37%. El 20% no tenían registro. El IMC media era de 30.63 y no había registro en un 77%.

Conclusiones

Registró deficiente de variables básicas, peso, talla, PA. Un 23% no se hizo determinación HbA1c, cLDL. Obesidad en el 30%. El grado de control metabólico es aceptable, aunque mejorable.

Palabras clave

Diabetes Mellitus Tipo 2

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Situación y vivencias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia de larga evolución

Herrero Rubí J¹, Ceballos Fernández C², Gálvez Ibáñez M³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médica de Familia. CS Purullena. Granada

³ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Objetivos

Conocer la situación (grado de funcionamiento personal, familiar y social) y las vivencias de las personas con esquizofrenia tras al menos quince años desde el diagnóstico de su enfermedad.

Diseño

Estudio de corte transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Seleccionamos una muestra de 68 pacientes, que debían tener entre 33 y 55 años y haber sido diagnosticados de esquizofrenia antes del año 2002. Finalmente pudimos incluir en el estudio a 18. Obtuvimos datos cualitativos a través una entrevista semi-estructurada y datos cuantitativos utilizando la escala PSP (Personal and Social Performance). Esta valora 4 áreas: autocuidado, actividades socio-laborales, relaciones sociales y comportamientos perturbadores.

Resultados

El valor promedio obtenido en la escala PSP fue de 47,61 puntos. Este resultado, interpretado como “dificultades marcadas en 2 o más áreas, o dificultades graves en alguna de ellas (excepto la referida a la agresividad)” se debía fundamentalmente a problemas en las relaciones sociales y en las actividades laborales. La entrevista semi-estructurada mostró que esta enfermedad se vive como una gran carga y que la principal preocupación de los cuidadores es qué va a ser de los pacientes cuando ellos no estén.

Conclusiones

La situación de los pacientes de nuestra muestra no es buena. La mayoría no ha conseguido una reinserción socio-laboral y depende de sus progenitores económicamente y para aspectos básicos de la vida diaria. Es necesario desarrollar nuevas estrategias comunitarias que promuevan la rehabilitación precoz de estos pacientes, para reducir el impacto personal y familiar de su aislamiento laboral y social.

Palabras clave

Esquizofrenia, Vivencias, PSP

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Cuál es el perfil de nuestro paciente con EPOC?

García López L¹, Milán Pinilla I¹, Arroyo Morales R¹, Sicilia Uribe M¹, Crossa Bueno M¹, Bujalance Zafra M²

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

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir el perfil del paciente EPOC en nuestro centro de salud.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Población de estudio: pacientes incluidos en el PAI EPOC (443).

Criterio selección: pacientes con CAT realizado en 2017. Se excluyeron incapacitados.

Tamaño muestral: 129 (29%).

VARIABLES: edad, sexo, IMC, hábito tabáquico, patrón obstructivo GOLD, disnea según Medical Research Council (MRC), calidad de vida con COPD Assessment Test (CAT), número y tipo de exacerbaciones, número de comorbilidades, tratamiento para EPOC, total de fármacos. Estadística descriptiva.

Resultados

Edad 72,02 (DS 9.46), varón 78,29%. Ex fumador 62,02%, fumador activo 37,98%, IMC

27.64 (DS 5.05). Diagnóstico correcto con espirometría 85%. Patrón obstructivo GOLD 1:25 (19,84%); GOLD 2: 64 (50,8%); GOLD 3:31 (24,6%) GOLD 4:6 (4,76%). Disnea MRC 1.7 (DS 0.96), con disnea significativa (≥ 2) 51%. Calidad de vida con CAT 13,5 (sd.8,2). Los pacientes tuvieron 129 agudizaciones, siendo leves 21 (17,7%), moderadas 87 (70,7%), y graves con ingreso 15 (12,1%). Media de comorbilidades: 4,17 (2,59%). Media de fármacos: 8,24 (sd.4,28). Los fármacos más utilizados para la EPOC fueron LAMA (87) 67,4%; LABA (66) 51,16%; Corticoides inhalados (50) 38,76%; SABA 38 (29,46%); SAMA 28 (21,71%).

Conclusiones

El perfil de nuestro paciente EPOC es un varón ex-fumador, con sobrepeso, polimedicado, con comorbilidad, siendo las más frecuentes: hipertensión, artrosis, dislipemia y diabetes, con una obstrucción moderada al flujo aéreo, disnea significativa y un impacto medio en su calidad de vida. Se precisa intervención sobre los fumadores activos.

Palabras clave

COPD (EPOC), Profile (Perfil) Primary Health Care (Atención Primaria)

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Influye la comorbilidad en la calidad de vida del paciente con EPOC?

García López L¹, Milán Pinilla I¹, Real López A¹, Arroyo Morales R¹, Campos Cuenca Á¹, Bujalance Zafra M²

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

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Conocer la comorbilidad y su relación con la calidad de vida en pacientes EPOC en un centro de salud.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

De los pacientes incluidos en el PAI EPOC (443), se seleccionaron el total de pacientes (129) a los que se les evaluó la calidad de vida en 2017 por su médico y/o enfermera.

Se excluyeron pacientes incapacitados.

Variables analizadas: edad, sexo, IMC, hábito tabáquico, patrón obstructivo, grado obstrucción, disnea según Medical Research Council (MCR), exacerbaciones, tratamiento de la EPOC, comorbilidad, calidad de vida con COPD Assessment Test (CAT), número de fármacos.

Estadística descriptiva, análisis bivariante.

Resultados

Pacientes analizados 129 (29%), edad media 72 años (sd 9,46), IMC medio 27,5 (sd 5,05),

patrón obstructivo moderado 50,8%. Fumadores activos el 37,98%; MCR 1,7 (sd. 0,96). Media de fármacos 8,24 (sd.4,28), CAT medio 13,5 (sd.8,2), con un impacto significativo (>10) el 58,9%. Comorbilidad: hipertensión (69%), artrosis (42%), dislipemia (38%), diabetes (36%), obesidad (32%), trastorno gastrointestinal 30%, insuficiencia cardiaca (24%), cardiopatía isquémica (23%), arritmia (20%), arteriopatía periférica (19,4%), SAOS (18,6%), ansiedad (13%), osteoporosis (11,6%), hiperuricemia (11,6%), depresión (11,5%), enfermedad cerebrovascular (10,8%), cáncer pulmón (0,01%). El grado GOLD ($p<0,001$), el nº de fármacos ($p=0,01$), la presencia de insuficiencia cardiaca ($p=0,08$) y Cáncer de pulmón ($p=0,01$) se relacionó con una peor calidad de vida en el paciente EPOC en el análisis bivariante.

Conclusiones

Abordar la comorbilidad en los pacientes EPOC puede mejorar la calidad de vida. Es necesario estudios prospectivos para establecer una relación causal.

Palabras clave

Comorbidity (Comorbilidad), Quality of Life (Calidad de Vida), COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Determinación del grado de control de asma mediante ACT

Ruiz Reina A¹, Ortega Carpio A², Carrero Morera M¹, García Sardón P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

³ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Objetivos

El asma es una enfermedad crónica caracterizada por su fuerte variabilidad clínica, dificultando su diagnóstico y grado de control. Evaluamos la capacidad del Asthma Control Test (ACT) enviado por WhatsApp® al móvil del paciente para determinar la prevalencia de asma mal controlada y la validez de criterio respecto a la clasificación GINA.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Seleccionamos 115 pacientes obtenidos aleatorizadamente a partir del listado de asmáticos de 18 a 65 años de edad, excluyéndose los que no dieron su consentimiento, tenían diagnóstico asociado de EPOC, carecían de móvil o WhatsApp®. Se determinó el grado de control de asma según GINA y mediante el ACT autocumplimentado por WhatsApp®, considerándose control total (≥25), aceptable (20-24) y mal control (≤19).

Evaluamos la concordancia ACT/GINA mediante el índice Kappa ponderado y su validez.

Resultados

Incluimos 102 asmáticos, 38 varones (37,3%) y 64 mujeres (62,7%). La edad media fue 39,9 años (IC95%: 37,39-42,42), un 26,5% siguen fumando, el 29,5% no tienen la E.S.O., el 56,7% se han hecho pruebas funcionales y el 72,5% estaban tratados en los escalones 1 o 4 de la GINA. El ACT medio fue 17,36 (IC95%: 16,33-18,40), presentando 67 pacientes mal control (65,7%; IC95%: 56,5-74,9), 24 aceptable (23,5%) y 11 control total (10,8%). La concordancia ACT/GINA fue del 48,6% (IC95%: 36,9-60,3) confirmándose asociación lineal GINA/ACT ($p < 0,001$). La sensibilidad del ACT fue del 100% y la especificidad del 43%.

Conclusiones

Encontramos una alta prevalencia de asma mal controlada. El ACT autocumplimentado por WhatsApp® tiene excelente sensibilidad pero baja especificidad comparado con GINA.

Palabras clave

Asthma, Questionnaires, Cellular Phone

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Deficiencia de yodo en la gestación

Romero Herraiz F¹, Ortega Carpio A², Duarte González L³, Núñez Azofra M¹, Vázquez Rico I⁴, Castaño López M⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

³ Matrona. CS Torrejón. Huelva

⁴ FEA Análisis Clínicos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Objetivos

Determinar la prevalencia de Yododeficiencia en gestantes al principio del embarazo y las variables predictoras asociadas con el déficit.

Diseño

Estudio multicéntrico observacional descriptivo prospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Gestantes incluidas en el Proceso de Embarazo que dieron su consentimiento informado y no abortaron antes de realizarse la determinación de yoduria, seleccionadas consecutivamente hasta completar un tamaño muestral mínimo de 88, para detectar una prevalencia de yododeficiencia del 35% ($\alpha=0.05$; $\beta=10\%$). En todas se realizó encuesta nutricional. La variable dependiente principal fue el porcentaje de gestantes con yododeficiencia, definida como yoduria en orina primomatinal $<150 \mu\text{g/L}$ (grave $<100 \mu\text{g/L}$). Realizamos análisis de

regresión para evaluar la relación entre variables.

Resultados

De 114 gestantes seleccionadas se realizaron yoduria 96; hubo 18 pérdidas por aborto o error en la muestra. La edad media fue 32,1 años y el IMC 24,8. Consumían sal yodada 30 (31,3%), suplementos yodados 82 (85,4%), cantidades recomendadas de lácteos (51,1%), pescado (19,8%), huevos (17,7%) y frutos secos (17,7%). La yoduria media fue de $152,7 \mu\text{g/L}$ (IC95%: 128, 6-176,8), presentando yododeficiencia 61 gestantes (63,5%; IC95%: 53,6-72,3) y deficiencia grave 37 (38,5%; IC95%: 29,4-48,5). No encontramos variables predictoras asociadas a la presencia de Yodosuficiencia.

Conclusiones

La prevalencia de Yododeficiencia en gestantes es muy superior a la esperada. La suplementación yodada en el primer trimestre no consigue prevenirla, por lo que es recomendable realizarla pregestacionalmente.

Palabras clave

Yodo (Iodine), Hipotiroidismo (Hypothyroidism), Gestación (Pregnancy)

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Concordancia diagnóstica en un programa de cribado de retinopatía diabética

Crossa Bueno M1, Campos Cuenca Á1, Castillo Jimena M2, Toro Gallardo M1, García López L1, Serrano Guerra F3

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

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Analizar la concordancia del diagnóstico del médico de atención primaria (AP) y el oftalmólogo en las retinografías detectadas como patológicas por el médico de AP en el programa de cribado de retinopatía diabética de nuestro centro de salud.

Diseño

Estudio descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

Atención Primaria, centro de salud urbano.

Material y método

Población de estudio: pacientes diabéticos que se han realizado la retinografía entre marzo 2015- mayo de 2018.

Criterios de selección: pacientes con hallazgos patológicos en la retinografía detectados por el médico de Atención Primaria, excluyendo retinografías no valorables.

Tamaño muestral: 129 pacientes.

Variabes: 2 variables.

Métodos de valoración: programa de Plan Integral de Diabetes.

Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

De las 129 retinografías detectadas como patológicas en Atención Primaria, un 64% (n=83) son confirmadas por el oftalmólogo. De las 122 diagnosticadas como retinopatía diabética en AP, un 45% (n=56) fueron confirmadas por el oftalmólogo; un 21% como no diabéticas (n=26). El resto fueron consideradas normales por el oftalmólogo. Valor predictivo positivo del 64 %.

Conclusiones

Del total de retinografías detectadas como patológicas en el programa de cribado por el médico de atención primaria, más de la mitad son confirmadas por el oftalmólogo. Por otro lado, casi la mitad de las retinopatías diagnosticadas como diabéticas por el médico de AP son confirmadas por el oftalmólogo. Teniendo en cuenta que el objetivo de un programa de cribado es detectar el mayor número de pacientes con patología, consideramos que se ha obtenido un buen valor predictivo positivo.

Palabras clave

Diabetic Retinopathy, Primary Health Care, Diagnostic Imaging

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Características clínicas de los pacientes de un programa de cribado de retinopatía diabética

Campos Cuenca Á¹, Crossa Bueno M¹, Milán Pinilla I¹, Castillo Jimena M², Toro Gallardo M¹, Domínguez Santaella M³

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

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos con hallazgos patológicos en la retinografía detectados por el médico de Atención primaria (AP).

Diseño

Descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

Atención Primaria, centro de salud urbano.

Material y método

Población de estudio: pacientes diabéticos incluidos en cribado de retinopatía diabética entre marzo 2015 - mayo 2018.

Criterios de selección: pacientes con hallazgos patológicos en retinografía detectados en Atención Primaria.

Tamaño muestral: 136 pacientes.

Variabes: 13 variables.

Métodos de valoración: a través de su registro en el programa de Plan Integral de Diabetes y en la historia clínica Digital. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Edad media de 67,9 años +- 11,4. 58,8% hombres, 41,2% mujeres. Registro tabaco: 61,1% no fumadores; 13,7% exfumadores y 25,5% fumadores. Último registro índice de masa corporal: 29,8 +- 5,74. Última HbA1c (hemoglobina glicosilada): 7,62 +- 1,75, último filtrado glomerular: 75 +- 18,6. Monofilamento patológico un 15%. Media de años de evolución diabetes mellitus: 11,26 +-7,1. Tratamiento: 71,3% sin insulina. Comorbilidad: 69,1% hipertensión arterial, 51,1% dislipemia. Un 77,8% tenían retinografía previa, de los cuales un 63,9% en los últimos dos años.

Conclusiones

A pesar de que la evolución de la diabetes en nuestros pacientes supera los 10 años, consideramos que la mayoría de ellos presentan un buen control de la enfermedad con bajo índice de nefropatía y neuropatía periférica. Más de la mitad cumplen el objetivo del Programa Asistencial Integrado de Diabetes y se realizaron retinografía en los últimos dos años.

Palabras clave

Diabetic Retinopathy, Primary Health Care, Population Characteristics

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Influencia de una intervención telefónica en el grado de control de la HTA

Márquez Rivero S¹, Castaño Durán C¹, Baldonado Suarez A¹, Pérez García E², Gil Cañete A¹, Márquez Contreras E¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. CS La Orden. Huelva

Objetivos

Valorar la influencia de una intervención mediante una apps en el móvil, en el control de la HTA.

Diseño

Estudio prospectivo, multicéntrico, en 22 centros de salud.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

154 pacientes tratados con un antihipertensivo. Se realizaron 3 visitas (basal-6-12 meses). Se realizó una randomización por clúster. Se randomizaron investigadores. Se formaron 2 grupos.

Grupo control (GC): 77 pacientes con intervención habitual;

Grupo intervención (GI): 77 pacientes, que recibieron la instalación gratuita de una apps en móvil. Se determinó la presión arterial (PA). Se calcularon las PA medias clínicas (PAS y PAD). Se calculó el grado de control (PA<140 y 90 mmHg), y se comparó por grupos de intervención.

Resultados

Fueron incluidos 154 hipertensos, finalizando 148 (77 mujeres) (Edad 57,5 ±9,9 años), siendo 73 individuos en el GI. No se observaron diferencias significativas por grupos en edad, sexo, enfermedades padecidas, fármacos consumidos, peso o FRCV. Las PAS iniciales fueron (GI-GC) respectivamente 134,7±14 y 134,47±8 (p=NS) y las finales 132,2±12 y 134,4±11 (p<0.001). Las PAD iniciales fueron 81,64±8 y 81,9±6,8 (p=NS) y las finales 78,5±7 y 81,4±9 (p<0.01). Los descensos medios fueron superiores en el GI (p<0.001). Al inicio estaban controlados el 35,6% y 32% en el GI y GC respectivamente (p=NS), a los 6 meses el 44 y 20.5% (p<0.05) y al final el 38,6% en GI (IC=27, 6-49,6) y 17,8% en GC (IC=9,03-26,57) (p<0.05).

Conclusiones

La intervención mediante una apps en el móvil es una estrategia eficaz para favorecer el control de la HTA.

Palabras clave

Hipertensión, Intervención, Grado de Control

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Como se incumple el tratamiento farmacológico antihipertensivo

Márquez Rivero S¹, Castaño Durán C¹, Baldonado Suarez A¹, Pérez García E², Gil Cañete A¹, Márquez Contreras E¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. CS La Orden. Huelva

Objetivos

Valorar los diferentes patrones de cumplimiento en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial leve-moderada (HTA).

Diseño

Estudio prospectivo, multicéntrico, en 22 centros.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

154 pacientes tratados con un antihipertensivo. Se realizaron 3 visitas (basal-6-12 meses). El cumplimiento fue medido mediante monitores electrónicos (MEMS). Se calculó el porcentaje de cumplimiento [PC= (Nº total de comprimidos presumiblemente consumidos/Nº total de comprimidos que debía haber consumido) x100]. Fueron cumplidores aquellos con PC 80-100%. Se calcularon diferentes patrones en función del PC:

1) Cumplidores: a) Cumplidor absoluto cuando presentaban un PC=100%, b) Cumplidor enmascarado PC≥80% y PC diario<80%, c) Incumplimiento esporádico PC≥80% y ≤100% y d) Sobrecumplimiento PC>100.

2) Incumplidores: a) Incumplimiento absoluto PC<50%, b) Incumplimiento parcial PC≥50% y

<80% y c) Abandono cuando dejó definitivamente la medicación.

3) Se valoraron otros patrones (cumplidores-incumplidores) como incumplimiento previsto, vacaciones farmacológicas o cumplimiento de bata blanca.

Resultados

Fueron incluidos 154 hipertensos, finalizando 148 (77 mujeres) (Edad 57,5±9,9 años). Fueron cumplidores el 77,02% (IC= 70,25-83,79). Cumplidores: Patrón de incumplimiento esporádico fue el 77,27% (IC= 69,44-85,1%), cumplidor absoluto 3,64%, cumplidor enmascarado 16,37% y sobrecumplimiento 2,72%. Incumplidores: incumplimiento parcial fue del 86,84% (IC=76,197,58%), incumplimiento absoluto 13,16% y abandono 0%. Otros patrones: Incumplimiento previsto 19,1%, vacaciones farmacológicas 66,3% y cumplimiento de bata blanca 7,27%.

Conclusiones

El más frecuente fue en cumplidores el patrón de cumplidor con incumplimiento esporádico, en incumplidores el patrón de incumplimiento parcial. Asimismo, destaca en cumplidores e incumplidores el patrón de vacaciones farmacológicas.

Palabras clave

Hipertensión, Cumplimiento Terapéutico, Monitores Electrónicos

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Qué podemos hacer para mejorar la atención a nuestros pacientes con EPOC?

Merchan Cruz M¹, Díez de Baldeón Chicón P¹, Castillo Jimena M², Rodríguez Salas F¹

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Describir la calidad de la atención a los pacientes con EPOC. Identificar posibles mejoras en el registro y atención de estos pacientes.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y método

La población de estudio fueron los pacientes registrados en el proceso asistencial de EPOC en el CS a fecha de diciembre 2017. Se recopilaron los datos de un total de 550 pacientes de los cuales, tras la realización de un muestreo aleatorio simple, se obtuvo una muestra de 55 historias clínicas.

Variables y medición: registro en historia clínica digital de alergias, tabaco, hábitos saludables, variables antropométrica, analítica y espirometrías.

Resultados

Las variables con mejores índices de registro fueron alergias, tabaco y hábitos saludables todos 98% (IC5% 94.3-100). Las variables antropométricas (peso, talla e IMC) presentaron un registro del 81% (IC95% 70.6-99.1), la tensión arterial del 87% (IC95% 78.1-95.9) y el registro de analíticas un 80% (IC95% 69.4-90.6). El registro de espirometrías fue del 45% (IC95% 31.9-58.2).

Conclusiones

Existe una buena calidad en el registro de los datos más importantes de los pacientes con EPOC. No obstante, hemos identificado la necesidad de mejorar en el registro de la espirometría, prueba clave en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes. En esta área de mejora se propone la realización de sesiones formativas con todos los profesionales implicados en la atención al paciente EPOC.

Palabras clave

Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Primary Health Care, Clinical Audits

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Qué está pasando? Cáncer en nuestras consultas

Castelló Losada M¹, Sánchez Pérez M², Rodríguez Barranco M³, Castro Rosales L⁴, Tormo Molina J¹, Guerrero García F⁵

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² Directora Registro del Cáncer de Granada

³ Coordinador de Investigación del Registro de Cáncer de Granada

⁴ Jefe de Grupo. Unidad de Evaluación y **Resultados**. DS Granada-Metropolitano

⁵ Médico de Familia. DS Granada-Metropolitano.

Objetivos

Conocer la incidencia del cáncer en nuestra población. Comparar resultados con el Registro Provincial de Cáncer.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población de estudio: 1.500 pacientes pertenecientes a un cupo de un CS urbano. Seguimiento de todos los pacientes y analizar los que desarrollan cualquier tipo de cáncer desde Mayo de 2016 hasta la actualidad (Mayo 2018).

Variables estudiadas: edad, sexo, tipo de cáncer, síntoma príncipes, retraso en el diagnóstico, tipo de tratamiento y mortalidad. Utilizamos Estadística descriptiva y la Razón de Incidencia Estandarizada para comparar los datos de nuestra población con los del Registro Provincial del Cáncer.

Resultados

La incidencia del cáncer en nuestra consulta fue de 11 casos (6 hombres, 5 mujeres). Edad media 63,3 a. (47-94 a). Tipos de cáncer: colon 5, pulmón 2, mama 1, timo 1, páncreas 1, vejiga 1. La demora media en el diagnóstico fue de 2,5 meses (1-7m). Todos recibieron tratamiento quirúrgico y coadyuvante, excepto dos que fueron incluidos directamente en tratamiento paliativo y fallecieron (mortalidad 18,2%). Los pacientes vivos poseen una buena calidad de vida (realizan las mismas actividades que antes del diagnóstico y están libres de dolor). La razón estandarizada de incidencia, comparando con los casos de toda la provincia, fue < 1 (IC 95% en límite superior e inferior).

Conclusiones

La incidencia, mortalidad y tipo de cáncer de nuestra población es similar a la del registro provincial.

Palabras clave

Incidence, Population, Cáncer

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Relación entre evolución de la funcionalidad y estado nutricional en una cohorte de personas mayores frágiles

Colacicchi P¹, Morales Sutil M², Alarcón Pariente E³, Gaspar Solanas A¹, Muñoz Cobos F⁴, Méndez Ramos M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² Médico de Familia. Hospital General de Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Objetivos

Evaluar la relación entre parámetros nutricionales y la funcionalidad en una cohorte de personas mayores frágiles.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal (cuatro años seguimiento).

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Sujetos: personas mayores frágiles con algún factor de riesgo nutricional, cohorte dinámica.

Criterios exclusión: éxitus, institucionalización, cambio domicilio. Medición basal: edad, sexo, % Peso Ideal, factor de riesgo nutricional, valores analíticos. Mediciones basales y sucesivas (semestrales) de: parámetros antropométricos (Índice de Masa Corporal (IMC), pliegue tricípital (PT), perímetro braquial (PB), perímetro pantorrilla (PP), circunferencia del brazo (CMB) y funcionalidad (Índice de Barthel). Análisis regresión lineal, alfa 0.05.

Resultados

Cohorte 143 pacientes seguidos durante periodos variables. 34 pacientes han completado los cuatro años de seguimiento. El 67.8% mujeres, edad media inicial es 82.52 + 0.64. El factor de riesgo nutricional más frecuente es la pérdida de peso (48.3%). Los valores medios basales son: IMC 24 ± 0.64, PT 15.84 ± 1.04, PB 23.77 ± 0.42, CMB 18.95 ± 0.37, PP 31.51 ± 0.77, Barthel 86.36 ± 3.57. En la octava medición se mantienen sin diferencias significativas todos los parámetros excepto el IMC (p= 0.002) y el Barthel (p<0.0001) que descienden. En la medición basal (n=143), el valor del Índice de Barthel es significativamente mayor para los pacientes con albúmina normal (p=0.003). El Índice de Barthel a los 4 años de seguimiento (n=34) se relaciona significativamente con el nivel de hemoglobina (p= 0.037).

Conclusiones

En pacientes mayores frágiles con riesgo nutricional, la funcionalidad se relaciona con parámetros analíticos y no antropométricos: albúmina (funcionalidad basal) y hemoglobina (funcionalidad a los 4 años).

Palabras clave

Primary Care, Fragile Patient, Nutritional Status

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Estrategia de riesgo vascular (RV) en una zona básica (ZBS)

Boiza Molina N¹, Casquero Sánchez J¹, Collado Montávez S¹, Castillo Castillo R², Chueco Oviedo L¹, Rodríguez Toquero J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

³ Médico de Familia. AGS Norte de Jaén

Objetivos

Estratificación RV mediante estimación cuantitativa con test SCORE para países de bajo riesgo.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

4 ZBS con una población 71.739 habitantes, población diana (PD) 33.782 personas (varones >40 y mujeres >50). Estimación riesgo con test score para poblaciones de bajo riesgo con moduladores y automatizado. Periodo de estudio abril 2013 - diciembre 2017.

Resultados

Se aplica score a 10.270 personas, PD 30,05%. De las 10.270 personas con el SCORE realizado durante estos años, 5.945 personas tienen solamente un registro y de 4.408 tenemos más registros; con un total de registros de 19.100 de

los cuales duplicados suponen 13.100 registros. El 90% prevención primaria (PP) y 10% prevención secundaria (PS) (5,32% Cardiopatía Isquémica, 3,44% Enfermedad Cerebrovascular y 1,08% Arteriopatía Periférica). Estratificación RV en PP es: SCORE <1: 39,11%, de 1 a <5: 35,05%, de 5 a <10: 9,78% y >=10: 5,91%. El 74,06% bajo-moderado RV y 15,69% alto-muy alto RV.

De las 4.408 personas con registros duplicados encontramos que entre la primera y última visita existe disminución del colesterol total en el 56,84% con una media de disminución de 11mg/dl. En cuanto a la variación de la TA sistólica mejora 35,14% con una media de disminución de 0,59 mmHg.

Conclusiones

En 3 años y 9 meses estratificado RV 30,05% PD. Hay que seguir mejorando cobertura. El score automatizado nos ayuda a priorizar nuestras actuaciones en el paciente de alto-muy alto RV para modificar el riesgo de mortalidad. Hay que enfocarse en los factores modificables.

Palabras clave

Score Test, Vascular Risk

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Hipertensión arterial refractaria verdadera

Hernández Marín F¹, Boiza Molina N², Morato Lorenzo L³, Gárriga Sánchez L³, Martínez Muñoz J⁴, Cantillo Muñoz J⁵

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

⁴ Médico de Familia. CS Rodríguez Arias. Cádiz

⁵ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

Objetivos

Principal: Incidencia de la hipertensión arterial (HTA) refractaria verdadera en una cohorte de pacientes con HTA. **Secundarios:** Características de la cohorte de enfermos con HTA refractaria y sus diferencias con los pacientes que presentan HTA controlada. Determinar las patologías asociadas a las 2 cohortes.

Diseño

Estudio Descriptivo.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y método

Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años que acuden a consulta de HTA desde el año 2001 al 2016.

Criterios de selección: Pacientes con HTA mayores de 18 años que acuden a consulta de HTA de 2001 a 2016, que completaron protocolo de estudio y que aceptaron entrar en el estudio.

Tamaño muestral: 2594 pacientes.

Variables: Edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), fármacos.

Métodos de Medición: Análisis sanguíneo y control de tensión Protocolo de estudio: historia clínica, exploración, pruebas analíticas, MAPA y pruebas de imagen.

Análisis estadístico: Variables estudiadas en base de datos diseñada en programa SPSS.

Resultados

De los 2594 pacientes incluidos en el estudio: HTA refractaria: 778 pacientes (29,98%) HTA refractaria verdadera: 638 pacientes (24,01%). Media de edad: 63+/-4 años, Sexo: 50,4% fueron varones. Los FRCV son más frecuentes en los pacientes con HTA refractaria verdadera frente a pacientes con HTA controlada, destacando: Obesidad (67,6% frente al 54,9%). DM tipo II (44,1% frente al 27,2%). Síndrome Metabólico (57,3% frente al 38,22%). SAOS (29,5% frente al 16,2%). Hiperlipidemia (60,1% frente al 47,7%). Lesión de órgano diana: Cardiopatía isquemia (20,5% frente al 6,9%), Arteriopatía (22% frente al 11,2%), afectación renal 25,8% frente al 15,3%), retinopatía (10,4% frente al 3,6%), ACVA (10% frente al 8,1%). Número de fármacos necesarios destaca: el 65,6% necesita 4 anti-hipertensivos y el 23,4% 5 anti-hipertensivos. Los fármacos antihipertensivos más utilizados son: ARA II, Calcio antagonistas y tiazidas.

Conclusiones

Tener en mente esta patología en AP, pues en pacientes con HTA refractaria habrá que investigar la causa, como: otra patología asociada, baja adherencia al tratamiento, malos hábitos de vida, apnea del sueño, ansiedad, hiperaldosteronismo etc.

Palabras clave

Arterial Hypertension, Refractory

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Efectividad del tratamiento con estatinas en mayores de 75 años, en prevención primaria

Palomo Rodríguez R¹, Ortega Blanco J², Serrano Nogales R³, López Díaz J⁴, Pedregal González M⁵

¹ Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

⁵ UD de MFyC. Huelva.

Objetivos

Diferencias en incidencia de eventos cardiovasculares entre dislipémicos mayores de 75 años con estatinas o no, en prevención primaria. Perfil de pacientes con estatinas y frecuencia de abandono. Incidencia de eventos y relación con riesgo cardiovascular.

Diseño

Cohortes retrospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

329 mayores de 75 años dislipémicos, entre 2005 y 2015.

Criterios de inclusión: mayor o igual a 75 años, tomar estatinas o no, prevención primaria.

Variables: factores de riesgo cardiovascular. Estadística descriptiva, inferencial y análisis multivariante.

Resultados

El 34,5% sufren evento sin tomar estatinas, el 65,5% sí. $p < 0.001$ y RR 2,35 (IC AL 95% (1,58-

3,48)). Perfil: mujer de 81.79 años, hipertensa con colesterol total inicial de 257.71. Un 3% abandonan. Aparece demencia vascular en 74,6%. En diabéticos, aquellos que sufren evento cardiovascular un 18,9% no toman estatinas y 44,7% sí. RR 2,36, $p < 0,05$ (IC AL 95% (1,13-4,95)). Tomando estatina, el colesterol inicial en los que sufren evento es 251.13 y 261.64 en los que no. ($p 0.039$).

Conclusiones

Existen diferencias estadísticamente significativas en incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes que toman o no estatinas. A igualdad de factor de riesgo, la incidencia es mayor en tomadores de estatinas. Los factores de riesgo más importantes: edad, diabetes, tabaco, obesidad y trastorno psiquiátrico. Las diferencias de cifras de colesterol entre los que toman estatinas o no, son mínimas en aquellos que sufren eventos cardiovasculares.

Palabras clave

Cardiovascular Diseases, Hyperlipidemias, Hydroxymethylglutaryl-Coa Reductase Inhibitors

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Morbilidad en pacientes con enfermedad crónica avanzada

Pérez Delgado de Torres M¹, Cuberos Sánchez C², Romero Montalvo P³, Lozano Gallego A⁴, García Solís P³

¹ Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

² Técnico de Apoyo Investigación. FISEVI. Sevilla

³ Enfermera de Familia. UGC Camas. Sevilla

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

Objetivos

Analizar la morbilidad de una cohorte de pacientes con enfermedad crónica avanzada en Atención Primaria (AP).

Diseño

Descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Ámbito: Centros de salud de AP.

Material y método

Criterios selección: adultos con uno o más criterios definitorios (CD) del estudio Paliar-AP: Insuficiencia cardiaca (ICC), Insuficiencia respiratoria (IRC), Insuficiencia renal (IReC), Hepatopatía (HC), Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y/o funcional para ABVD (ENC), en situación de cronicidad y avanzadas.

Criterios de exclusión: Agonía.

Muestra: 718 sujetos seleccionados por muestreo consecutivo.

Variables: sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas y farmacológicas.

Análisis estadístico: descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.

Limitaciones: Variabilidad interobservador y falta de información de pacientes atendidos en la sanidad privada.

Aspectos éticos-legales: conformidad del Comité de Ética local.

Resultados

718 pacientes, 52,9% son mujeres y la edad media de 79,44 años (DE 10,1).

El 74,5% presentó un criterio de inclusión (ENC 55,8%, IC27,4% e IRC 27,2%). El 21,9% presentó 2 criterios, siendo la asociación más frecuente IC y IRC (11,4%). Mediana de enfermedades asociadas de 7[5], existiendo una correlación positiva entre el número de criterios de inclusión y número de enfermedades asociadas, así como diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) según la categoría de inclusión siendo mayor cuando es IC o IRC (9[5]). El 70,3% precisa cuidador. La polifarmacia está en el 87,8% de la muestra con una mediana de fármacos es de 9[6], con diferencias según morbilidad asociada y criterio de inclusión ($p < 0,05$).

Conclusiones

Los pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica, presentan una elevada comorbilidad así como polifarmacia.

Palabras clave

Multimorbidity, Chronic Disease, Palliative Care

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Uso de recursos sanitarios en pacientes con enfermedad crónica avanzada

Márquez Calzada C¹, Bernal Bolaños M², Sánchez González S³, Sánchez García M⁴, García Lozano M⁵, Sevilla Ramírez N⁶

¹ Enfermera de Familia. CS Márques de Paradas. Sevilla

² Enfermera de Familia. CS Rota. Cádiz

³ Médico de Familia. UGC Andévalo Occidental. Huelva

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

⁵ Médica de Familia. UGC Camas. Sevilla

⁶ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Objetivos

Analizar el uso de recursos sanitarios en una cohorte de pacientes con enfermedad crónica avanzada en Atención Primaria (AP).

Diseño

Descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Centros de salud de AP.

Material y método

Criterios selección: adultos con uno o más criterios definitorios (CD) del estudio Paliar-AP: Insuficiencia cardiaca (ICC), Insuficiencia respiratoria (IRC), Insuficiencia renal (IReC), Hepatopatía (HC), Enfermedad neurológica (ENC), en situación de cronicidad y avanzadas.

Criterios de exclusión: Agonía.

Muestra: 718 sujetos seleccionados por muestreo consecutivo.

VARIABLES: sociodemográficas, clínicas, ingresos hospitalarios y variables pronósticas.

Análisis estadístico: descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.

Limitaciones: Variabilidad interobservador y falta de información de la sanidad privada.

Aspectos éticos-legales: conformidad del Comité de Ética local.

Resultados

718 pacientes, 52,9% son mujeres y la edad media de 79,44 años (DE 10,1). Mediana de los CD es 1[1] [más frecuente ENC (55,8%)]. Mediana de enfermedades asociadas de 7[5]. 70,3% precisa cuidador, sin relación el tipo de cuidador con los ingresos. La sobrecarga del cuidador según el cuestionario Zarit es de 22,28 (DS 29,6), con una correlación positiva con los ingresos. El número de ingresos en los 12 últimos meses tiene por mediana 1[1], 10[15] días de estancia, con correlación positiva con carga de enfermedad. 20,1% cumplía los criterios de terminalidad de NHO, presentando diferencias significativas ($p > 0,05$) en el número de ingresos (2[2]).

Conclusiones

Los pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica, presentan mayor uso de recursos sanitarios medidos por número de ingresos hospitalarios en función de la carga de enfermedad presentada.

Palabras clave

Chronic Disease, Palliative Care, Primary Care

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Impacto de la práctica del Tai Chi en la reducción del riesgo de caídas en atención primaria

Méndez Ramos M¹, Alarcón Pariente E², Gaspar Solanas A¹, Colacicchi P¹, Polo Barrero P¹, Lebrón Martínez De Velasco C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

Objetivos

Evaluar el efecto de la práctica de Tai Chi en personas mayores con alto riesgo de caídas.

Diseño

Cuasi-experimental pre-post intervención.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y método

> 65 años con caídas previas.

Intervención: valoración sensorial, estación unipodal, hipotensión ortoestática, tratamiento (psicofármacos, hipotensores), valoración de barreras entorno, ayudas, propuesta de participación en grupo de Tai Chi.

Grupo estudio: practican Tai Chi (>50% clases).

Grupo control: no practican.

Variables dependientes (mediciones basal/anual): Barthel, Test Estación Unipodal (TEU), caídas/año, Escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG), consultas médicas/año, ayudas técnicas, Dosis Diaria Definida (DDD) analgésicos. Chi², T Student. Significación 0.05.

Resultados

93 pacientes: 21 estudio, 49 control, 23 asisten <50%. Edad media actual 77+/-0,7, 84 9% mujeres. *Variables basales:* Hipotensión ortoestática 6,5%, déficits sensorial 80,6%, hipotensores 79,6%, psicofármacos 62,4%, barreras 73,1%, ayudas técnicas 29%, caídas/año 1,65+/-0,24, analgésicos 78,90+/-11,78 DDD, visitas médicas/año 9,6 +/-0,63, Barthel 90,98+/-1,02, EADG Ansiedad 4,37+/-0,29, Depresión 3,31+/-0,26, TEU derecho 8,43+/-1,08 segundos, TEU izquierdo 9,19+/-1,24 segundos, sin diferencias significativas grupos estudio-control. *Grupo de estudio:* reducción de 2,143 (0,645-3,641) puntos (p=0,07) ansiedad y 1,095 puntos (0,270-1,921) (p=0,012) depresión; reducción 18,2% psicofármacos (p<0,0001); el 50% de pacientes dejan de usar ayudas técnicas (p 0.02). Grupo control: reducción en ansiedad 1,020 (0,076-1,965) puntos (p=0,035); inician psicofármacos (p=0,001) el 41,2% de pacientes; ningún paciente abandona ayudas, el 14,3% empieza a usar (p<0,001).

Conclusiones

La práctica de Tai Chi se asocia a mejora del estado de ánimo, reducción de psicofármacos y del uso de ayudas para la marcha.

Palabras clave

Caídas, Personas Mayores

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Qué sabemos de las citologías patológicas?

Soto Rebollo M¹, Sánchez Sánchez C², Castillo Jimena M³, García García I⁴, González Rodríguez A⁴, Guerrero Sánchez T⁴

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

² Médico de Familia. DA. Málaga

³ Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir las citologías anormales realizadas en el PAI (proceso asistencial integrado) cáncer de cérvix y las características de las mujeres.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Se analizaron todas las citologías patológicas del total de citologías realizadas (N=1571) en 2016–2017. Edad, tabaco, método anticonceptivo, resultado citología, resultado VPH (virus papiloma humano), serotipo VPH. Estadística descriptiva.

Resultados

Edad media 39,84 años. 49% fumadoras. Método anticonceptivo más frecuente: ninguno 24%; preservativo 25%, anticonceptivos orales 12%, DIU 12%. Del total de citologías realizadas

en 2016-2017, fueron patológicas 100 (6,37%). El 46% presentó ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance), 40% LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesión), 9% HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesión), 4% AGC (atypical glandular cells) y 1% ASC-H (atypical squamous cells, cannot exclude HSIL). La PCR (polymerase chain reaction) de VPH se realizó en el 70%, siendo positiva en el 37%. Serotipos: 13 alto riesgo, 13 riesgo intermedio y 14 bajo riesgo. La PCR se realizó en el 95,7% de las citologías con ASCUS frente al 48% de las citologías con otras alteraciones. La PCR fue positiva en el 46% de otras lesiones frente al 31,8% de los ASCUS. El % de serotipos de alto riesgo fue en ASCUS 71,4% y en otras lesiones 83,3%.

Conclusiones

La anormalidad en la citología más frecuente fue el ASCUS, seguido del LSIL. El serotipo de VPH se realizó en la mayoría de los ASCUS, siendo de más alto riesgo en las otras lesiones.

Palabras clave

Papanicolaou Test, Human Papillomavirus DNA Test, Uterine Cervical Neoplasms

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Eficacia y seguridad de los anticoagulantes directos en pacientes con fibrilación auricular

Pimentel Quezada Y¹, Gámez López A², Bonilla Palomas J², López Ibáñez M³, Moreno Conde M³

¹ EBAP. CS Martos. Jaén

² FEA Cardiólogo. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

³ FEA Medicina Interna Hospital San Juan De la Cruz. Jaén

Objetivos

Comparar la eficacia y seguridad de apixabán (API) frente a rivaroxabán (RIV) en la práctica clínica real.

Diseño

Registro de práctica clínica diaria.

Emplazamiento

Centro hospitalario de segundo nivel.

Material y método

El objetivo primario fue el combinado de ICTUS o embolia periférica. Como objetivos secundarios se analizó el sangrado mayor y la mortalidad cardiovascular. De los 1007 pacientes con FA analizados se seleccionaron 63 con API y 119 con RIV.

Resultados

Entre ambos grupos no se encontraron diferencias en: edad (76.7±10.2 API vs 77.3±8.7 RIV, p=0.703), CHADSVASC (3.5±1.4 API vs 3.8±1.5 RIV, p=0,67), HASBLED (2.12±1.00

API vs 2.14±0.74 RIV). A la media de seguimiento (31.6±15 meses) no se hallaron diferencias en las tasas de ICTUS o embolia sistémica (10% API vs 9.3% RIV, p=0.89), en el sangrado mayor estimado por la escala TIMI (6.6% API vs 10.2% RIV, p= 0.58) ni en la mortalidad cardiovascular (28% API vs 33% RIV, p=0.61). Tampoco se hallaron diferencias en cuanto al tipo de sangrado, siendo es más prevalente el gastrointestinal (17.5% API vs 19.3% RIV, p=0.84). En la figura 1 se recogen las curvas de supervivencia libre de eventos para para el objetivo combinado de ICTUS/embolia sistémica y sangrado mayor evaluado mediante la escala TIMI.

Conclusiones

En nuestro registro de práctica clínica real no hemos encontrado diferencias significativas de seguridad y eficacia entre pacientes con FA bajo tratamiento con API y RIV. En ambos grupos se detectaron cifras muy elevadas de sangrado gastrointestinal.

Palabras clave

Anticoagulant, Atrial Fibrillation

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Prevalencia del déficit de Vitamina B12 en Atención Primaria

Serrano Camacho A¹, González Navarro T², Hachem Salas N³, Moreno Martos H⁴, Zapata Martínez M⁴, Espigares Díaz I⁴

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

³ Médico de Familia. CS Mediterráneo. Almería

⁴ Médico de Familia. CS Retamar. Almería

Objetivos

Determinar la prevalencia del déficit de Vitamina B12 en Atención Primaria. Características de los pacientes con déficit de Vitamina B12. Factores relacionados con el déficit de Vitamina B12.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población: 235 pacientes. Muestra 143 pacientes.

Criterios de Inclusión: pacientes que acudieron a consulta durante el primer semestre del 2016.

Variables sociodemográficas: edad, sexo.

Variables clínicas: Diagnósticos. Tratamientos farmacológicos. Motivo petición analítica.

Variables analíticas: Hemoglobina, Hematocrito, VCM, Vitamina B12, Ácido fólico.

Análisis univariable: variables cualitativas: distribución de frecuencias. Variables cuantitativas: media, DE.

Análisis bivariante: asociación entre variables cualitativas: test de chi² o prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas: mediante el test de la t de Student y / o el análisis de la varianza (ANOVA). Siempre que la muestra siga una distribución normal si no es así se aplicaran

test no paramétricos. En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error < 0.05.

Resultados

143 pacientes. Mujeres 73%. Edad media: 47,41 DS 16,91. Fármacos: omeprazol: 14%, Metformina: 6,3%, Ranitidina: 1,4%. Dieta vegetariana: 0,7%, Alcoholismo: 1,5%, Enfermedad Digestiva: 11%. Enfermedad Neurológica: 7,7%. Motivos de petición: Control: 42%. Anemia: 7,4%. Problemas digestivos: 8,1% Problemas articulares: 8,8%. Déficit Vitamina B12: 10,6%. Déficit a. fólico: 4%. Anemia: 18%. No hay diferencias en déficit de Vitamina B12 en cuanto a la edad, sexo. Hay diferencias en cuanto al déficit Vitamina B12: anemia p<0,05, toma Metformina p: 0,001, antecedente de enfermedad neurológica p: 0,017.

Conclusiones

La prevalencia de déficit de Vitamina B12 es de 10,6%. La toma de metformina, los problemas neurológicos y los antecedentes de anemia están relacionados con el déficit de vitamina B12. Por lo que deberíamos tenerlos en cuenta cuando hagamos una petición de analítica.

Palabras clave

Prevalencia, Vitamina B12

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Cómo son nuestras consultas según franja horaria? Ausencias, demora, género y edad

Campos Cuenca Á¹, Castillo Jimena M², Sánchez Sánchez C³, Crossa Bueno M¹, Real López A¹,
Fernández Vargas A⁴

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

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

³ Médico de Familia. DA. Málaga

⁴ Médica de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir las características de la consulta de mañana y tarde y las del paciente que acude en cada franja horaria.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Se analizó la base de datos de un estudio de garantía de calidad del centro: 45 agendas a demanda (30 de mañana y 15 de tarde) con 1511 citas de 15 profesionales diferentes. Las actividades programadas fueron excluidas. Las variables fueron género, edad, duración de la consulta (minutos), retraso de entrada a consulta (minutos), ausencias a la cita, número de citas insertadas y número de motivos de consulta cruzadas con consulta de mañana (M) o de tarde (T). Estadística descriptiva y análisis bivariante.

Resultados

La media de edad de los pacientes atendidos por la mañana fue 54,8 frente a 49,9 de por la tarde, ($P < 0,001$). El retraso de entrada a consulta fue mayor por la mañana 24,6 min que por la tarde 20,2 min ($p = 0,003$). El número de citas insertadas fue mayor por la tarde 12,2% que por la mañana 8,2% $p = 0,01$. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ausencias o asistencias a cita, género del paciente, número de motivos de consulta o duración de las consultas.

Conclusiones

Los pacientes que acuden por la tarde son más jóvenes y acuden más sin cita, aún así, el tiempo de espera en la puerta de la consulta es menor. Sería necesario una adecuación de las agendas de las consultas en función del horario para adaptarlas al perfil de usuarios que acuden.

Palabras clave

Primary Health Care, Appointments and Schedules, Population Characteristics

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Comparación de la prueba de sobrecarga oral de glucosa de 3 y de 4 puntos en pacientes con diabetes gestacional (proyecto CRIVENTOS)

De Francisco Montero M¹, Varo Muñoz A², Molinero Delgado L³, Marcos Alonso C³, Gabaldón Rodríguez I⁴, Ortega Calvo M⁴

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

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Las gestantes de 26-28 semanas se quejan en muchas ocasiones de la pesadez de la sobrecarga oral de glucosa después de un test de O'Sullivan positivo. En ese sentido hemos diseñado este trabajo de investigación que compara el rendimiento diagnóstico de la curva clásica de 4 puntos con otra de sólo tres puntos, eliminando el control glucémico de las tres horas, Todo ello dentro del proyecto CRIVENTOS.

Diseño

De tipo observacional de casos y controles.

Emplazamiento

Se recogieron datos de cinco centros de salud urbanos.

Material y método

Se construyeron dos modelos con regresión logística binaria, ambos con la variable diabetes gestacional (DG) como variable dependiente, en los que respectivamente había tres y cuatro

valores de la curva de glucemia con sobrecarga según los criterios del PAI embarazo que coinciden con los del GEDE, como predictoras. Los cálculos se realizaron con R, R Commander y con RcmdrPlugin. ROC.

Resultados

Sobre una muestra de 70 embarazadas, el modelo construido con las cuatro predictoras presentaba sólo a la glucemia basal y a la de las dos horas como significativas ($p < 0.05$) mientras que el construido con tres variables mostraba significación en todas (p menor o igual a 0.05). El área bajo la curva ROC fue la misma para los dos.

Conclusiones

Con un tamaño muestral de 70, se ha demostrado que la glucemia a las tres horas no aporta mayor rentabilidad diagnóstica para DG en embarazadas sevillanas.

Palabras clave

Diabetes Gestacional, Modelos Logísticos, Curvas ROC

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Impacto en la tasa de derivaciones de un modelo de atención dispensarizada a personas institucionalizadas

Casado Martín M¹, Sevilla Ramírez N¹, Nieves Alcalá S², García López A³, Fernández Urrusuno R⁴, Pascual de la Pisa B³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

⁴ Farmacéutica. DS Aljarafe. Sevilla

Objetivos

Determinar el impacto en la tasa de derivaciones de un modelo de atención dispensarizada a personas institucionalizadas.

Diseño

Cuasi experimental antes y después sin grupo control.

Emplazamiento

Centro sociosanitario periurbano.

Material y método

Sujetos: Personas institucionalizadas durante 3 años en residencia con atención única por el Sistema Sanitario Público.

Muestra: Universo muestral (n=28). Muestreo consecutivo.

Intervención: atención dispensarizada por dos médicos de familia (MF) con dos visitas programadas semanales, consulta telefónica y avisos a demanda (2017).

Comparador: atención integrada por 13 MF (2015 y 2016).

Variables: edad, sexo, número de años en residencia, índice de Barthel (IB), comorbilidades, número y especialidad de derivaciones.

Fuente de datos: Auditoría de historia clínica

Análisis estadístico: uni y bivalente.

Resultados

La edad media fue 87,4 años ($\pm 7,66$); 78,6% mujeres. Tiempo medio institucionalización 7,45 años ($\pm 2,52$). El IB medio fue 27,6 (IC 18,23-36,97). Las comorbilidades más relevantes fueron: 67,9% hipertensión arterial, 28,6% diabetes mellitus, 75% demencia, 17,9% ictus, 7,1% cardiopatía isquémica, 7,1% úlceras, 7,1% EPOC, 16,7% hipertrofia benigna próstata, 92,9% incontinencia urinaria. La media de derivaciones en 2015 fue 0,07 (IC 0,05-0,28). La especialidad más consultada fue oftalmología seguida de medicina interna. La media de derivaciones en 2017 fue de 0,04 (IC 0,02-0,27). La especialidad más consultada fue oftalmología seguida de Neurología, nutrición, otorrinolaringología, digestivo y salud mental.

Conclusiones

Un modelo de atención dispensarizado de las personas institucionalizadas, frente al integrado, reduce el número de derivaciones a especialidades hospitalarias, a pesar del aumento de la edad y la complejidad de los pacientes.

Palabras clave

Health Evaluation, Referral, Residency

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Las áreas clave y de mejora en las historias clínicas de pacientes inmovilizados

Rodríguez Salas F¹, Merchán Cruz M¹, Castillo Jimena M², Díez de Baldeón Chicón P¹

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Describir la calidad de las historias clínicas de los pacientes inmovilizados. Identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

La población estudiada fueron los pacientes registrados en el programa de inmovilizados en el CS a fecha de diciembre de 2017. Se procedió a un muestreo aleatorio del mismo, estudiando un total de 84 historias clínicas.

Variables y medición: presencia o ausencia del registro en historia clínica digital de alergias, tabaco, hábitos saludables, variables antropométricas, analíticas, valoración y diagnósticos enfermeros, planes de cuidados e identificación del cuidador.

Resultados

Las variables con mejores índices de registro fueron alergias 96% (IC95% 91.8-100) tabaco 95% (IC95% 90.3-99.6), hábitos saludables y tensión arterial (ambos 94% [IC95% 88.9-99.1]). Por su parte, los peores índices se encontraron en las variables antropométricas 39% (IC95% 28.6-49.6), el registro de analíticas y la identificación del cuidador (ambos 73% [IC95% 63.5-82.5]).

Conclusiones

Existe una buena calidad en el registro de los pacientes inmovilizados. Las áreas de mejora son el registro de variables antropométricas, analíticas e identificación del cuidador. Esta última tiene una especial relevancia en la actividad clínica debido al importante papel que desempeñan los cuidadores y en la vital importancia de una adecuada coordinación con estos. Se realizó sesión formativa en el centro para mejorar la cumplimentación de estas variables y conseguir la calidad necesaria en las historias clínicas de los pacientes inmovilizados.

Palabras clave

Dependent Ambulation; Clinical Audit, Home Nursing

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Podemos mejorar el control de nuestros pacientes diabéticos?

Díez de Baldeón Chicón P¹, Rodríguez Salas F¹, Castillo Jimena M², Merchan Cruz M¹

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Describir la calidad de las historias clínicas y asistencia a los pacientes con Diabetes Mellitus. Identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

La población a estudio fueron los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus en el centro de salud, utilizando un muestreo aleatorio simple. Se registran 83 pacientes.

Resultados

Las variables con mejores índices de registro fueron alergias 98% (IC95% 94.99-101.01), tabaco y TA 93% (IC95% 87.51-98.49) y hábitos saludables 95% (IC95% 90.31-99.69). Las

variables antropométricas (peso, talla, IMC) presentaron un registro del 79% (IC95% 70.24-87.76). El registro de analíticas supuso un índice del 80% (IC95% 71.39-88.61). El registro de la exploración de pies fue del 85% (IC95% 77.32-92.68) y de HbA1c un 84% (IC95% 76.11-91.89). El peor registro corresponde a las retinografías, representadas por un 57% (IC95% 46.35-67.65). El 75% de las historias clínicas se consideran buenos registros por incluir la mayoría de las variables estudiadas.

Conclusiones

Se detectan puntos débiles en la exploración de pies, la petición de analíticas (HbA1c), y sobre todo, de retinografías. En nuestro ámbito de Atención Primaria es mejorable el control del pie diabético y la retinopatía diabética. Es necesario informar a los profesionales de los resultados para optimizar nuestros objetivos.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Primary Health Care, Vascular Complications

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Incidencia de infección urinaria (ITU) en embarazadas y complicaciones

López López A, Castillo Rienda A, López Peña C, González Andrades E, Espinosa Barta M, Santiago Suárez I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctor Salvador Caballero. Granada

Objetivos

Estimar la incidencia de ITU en embarazadas de un CS urbano desde enero 2017 hasta junio 2018, distinguiendo entre persistencia/recurrencia y germen aislado más frecuente. Conocer las complicaciones en embarazadas que previamente habían tenido ITU.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Muestra: mujeres embarazadas incluidas en proceso con seguimiento completo de gestación en el centro de salud y en periodo indicado. Se han seguido 79 embarazadas.

Variables: Seguimiento correcto del proceso, urocultivos positivos, germen implicado, episodios de persistencia/recurrencia y

complicaciones: pielonefritis aguda (PNA), bajo peso al nacer, recién nacido pretérmino y mortalidad perinatal.

Resultados

Seguimiento correcto del proceso en un 96,2% de embarazos. Incidencia de ITU del 14%. Germen implicado más frecuente: *Escherichia coli* con una incidencia mayor del 45% y *Klebsiella* en un 27%. Aparece un episodio de persistencia de *Streptococo Agalactiae* y una recurrencia. Un episodio de PNA, lo que supone un 9% de complicaciones.

Conclusiones

Encontramos una incidencia de ITU mayor a la descrita en la literatura. Germen implicado con mayor frecuencia: *Escherichia coli*. Aparece una complicación por PNA sin darse complicaciones obstétricas.

Palabras clave

Embarazo, Infección Urinaria, Complicaciones

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Eficiencia asistencial de un sistema automatizado en la atención a la embarazada

Espejo Pérez I¹, Maldonado Alconada J², Ruiz Aragón J³, Rodríguez Rodríguez B³, Almeida Fernández N⁴, Aznar Méndez C⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Ceuta

² Médico de Familia. CS El Tarajal. Ceuta

³ FEA Ginecólogo. Hospital Universitario de Ceuta

⁴ Médico de Familia. CS Otero. Ceuta

Objetivos

Mejorar la eficiencia de las visitas del primer trimestre de embarazo automatizando el cálculo de la edad gestacional y la entrega de instrucciones personalizadas.

Diseño

La atención al embarazo requiere realizar consultas y procedimientos en edades gestacionales concretas. Su cálculo consume tiempo y las fechas no siempre se transmiten adecuadamente a las gestantes ni a las Unidades Administrativas, provocando errores y repetición de consultas.

Emplazamiento

La atención al embarazo requiere realizar consultas y procedimientos en edades gestacionales concretas.

Material y método

Diseño e implantación en un Área Sanitaria de una hoja de cálculo que con la introducción de la fecha de última regla y el riesgo de diabetes gestacional imprime una hoja informativa para la gestante y otra para la Unidad

Administrativa, indicando las fechas en que se deben realizar las pruebas y visitas del primer trimestre. Cálculo del tiempo ahorrado a los Médicos de Familia por paciente.

Resultados

Todas las usuarias recibieron impresas las fechas adecuadas para solicitar sus visitas en la Unidad Administrativa, e información escrita sobre la edad gestacional, fecha probable de parto y normas de preparación personalizadas para los análisis. El sistema ahorró 70 segundos por consulta, un 24% del tiempo programado.

Conclusiones

La automatización del cálculo de fechas e impresión de información a la gestante reduce el tiempo de trámites burocráticos en la consulta aumentando el disponible para la clínica. Además facilita la gestión y adecuación de las citas en función de la edad gestacional, evitando repetición de consultas por edad gestacional inadecuada.

Palabras clave

Gestión, Proceso asistencial, Prevención

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Tipología estructural familiar y problemas de salud en pacientes de las consultas a demanda

Quesada Carrasco P¹, Villén Jiménez A², Chiva Ballesteros B², Blanco Ocampo D², López Gómez M³, Ferrer Amengual V²

¹ Médico de Familia. Consultorio Moraleda de Zafayona. UGC Huétor Tajar. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Objetivos

Tratamos de conocer la frecuencia de la tipología estructural familiar (TEF) en medio urbano y rural de Granada, los problemas de salud en cada una de ellas y cambios que se han producido en los últimos trece años.

Diseño

Transversal descriptivo observacional.

Emplazamiento

3 centro de salud urbanos y 2 centro de salud rurales.

Material y método

Incluidos 419 pacientes, 42,4% en medio rural y 57,5% en urbano. 62,9% eran mujeres y 37,3% varones, con edad media de 55 años. Para clasificar TEF usamos un cuestionario de 8 ítems y se analizaron los motivos de la consulta. Se compara la TEF entre los años 2005-2017.

Resultados

La TEF más frecuente fueron las familias nucleares (67,6%), seguida de personas sin familia (13,6%) y monoparentales (8,6%). Las familias monoparentales, reconstituidas y los equivalentes familiares son más frecuentes en medio urbano y es similar en ambos medios las f. nucleares. Al comparar TEF entre 2005 y 2017, apreciamos descenso de familias extensas y algo menor de nucleares y un aumento de personas sin familia y equivalentes familiares en 2017. La mayoría de motivos de consulta han sido procesos agudos, seguidos de crónicos y administrativos. No existen diferencias en relación con TEF ni en medios urbano o rural.

Conclusiones

Con una técnica sencilla, un cuestionario de 8 preguntas, podemos conocer TEF y su relación con motivos de consulta. Su conocimiento permitirá nuevos diagnósticos y estrategias terapéuticas basada en la Atención Familiar.

Palabras clave

Estructura Familiar, Atención Primaria, Consulta a Demanda

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Las etapas del ciclo vital familiar y los problemas de salud en pacientes de las consultas a demanda

Quesada Jiménez F¹, Ordax Calvo G², López Gómez M³, Alcañiz Cárdenas L², Alonso Lema S², Fernández Granda L²

¹ Médico de Familia. UGC Realejo. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Objetivos

Las familias caminan en sucesivas etapas a lo largo de su historia y en ellas sufren problemas clínicos y psicosocial predecibles. Esta investigación trata de conocer la frecuencia de las etapas del CVF en medio urbano y rural de Granada, los problemas de salud en cada una de ellas y cambios que se han producido en los últimos 20 años.

Diseño

Transversal descriptivo observacional.

Emplazamiento

3 centros de salud urbanos y 2 centro de salud rurales (Granada).

Material y método

Incluidos 324 pacientes, 47,53% del rural y 52,4% del urbano, mujeres 59,5 %, 40,4% varones. Edad media: 54, años. Para clasificar el CVF usamos un cuestionario. Se analizaron los motivos de consulta. Comparamos los CVF de 1998-2017.

Resultados

Las etapas del CVF más frecuente fueron etapa V (29%), seguida de etapa IV (15,7%). Su distribución en medio urbano y rural muestra que es igual para la V etapa, la III es más frecuente en urbano y IV y II-A en rural. Al comparar CVF entre 1998 y 2017, comprobamos que en el 1º la etapa IV era más frecuente seguidas de las IIA- IIB y en el 2º lo eran la V y después las III-IV. La mayoría de motivos de consulta han sido procesos agudos, apreciando. Mayor de los crónicos de III etapa a la V.

Conclusiones

Con una técnica sencilla conocemos el CVF, sus diferencias urbano-rurales, los cambios en 20 años y su relación con los motivos de consulta.

Palabras clave

Atención Primaria, Ciclo Vital Familiar, Motivos de Consulta.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Estudio de las disrupciones del ciclo vital familiar

Quesada Carrasco P¹, Chiva Ballesteros B², Ordax Calvo G², Blanco Ocampo D², Villén Jiménez A², Espejo Pérez B²

¹ Médico de Familia. Consultorio Moraleda de Zafayona. UGC Huétor Tajar. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Objetivos

Cuando el ciclo vital familiar se disloca (D-CVF) se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar surgiendo problemas biomédicos o psicosociales. En esta investigación conoceremos la frecuencia y causas de D-CVF, diferencias de disrupciones en medio urbano y rural y sus problemas de salud, así como los cambios en 20 años

Diseño

Transversal descriptivo observacional.

Emplazamiento

3 centros de salud urbanos y 2 rurales.

Material y método

De 419 pacientes (42,48% del medio rural y 57,52% urbano) Eran varones el 37,71% y mujeres 62,29%, con edad media de 55 años. Para clasificar las D-CVF usamos un cuestionario de ocho ítems y analizamos motivos de consulta. Se comparan los resultados obtenidos con los D-CVF de 1999.

Resultados

El 22,7% de los casos tenían D-CVF. Era urbana 74,73% y rural 25,26%. Las causas de dislocación son: familias monoparentales (53,7%), reconstituidas (9,5%), retraso en abandono del hogar de hijos o regreso (9,5%) y no tener hijos (20%). La causa de monoparentalidad más frecuente: el divorcio, igual en urbano-rural. No tener hijos o familia reconstituida fue 4 veces más frecuente en medio urbano. Entre 1999-2017 destaca un aumento de familias sin hijos (20% en 2017 respecto a 10% en 1999), Disminuyendo ligeramente las familias monoparentales y reconstituidas. El 52,6% de pacientes con D-CVF consultan por procesos agudos y de forma muy similar por crónicos (23,2%) o demandas administrativas (24,2%).

Conclusiones

La dislocación es una alteración importante que altera y modifica la dinámica del CVF. Con un sencillo cuestionario podemos identificarlo, planteando estrategias de intervención basadas en Atención Familiar.

Palabras clave

Dislocación, Ciclo Vital Familiar, Atención Primaria

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Uso del tiempo en la consulta a demanda para identificar la estructura familiar y el ciclo vital familiar

Quesada Jiménez F¹, López Gómez M², Villén Jiménez A³, Chivas Ballesteros B³, Ordax Calvo G³, Alcañiz Cárdenas L³,

¹ Médico de Familia. UGC Realejo. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Objetivos

Uno de los motivos que se aducen para no realizar Atención Familiar (AF) en la consulta es la falta de tiempo. Faltan investigaciones para evaluar el tiempo que se tarda en realizar las distintas actividades que conforman la práctica de la AF. El objetivo es utilizar un método que permita conocer el tiempo que hemos necesitado para identificar la estructura familiar y el CVF en la consulta a demanda.

Diseño

Transversal descriptivo observacional.

Emplazamiento

2 centros de salud urbanos y 1 rural.

Material y método

Los participantes son 174 pacientes atendidos en la consulta a demanda (146: urbano, 28: rural). En cada uno de ellos se cronometra el tiempo que se necesitó para identificar la

tipología estructural familiar (TEF) y las etapas del CVF, usando unos cuestionarios específicos para cada uno de ellas.

Resultados

De los 174 pacientes entrevistados, La media de tiempo para identificar la TEF fue de 1 minuto 40 segundos. En población urbana 1,38, en rural 2. La media de tiempo para conocer el CVF fue de 1m 16s, siendo en población urbana 1m 21s y en población rural 50s. La suma de los tiempos para identificar TEF.CVF fue: 2m 58s. De 2m 59s y 2m 50s en las poblaciones urbana y rural respetivamente.

Conclusiones

Este estudio permite conocer el escaso tiempo que necesitamos para conocer dos variables muy importantes en la práctica de la AF.

Palabras clave

Atención Primaria, Ciclo Vital Familiar, Uso del Tiempo

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Resultados de una actividad preventiva sobre las actitudes respecto a las pipas de agua entre los adolescentes escolarizados

Sáenz Lussagnet J¹, Hernández Soto R², Luque Romero L³

¹ Técnico Promoción de Salud. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

² Directora de Salud. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

³ Responsable de Investigación. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Objetivos

Conocer el consumo de sustancias entre adolescentes. Analizar el impacto de una actividad preventiva sobre mitos-creencias respecto a las pipas de agua (PA) entre los estudiantes de enseñanza secundaria de un municipio.

Diseño

Estudio prospectivo cuasi experimental intragrupo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población: 185 estudiantes de 3º y 4º de ESO de 3 IES públicos seleccionados por accesibilidad.

Variables: sexo, edad, curso, edades de inicio y grado de consumo de sustancias. Creencias antes y después de la intervención. Medidas mediante cuestionario diseñado ad hoc, anónimo-autoadministrado antes y después.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo y bivariado de variables relacionadas. Contraste bilateral y nivel de confianza del 95% (IBM-

SPSS y EPIDAT-3.1). Aprobado por el CEI-HVM-HVR.

Resultados

Edad mediana (RIC) 15.4 (14.7-15.8) años; 51.4% mujeres. Prevalencia de consumo consolidado de tabaco (PA y/o cigarrillos -CIG): 28.1%. Experimentación con CIG 35.1% y 63.8% con PA. Las variaciones de mitos antes vs después fue: 37.5% vs 24.0% creían que PA era menos tóxica que CIG; 60.6% vs 59.6% que el agua filtra; 36.5% vs 20.2% que no afectaba pasivamente; 16.3% vs 1.9% que no transmitía infecciones; 19.2% vs 11.5% desconocían los componentes; 25.0% vs 9.6% que no generaba dependencia y 17.3% vs 19.2% que no es puente para CIG; no siendo estadísticamente significativas.

Conclusiones

El consumo de tabaco se está infravalorando al no contarse con el de PA. No se ha encontrado variación estadísticamente significativa entre las actitudes antes y después de la actividad aunque si un descenso general de las mismas.

Palabras clave

Water Pipe Smoking, Smoking Prevention, Attitude

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

¿Ha cambiado la percepción de nuestros escolares sobre el tabaco?

Milia Pérez F¹, Soto Rebollo M¹, Señalada Salinas L², Arroyo Morales R³, García López L³, Castillo Jimena M⁴

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

² EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

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

⁴ Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Comparar los principales conceptos asociados al tabaquismo por población escolar de nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) con resultados obtenidos en un estudio cualitativo realizado en 2014 en el mismo centro.

Diseño

Estudio cualitativo.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Población: Alumnos de 6º de Primaria de colegios de ZBS. Estudio de dibujos presentados al concurso anual de la semana sin humo. Selección por muestreo aleatorio sistemático.

Variables: Conceptos relativos al tabaquismo plasmados en los dibujos. Método: asignación del concepto principal evocado por cada dibujo y validación mediante triangulación por los investigadores. Análisis estadístico descriptivo. Comparación con los resultados de 2014.

Resultados

Dibujos estudiados: 45 de 134 (2018) | 42 de 82 (2014). Conceptos evocados más frecuentes (absoluto, relativo 2018; relativo 2014): prohibición (12, 26.7%; 30.5%), muerte (7, 15.5%; 22%). Se repitieron contaminación medioambiental (4, 8.9%; 6.8%), daño a terceros (2, 4.4%; 10.2%) y adicción (1, 2.2%; 8.5%). Las cachimbas y cigarrillos electrónicos (15, 33%) no fueron mencionados en 2014.

Conclusiones

Los conceptos que nuestros escolares asocian más frecuentemente al tabaquismo son los de prohibición y muerte, sin apreciarse cambios evidentes entre 2014 y 2018. Las cachimbas y cigarrillos electrónicos, posibles puertas de entrada al tabaquismo y de creciente uso generalizado, están ampliamente representadas en 2018. Estos elementos pueden ser de utilidad para planificar los contenidos de futuras campañas de prevención del tabaquismo en nuestra ZBS, adaptarlas a las nuevas costumbres y modificar percepciones hondamente arraigadas.

Palabras clave

Smoking, Primary School, Qualitative Research

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

¿Cómo valoramos nuestro trabajo comunitario?

Sánchez Sánchez C¹, Milia Pérez F², Señalada Salinas L³, Real López A⁴, Toro Gallardo M⁴, Milán Pinilla I⁴

¹ Médico de Familia. DA. Málaga

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

³ EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Evaluar orientación comunitaria en nuestro medio.

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Con el cuestionario "Termómetro de orientación comunitaria" (Observatorio de Salud en Asturias, disponible <http://goo.gl/forms/dOvnZntNqLw4Bsyl1>) evaluar 1-5 la percepción del trabajo comunitario en 3 bloques: consulta, CS y comunidad. Autoadministrado a medicina y enfermería (25,18) tras consentimiento informado, anonimizado. Estadística descriptiva.

Resultados

24 cuestionarios completados: 8 por enfermería; 14, Medicina. 2, no identificados. Detallamos las puntuaciones más relevantes asignadas a cada pregunta. En las tres sobre valoración de orientación comunitaria en la consulta propia (3: 37'5%, 4: 33%), el CS (4: 25%, 5: 33%) y la comunidad (3: 29%, 4: 29%, 5: 29%).

En el bloque de consulta: entrevista (4: 45'83%), historia (3: 37'5%, 4: 25%) y abordaje (4: 41'6%) biopsicosociales. Utilización de genograma (1: 29%, 2: 25%, 3: 29%), identificación situaciones de pobreza (1: 16'6%, 2: 16'6%, 3: 29%, 4: 20'8%, 5: 16'6%), utilización códigos Z (1: 50%), coordinación con trabajadora social (3: 33%, 4: 20'8%, 5: 33%). Recomendación recursos y activos comunitarios (5: 33'3%) y registro en la historia (2: 37'5%). Sistemática en educación para la salud (1: 16'6%, 2: 16'6%, 3: 29%, 4: 29%, 5: 8%). Mirada de equidad en diferentes ejes de desigualdad (3: 37'5%, 4: 20'8%, 5: 33'3%).

Conclusiones

Valoramos mejor el enfoque comunitario del centro y del barrio que el individual. Algunas herramientas se utilizan con poca frecuencia en consulta (genograma, códigos Z y anamnesis sobre activos personales y del entorno), otras con uso muy desigual (identificación activa de situaciones de pobreza, sistemática en educación para la salud) y otras con una buena valoración (entrevista, historia y abordaje biopsicosociales, coordinación con Trabajadora Social, recomendación de activos y enfoque desigualdades).

Palabras clave

Community Health Planning, Socioeconomic Factors, Equity

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Igualdad entre mujeres y hombres en el Servicio Andaluz de Salud

Hernández Galán J¹, Bohórquez Colombo M², Arrebola Parras S³, Monreal Gimeno M⁴

¹ Médico de Familia. DS. Sevilla

² Médica de Familia. DS. Sevilla

³ Profesor Asociado. Universidad de Sevilla

⁴ Profesora Titular. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

Objetivos

Elaborar un diagnóstico sobre la situación del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en relación a la igualdad entre mujeres y hombres en formación como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Diseño

Descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se realizó cuestionario sobre igualdad entre mujeres y hombres en la empresa (SAS) a 203 residentes de MFyC; que consta de 12 preguntas sobre: situación de las mujeres en el mercado laboral, la gestión personal en la empresa y la igualdad de oportunidades en las organizaciones laborales.

Resultados

En relación a la situación de las mujeres en el mercado laboral: el 45,8% considera que las

mujeres tienen más problemas para compatibilizar la vida laboral y familiar; refiriendo que podría mejorar esta situación educando en igualdad (38,4%) y repartiendo responsabilidades entre mujeres y hombres de forma equilibrada (41,9%). La maternidad (52,7%) es considerada como la principal dificultad para acceder y permanecer en el mercado laboral, opinando el 78,3% que se deben adoptar medidas para facilitar la compatibilización de vida familiar y laboral (horarios flexibles, guarderías, ayudas económicas). El 32,5% desconoce si el SAS tiene en cuenta la igualdad en la gestión del personal y un 18,3% considera que no es necesario porque ya hay igualdad.

Conclusiones

Este diagnóstico sobre la igualdad de oportunidades en el SAS refleja que es necesario desarrollar un plan de igualdad ajustado a las necesidades de los/as residentes y continuar trabajando en la integración de la igualdad.

Palabras clave

Gender, Civil Right, Inequality

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¿Cuánto tiempo tardamos en interrumpir el relato del motivo de consulta del paciente?

López Martos G¹, Tormo Molina J², López Salas M³, Morales Rodríguez C⁴, Navarro López I⁵, Jiménez Liñán R⁶

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

⁵ Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

⁶ Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Objetivos

Observar el tiempo que tarda el profesional en interrumpir al paciente desde que éste comienza a relatar el motivo de consulta (tiempo de reacción) y posibles variables asociadas, como parte de un ciclo de mejora de la calidad.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Dos centros de salud urbanos.

Material y método

Intervención: Observación por médicos residentes durante la actividad asistencial. Todas las observaciones se realizaron en el mismo tramo horario. Los observados desconocían el motivo de la observación.

Sujetos: todos los médicos de los dos centros de salud, tres pacientes por médico.

Criterios de exclusión: Pediatras y Médicos Residentes. Consultas administrativas. Pacientes no pertenecientes al cupo del médico observado.

Variables principales: Tiempo de reacción (segundos), frecuentación del paciente,

duración de la consulta, duración jornada laboral, número de pacientes de la jornada, media diaria de pacientes, edad y sexo del paciente, años de ejercicio profesional y sexo del médico.

Estadística: Univariante y Bivariante con t de Student, Ji Cuadrado y Correlación.

Resultados

Fueron observados 32 médicos y 88 entrevistas (100% y 92% de los esperados, respectivamente). Media, moda y mediana del tiempo de reacción 18 (DT.-16), 7 y 12 segundos, respectivamente. Encontramos correlación inversa negativo activa del tiempo de reacción con la frecuentación ($p < 0,05$) así como con el número de pacientes/jornada y con la media de pacientes/mes (ambos $p < 0,10$).

Conclusiones

Es mejorable el tiempo de reacción observado, si comparamos con otros estudios, lo que probablemente mejoraría la satisfacción del paciente. Es posible que su aumento de lugar a menor frecuentación del paciente.

Palabras clave

Physician-Patient Relations, Communication, Time Factors

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¿Tomamos correctamente la tensión arterial?

López Salas M¹, Morales Rodríguez C², López Martos G³, Tormo Molina J⁴, Navarro López I⁵, Jiménez Liñán R⁶

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

⁴ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

⁵ Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

⁶ Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Objetivos

Comprobar si la toma de tensión arterial realizada por profesionales de atención primaria se ajusta a los criterios recomendados por la literatura científica, como parte de un ciclo de mejora de la calidad.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Dos centros de salud urbanos.

Material y método

Intervención: observación llevada cabo por médicos residentes; los observados desconocían el motivo de la observación.

Sujetos: todos los médicos y enfermeros de los dos centros.

VARIABLES PRINCIPALES: Estamento profesional, descanso de 5 minutos previo a la toma, piernas descruzadas, pies apoyados, brazo desnudo, brazo sostenido o apoyado, no hablar, no leer, toma en ambos brazos o identificar el brazo con mayor cifra de tensión arterial. Variables extraídas de las recomendaciones de la

American Heart Association (Hypertension. 2005;45: 142-161).

Estadística: análisis univariante con las medidas de frecuencia y dispersión habituales, bivariante con Ji cuadrado.

Resultados

56 profesionales observados (77,8% de los esperados); 4% de los profesionales realiza una toma correcta de los ocho ítems. Media de ítems correctos: 6,39 (SD.-0,9), moda: 7, mediana: 6. Ítem incorrecto más frecuente: toma de tensión en ambos brazos o preguntar en cuál de ellos está más elevada (96%). No existían diferencias significativas entre médicos y enfermeros ni entre los dos centros.

Conclusiones

Se realiza una toma correcta de la tensión en la mayoría de las variables observadas. Se podría mejorar tomando la tensión en ambos brazos o preguntando en cuál de ellos está más elevada.

Palabras clave

Hypertension, Blood Pressure Determination, Primary Health Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Calidad de la atención al paciente asmático

Real López A¹, Toro Gallardo M¹, Escolano Fernández M², Sicilia Uribe M¹, Domínguez Santaella M³

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

² Enfermera de Familia. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la calidad del Proceso Asistencial Integrado Asma (PAI Asma) en nuestro centro de salud (CS) e identificar áreas de mejora.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Población: Pacientes adscritos al CS e incluidos en el PAI Asma (N=703 pacientes).

Criterios de selección: Muestreo aleatorio sistemático.

Tamaño muestral: 185 pacientes, calculado para estimar una proporción en una población finita con un nivel de confianza alfa 0.05 y una precisión de 5%, sin pérdidas.

VARIABLES: Sociodemográficas y 14 indicadores de calidad.

Método de evaluación: Revisión de historia digital, cumplimiento de criterios de calidad con dos opciones temporales (alguna vez y en el último año).

Análisis estadístico: Descriptivo.

Resultados

De los 185 sujetos muestreados, 23 (12'5%) fueron pérdidas al no estar incluidos en el PAI. Muestra final de 159 pacientes. Edad media de 40'5 años, mujeres el 61'3%. Cumplimiento de criterios de calidad: diagnóstico funcional 14'5%, alguna espirometría realizada 59'1%, vacunación antineumocócica 13'1%, indicación de corticoides inhalados en asma persistente 57'7%. Los siguientes con dos condiciones temporales ("alguna vez" y "en el último año"): gravedad 51'9% y 4'4%, test de control (ACT) 11'9% y 6'3%, registro de agudizaciones 62'5% y 18'1%, registro hábito tabáquico 76'2% y 21'2%, consejo antitabaco 15'3% y 2'5%, educación inhalatoria 27'5% y 2'7%, vacunación antigripal 48'1% y 26'9%.

Conclusiones

El diagnóstico funcional del asma, el registro del control de la enfermedad y la educación en el manejo de inhaladores son criterios diana para mejorar la atención en el PAI Asma.

Palabras clave

Asthma, Quality Indicators, Health Care, Primary Health Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Auditoría interna sobre seguridad en las actuaciones clínicas de Cirugía Menor ambulatoria de un centro de salud entre 2013-2018

García Jiménez J¹, Sánchez Palomeque A², García Jiménez A³, Medina de la Casa R⁴, Martín Sánchez S⁵, Ruiz Ojeda I⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

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

⁴ Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

Objetivos

Evaluar cómo de seguros son los procedimientos de cirugía menor ambulatoria realizados en un centro de salud.

Diseño

Estudio básico de auditoría interna del proceso de cirugía menor de dicho centro de salud.

Emplazamiento

Atención Primaria. Se omite el nombre del centro para garantizar el anonimato de acuerdo a las normas de este congreso.

Material y método

Se seleccionan a los usuarios de este centro que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Pacientes intervenidos de cirugía menor registrados en el proceso asistencial integrado (PAI) de Diraya titulado "Pequeña Cirugía", entre el 1 de marzo de 2013 al 31 de marzo de 2018 (5 años).

Criterios de exclusión: Pacientes pasivos en Diraya en el periodo auditado. Pacientes activos que, aunque registrados en el proceso por algún procedimiento previo, hayan cambiado de localidad de residencia posteriormente durante el periodo auditado. Pacientes erróneamente incluidos en el proceso al no haberseles realizado ningún procedimiento de cirugía

menor. De ellos, se analiza si durante el procedimiento de cirugía menor al que fueron sometidos se llevaron a cabo y se registraron en su historia clínica tres criterios de seguridad de este proceso: la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica, el consentimiento informado al paciente y la remisión de las muestras obtenidas a anatomía patológica. Se fija un estándar del 100% en todos ellos.

Resultados

Sólo el Consentimiento Informado alcanza el 100%, mientras que la cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgica alcanza el 99% y la remisión de muestras a Anatomía Patológica alcanza el 86,95%.

Conclusiones

Se concluye que los procedimientos de Cirugía Menor llevados a cabo en este CS entre 2013 y 2018 son bastante seguros, aunque no todo lo que deberían serlo, para lo cual se proponen medidas como la divulgación de estos resultados en sesiones clínicas y la formación de los profesionales en las labores de cirugía menor a través de cursos, talleres o másteres.

Palabras clave

Auditoría Médica, Procedimientos Quirúrgicos Menores, Atención Primaria de Salud

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Concordancia clínico-patológica y calidad como indicadores del estado de la Cirugía Menor en una Zona Básica de Salud en 2017

García Jiménez A¹, Liétor Villajos N², García Jiménez J³, Medina de la Casa R⁴, Martín Sánchez S⁵, Ruiz Ojeda I⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² Médico de Familia. CS Belén. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

⁴ Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

Objetivos

Describir la situación de la Cirugía Menor en una Zona Básica de Salud (ZBS) de una ciudad andaluza comprobando su calidad.

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria y Departamento de Anatomía Patológica de la ZBS.

Material y método

Se extrae una lista de 380 muestras recibidas por Anatomía Patológica procedentes de los centros de salud de dicha ZBS en 2017. De cada muestra se describe diagnóstico anatomopatológico y calidad de envío. En Atención Primaria (AP), se usa Diraya para analizar localización de lesiones, tipos de intervención, diagnóstico clínico, concordancia clínico-patológica, calidad en el registro y ajuste de las intervenciones realizadas a la cartera de servicios de Cirugía Menor en AP.

Resultados

Población preferentemente femenina (56,8%) y edad media de 49,89 años. La localización de las lesiones más intervenidas fue la cabeza (23,9%) y la técnica más utilizada fue la escisión tangencial (51,1%). El diagnóstico clínico más frecuente fue fibroma (35,8%) y el diagnóstico anatomopatológico principal fue nevus melanocítico (22,6%). La concordancia clínico-patológica resultó de un 57,1%, mientras que la calidad en el envío de muestras a Anatomía Patológica y la calidad en el registro en Diraya resultó de un 51,3% en ambos casos. El 97,1% de las lesiones eran asumibles por la cartera de servicios de AP.

Conclusiones

Correcto pero limitado uso de la Cirugía Menor, debido a la deficitaria formación en criterios diagnósticos y calidad en las derivaciones de las muestras intervenidas.

Palabras clave

Procedimientos Quirúrgicos Menores, Atención Primaria de Salud, Indicadores de Calidad de la Atención de Salud

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Valoración de un programa de formación basado en el mentoring para la mejora del programa de Cirugía Menor de un centro de salud urbano

Molina Hurtado E, Leyva Alarcón A, Poyato Zafra I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivos

Valorar los resultados obtenidos con un programa de adquisición de habilidades en cirugía menor para profesionales sanitarios de un centro de salud urbano empleando la técnica del mentoring.

Diseño

Valorar los resultados obtenidos con un programa de adquisición de habilidades en cirugía menor para profesionales sanitarios de un centro de salud urbano empleando la técnica de mentoring.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Se incluyen pacientes objeto de acto quirúrgico comparando dos periodos: de 2010 a 2012 y de 2013 a 2016 (con el programa en desarrollo). Se han diferenciado variables de acto quirúrgico, consentimiento informado y tutorización pre y postimplantación del programa. Se recogen el número de actos quirúrgicos según el profesional tutorizado, estacionalidad de los mismos, tipo de acto quirúrgico, distribución

porcentual de los tipos de intervención antes y después de la intervención, registro de consentimiento informado y envío de muestras a anatomía patológica según la tutorización del acto quirúrgico. Análisis descriptivo y multivariante mediante regresión logística.

Resultados

949 actos quirúrgicos (2010-2016), (56% a mujeres y 48% a hombres) siendo tutorizados el 78%. Con la implantación del programa aumenta el número total de actos quirúrgicos y de la cobertura de forma exponencial, sobre todo en los años 2015 y 2016, mejoran los indicadores de calidad y aumentan procedimientos poco o no realizadas previamente.

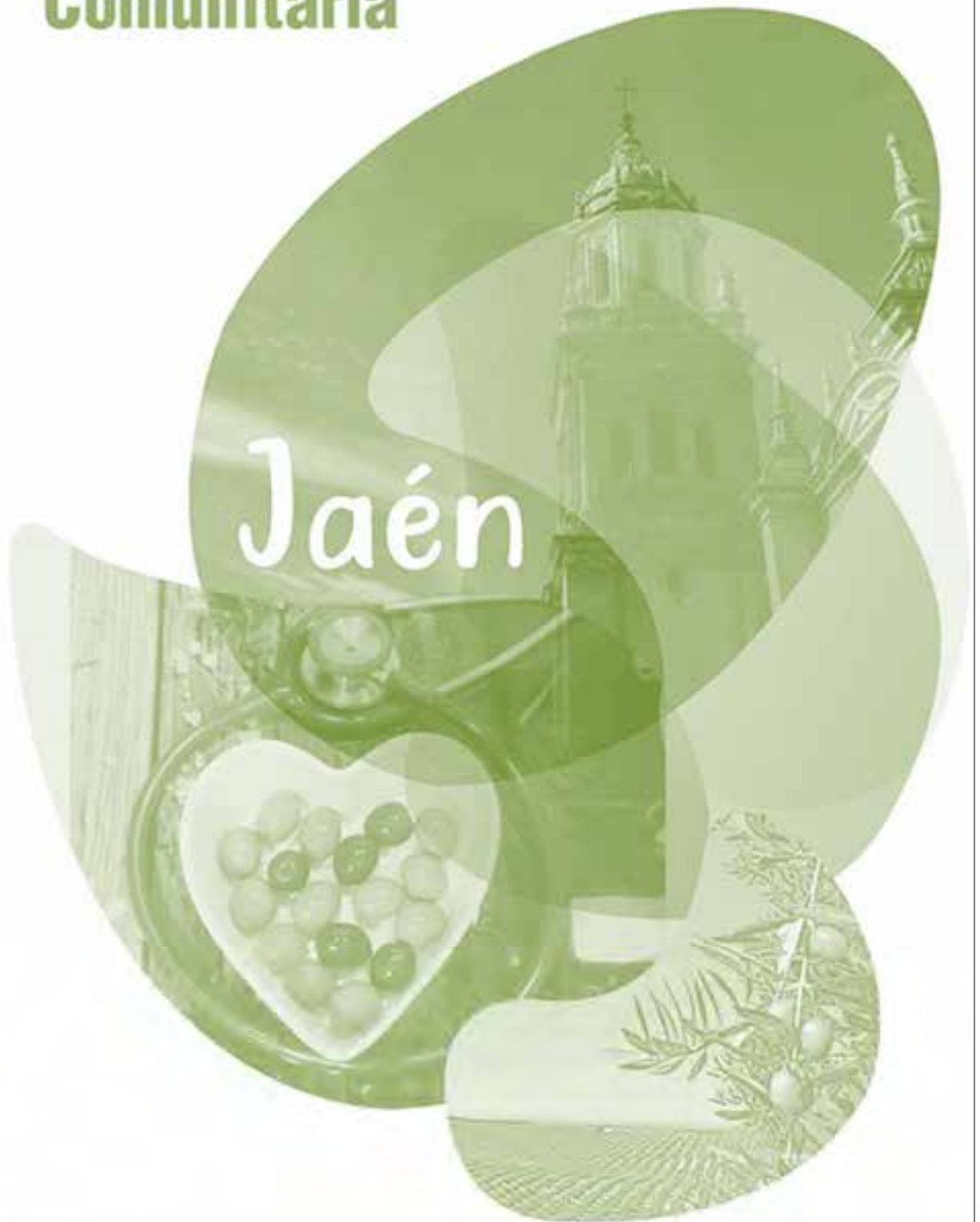
Conclusiones

La instauración del programa consigue una mayor implicación de los profesionales médicos, incorporación de nuevas habilidades que han capacitado la realización de una amplia gama de procedimientos quirúrgicos y mejora notable la calidad del programa.

Palabras clave

Cirugía Menor, Atención Primaria, Mentor

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER:
CASOS CLÍNICOS**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

En busca de la anemia perdida

Pedrosa Arias M¹, Benítez Torres G², Pérez Fernández L¹

¹ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

biopsia: neoplasia mieloproliferativa no clasificable.

Motivos de consulta

Realizar analítica de rutina.

Enfoque familiar y comunitario: Varón viudo que vive solo en su ciudad natal a la que retornó tras jubilarse. Su hija es la cuidadora principal.

Historia clínica

Varón de 81 años que acude a consulta para analítica de rutina. En la misma, se observa anemia macrocítica, neutrofilia y trombocitosis. El paciente solo refiere cansancio leve tras su paseo diario. Repetimos la analítica a los 15 días presentando además aumento de vitamina B12, proteinograma alterado, función tiroidea y transaminasas normales. Se deriva a hematología para valoración.

Juicio clínico: Síndrome mielodisplásico con mielofibrosis asociada. Haríamos diagnóstico diferencial con todos aquellos cuadros que presenten macrocitosis y trombocitosis.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con Hydrea asociando Eritropoyetina (EPO), sin presentar mejoría. Recibe 8 ciclos de 5-azacitidina que suspenden al no responder, dejando de nuevo Hydrea.

Enfoque individual: Varón de 81 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata y angor que tras analítica presenta anemia macrocítica, derivando a hematología para estudio. Se encuentra bien hidratado y perfundido y sin edemas, con auscultación y abdomen normales. Solicitan ecografía abdominal y analítica. A los 15 días sufre un dolor torácico con ingreso por SCASEST, implantándole Stent por enfermedad coronaria. En revisión de hematología y tras empeoramiento de anemia que requiere transfusión, se decide biopsia de médula ósea. La ecografía abdominal y el TAC abdominopélvico fueron normales. En la

Evolución: Actualmente en tratamiento con Ruxolitinib al no responder a anteriores tratamientos. Ha precisado múltiples transfusiones. Está en espera de revisión.

Conclusiones

La mielofibrosis idiopática es poco frecuente pero aun así constituye el 12% del total de síndromes mieloproliferativos. Clínicamente caracterizada por anemia, esplenomegalia y síndrome constitucional, en una cuarta parte es hallazgo casual. En anemia que no tenemos justificación, hay que pensar en estos cuadros.

Palabras clave

Anemia, Macrocitosis, Mielofibrosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cistitis, la tortura de las mujeres

Jiménez Bernal A¹, Carrasco Real E²

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Analítica sangre normal. Sistemático de orina normal.

Motivos de consulta

Molestias urinarias de meses de evolución.

Enfoque familiar y comunitario: La disuria y la incontinencia no siempre es causada por infección urinaria, hay otros factores a tener en cuenta como la multiparidad, la menopausia etc. Una vez descartadas las ITU hay que tranquilizar y mentalizar, informar y adiestrar a la paciente sobre su patología.

Historia clínica

Mujer de 69 años acude a consulta por episodios repetidos (4 en los últimos 3 meses) de molestias urinarias de varios días de evolución, con picor y escozor al orinar, por lo que acude a su médico en repetidas ocasiones. No puede retener la orina saliéndose a mínimos esfuerzos.

Juicio clínico: Cistitis de repetición. Incontinencia urinaria. Atrofia mucosa vulvovaginal postmenopáusica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no FRCV, gonartrosis, menopausia, multipara (6 partos vaginales).

Tratamiento, planes de actuación: Fosfomicina 3 g 1 sobre. Estriol 1 vez al día /24 h durante 3 semanas antes de acostarse, continuando después con dos aplicaciones a la semana antes de acostarse, reevaluando a las 12 semanas. Ejercicios de suelo pélvico. Si no mejoría y continua con la clínica considerar derivación a consulta especializada.

Anamnesis: la paciente refiere episodios repetidos de molestias urinarias de varios días de evolución, con picor y escozor al orinar, por lo que acude a su médico en repetidas ocasiones. La señora refiere limitación de su actividad normal y de pareja. Presenta poliuria normalmente y polaquiuria.

Evolución: Tras el tratamiento con estriol y la paciente mejora considerablemente llegando a desaparecer las molestias que padecía, incluso normalizando su vida de pareja.

Exploración física: presenta mucosa vulvar atrófica, con sequedad evidente, eritema de introito, no se aprecia exudado vaginal. Abdomen normal, puño percusión negativo activa.

Conclusiones

Paciente postmenopáusica con cistitis de repetición, combur y cultivos negativo activos, siempre hay que considerar la atrofia de la mucosa vulvovaginal, por lo que habría que explorar a la paciente.

Pruebas complementarias: Combur negativo activos en 3 de las 4 ocasiones. Cultivos postratamiento negativo activos en todas ellas.

Palabras clave

Cistitis, Atrofia Vulvovaginal, Incontinencia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Estudio y manejo de fiebre de semanas de evolución en atención primaria

Ortiz Pérez A¹, Velasco Bermúdez L², Pavón Lozano A³

¹ Médico de Familia. CS San Miguel. Málaga

² Médico de Familia. Consultorio Frigiliana. Málaga

³ Médica de Familia. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso

Centro de salud urbano.

Motivos de consulta

Fiebre de tres semanas de evolución en paciente joven junto con mal estar general.

Historia clínica

Paciente de 30 años que acude a consulta de centro de salud por cuadro de fiebre de tres semanas de evolución que cede parcialmente con antitérmicos, además presentaba tos ocasional sin expectoración.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración física: T^a 38'5°C, TA 120/80, SO₂ 98%. Regular estado general. Bien hidratado y perfundido, normocoloreado, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. AC tonos cardíacos puros y rítmicos sin soplos ni roces pericárdicos. AP murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos.

Pruebas complementarias: Analítica con leucocitosis, PCR 9'8. Resto de bioquímica normal. Sedimento normal. TSH normal. Serología VIH, Lues, Hepatitis A, B y C, CMV y VEB negativo activos. Rx Tórax: Imagen de condensación retrocardíaca sugerente de neumonía. No derrame pleural

Enfoque familiar y comunitario: No hace falta un estudio en los familiares ni en la comunidad, tan solo en caso de aparición de síntomas estudiar a los contactos.

Juicio clínico: Neumonía Retrocardíaca.

Diagnóstico diferencial: carcinoma pulmonar (benigno o maligno), neumonía por aspiración, embolia pulmonar, absceso pulmonar, tuberculosis, sarcoidosis.

Tratamiento, planes de actuación: Se comienza tratamiento con amoxicilina 875/clavulánico 125 durante 10 días además de antitérmicos (paracetamol 1 gr y metamizol 575).

Evolución: Buena evolución del paciente desapareciendo la fiebre a los dos días de comenzar con el antibiótico. Al mes del comienzo del tratamiento antibiótico se realizó RX de tórax donde ha desaparecido la imagen retrocardíaca. El paciente actualmente está asintomático y hace vida normal.

Conclusiones

Valorar pruebas complementarias en pacientes con fiebre de más de 5-7 días de evolución en atención primaria. Es importante el seguimiento del paciente, para comprobar la evolución de la fiebre y realizar RX tras terminar tratamiento.

Palabras clave

Pneumonia Retrocardiac, Fever, RX

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Un efecto secundario poco frecuente

Santos Moyano M¹, Santos Moyano Z², Cordero Moreno A³

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

² FEA Médico Internista. Hospital de la Axarquía. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Historia clínica

Mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Fumadora. Acude a nuestra consulta con sensación de palpitaciones desde esta mañana, no dolor torácico ni disnea. Como único antecedente destacable, el día anterior, por infección respiratoria, había comenzado tratamiento con Levofloxacino. Se había tomado un diazepam, porque creía que se encontraba algo más nerviosa, pero persistía con la clínica.

Enfoque individual: a la exploración, TA 140/70, buen estado general.

Antecedentes personales: Taquicardia, tonos rítmicos, sin soplos. MVC. No ruidos patológicos sobreañadidos. Se realiza ECG, donde se observa una taquicardia sinusal a 120lpm, sin alteraciones secundarias de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente tiene un buen apoyo familiar, es viuda, desempleada y convive con su hijo y dos nietos.

Juicio clínico: Taquicardia sinusal, se trata de un ritmo sinusal con frecuencia cardiaca superior a 100 lpm. Es una respuesta normal al estrés, el ejercicio o la ansiedad. También se relaciona con patologías que asocian aumento

de la actividad del sistema nervioso simpático (fiebre, anemia, hipoxia...).

No suele requerir tratamiento específico y se resuelve al tratar las causas desencadenantes. Dentro de las taquicardias de QRS estrecho regular, debemos de diferenciar si se trata de una taquicardia por reentrada nodal, una taquicardia por reentrada aurículo-ventricular, un Flutter auricular o una taquicardia sinusal.

Tratamiento, planes de actuación: Comprobándose como posible efecto adverso de la toma de levofloxacino, la taquicardia, se retiró la medicación.

Evolución: Tras la retirada, desaparecieron las palpitaciones.

Conclusiones

El médico de Atención Primaria inicialmente debería conocer los efectos adversos más frecuentes de los fármacos, pero también los potencialmente más peligrosos, aunque poco frecuentes. Además, no se nos puede olvidar pensar que, sin otra causa aparente, siempre que aparezca un síntoma pueda deberse al inicio de la toma de un nuevo medicamento, en este caso el levofloxacino que, aunque hay pocos casos descritos, puede provocar a nivel cardiovascular, taquicardia y prolongación del intervalo QT.

Palabras clave

Levofloxacin, Adverse Reaction, Tachycardia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Somnolencia y deterioro del estado general de carácter subagudo en paciente de 85 años

Villatoro Ruiz M¹, Villatoro Ruiz M², Canón Raya M³

¹ Médico de Familia. CS Iznalloz. Granada

² Enfermera. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

vida cotidiana y presentar mal pronóstico. Hablar de cuidados paliativos y realizar con estos interconsulta.

Motivos de consulta

Somnolencia y deterioro del estado general de una semana evolución.

Juicio clínico: Hipercalcemia paraneoplásica. Posible Linfoma Burkitt.

Historia clínica

Mujer de 85 años edad, que consulta por deterioro progresivo del estado general y funcional, astenia, pérdida apetito, febrícula y obnubilación de una semana de evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso Hospitalario para Fluidoterapia y Bifosfonatos. Realizar estudios complementarios e informar a la familia de posible mala evolución.

A la exploración consciente con tendencia a sueño, pálida, Cuello con tumoración. Resto anodino.

Evolución: La paciente presento mala evolución, con evidente deterioro del estado general.

Bioquímica: Calcio 12,3 mg/dl con PT 4,9, Calcio corregido 14,47 mg/dl. Radiografía Tórax: ensanchamiento mediastino.

Conclusiones

La hipercalcemia es de frecuente diagnóstico en las consultas de Atención primaria y en urgencias siendo sus causas más frecuentes el Hiperparatiroidismo primario y la neoplasia un 90%. Las graves requieren tratamiento hospitalario. Permanecer alertas ante la clínica tan inespecífica de presentación, realizar anamnesis completa y estudios complementarios y mantener buena coordinación entre atención primaria y especializada. Debemos estar preparados para las malas evoluciones y para la aplicación de Cuidados Paliativos llegado el momento.

Enfoque individual: la paciente presenta de manera subaguda un deterioro importante general con Hipercalcemia aguda grave de origen tumoral y de mal pronóstico. PAAF Cervical: aspecto linfoide monomorfa, sospechosa de linfoproliferativo. Punción aspiración de médula ósea: Infiltrado de médula por linfoma.

Enfoque familiar y comunitario: Es necesario establecer una buena comunicación con la familia al ser un proceso subagudo en una persona independiente en sus actividades de la

Palabras clave

Hipercalcemia, Cuidados Terminales, Agravamiento

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Neumonía de la comunidad

Valverde Morillas C¹, Nogueras Trujillo M², Liu Qiu C³

¹ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. ZBS. Valle de Lecrín. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Vómitos y malestar.

Historia clínica

Paciente de 69 años que acude a consulta encontrándose mal refiere fiebre, sibilancias y vómitos. Anteriormente había acudido a consulta con un cuadro de bronquitis para lo que se prescribió inhaladores. En este momento la paciente tiene febrícula y refiere que el día anterior había vomitado y tenía fiebre.

Enfoque individual. Antecedentes personales: de obesidad, diabetes 2, HTA, y artrosis. En tratamiento habitual con Losartán, hidroclorotiazida, amlodipino, metformina.

Exploración: La paciente impresiona de enfermedad y a la exploración presenta sibilancias dispersas y roncus en base derecha. La saturación de oxígeno es del 89%. Radiografía de tórax: existe una condensación en base derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Planteo a la paciente la posibilidad de ingreso pero dado el apoyo familiar de sus dos hijos, se decide intentar el tratamiento ambulatorio, viniendo a

los dos días a revisión y pautando además del antibiótico, aerosolterapia. Al ser una familia conocida por mí, en la que sabía que se apoyan entre ellos y que no iban a abandonar el cuidado de la madre propongo tratamiento domiciliario. La paciente se podría haber beneficiado de la vacunación antineumocócica.

Juicio clínico: Neumonía comunitaria. Neoplasia Pulmonar. Bronquitis aguda. La gravedad que tiene la paciente, asociándose a la neumonía sus patologías crónicas.

Tratamiento, planes de actuación: Pauto aerosoles urgentes junto con metoclopramida para los vómitos.

Evolución: Tras los aerosoles la saturación mejoró al 92%. En las sucesivas visitas se vio una evolución muy buena a la resolución.

Conclusiones

Conclusión y aportación para el Médico de Familia. Nuestra posición cercana al enfermo y a la familia no proporciona información que puede hacer que evitemos el ingreso de pacientes en los que sabemos que es posible un control estrecho, mejorando la calidad de vida de este y de la familia.

Palabras clave

Community Acquired Pneumonia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome de la cava superior

Carrasco Real E¹, Jiménez Bernal A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Sevilla

² Médico de Familia. CS El Valle. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de hospital comarcal.

Motivos de consulta

Ortopnea rápidamente progresiva de una semana de evolución.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta por disnea desde hace un mes que va limitando su vida diaria hasta hacerse a mínimos esfuerzos apareciendo ortopnea que le obliga en la última semana a dormir en sillón.

Enfoque individual: Varón de 56 años.

Antecedentes personales: fumador activo de 60 paquetes/año. No refiere otros FRCV ni consultas a su MAP llegando directamente a urgencias de hospital.

Exploración: afectación estado general, disnea, edema facial y ambos MMSS, circulación colateral visible en tórax. Auscultación pulmonar: MV conservado, crepitantes en base derecha. A. cardíaca: normal. Rx tórax: masa parahiliar derecha que tracciona mediastino, imagen en suelta de globos en pulmón derecho Analítica normal. TAC: imágenes compatibles

con metástasis cerebrales sin efecto masa. RNM: múltiples lesiones metastásicas cerebelosas, supratentoriales. lesiones metastásicas a nivel medular

Enfoque familiar y comunitario: La disnea a esfuerzos en paciente sin antecedentes personales ha de ser motivo de consulta con el médico de atención primaria desde el inicio.

Juicio clínico: S. Cava superior. CA pulmón neuroendocrino con metástasis cerebrales y medulares.

Tratamiento, planes de actuación: Quimioterapia y radioterapia con buena respuesta inicial. Seguimiento en oncología.

Evolución: Progreso fatal de la enfermedad llevando a un fallo renal agudo seguido de fallo multiorgánico.

Conclusiones

Toda disnea rápidamente progresiva ha de ser complementada con estudio radiológico. Nunca descartar causa tumoral subyacente.

Palabras clave

Disnea Rápidamente Progresiva, Edema Facial, Circulación Colateral Torácica, Tumor

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Error diagnóstico en un traumatismo sobre columna vertebral

Nogueras Trujillo M¹, Valverde Morillas C², Liu Qiu C³

¹ Médico de Familia. ZBS. Valle de Lecrín. Granada

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria; Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor intenso en zona dorsolumbar tras caída 5 días antes.

Historia clínica

Mujer de 67 años que tras caída y golpe en espalda contra un escalón, presenta dolor intenso. Acude al Servicio de Urgencias Externas (SUE) del hospital. Tras exploración y radiografía descartan lesiones óseas agudas. Es dada de alta. Dos días después viene a consulta de AP porque persiste clínica. Repasamos la radiografía y detectamos un aplastamiento de la vértebra dorsal 12 (D12) que no habían visto. La derivamos urgente al Hospital; completan estudio diagnosticando fractura de D12 y de apófisis espinosa de vértebra dorsal 11 (D11).

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, flebotomía, hepatitis aguda resuelta, hipercolesterolemia.

Anamnesis: Caída sobre nalgas hace 5 días, con dolor intenso a nivel lumbar no irradiado, que no mejora con analgesia.

Exploración: dolor a la palpación sobre D12 y musculatura paravertebral lumbar. Movilidad de raquis conservada con dolor a la flexión. No clínica neurológica.

Pruebas complementarias: radiografía de columna dorsolumbar, complementada con tomografía computerizada que confirma fractura-aplastamiento de D12 con invasión del canal medular de un 25%; además, fractura de la apófisis espinosa de D11.

Enfoque familiar y comunitario: Matrimonio con hijos fuera del hogar, autosuficiente. Buena red de apoyo familiar. Al alta el marido se encarga de los cuidados, al estar inmovilizada, y colaboran también los dos hijos que viven más cerca.

Juicio clínico: Fractura-aplastamiento de D12 y fractura de apófisis espinosa de D11.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular por el traumatismo.

Identificación de problemas: en el SUE no detectaron el aplastamiento, debiendo pasar días hasta el diagnóstico, con el consiguiente perjuicio para la paciente ya que el dolor se hacía insoportable y pudo haber tenido consecuencias graves al invadir el canal medular.

Tratamiento, planes de actuación: Es ingresada en Traumatología y se le realiza artrodesis de D11 a L1. Tras la intervención es dada de alta, con posteriores revisiones por el especialista.

Evolución: Continúa mejorando pero sigue presentando dolor por debajo del lecho quirúrgico. Herida con buen aspecto. Control radiográfico satisfactorio.

Conclusiones

Es fundamental escuchar y reevaluar a los pacientes para reconocer errores diagnósticos que pueden tener consecuencias nefastas y tratar correctamente lo antes posible.

Palabras clave

Crush Injuries, Spinal Fractures, Diagnostic Errors

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Sordera súbita

Casado Sánchez I¹, Duran Chiappero M¹, Gallego Castillo E²

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias centro de salud.

Motivos de consulta

Hipoacusia bilateral súbita de menos de 24 horas de evolución.

Historia clínica

Paciente de 46 años que acude a urgencias centro de salud por cuadro de hipoacusia bilateral súbita mientras trabajaba. No otra sintomatología.

Enfoque individual: mujer de 46 años, no alergias medicamentosas conocidas, no antecedentes personales de interés ni tratamiento actual. No hábitos tóxicos. Sensación de pérdida de audición, de predominio derecho. No antecedentes de resfriado previo. No fiebre.

En la exploración, buen estado general con otoscopia bilateral sin alteraciones (se descarta tapón de cerumen, mucosidad,...), estable hemodinámicamente y sin focalidad neurológica.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos. Trabaja como dependienta en una tienda de ropa.

Juicio clínico: Nos encontramos ante una paciente con hipoacusia súbita y otoscopia bilateral normal, así que se decide derivación a

Urgencia Hospitalaria para completar valoración.

Tratamiento, planes de actuación: En Urgencia hospitalaria, es valorada por ORL de guardia, quien da un primer diagnóstico de probable ototubaritis serosa e inicia tratamiento con pauta de corticoides oral (deflazacort 30 mg) y antibiótico oral (amoxicilina-ác. clavulánico 875 mg/125 mg). Se deriva a consulta externa de ORL para valoración en dos semanas.

Evolución: Se le realizó audiometría, y aunque había tenido buena evolución tras tratamiento con corticoides, no se alcanzaron niveles normales, así que se citó en dos semanas para nueva audiometría, se prolongó el tratamiento con corticoides y se solicitó RM cerebral con contraste, donde se objetivó Schawannoma vestibular derecho.

Conclusiones

El Schawannoma vestibular se presenta frecuentemente como una Hipoacusia Neurosensorial Súbita unilateral o asimétrica con o sin tinnitus unilateral. Siendo importante para el médico de familia realizar una correcta anamnesis y exploración, así como derivar al especialista para la valoración audiométrica, ya que según ésta, se solicitará completar estudio con RM.

Palabras clave

Hearing Loss, Sudden, Acoustic Schawannoma

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Me ahogo...

Casado Sánchez I¹, Gallego Castillo E², Duran Chiappero M¹

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias centro de salud y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea súbita.

Historia clínica

Paciente de 51 años acude por cuadro de disnea súbita intensa de horas de evolución, de aparición en reposo y acompañado de discomfort centrotorácico opresivo, no irradiado, junto con sudoración y náuseas. No fiebre. No tos ni mucosidad.

Enfoque individual: NAMC. Asma. Síndrome ansioso-depresivo. Fumadora. Tratamiento: Bromazepam 3 mg, Clonazepam, Fluoxetina 20 mg, Formodual 1/12h, Montelukast 10 mg. Paciente con consultas previas en urgencias por crisis de ansiedad, acude por sensación de falta de aire repentina, de horas de evolución. A su llegada al centro de salud, presenta Sat O₂ 92 %, TA: 105/50, FC 112 lpm y glucemia: 137 mg/dl. Consciente, regular estado general, bien hidratada, nutrida y perfundida, eupneica en reposo. ACR: rítmica y regular. MVC, crepitantes bibasales, no roncus ni sibilantes. EKG: ritmo sinusal a 104 lpm. No alteración de la repolarización. Se canaliza vía periférica y se solicita ambulancia medicalizada para traslado. A su llegada al hospital, TA 120/70, FC 100, Sat. O₂ 91% (con gafas nasales a 6lpm.) T^a 37°C. Analítica: Hb 11.7, VCM 90, plaquetas 384000, leuco 19000 (N 16400). TP 67%, INR 1.2, Dímero D 1058. Glucosa 108, urea 44, creatinina 1.07, FG 60, Na 134, K 3.6, CK 57, CKMB <0.5, Troponina I <0.015, PCR 288, PCT

0.39. Gasometría venosa: pH 7.43, pCO₂ 21.3, bicarbonato 20.2. Orina: normal. Radiografía tórax: ICT normal. Derrame en proyección lateral. Aumento de trama hilar. No condensaciones que borren silueta cardiaca. NTProBNP negativo activo.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciada con un hijo de 19 años.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria aguda. Sospecha de TEP. AngioTAC: múltiples infiltrados alveolares y en vidrio deslustrado bilaterales y parcheados, con algunas áreas de consolidación de predominio en región anterior de ambos lóbulos superiores sugestivo de proceso infeccioso. Discreto derrame pleural bilateral.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresada en Neumología con diagnóstico final de Neumonía Comunitaria, donde se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino 500, tras cultivo esputo positivo para neumococo.

Evolución: Permaneció ingresada durante cuatro días, siendo la evolución favorable y dada de alta con tratamiento domiciliario.

Conclusiones

La disnea es una situación potencialmente grave que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento urgente, siendo imprescindible una correcta anamnesis y exploración en la toma de decisiones.

Palabras clave

Dyspnea, Differential Diagnosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Afonía de larga evolución

Jiménez Ruiz E¹, Rodríguez Ortega C¹, Guzmán Ruiz M²

¹ FEA Médico de Urgencias. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén

² FEA Médico de Urgencias. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Afonía y dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: NAMC, exfumadora de 10 cig/día desde hace un año, (consumo acumulado 20 paq/año), HTA, Hipercolesterolemia, Estenosis aórtica leve. Tratamiento actual: AAS 100 mg, Enalapril 20 mg, Simvastatina 20 mg.

Enfoque individual: EA: Mujer de 66 años que acude a la consulta de su MAP por afonía de 4 semanas de evolución y desde hace 3 días se acompaña de tos y esputos hemoptoicos, sin fiebre ni sintomatología respiratoria. No mejoría clínica tras tratamiento con AINES y corticoides, por lo que su MAP la deriva a urgencias para valoración por ORL.

Tras su exploración con Fibroscopio se visualiza parálisis de CVI, y se cita para TAC preferente. La paciente acude de nuevo a urgencias por dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen izquierdo de 7 días de evolución y se acompaña de fiebre, estreñimiento, vómitos y anorexia. EF: Consciente, orientada, palidez mucocutánea, ACR: MVC. Abdomen: Doloroso en FII, con signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 8, 9 g/dl, VCM 73, plaquetas, coagulación y bioquímica normales. PCR: 60 mg/dl. TAC-Tórax/abdomen: Masa hiliar izquierda que se extiende a carina de 15 mm, impresiona de una tumoración pulmonar con atelectasia

secundaria. En hígado lesión de 4,5 cm en LHD y una tumoración en glándula suprarrenal izquierda. Derrame pericárdico de 7 mm y lesiones líticas en C4-C7. Broncoscopia: Lesión con mucosa inflamada, se biopsia y el examen histológico confirma el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer divorciada, sin hijos y bajo nivel socioeconómico.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio IV con metástasis hepáticas, glándulas suprarrenales y óseas.

Diagnóstico diferencial: laringitis, abuso vocal, ERGE, pólipos en cuerdas vocales, cáncer de tiroides, de laringe, y trastornos neurológicos.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió tratamiento conservador con QT-RT paliativa y se citó para revisión en consultas de Oncología médica.

Evolución: La paciente permaneció estable durante el ingreso, controlándose los síntomas.

Conclusiones

Como MAP debemos estar alerta con ciertos síntomas que nos pueden hacer pensar en una patología grave, como es en este caso la afonía y los esputos hemoptoicos, que nos obliga a descartar un cáncer de pulmón. Los síntomas dependen de la localización y la extensión del tumor, siendo los más frecuentes: tos, hemoptisis, disnea, dolor torácico, disfonía, disfagia y S. Horner.

Palabras clave

Afonía, Parálisis de Cuerda Vocal

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cuerpo extraño en conducto auditivo. Un caso clínico

Canón Raya M¹, Villatoro Ruiz M², Villatoro Ruiz M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada

² Médico de Familia. CS Iznalloz. Granada

³ Enfermera de Familia. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Molestias en oído izquierdo.

Historia clínica

Paciente de 21 años, varón, que acude a nuestro servicio por molestias en el oído izquierdo. Refiere que comenzaron como un zumbido, y la posibilidad de que tenga un insecto dentro. Actualmente asintomático, pero se encuentra ansioso por la posibilidad de que el insecto cause mayor daño.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador social, bebedor social. Sin AP de interés. Amigdalectomizado en la infancia.

Antecedentes familiares: Madre y padre vivos, sanos.

Anamnesis: El paciente refiere que ha sentido un zumbido de manera súbita cuando se encontraba dándole de comer a los animales. Posteriormente picor y molestias inespecíficas en el oído. Tiene miedo de tener un insecto metido y que "le coma el cerebro".

Exploración y Pruebas complementarias: a la exploración Otológica se aprecia cuerpo extraño en el fondo del CAE (conducto auditivo externo) izquierdo, de color negativo. Ruzco y rojizo, inmóvil, que impresiona de algún insecto alado inerte.

Enfoque familiar y comunitario: nuestro paciente es un varón joven, de bajo nivel cultural, que trabaja en el campo con su padre y se dedica al cuidado de los animales que tienen en la granja. Presenta estrés y angustia ante la situación que le acontece, con ideas poco racionales como que "el bicho se vaya al cerebro".

Juicio clínico: Cuerpo extraño en conducto auditivo externo (CAE) izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: Se intenta extracción con pinzas sin éxito, por lo que se deriva a ORL para su extracción a la mañana siguiente (nuestro hospital no dispone de otorrino de urgencias presencial). Se explica la situación, se dialoga con el paciente y la familia y se consigue calmar al paciente y hacerle ver lo erróneo de sus ideas.

Evolución: al día siguiente se realizó de manera satisfactoria la extracción de una hormiga alada de 1.5 cm de longitud mediante otoscopio electrónico.

Conclusiones

La comunicación con el paciente es tan importante como un resultado exitoso de la intervención. Mediante el discurso pudimos calmar las dudas y preocupaciones del paciente.

Palabras clave

Cuerpo Extraño, Oído, Comunicación

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Educación sexual en Atención Primaria

Canón Raya M¹, Villatoro Ruiz M², Villatoro Ruiz M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada

² Médico de Familia. CS Iznalloz. Granada

³ Enfermera de Familia. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Prurito genital.

Historia clínica

Paciente mujer, 19 años, acude por molestias genitales de 4 días de evolución. Refiere que comenzaron tras mantener relaciones sexuales con su pareja. Asegura usar preservativo como método de barrera, y tomar anticonceptivos orales por miedo a un embarazo no deseado. Describe escozor, prurito en genitales externos y flujo abundante y espeso.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Niega hábito tabáquico, bebe alguna cerveza los fines de semana. Sin antecedentes de interés.

Anamnesis: La paciente refiere picor y escozor tras las relaciones sexuales con su pareja, de 3/4 días de duración, con remisión espontánea desde hace 6 meses. Utiliza preservativos por miedo a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y toma anticonceptivos para regular el ciclo y evitar el embarazo. Niega cambios en tipo de condón. Refleja gran miedo a ETS y a embarazo no deseado. Consulta por aumento de flujo vaginal y porque “una médica me da más confianza”

Exploración y Pruebas complementarias: a la exploración visual se aprecia prurito de base eritematosa en labios mayores y menores, con lesiones de rascado. Al espéculo: flujo espeso, blanco. Se toma muestra para citología y exudado. Citología: normal. Exudado: Cándida Albicans.

Enfoque familiar y comunitario: Nuestra paciente es una mujer joven, estudia magisterio en Granada, donde comparte piso con 2 compañeras. Su carrera es importante para ella y no desea actualmente un embarazo. Recibe apoyo social de familia, amistades y pareja.

Juicio clínico: Alergia de contacto. Candidiasis genital.

Tratamiento, planes de actuación: Clotrimazol óvulos y recomendamos condones sin látex. Se da cita programada para asesoramiento sexual/anticonceptivo y recogida de resultados. No se trata la pareja, permanece asintomático y en varones el riesgo de candidiasis es bajo. Además, no se encuentran diferencias significativas entre tratar y no a varones en la resolución de los síntomas femeninos. En nuestra segunda cita se explica a la paciente las diferentes ETS, se resuelven sus dudas y se explican los diferentes métodos anticonceptivos posibles. Los miedos expresados por la paciente se basaban en experiencias de amigas, lecturas en internet y desconocimiento real de las ETS.

Evolución: La paciente está muy satisfecha por la información facilitada. La Candidiasis remitió. El cambio de condones ha eliminado el prurito.

Conclusiones

Una educación sexual adecuada a nuestras/os jóvenes es fundamental para la salud sexual de las/os mismas/os. Disponer de consultas de mayor duración facilita programar estas charlas y llegar de manera más cercana a la población joven de manera individualizada y más efectiva.

Palabras clave

Candidiasis, Salud Sexual, Jóvenes

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¡Qué pupilas más grandes tengo!

Gómez Jiménez G¹, Sánchez Gil M², Boujida Bourakkadi T³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Linares C. Hospital San Agustín Norte de Jaén

² Médico de Familia. CS Santisteban del Puerto. Jaén

³ Médico de Familia. CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Disminución de la agudeza visual.

Historia clínica

Paciente de 43 años que acude por disminución de la agudeza visual, con midriasis bilateral de 18h de evolución tras haber estado desbrozando plantas. Niega ingesta tóxica y/o medicamentosa.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin datos.

Exploración: buen estado general. Anisocoria con midriasis bilateral más acentuada en ojo derecho, pupilas hiporreactivas. AV od 1; AV oi 1. Neurológicamente normal. ACR normal, ECG normal. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: sin datos.

Enfoque familiar y comunitario: Primer hijo de una familia nuclear sin parientes próximos. Etapa del ciclo vital III. APGAR 6. El abuelo materno quedó ciego y este proceso en el hijo mayor, de cuyos ingresos depende de manera importante la familia, es vivido como un AVE importante, al que se añaden las connotaciones emocionales que un problema de visión reporta a esta familia.

Juicio clínico: Intoxicación por estramonio.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a urgencias hospitalarias para valoración por oftalmólogo de guardia y observación.

Evolución: Oftalmología anisocoria, reflejo fotomotor +, pupilas hiporreactivas. Fondo de ojo normal, insuficiencia de la convergencia. Contactaron con Toxicología aconsejándose control de constantes, reevaluaciones neurológicas y no utilizar colinérgicos.

Conclusiones

La intoxicación por estramonio a nivel sistémico por ingesta es rara, sin embargo, en ciertas poblaciones sobre todo rurales, pueden darse situaciones como la de éste paciente, que sufrió una intoxicación local al tocarse los ojos tras desbrozar plantas. Los síntomas de las intoxicaciones con estramonio pueden afectar varios sistemas del cuerpo: Nefrourológico: Retención urinaria. Dolor abdominal. Ojos, oídos, nariz, garganta y boca. Visión borrosa. Midriasis. Boca seca. Digestivo: Náuseas y vómitos. Hemodinámico. Hipertensión. Taquicardia. Sistema nervioso. Coma. Convulsiones. Muerte. Delirio. Mareos. Alucinaciones. Dolor de cabeza. Piel. Piel enrojecida, caliente y seca. Todo el cuerpo. Fiebre. Sed. Caso atípico que en ocasiones puede suponer un reto para el médico de familia ante el desconocimiento de la causa de la patología, requiriendo por tanto una anamnesis minuciosa y llevar a cabo una serie de actuaciones para determinar la causa, el tratamiento y el pronóstico de la patología.

Palabras clave

Intoxicación por Estramonio, Midriasis por Tóxicos

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal en paciente anciano. Siempre hacer caso a la intuición. A propósito de un caso

Colacicchi P¹, Rivera Ríos I², Santacruz Talledo J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

³ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias) y atención primaria.

Pruebas complementarias: RX abdomen y AS con Ao. Posteriormente ecografía abdominal con hallazgos dudosos. TAC de abdomen.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente presenta sordera y vive con su hija, independiente previamente para actividades de la vida diaria.

Juicio clínico: Perforación de víscera hueca.

Historia clínica

Mujer de 90 años acude traída por los servicios de emergencias por dolor abdominal brusco que comenzó en el día de hoy. La paciente comenta decaimiento de días de evolución, dolor abdominal y de espalda. No alteración del hábito intestinal ni urinario. Afebril. No náuseas, vómito en una ocasión. No síntomas catarrales previos.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, aneurisma aórtico abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: Se contacta con cirugía general que desestima abdomen agudo. Se trata a la paciente en policlínica con analgesia en espera de TAC abdominal cuando comienza con dolor punzante y sudoración motivo por el que se ingresa en Observación. TAC abdomen confirma hallazgos de perforación de viscera hueca por lo que se ingresa a cargo de cirugía general.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 90 años. NAMC. FRCV: HTA, DM2, Dislipemia. Jubilada Hábitos tóxicos: no. IQ: artrosis de rodilla. AP: IRC 3B estable, anemia normo-normo, retinopatía diabética no proliferativa, hipoacusia severa.

Evolución: Pese al mal pronóstico inicial de la paciente, se realiza laparoscopia exploradora encontrando perforación a nivel de cuerpo gástrico que se cierra. La paciente se encuentra en seguimiento en nuestro centro de salud presentando excelente evolución clínica.

Anamnesis: Mujer de 90 años acude por dolor brusco en el día de hoy. Previamente independiente para la marcha, hoy no puede andar por el dolor.

Conclusiones

Es sumamente importante escuchar a los familiares de la paciente y a la paciente en sí, es importante insistir en un diagnóstico cuando estamos convencidos de ello e intentar llegar siempre a la mejor evolución clínica posible para nuestros pacientes.

Exploración: Aceptable estado general, acude en camilla, consciente, orientada, poco colaboradora por problemas auditivos. Auscultación cardiaca rítmica a 63 lpm no se auscultan soplos. Sat O₂ 94. Abdomen blando, depresible aunque con defensa en HCI, se ausculta soplo abdominal generalizado. Extremidades frías y pulso débil distal.

Palabras clave

Abdomen, Acute, Physical Examination

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Fiebre, cefalea e hipertransaminasemia: a propósito de un caso

Colacicchi P¹, Pérez González S², Santacruz Talledo J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Puerto de la Torre. Málaga

³ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y atención secundaria (servicio de Medicina Interna).

Motivos de consulta

Síndrome gripal.

Historia clínica

Varón de 69 años acude inicialmente a consulta de atención primaria por síndrome gripal con odinofagia, mialgias y algo de tos no productiva. A la semana acude nuevamente por fiebre intermitente máxima de 38,8 que cede parcialmente con antitérmicos. Comenzó con mialgias y poliartralgias con cefalea frontal y fotofobia y sonofobia con algún vómito que lo despierta por la noche. Acude al servicio de urgencias donde se evidencia hipertransaminasemia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón de 69 años. NAMC. FRCV: no posee. Profesional sanitario. Hábitos tóxicos: fumador de 5 cig/día.

Antecedentes familiares: no. IQ: h. inguinal 2013. AP: Hipotiroidismo Hashimoto, CA. Colon 2009 con resección sigma y unión TT. No QT ni RT.

Anamnesis: Varón de 69 años presenta fiebre intermitente de hasta 38,8°C poliartralgias y mialgias. Cefalea frontal y patrón de colestasis en perfil hepático. No factores de riesgo, no mascotas, solo recuerda haber estado cerca de un matadero, no otro antecedente de interés.

Exploración: Afectado por el dolor. Consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. ACP tonos rítmicos MVC. Abdomen blando, depresible, cicatriz línea media dolorosa a la palpación profunda, peristaltismo presente,

discreto timpanismo Murphy- Blumberg – MMII no edemas no signos de TVP. Neurológica sin focalidad ni rigidez de nuca.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea con hallazgos de hipertransaminasemia con patrón citolítico (AST/ALT 282/454) y patrón colestástico con elevación de FA (342) y GGT (606) sugiriendo colestasis disociada. TAC de cráneo y RM informada dentro de la normalidad. Ecografía de abdomen: dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente es un profesional sanitario sin antecedentes importantes de relevancia.

Juicio clínico: Fiebre Q.

Diagnóstico diferencial: Síndrome Gripal, Hepatitis B.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al paciente al servicio de Medicina Interna que cursa serología a C. Burnettii encontrándose positivo a la misma. Se comienza tratamiento con doxicilina.

Evolución: Una vez diagnosticado presenta una buena evolución clínica y es derivado al alta con seguimiento por Atención primaria.

Conclusiones

Es importante en Atención Primaria seguir la evolución de nuestros pacientes e intentar llegar a un diagnóstico, inclusive colaborando con otros especialistas para llegar al mismo.

Palabras clave

Coxiella Burnetii Fever, Acute Q Fever

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Deterioro funcional agudo

Castro Serrano M¹, Cantarero Ortiz M², Guzmán Quesada E³

¹ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médica de Familia. CS Bailén. Jaén

³ Médico de Familia. CS Miraflores de Los Ángeles. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Impotencia funcional pierna derecha.

Historia clínica

Coxalgia derecha, de 3 meses de evolución, valorada en Urgencias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón, 75 años. Activo. Sin alergias. Diabético, Hipertenso, Cardiopatía Isquémica, Pinzamientos cervicales, Espondiloartrosis, Estenosis uretral, Gastropatía atrófica.

Anamnesis: Dolor, deformidad de rodilla, impotencia funcional acompañado de Síndrome Constitucional. Deterioro funcional (vida cama-sillón). Desorientación.

Exploración: Mal estado general. Intensa palidez mucocutánea. Desorientado. Confunde a familiares. Pierna derecha en rotación externa, aumento de calor y masas blandas de rodilla. Se derivó preferente a Medicina Interna que ingresó en planta.

Analítica: VSG: 44. PCR: 8.44. Inmunoglobulinas A, G y M y marcadores AFP, CA-125, CA-19.9 normales. PSA: 7.83. Serología VHB, VHC, VIH y Treponema Pallidum: negativo activos. Coagulación y orina normal. Radiografía de tórax y rodilla derecha: normal.

RM (resonancia magnética) rodilla derecha: meniscopatía, hidrartros, condropatía rotuliana, tendinosis crónica del semimembranoso. TAC abdomen y pelvis, RM craneal y RM columna lumbar: con cambios crónicos y atrofia. Gastroscoopia: gastropatía atrófica. Bulbitis. Colonoscopia y Enema opaco: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. 4 hijos. Jubilado, autónomo con un bar. Viven en pedanía. Múltiples infidelidades.

Juicio clínico: Panestenosis Uretral. Síndrome Constitucional. Origen tumoral. Sífilis terciaria.

Tratamiento, planes de actuación: Sonda vesical. Ciprofloxacino profiláctico. Férula antiequino. Analgésicos.

Evolución: Durante el ingreso permaneció estable, mejoría de estado general y anímico. En domicilio continúa necesitando ayuda para actividades básicas de la vida diaria.

Conclusiones

En Atención Primaria es fundamental una valoración multidimensional del enfermo, social y familiar.

Palabras clave

Síndrome Constitucional, Dolor, Demencia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Abordaje integral de la diabetes y síndrome metabólico

Gilsanz Aguilera N¹, Ortiz Navarro B², Ramírez Aliaga M³

¹ DA. UGC Albarizas. Málaga

² DA. UGC San Pedro de Alcántara. Málaga

³ Médico de Familia. CS Colmenar. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 65 años que acude a consulta de atención primaria para control rutinario.

Historia clínica

Paciente de 65 años finlandesa en seguimiento en su país por colitis ulcerosa que acude para analítica de control.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Colitis ulcerosa, fractura de la meseta tibial. Tratamiento: Alprazolam. Mesalazina 500 mg.

Anamnesis: Paciente asintomática que acude a consulta de atención primaria para analítica de control.

Exploración: Peso 74. Talla 166. IMC: 26,85. Exploración normal.

Pruebas complementarias: Analítica: Glucosa 271. Colesterol 302. HDL 116. LDL 159. GGT 410. AST 171. ALT 190. Ferritina 1470. Hb A1c: 10.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es de origen finlandés y vive en un camping con su marido.

Juicio clínico: Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertransaminasemia. Síndrome metabólico.

Tratamiento, planes de actuación: Dada la glucosa de 271 y HbA1c de 10 se diagnostica a la

paciente de diabetes y se plantea iniciar tratamiento con metformina e insulina glargina 10 unidades. Además se insiste en la pérdida de peso e iniciar dieta equilibrada y realizar ejercicio físico. Se solicita nueva analítica de control en 3 meses y se deriva a enfermería para refuerzo dietético y explicar la insulinización. Se deriva a digestivo para valoración de hipertransaminasemia posiblemente secundaria a sobrepeso.

Evolución: La paciente rechaza el tratamiento con insulina y se compromete a perder peso y seguir tratamiento con metformina cada 12 horas. Valorada por digestivo con ecografía de abdomen normal. Diagnosticada de hipertransaminasemia e hiperferritinemia de origen metabólico. Analítica con serología hepática y celiacía negativa activa. La paciente acude a revisión: 65 kilos; IMC: 23,59. Analítica de control: Glucosa 223. Colesterol 264. HDL 110. LDL 119. GGT 226. AST 90. ALT 90. HbA1c: 7.5. Ferritina 108. Se refuerza a la paciente y se mantiene la metformina.

Conclusiones

En el abordaje de la diabetes y del síndrome metabólico el pilar esencial es la educación dietética y el ejercicio físico, por el médico de familia junto con enfermería. Esta paciente a pesar de tener una HbA1c 10 con criterios de insulinización ha conseguido mejorías importantes con la pérdida de peso.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Dieta Diabética, Síndrome Metabólico

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Accidente cerebrovascular de presentación atípica

Turnes González A¹, Martín Fernández A², Cabrera Díaz A¹

¹ Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

² Médico de Familia. DS Granada Metropolitano. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cuadro confusional e Hiperglucemia.

Historia clínica

Avisan por cuadro de descoordinación en contexto de una hiperglucemia de 400 mg/dl. A nuestra llegada (23 hs), el paciente refiere que ha tomado un comprimido de diazepam 5 mg por sensación de pesadez y acorchamiento de MMII al llegar del trabajo (21 hs). Tras quedarse dormido, presenta dificultad para hablar, torpeza al andar y comportamiento extraño. Niegan consumo de tóxicos.

Enfoque individual: Varón, 45 años. Antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con vildagliotina y metformina, pésimo control metabólico. Fumador de 1 paquete/día.

Exploración: Buen estado general, consciente orientado y colaborador, eupneico en reposo, Glasgow 15/15. Frecuencia cardíaca 90 lpm, Saturación: 98% Glucemia 450 mg/dl, Temperatura 36°C, TA: 140/80 mmHg. *Exploración neurológica:* PINLA, MOEC, resto de pares craneales conservados. Lenguaje poco fluente con alguna parafasia y fallos en la nominación. Fuerza conservada. Parestesias en hemicuerpo izquierdo.

Se canaliza vía venosa con 500 cc de SSF + 10 unidades de insulina rápida junto con flumazenilo sin mejoría clínica. Se decide activación de código Ictus y se deriva hospital de referencia. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) de 7. Auscultación: tonos rítmicos y audibles. Murmullo vesicular

conservado. Analítica: glucosa 363mg/dl. Resto normal. No alteraciones electrolíticas ni equilibrio ácido-base. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. No alteración del ST. TAC craneal: Defecto de repleción en el segmento insular de la arteria cerebral media derecha compatible con trombo agudo. Código Ictus desactivado por intensivista por NIHSS de 4-5.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con una hija adolescente. Trabaja en hostelería con largas jornadas de trabajo que dificulta hábitos saludables.

Juicio clínico: Accidente cerebro vascular agudo (ACVA) isquémico región arteria cerebral media, hiperglucemia con situación hiperosmolar, secundarismos de benzodiazepinas.

Tratamiento, planes de actuación: Trasladado a unidad de Neurología para ingreso. Inician tratamiento con acenocumarol por origen, cardioembólico. También hipolipemiente, antihipertensivo y betabloqueante. Valorado por psicólogo y logopeda para abordaje de secuelas.

Evolución: Durante el ingreso, permanece estable con mejoría del lenguaje. Se deriva a endocrinología para control de DM.

Conclusiones

Plantear el diagnóstico de ACVA a pesar de clínica atípica. Actuar conforme a protocolo con máxima celeridad desde el inicio. Abordaje multidisciplinar para reducir las secuelas de ACVA.

Palabras clave

Cerebral Strokes, Diabetes, Smoking

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Lo que no se trata de aura en paciente migrañosa

Maqueda Pedrosa D¹, Barba Lobato C¹, Silva Santos M²

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipoestesis hemicara derecha.

Historia clínica

Mujer de 33 años. Refiere desde hace 5 meses hipoestesis en hemicara derecha junto con dificultad para expresarse.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Condromalacia rodillas. Migraña.

Anamnesis: Hace 4 años estudiada por Neurología por hemiparesia derecha y cefalea, siendo alta con: "síndrome deficitario sensitivo-motor en miembros derechos con datos incongruentes exploratorios y normalidad en estudios realizados". Acude a consulta de atención primaria por hipoestesis en hemicara derecha desde hace 5 meses coincidiendo con cefalea opresiva holocraneal y dificultad para expresarse. Su médico de familia instaure pregabalina y solicita analítica, siendo normal salvo reactantes de fase aguda elevados. Ante la progresión de síntomas, se solicita TAC craneal, pero no se realiza porque se solicita RMN craneal con/sin contraste.

Exploración: Buen estado general. Auscultación y abdomen normales. Neurológica: Glasgow 15/15. Paresia facial derecha a las maniobras forzadas, llamando la atención que el déficit es menos marcado durante la conversación. Hipoestesia hemicuerpo derecho. Paresia de miembro derecho fluctuante, coincidente con episodios comiciales.

Pruebas complementarias: RMN craneal con y sin contraste: engrosamiento cortical que se

extiende 48x35 mm de diámetro desde la convexidad parietotemporal izquierda hasta la región próxima al Silvio izquierdo. Tras contraste, realces nodulares con centro de menor captación sugestivos de necrosis. Sugieren tumor de estirpe glial de alto grado. Analítica: hemograma y bioquímica normal, velocidad de sedimentación globular 35 mm/h, proteína C reactiva 11.9 mg/L, TSH 2.200 mUI/ml.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Hija de 4 años. Madre fallecida de infarto hace 5 años. No conoce al padre.

Juicio clínico: Tumor glial de alto grado.

Diagnóstico diferencial: migraña con aura, parálisis facial periférica, esclerosis múltiple.

Identificación de problemas: reciente estudio en Neurología con pruebas complementarias normales.

Tratamiento, planes de actuación: Cirugía despierta para intentar la mayor resección posible pero con control sobre la posible afectación del lenguaje. Dexametasona 4 mg/8h vía oral. Kepra 500 mg/12 vía oral.

Evolución: Mejoría de la sintomatología. Pendiente de valoración por comité Neuro-Oncología.

Conclusiones

La ausencia de pruebas complementarias patológicas tranquiliza, pero no deja de ser extremadamente importante prestar atención a la persistencia de sintomatología. El papel del médico de familia es crucial para identificar signos de alarma y su estudio.

Palabras clave

Glioblastoma, Migraine, Paresthesia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Cuándo debe de actuar el personal sanitario ante situaciones de dudosa creencia?

Silva Santos M¹, Maqueda Pedrosa D², Barba Lobato C²

¹ Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

² Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto; Atención Primaria y urgencias de atención primaria.

Motivos de consulta

Niña de 13 años con desorientación y fiebre.

Historia clínica

Niña de 13 que acude de urgencias porque al recogerla de casa de amigo del padre, la notaban desorientada y con fiebre 39°C, sin otra sintomatología. Había salido de su casa asintomática y empezó con dicha fiebre repentina, con anamnesia de episodios, desorientación. Lo único que recuerda es que el amigo del padre le había dado una pastilla (ibuprofeno al parecer).

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias. No enfermedades ni IQ.

Exploración: Aceptable estado general, Bien hidratada, desorientación temporoespacial, PINLA, MOEC, pares craneales normales, disartria, impresionaba embriaguez, negativo.aba consumo de alcohol. Fiebre 38°C. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen anodino, orofaringe y otoscopia normal.

Pruebas complementarias: Toma de TA y glucemia normales.

Enfoque familiar y comunitario: Familia patológica, padres separados, hija única. Vive con su madre. Nivel socio-cultural bajo, mala estudiante, Red social con bajo apoyo emocional.

Diagnóstico definitivo: Cuadro de desorientación por fiebre.

El *diagnóstico diferencial* que se planteó fue con consumo de tóxicos, El problema en este caso viene determinado principalmente por la poca colaboración de la familia.

Tratamiento, planes de actuación: Ibuprofeno 400 mg. Se deriva a urgencias hospitalarias.

Evolución: Al ir cediendo la fiebre, mejoró el cuadro de desorientación, seguía con amnesia de lo sucedido, dado que estaba con una persona ajena a la familia y mayor de edad, para descartar cualquier tipo de abuso; se derivó al hospital para valoración especializada y descartar tóxicos, pero al revisar la historia comprobé que la familia no la llevó.

Conclusiones

Debemos destacar que a veces aunque derivemos a un paciente a urgencias por sospecha de algo más grave, hay algunos que luego te sorprenden y no van; lo sospechoso de esta niña es que la madre de una menor, supuestamente ajena a todo, quedara tranquila con lo sucedido y no la llevara a urgencias ¿por miedo a represarias? ¿Ignorancia de los posibles diagnósticos diferenciales aunque se les fue explicado? ¿Hasta dónde en casos así deberíamos de avisar a la asistenta social? Son temas controvertidos que nos encontramos día a día en atención primaria y que debemos resolver siempre mirando en el bien del paciente.

Palabras clave

Fiebre, Adolescente, Desorientación

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Sospecha de alergia a medicamento

Silva Santos M¹, Maqueda Pedrosa D², Barba Lobato C²

¹ Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

² Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto; Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 51 años que consulta por malestar general con parestesias y pérdida de sensibilidad en hemicuerpo derecho, disartria leve.

Historia clínica

Mujer de 51 años con malestar general, hipoestesia hemicuerpo derecho incluyendo hemicara, sensación opresiva centrotorácica. TA normal, estrés laboral.

Enfoque individual. Antecedentes personales: angioedema con ibuprofeno y Amitriptilina, rinoconjuntivitis primaveral, salpingitis derecha. Tratamiento actual omeprazol y Aceclofenaco.

Exploración: Aceptable estado general, Bien hidratada y perfundida, Consciente, orientada y colaboradora, afebril, eupneica. TA 112/71 mmHg, FC 73 lpm. Auscultación cardiaca con corazón rítmico a buena frecuencia, BMV sin ruidos patológicos sobreañadidos. PINLA, MOEC, ligera desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, disminución de fuerza 4/5 en MSD y MID. Disminución de sensibilidad en hemicara derecha y MSD, no disartria y alteración del equilibrio.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal 75 lpm, hemograma, coagulación, bioquímica normal. Tac de cráneo: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional. Vive con su marido y 2 hijos.

Nivel socio-cultural medio, trabajadora de panadería. Red social alto apoyo emocional, hijos y marido muy unidos a ella.

Diagnóstico definitivo: síndrome sensitivo derecho de probable origen isquémico lacunar.

El diagnóstico diferencial que se planteó fue en primer lugar con reacción adversa a Aceclofenaco, ya que el malestar general lo asociaba a cuando tuvo el angioedema por el ibuprofeno, de hecho no quería ir al hospital porque decía que seguro que se le pasaba. También deberíamos descartar componente funcional.

Tratamiento, planes de actuación: Como mantenimiento le han dejado AAS 100 mg y revisión por Neurología.

Evolución: A las 6 horas de comenzar el cuadro remitió de forma espontánea, por ahora no ha vuelto a tener nuevas crisis.

Conclusiones

Ante una paciente empeñada en que era reacción adversa medicamentosa, había leído prospecto y aparecía su cuadro, no debemos guiarnos solo por sospecha y debemos de realizar un diagnóstico diferencial amplio, aun así los neurólogos continúan sin tenerlo claro, TAC normal y les impresionaba de componente funcional. El seguimiento de nuestros pacientes es la base de la atención primaria y no debemos olvidarlo.

Palabras clave

Parestesias, Aceclofenaco, Ictus

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Diagnóstico diferencial de una parálisis facial periférica

Silva Santos M¹, Maqueda Pedrosa D², Barba Lobato C²

¹ Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

² Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Varón de 69 años con desviación de comisura bucal.

Historia clínica

Varón de 69 años que acude porque tras la siesta le nota la familia desviación de comisura bucal sin otra sintomatología, al llegar al CS tenía la TA en 210/110 mmHg, que tras varios antihipertensivos no se consigue bajar la tensión, por lo que se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: exfumador importante con EPOC estadio IV, cardiopatía isquémica, dislipemia, HTA. Tratamiento actual: Atozet, parches de nitroglicerina, ranitidina, torasemida, ivabradina, Xoterna, atrovent, Carvedilol, Felodipino/ramipril y clopidogrel.

Exploración: Aceptable estado general, Bien hidratado y perfundido, Consciente, orientado y colaborador, afebril, eupneico. TA 190/100 mmHg, FC 70 lpm. Auscultación cardiaca con corazón rítmico a buena frecuencia, BMV sin ruidos patológicos sobreañadidos. PINLA, parálisis facial inferior y superior derecha, no claudicación de miembros, hipoestesia derecha, extinción sensitiva.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 75 lpm, hemograma, coagulación y bioquímica normal. Tac de cráneo: sin alteraciones patológicas. Angio-TC de TSA: hipoplasia de la arteria cerebral anterior derecha, hipoplasia vertebral derecha en segmento V1.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional. Vive con su mujer, hijos ya emancipados pero con buena relación y apoyo, jubilado con buena pensión. Buen apoyo social y familiar.

Diagnóstico definitivo: ictus isquémico en territorio de ACM-D de probable etiología embólica (FA oculta), emergencia hipertensiva.

El diagnóstico diferencial que se planteó en primer lugar fue una parálisis facial periférica.

Tratamiento, planes de actuación: Se activa código ictus con dosis de carga de antiagregación. Se mantiene la medicación habitual y se añade AAS 100 mg en almuerzo.

Evolución: Al alta mantiene paresia facial inferior y superior derecha, sin otra focalidad neurológica.

Conclusiones

Es un paciente que la primera impresión fue una parálisis facial periférica, ya que al llegar no tenía aún la debilidad derecha. Lo que salvó a este paciente es la toma de las constantes, algo que siempre debemos de realizar sobretodo en pacientes pluripatológicos. La historia completa en Atención primaria es la base de nuestro trabajo, con una correcta anamnesis y exploración, sin olvidarnos de las complicaciones y más aún en pacientes con múltiples factores de riesgos cardiovasculares.

Palabras clave

Hipertensión, Focalidad Neurológica, Parálisis Facial Periférica

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, me duele el cuerpo

Pérez Montes M¹, Ruiz Sánchez F², Soto López M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Axarquía Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Hija única. Vive con sus padres, estudiante, relación dependiente.

Motivos de consulta

Sospecha Rabdomiólisis.

Juicio clínico: Rabdomiólisis.

Historia clínica

Refiere dolor en miembros superiores, inferiores, pared abdominal y orina colúricas, motivo por el que acude a su CS de donde se remite a nuestro hospital. Ésta semana comenzó a realizar actividad física anaeróbica (gimnasio/musculación) que ha retomado desde hace 7 meses.

Diagnóstico diferencial: Miositis inflamatoria, Síndrome de Guillain Barré, Hipertermia Maligna, Condiciones hiperosmolares.

Tratamiento, planes de actuación: Se pasa a observación para sueroterapia intensiva y control analítico a las 19 horas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: 19 años. NAMC.

Evolución: Tras tratamiento paciente estable hemodinámicamente y asintomático. Diuresis 800cc. Control analítico: Hemograma normal, Creatinina 0.81, Na 142, K 4.1, CK 7972, Gasometría: PH 7.34, PCO2 48, HCO3 25.

Antecedentes familiares: Sin interés clínico. Rinoconjuntivitis alérgica estacional. No tratamiento habitual. No cirugías previas. Hábitos tóxicos: 5 cigarros/día, bebedor ocasional.

Conclusiones

Dado que los pacientes pueden presentarse, sin antecedentes obvios o signo físico de rabdomiólisis, los médicos de familia deben ser conscientes de la presentación potencialmente sutil y mantener la posibilidad de rabdomiólisis en mente. Según su etiología, la presentación de la rabdomiólisis puede variar desde una elevación asintomática de la creatina quinasa hasta un desequilibrio electrolítico potencialmente fatal, shock hipovolémico e insuficiencia renal aguda. Los síntomas más frecuentes son dolor y debilidad muscular, malestar generalizado, coluria, dolor abdominal, vómitos, fiebre. El diagnóstico es clínico + pruebas de laboratorio. El punto principal en el manejo de la Rabdomiólisis es la repleción intensiva de líquidos.

Exploración: BEG, bien HyP, COC. Eupneico en reposo, Glasgow 15, No focalidad neurológica. ROT ++/++. No ictericia. Afebril. Normotenso. ORL: normal. ACR: corazón rítmico a 90, no soplos. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica Sangre: Hemograma y coagulación normales, Creatinina 0.78, GPT 401, CK 11715, BT 0.4, LDH 383, Amilasa 43, Ca 9.1, PT 6.6, Na 143, K 4.4, PCR 6.8. Sistemático de orina: proteínas 20.

Palabras clave

Rabdomiólisis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Más allá de una cefalea

Aragón Aragón T1, Sánchez Sánchez A2, Carbajo Martín L3

¹ Médico de Familia. Urgencias. HAR de Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

² FEA Médico de Urgencias. HAR Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

³ Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 51 años, que acude a urgencias por cuadro de cefalea de 24 hs de evolución: intensa y generalizada, y dificultad para la deambulación con imposibilidad para la bipedestación de 24 h. Refiere además haber padecido episodio de dificultad para hablar hace 5 días atrás, acompañado de desviación de comisura labial (no logra recordar exactamente qué lado) de menos de 24 hs de evolución. Niega registros febriles, náuseas, vómitos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial desde hace 7 años medicado con Enalapril 20 mg/día, Hidroclorotiazida 50 mg/día; Diabetes Mellitus del mismo tiempo de diagnóstico medicado con Metformina 1 gr /día. Además: ácido acetilsalicílico 250 mg/día.

Exploración: Orientado en tiempo y espacio, bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Eupneico. TA180/90 mmHg, FC: 100 l/m, T°: 36,5 °C, glucemia normal. De la *Exploración neurológica* cabe destacar pupila derecha hiporreactiva. Paresia grado 2 miembro inferior derecho. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a100 lpm, hemibloqueo anterior izquierdo, no alteraciones de la repolarización. TAC de urgencias: imagen hiperdensa periventricular izq. en fosa post, leve dilatación de los cuernos

temporales y ligero vuelco ventricular, múltiples opacidades periventriculares y en centros semi ovoides. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos. Se deriva a Hospital de referencia donde permaneció ingresado.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: Madre hipertensa y Padre diabético insulinodependiente. Hermano diabético tipo 2 y hermana hipertensa.

Juicio clínico: Accidente isquémico transitorio.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular. Hipoglucemia. Encefalopatía Hipertensiva. La identificación de problemas fue los factores de riesgo relacionados.

Tratamiento, planes de actuación: Permanece ingresado en Hospital de referencia tras realizarse Eco Doppler de tronco supraaórtico: lado derecho en proyección de bulbo placa calcificada de 6 mm que no produce cambios hemodinámicos, lado izq. misma proyección placa de 11 -1.3 mural que obstruye la luz en 20%. Mejoría del paciente tras su ingreso.

Evolución: Ajuste de su tratamiento y mejoría de su alteración neurológica.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en valorar con la máxima brevedad de tiempo la patología neurológica de este paciente y tiempo de evolución para poder discernir entre Código Ictus o protocolo de Accidente cerebrovascular o Accidente isquémico transitorio.

Palabras clave

Hypertension, Arteriosclerosis, Risk Factors

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Aftas bucales: diagnóstico diferencial desde Atención Primaria

Barón Igeño I¹, Izquierdo Hidalgo J², Rey Sánchez M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valdepasillas. Badajoz

² FEA Adjunto de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Centro Hospitalario Infanta Cristina. Badajoz

³ Enfermera de Familia. CS El Progreso. Badajoz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aftas orales recurrentes.

Historia clínica

Mujer de 51 años que acude a consulta de AP por aftas orales recurrentes muy dolorosas de larga evolución. Ha realizado tratamiento con clorhexidina, povidona yodada, corticoides y doxiciclina tópicos, sin mejoría.

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM2, Hipotiroidismo. Sin hábitos tóxicos.

Anamnesis: Aftas orales y ampollas dolorosas de larga evolución, que se presentan en forma de brotes, con pérdida en los últimos meses de 8 kg de peso al disminuir la ingesta oral por dolor. No ha presentado lesiones oculares, fiebre, diarrea, artritis ni cuadro vírico sistémico.

Exploración: Correcta higiene dental y bucal. En mucosa de labio inferior, yugal y en paladar se observan lesiones ulceradas sobre base eritematosa y lesiones ampollosas, unas de contenido claro y otras hemorrágicas.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, hierro, vitamina B12, ácido fólico, zinc y serología VIH y celíaca. Todos los parámetros dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Úlceras y ampollas orales recurrentes refractarias a tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas (VHS, VIH, sífilis...), autoinmunes

(Behçet, Reiter, Lupus, Sjögren..), digestivas (Crohn, celiaquía), penfigoide cicatricial, neoplasias, estomatitis aftosa recurrente, úlceras traumáticas...

Tratamiento, planes de actuación: Biopsia de la lesión con diagnóstico de vesícula subepidérmica con numerosos neutrófilos y depósito lineal de IgA, IgG y C3 por IFD, compatible con penfigoide cicatricial. Recibe tratamiento por parte de dermatología con Metrorexate, Inflixamab y dapsona oral sin mejoría.

Evolución: Se deriva a Unidad de Enfermedades Autoinmunes, recibiendo tratamiento como uso compasivo con rituximab. Tras cuatro ciclos de tratamiento, importante mejoría, permaneciendo sólo alguna erosión en faringe.

Conclusiones

Las aftas orales afectan el 10-20% de la población. Existen factores que pueden predisponer o precipitarlas: déficits vitamínicos, estrés, traumatismos, tabaco, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía o enfermedades autoinmunes. Las aftas pequeñas de corta evolución y de bordes limpios sugieren benignidad y pueden tratarse sintomáticamente. En cambio, ante un paciente con aftas orales recurrentes debemos realizar una correcta anamnesis y exploración física para buscar signos que orienten hacia alguna lesión maligna o enfermedad sistémica. En este caso, debe derivarse para estudio, también cuando las úlceras sean muy dolorosas y con recurrencias frecuentes o graves.

Palabras clave

Estomatitis Aftosa, Penfigoide, Vesícula

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, tengo fiebre y un bulto encima de la clavícula

Gallardo Ramírez M¹, Expósito Díaz-Álvarez², Oualy-ayach Hadra G³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

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

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

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Doctor tengo fiebre y un bulto encima de la clavícula.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Paciente varón con HTA, glaucoma e hipoacusia bilateral.

Anamnesis: Paciente de 75 años que refiere desde hace 2 semanas fiebre, tiritonas y aparición de bultoma en hueco clavicular izquierdo., asociado en los últimos días tumefacción de antebrazo y mano izquierdos. Ha recibido tratamiento oral con levofloxacino 5 días y amoxicilina clavulánico 2 días sin mejoría clínica.

Exploración: Afebril, BEG, Sat O2 96%. Tumorción que ocupa hueco supraclavicular izquierda de consistencia intermedia, poco sensible, no doloroso, aumento de perímetro de todo el MSI hasta la mano respecto al MSD con empastamiento y ligero aumento de temperatura.

Pruebas complementarias: Analítica: no leucocitosis. INR normal. Plaquetas normales. PCR 147. Marcadores tumorales normales. Mantoux negativo activo. Hemocultivos negativo activos. RX Tórax normal. ECO Doppler MSI: trombosis venosa profunda oclusiva que afecta a porción caudal de la vena yugular interna izquierda, a toda la porción accesible de la vena subclavia izquierda y probablemente a la vena axilar izquierda y a la vena innominada izquierda. Imagen hipoeoica de unos 24mm en hueco supraclavicular izquierdo que puede corresponder a trombo séptico vs adenopatía necrosada o absceso. Anatomía Patológica: cilindros de tejido fibroso

con escaso infiltrado inflamatorio linfocitario mixto. Ausencia de celularidad neoplásica.

Enfoque familiar y comunitario: En cuanto al enfoque familiar lo más importante es tranquilizar a la familia y explicar los diferentes diagnósticos posibles hasta finalizar por completo su estudio.

Juicio clínico: Trombosis Yugular Izquierda. Adenopatía flemonosa supraclavicular izquierda.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas como la mononucleosis infecciosa, tuberculosis, hematológicas como leucemia o linfomas, autoinmunes como artritis reumatoide, malignas, de causa desconocida como sarcoidosis o amiloidosis.

Tratamiento, planes de actuación: Heparina 12. 500 U, analgésicos y amoxicilina clavulánico.

Evolución: El paciente fue dado de alta en tratamiento con heparina y revisión en consultas de medicina interna.

Conclusiones

La causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactivo. La anamnesis exhaustiva y una cuidadosa exploración física, seguidas de unas pruebas complementarias adecuadas, permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las características físicas de la linfadenopatía y su localización son de gran ayuda para llegar al diagnóstico. La adenopatía de evolución de menos de 2 semanas tiene una probabilidad muy baja de ser maligna. La edad es el factor pronóstico más importante.

Palabras clave

Adenopathy, Thrombosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Absceso complicado

Martín Acedo T¹, Vega Calvellido M², Fernández Coello S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Absceso cutáneo.

Historia clínica

Paciente de 48 años, que acude a la Consulta de Atención Primaria por presentar absceso cutáneo en región inguinal, con importante componente inflamatorio de dos días de evolución, sin otra clínica acompañante. Decidimos iniciar tratamiento antibiótico y reevaluamos a las 48 horas, ya que no es susceptible de drenaje en el momento de la exploración. En la visita de seguimiento, la paciente presenta mal estado general, con escara necrótica que abarca hemiabdomen inferior izquierdo, ingle, cara interna de muslo y labio mayor; motivo por el cual se traslada a Urgencias Hospitalarias.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes médico - quirúrgicos de interés.

Anamnesis: Paciente de 48 años, que consulta por absceso cutáneo inguinal de 2 días de evolución sin otra clínica acompañante, iniciando tratamiento antibiótico oral. A las 48 horas, la paciente presenta fiebre y mal estado general, y una gran evolución de la lesión, afectando gran parte del hemiabdomen inferior izquierdo.

Exploración: A la exploración, presenta escara necrótica de gran tamaño, crepitantes a la palpación, con regiones de supuración maloliente.

Pruebas complementarias: Analítica: Función renal e iones en rango. Hemoglobina 8.9g/dl, Leucocitos 28570/ μ l, Proteína C Reactiva 27.24mg/dl. Coagulación normal. TAC abdomen: extensa colección formada por burbujas aéreas en tejido subcutáneo desde plano de la cadera izquierda hasta labio mayor y tercio superior del muslo, probablemente por proceso de diverticulitis aguda encubierta.

Enfoque familiar y comunitario: Se explica a paciente y familiares la gravedad del caso, y la necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda. Colección aérea e infiltración del tejido subcutáneo. Fascitis necrotizante. Neumoperitoneo.

Tratamiento, planes de actuación: Se procedió a realizar desbridamiento y limpieza quirúrgica de la lesión, así como fasciectomía.

Evolución: Se inició tratamiento antibiótico empírico en la Unidad de Cuidados Intensivos, desescalando el mismo una vez conseguidos los resultados de los cultivos. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta una vez los reactantes de fase aguda se normalizaron.

Conclusiones

Es importante realizar el seguimiento de la patología infecciosa, aunque parezca banal, ya que la evolución puede descubrir procesos de mayor gravedad encubiertos.

Palabras clave

Fascitis, Diverticulitis, Absceso

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Ecografía vesical en urgencias de atención primaria. A propósito de un caso

Alonso García F¹, Ramos Martín J², Góngora Martín L³

¹ Médico de Familia. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hematuria macroscópica.

Historia clínica

Varón de 69 años que acude al Servicio de urgencias de atención primaria por hematuria macroscópica de 24 horas de evolución, con coágulos y tenesmo uretral, no presencia de fiebre, náuseas ni vómitos.

Enfoque individual. Exploración: Regular estado general, bien hidratado y perfundido. Abdomen blando, depresible, no defensa abdominal, no dolor a la palpación, perístasis normal, Blumberg y Murphy negativo activos. Comenzamos lavado con sonda de 3 vías para ver si cede la hematuria, tras cuarenta minutos, persiste orina de color vino tinto intenso. Realizamos ecografía de urgencias en atención primaria: Ambos riñones con buena diferenciación cortico medular. Vejiga de contenido líquido de paredes engrosadas de forma difusa con balón de sonda en su interior con imagen pseudonodular heterogénea de bordes definidos de crecimiento hacia La luz en región inferior de pared lateral que mide aproximadamente 65.6 x 54.7 x 34.5 mm.

Enfoque familiar y comunitario: En la familia no había antecedentes de hematuria

macroscópica, el paciente el fumador de dos cajetillas de tabaco al día y refería su mujer que en algunas ocasiones había sangrado por el pene.

Juicio clínico: Masa vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó a consulta de diagnóstico rápido de urología para cistoscopia y valoración de tratamiento.

Evolución: Se le practicó cistoscopia con diagnóstico de CA de vejiga con resultado por parte de anatomía patológica de carcinoma de células pequeñas de transición.

Conclusiones

El diagnóstico precoz de este proceso oncológico es el medio más eficaz de combatir un tumor cuya capacidad de diseminación, y por tanto de desarrollar metástasis, se produce en una fase avanzada de su evolución. Si se actúa pronto, se puede obtener, en la mayoría de los casos, la curación únicamente con cirugía, y lo que es más importante todavía, incluso conservando la vejiga y su función. De ese modo se mejora muy significativamente la calidad de vida del enfermo.

Palabras clave

Hematuria, Ultrasound, Bladder

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Atención multidisciplinar al paciente paliativo

García González J¹, Carbajo Martín L², Jiménez Cabrera R¹

¹ Médico de Familia. AGS de Sevilla Sur. Sevilla

² Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Cuidados paliativos.

Historia clínica

Exponemos el caso de seguimiento de una paciente que entró en el programa de paliativos.

Enfoque individual: paciente de 75 años con Ca mama infiltrante en seguimiento por oncología desde 2012 y metástasis ósea desde noviembre de 2015. En última revisión por oncología desestiman continuar con ningún tipo de tratamiento agresivo y se propone para programa de cuidados paliativos. Día X: Valorada por MAP y EGC se incluye en programa paliativos y se deja en su domicilio la documentación con la hoja de seguimiento. Situación clínica actual: conoce enfermedad, principal síntoma dolor. Disnea con saturación 92%.

Tratamiento: MST 30 mg. Se añade atrovent con cámara.

Enfoque familiar y comunitario: Dependiente ABVD. Tiene cuidadora formal y tres hijos, uno de ellos vive fuera, los otros dos implicados en el cuidado, conocen enfermedad y pronóstico.

Juicio clínico: Una vez que la paciente se incluye en el programa de paliativos, el objetivo principal es conseguir un buen control de síntomas. En nuestro caso: el DOLOR.

Evolución: X+5: EGC: buen control del dolor. Mejor tras aerosoles. Sat O₂ 98%. X+11: MF: visita seguimiento. Buen control síntomas. Indica pregabalina para parestesias pies y manos. X+22/X+34/X+42: MF/EGC: seguimiento. Buen control de síntomas. X+55: EGC: vómitos. Se indica tolerancia progresiva. Se contacta con DCCU y se informa de caso. X+71: DCCU. Disnea. Se administra aerosolterapia+ cl morfico+furosemida+buscapina. Se informa MF. X+72: EGC: se explica a familiares nueva situación. Se instruye manejo vía sc. Se deja medicación: cl morfico 2 mg, midazolam 5 mg. X+74: DCCU: dolor. Se admon cl morfico 5 mg + midazolam 5 mg sc. X+75: DCCU: trabajo respiratorio. Se aumenta dosis de cl morfico (5 mg). X+76: MF/EGC: Seguimiento. Dejan medicación con nuevas dosis. X+78: DCCU: Inquietud. Rescate midazolam 10 mg. X+80: DCCU: exitus.

Conclusiones

La atención multidisciplinar en pacientes paliativos es fundamental para un buen control de síntomas, para apoyar a la familia y dar una muerte digna a los pacientes. Esta paciente no requirió de ingreso hospitalario, pero en otros casos podemos proceder a ingreso en medicina interna para control sintomático (si no es posible en domicilio) y/o para SUD, para aquellos pacientes que no desean fallecer en su domicilio.

Palabras clave

Palliative Care, Interdisciplinary Communication, Pain Management

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Gestante de 30 semanas con hipercolesterolemia

Martín Fernández A¹, Turnes González A², Puga Montalvo E³

¹ Médico de Familia. DS Granada Metropolitano. Granada

² Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

³ Médico de Familia. Hospital Nuevo San Cecilio. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipercolesterolemia en control de embarazo.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta a recoger resultados de control analítico de embarazo hallando valores de colesterol y triglicéridos elevados por encima de niveles de normalidad.

Enfoque individual: paciente de 17 años gestante de 30+5 semanas. Fórmula obstétrica G1POA0. No antecedentes personales destacables. Gestación espontánea sin complicaciones hasta el momento. Ganancia ponderal de 6Kg con IMC preconcepcional de 24.7. A la exploración TA 116/63. Peso 67Kg. No edemas. FCF +.

Acude a consulta de la mujer para recogida de resultados de analítica de control de embarazo y refiere que tenía pendiente una analítica de perfil general antes de quedarse embarazada y se la ha realizado a la misma vez. Como resultados habituales se obtiene Hb 11.7mg/dl, Hematocrito 36.2, Volumen corpuscular medio 86.1. AgHbs negativo activo. Urocultivo negativo activo. O'Sullivan 90. Coombs indirecto negativo activo. Destaca el hallazgo de cifras de colesterol total de 268mg/dl y triglicéridos de 312mg/dl. Al informar a la paciente de los resultados se muestra muy preocupada, nerviosa por su embarazo y planteándose iniciar un régimen estricto poco saludable dado su estado.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente convive con sus padres y una hermana menor en el domicilio familiar. Se encontraba en situación de desempleo y estudiando un módulo de formación profesional.

Juicio clínico: dislipemia fisiológica del embarazo.

Tratamiento, planes de actuación: No se instauró ningún tratamiento específico para la paciente salvo el control de peso, dieta saludable y ejercicio físico regular habituales a realizar en el embarazo.

Evolución: Se explica a la paciente la normalidad de los hallazgos obtenidos dado su avanzado estado de gestación. Posteriormente continuó con control de embarazo normo evolutivo hasta el parto.

Conclusiones

El aumento de lípidos es fisiológico durante el embarazo (más durante el tercer trimestre) y en su mayor parte se debe a variaciones hormonales, llegando a incrementarse entre un 30% y un 50% con respecto a los valores normales incluidos en rango de normalidad. Es por ello que la solicitud del perfil lipídico no se realiza de forma rutinaria dentro del proceso de control de embarazo salvo en circunstancias específicas.

Palabras clave

Embarazada, Hipercolesterolemia, Tercer Trimestre

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La importancia de la alianza terapéutica entre médico de familia y el paciente con patología crónica

González Gallardo L¹, Lorite Ruíz C², Casado Arias I¹

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

Ámbito del caso

Hospitalario y atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor osteomuscular (lumbalgia), depresión mayor e intento frustrado de suicidio.

Historia clínica

Mujer con posible trastorno de la personalidad del Clúster B, consulta al MAP por lumbalgia de larga data. Semanas más tarde realiza intento autolítico en su domicilio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: depresión mayor, intento frustrado autolítico, hipotiroidismo, DM1, dislipemia, obesidad (IMC 38), HTA, cefalea migrañosa, cervicoartrosis, SAHOS.

Anamnesis: Mujer viuda de 53 años, con vida cama-sillón e hiperfrecuentadora; consulta a su MAP por lumbalgia de larga data EVA 8, (sospecha clínica: lumbalgia de características mecánicas agravada por artrosis). Se solicita cita con Traumatología pero semanas más tarde es encontrada inconsciente en su domicilio con restos de insulina y tabletas de diazepam. La paciente percibe poco apoyo familiar y dificultades en el trato con su MAP. Refiere haber realizado el gesto autolítico por no soportar el dolor. En domicilio Glasgow 8 y glucemia 36 mg/dl; en servicio de urgencias glucemia 189 mg/dl, TA 144/92 mmHg, FC 100 l/m, SatO₂ 99%, HbA_{1c} 10'4. BEG, estable hemodinámicamente y eupneica en reposo. Exploración por aparatos sin hallazgos patológicos.

Exploración neurológica: Obnubilada con apertura ocular espontánea. Analítica: Leucocitosis a expensas de neutrófilos. Gasometría venosa pH 7'303, pCO₂ 56' 4 mmHg. ECG: ritmo sinusal a 90 l/m, eje normal sin alteraciones agudas de la

repolarización. RMN: protrusiones discales y estenosis foraminal a nivel lumbar.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa IV Contracción/ V Final de la Contracción Apgar familiar: moderadamente funcional (5/10).

Juicio clínico: Intento frustrado de suicidio en paciente pluripatológica y con dificultades en la relación con su MAP. *Diagnóstico diferencial:* Infecciones, traumatismos, isquemia, hipoglucemia, reacción conversiva.

Tratamiento, planes de actuación: Estabilización con Glucosmon, flumazenilo y sueroterapia; ingreso en Psiquiatría (entrevista clínica) e interconsulta con Endocrinología y Traumatología. Tratamiento al alta: Venlafaxina retard, Pregabalina, Levotiroxina, Rosuvastatina, Etoricoxib, Diazepam, Omeprazol, Glargina, Aspart, Tramadol/Paracetamol.

Evolución: Critica gesto autolítico y mejora estado anímico; alta y citas con Traumatología y Psiquiatría. Cita con MAP para seguimiento cada dos semanas inicialmente, mejorar la relación médico-paciente y valorar situación biopsicosocial.

Conclusiones

Se debería mejorar la formación de los MAP para prevenir la conducta suicida, sobre todo cuando se enfrentan a pacientes pluripatológicos con calidad de vida mermada. Además, debería ser facilitada una adecuada relación entre MAP y el paciente con un aumento de los recursos y una disminución de la carga asistencial.

Palabras clave

Musculoskeletal Disease, Attempted Suicide, Depression

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Tengo un bulto en el cuello

Cantarero Ortiz M, Castro Serrano M

Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Juicio clínico: Masa cervical con hallazgos en la exploración que orientan a origen neoplásico.

Motivos de consulta

Paciente de 82 años que acude de urgencias por notarse inflamación y deformidad del cuello progresiva durante el día de hoy.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración urgente, dado que habría que descartar patología inflamatoria y vascular dada la velocidad de instauración.

Historia clínica

Refiere que desde esta mañana tiene el cuello deformado en un lateral y muy inflamado. A lo largo del día lo va notando peor. No refiere dolor ni otra clínica locorregional. Hace dos días fue valorado por mí en domicilio por hipertensión arterial mal controlada sin apreciar dicha deformidad.

Evolución: Se cita en 24 horas para valoración por otorrinolaringología y estudio por su parte. En los meses sucesivos se realizaron dos biopsias no concluyentes. Tras crecimiento de la masa y supuración de la misma se realiza TAC cervico/torácico con diagnóstico de masa de carácter neoplásico con colapso de vena yugular y adenomegalias metastásicas mediastínicas secundarias a linfoma. Dado el mal pronóstico del mismo y la evolución desfavorable del paciente se decide tratamiento paliativo.

Enfoque individual. Se aprecia deformidad evidente en cara lateral derecha con tumefacción evidente en bordes desde región preauricular hasta supraclavicular, borrando surco mandibular. Se palpa masa mal delimitada sólida y pétreo, no pulsátil, sin signos de flogosis de coloración violácea mal definida. No se modifica con decúbito ni produce ingurgitación yugular. El resto de la exploración por órganos y aparatos y las constantes vitales son normales.

Conclusiones

La masa cervical es un motivo relativamente frecuente en las consultas de Atención primaria. El diagnóstico diferencial es un proceso complejo y a veces prolongado en el tiempo. Hay que valorar siempre la evolución de la misma y la edad del paciente para aproximar el diagnóstico. Los pacientes a menudo se someten a pruebas complementarias que retrasan el diagnóstico y el tratamiento.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus II, carcinoma basocelular, cataratas y desprendimiento de retina.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de patología cervical.

Palabras clave

Lymphoma, Neoplasm, Neck

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Es lo que parece?

Labrador del Río S¹, Becerra Esteban P², Lara Font Á³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGClicias. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Paciente mujer 26 años.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y comportamiento extraño.

Historia clínica

Mujer 26 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal hipogastrio que en un principio lo relacionaban con dolores menstruales. La última vez que acudió a urgencias comenzó con cuadro de alteración del comportamiento y de la conciencia, por ello se quedó en observación y le realizaron TAC craneal y Punción Lumbar normales. Deciden ingreso en Neurología. Ahí le realizan analítica con Anticuerpos Anti NMDA con resultados positivos y TAC abdominopélvico en el que describen "teratoma de probable origen ovárico izquierdo, bien delimitado, sin áreas de realce, con estructuras dentales en su interior".

Enfoque individual: a la llegada a urgencias, regular estado general, dolor en hipogastrio. Confusa y con comportamiento desinhibido, resto

Exploración neurológica normal. Constantes normales. FUR: Hacia una semana.

Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen: Dolor a la palpación en hipogastrio. Murphy y Blumberg negativo activos. TAC Craneal: normal. Punción lumbar: normal. TAC Abdominal: Teratoma de probable origen ovárico izquierdo, bien delimitado, sin áreas de realce, con estructuras dentales en su interior.

Enfoque familiar y comunitario: Relacionar los dolores hipogástricos con cuadros neuropsiquiátricos.

Juicio clínico: Encefalitis autoinmunitaria secundaria a teratoma ovárico.

Tratamiento, planes de actuación: Ooforectomía laparoscópica del teratoma ovárico.

Evolución: Tras la operación desaparecieron los síntomas tanto psiquiátricos como abdominales y en revisiones se encuentra bien.

Conclusiones

Relacionar los dolores hipogástricos con cuadros neuropsiquiátricos.

Palabras clave

Teratoma, Encefalitis, Ovary

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

TCE en paciente anticoagulado

Benítez Torres G¹, Pedrosa Arias M², Sánchez Gálvez M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Torpeza en la marcha, cefalea que sólo cede parcialmente a analgesia habitual e incontinencia urinaria. Síntomas progresivos tras caída hace cuatro días con traumatismo craneoencefálico al que el paciente no le dio importancia.

Historia clínica

Paciente de 63 años, anticoagulado con sintrom, que refiere caída con TCE hace 4 días sin pérdida de conocimiento ni otros signos de alarma. Tras este acontecimiento comienza con un cuadro progresivo de deterioro del estado general con dificultad para caminar, cefalea e incontinencia urinaria. Dada la clínica referida, se decide derivar al paciente a Urgencias hospitalarias para nueva valoración y realización de prueba de imagen ante la sospecha de sangrado intracraneal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: FRCV: DM2, dislipemia, HTA y SAOS. IAMSEST con stent en DA. TVP con TEPA.

Exploración: Paciente con regular estado general, palidez cutánea, eupneico en reposo. Consciente y orientado en las tres esferas. Glasgow 15/15. *Exploración neurológica:* En consulta de Atención Primaria no presentaba focalidad neurológica grosera. En Urgencias hospitalarias se describe discreta dismetría de MSI. Romberg negativo activo.

Pruebas complementarias: Analítica: Destaca INR en 2.49, que se normaliza a 1.3 tras administración de vitamina K y protrombina. TAC cráneo: Hematoma subdural

agudo en la convexidad cerebral izquierda de 20 mm que produce efecto masa con borramiento de surcos cerebrales y colapso ventricular ipsilateral, así como herniación subfalciana contralateral.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es independiente para las ABVD y vive en su domicilio con su esposa diagnosticada recientemente de Alzheimer. Cuentan con apoyo familiar de sus hijos.

Juicio clínico: Hematoma subdural agudo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: ICTUS isquémico. Resto de hemorragias intracraneales. Hipertensión intracraneal no hemorrágica. Tumor cerebral.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresa a cargo del servicio de Neurocirugía para evacuación de hematoma mediante trépano y drenaje.

Evolución: El paciente se encuentra en la Unidad de Reanimación sin incidencias durante el traslado, despierto y hemodinámicamente estable.

Conclusiones

En el ámbito de Atención Primaria, todo paciente anticoagulado, tras un TCE, y pese a estar el INR en rango terapéutico, se le debe realizar una *Exploración neurológica* completa e instruir sobre los signos de alarma por los que deba acudir al Servicio de Urgencias.

Palabras clave

Hematoma Subdural, Anticoagulación, Cefalea

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Planificación anticipada de decisiones en un paciente terminal

Lucena León M¹, Frutos Muñoz L², Orcera López M³

¹ Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

Ámbito del caso

En la consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta la mujer del paciente para saber resultado del TAC de su marido. En oncología le han dicho que de los resultados les puede informar su médico de familia antes de que acudan a la revisión.

Historia clínica

Varón de 67 años con carcinomatosis peritoneal en tratamiento con quimioterapia que debe ser suspendido por pancitopenia severa. En oncología no informan del pronóstico de la enfermedad ni a él ni a su familia.

Enfoque individual: Diabético e hipertenso. Diagnosticado de cáncer de colon estadio C en febrero de 2011. Se trata con cirugía y quimioterapia adyuvante con XELOX. Realiza revisiones semestrales en oncología y en febrero de 2015 diagnostican carcinomatosis peritoneal tratando nuevamente con quimioterapia FUOX. En octubre de 2015 se produce un nuevo ingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta, varices esofágicas e hipertensión portal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Tiene una hija casada que vive en Granada y tiene un niño y una niña y tiene otro hijo aún no independizado que vive con ellos. Buena dinámica familiar. Familiar nuclear con

parientes próximos en estadio III, final de la extensión, del ciclo vital familiar.

Juicio clínico: El paciente y su familia no han sido informados de la gravedad del proceso en la consulta de oncología.

Tratamiento, planes de actuación: Se comunica a la mujer el deterioro progresivo de su marido que es desmentido por el oncólogo, al mes siguiente, en la revisión. Mantenemos actitud expectante hasta que el paciente y la mujer nos solicitan información tras su ingreso en octubre.

Evolución: Tras su alta y dado el deterioro del paciente y la necesidad de información, volvemos a informar del pronóstico de la enfermedad y planteamos la planificación anticipada de decisiones que aceptan.

Conclusiones

El médico de familia tiene una situación privilegiada para tratar a sus pacientes y familias a lo largo de su vida, incluida su etapa final. Escuchar, comprender, informar y saber estar para dar la información que nos piden y en el momento que la solicitan, es nuestro trabajo y nuestra obligación que, aún resultando dura y difícil es, a su vez, satisfactoria.

Palabras clave

Consentimiento, Planificación, Terminal

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Manejo en urgencias de artritis idiopática juvenil

Ramírez Sánchez D¹, López Díaz J², Hinojosa Fuentes F³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. CS Trigueros. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Cojera de miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Antecedentes personales: Niña 7 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Bien vacunada. Sinovitis de cadera derecha en seguimiento por Pediatría hasta 3 meses antes.

Enfoque individual. Anamnesis: Impotencia funcional de miembro inferior izquierdo de 8 horas de evolución de forma súbita sin traumatismo ni cualquier proceso infeccioso en los 20 días previos. Fiebre en este contexto. Sin inflamación ni lesiones en la piel.

Exploración: Dolor a la rotación externa e interna de cadera izquierda y a la flexo-extensión. Mantiene postura antiálgica con flexión de dicho miembro; No se aprecia eritema ni edema a nivel cadera izquierda. No alteración a nivel de rodillas y tobillos. Dificultad para caminar. No alteración de cadera derecha.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica: Normal. PCR 180 mg/l. Ecografía cadera izquierda de urgencias: se observa mínima cantidad de líquido libre y edema óseo mínimo de cadera izquierda. No fracturas.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel socio-cultural medio-alto. Familia bien estructurada.

Juicio clínico: Artritis idiopática juvenil.

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide; fractura cadera; inflamación de tejido

inflamatorio; Lupus eritematoso sistémico; malformación congénita; osteomalacia; osteomielitis.

Identificación de problemas: los que puede desencadenar en su vida diaria, en la actividad deportiva etc.

Tratamiento, planes de actuación: Durante el ingreso precisó de tratamiento con Cloxacilina intravenosa. También precisó de artrocentesis de cadera izquierda. Al alta se mantiene antibiótico vía oral (Cefadroxilo durante 10 días) además de antiinflamatorios para controlar el dolor.

Evolución: Tras atención en urgencias se ingresa en Planta de Pediatría dados los hallazgos de ecografía. En planta Artrocentesis con líquido sinovial negativo activo descartándose artritis séptica, anticuerpos negativo activos, serología negativa activa. Buena evolución a la semana del ingreso. Finalmente alta con tratamiento antibiótico en domicilio y posteriores revisiones por Pediatría de Primaria y Reumatología.

Conclusiones

Importancia de derivar a Urgencias hospitalarias signos de alarma como impotencia funcional de cadera en niña de 7 años para realización de pruebas complementarias. Tener en cuenta siempre si el paciente ha presentado en los 20 días previos cuadro catarral, cuadro de gastroenteritis,... que puede ser una de las causas de presentación de esta patología estudiada.

Palabras clave

Arthritis, Juvenile, Cloxacillin, Pain

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cuando las cosas no son lo que parecen

De Francisco Montero M¹, Aguado de Montes M², González López A³

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

2 Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

3 Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Gonalgia.

Historia clínica

Acude a consulta por gonalgia derecha de meses de evolución. Valorada por traumatólogo en consulta privada, se diagnostica tendinitis anserina. Ausencia de mejoría tras varias sesiones de rehabilitación. Se solicita RMN donde se objetiva infiltración neoplásica en tercio proximal de tibia extensión de partes blandas.

Enfoque individual: 64 años sin AP de interés salvo AIT en 2012, profesora universitaria, previamente sana, escasa asistencia en CS.

A la exploración presenta ECOG 0, adenopatía cervical izquierda mayor a 1cm y adenopatías inguinales derechas, la mayor aproximadamente de 2.5 cm.

Enfoque familiar y comunitario: Su marido es Oftalmólogo, recientemente enfermo por un infarto masivo, por lo que la paciente y su familia estaban centrados en él.

Juicio clínico: Linfoma B Difuso de Células Grandes, no centrogerminal, doble expresor (bcl2 y c-myc), aparente estadio IV, IPI 3 (> 60a, estadio IV y LDH).

Diagnóstico diferencial: tendinitis anserina.

Identificación de problemas: No hemos llevado la iniciativa para el manejo de esta paciente en

el CS, y el seguimiento del traumatólogo, en este caso con asistencia privada, nos ha desviado la atención por el diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: Se remite a Traumatología donde se realiza biopsia compatible con linfoma B difuso de célula grande. En gammagrafía ósea captación única en tibia derecha. No síntomas B. Analítica LDH. 500, resto normal. La paciente ingresa en Hematología para completar estudio e iniciar tratamiento. Se realiza PET/TAC donde se objetiva además de lo ya conocido afectación linfática infradiafragmática. Comienza quimioterapia (EPOCH-R). En inmunofenotipo no se objetiva infiltración por linfoma No Hodgkin B en la médula ósea.

Evolución: Tras buena evolución la paciente es dada de alta. Actualmente se encuentra asintomática y está realizando el segundo ciclo de quimioterapia.

Conclusiones

La alta frecuencia de patología banal ante la presencia de algo tan inespecífico como una gonalgia, nos dirige hacia el Diagnóstico más frecuente, sin embargo, siempre hay que prestar atención ante la aparición de posibles datos de alarma. Aunque el paciente acuda a otro tipo de asistencia, también son nuestra responsabilidad, y cuando vengan a informarnos, no podemos obviar nuestro papel como médicos de familia, mediante exploración y datos complementarios que sean precisos.

Palabras clave

Lymphoma, Knee Pain

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome postpolipectomía

Real Campaña M¹, Alonso Pino M², Valladares Jiménez C²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

² Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cuadro presincoanal y dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 48 años que acude al servicio de Urgencias por presentar cuadro presincoanal y dolor abdominal tras realización de colonoscopia. Nauseas sin vómitos. Tránsito gaseoso conservado. Febril.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Madre con CCR. RAM: Sulfamidas. Hábitos tóxicos: Fumador de 20 cig/d. Bebedor diario de 2-4 vasos de cerveza al día. No FRCV. TA: 158/84; Fc 100lpm, T^a38°C; StO₂99%, GC 114.

A la exploración paciente COC, BHYN, eupneico en reposo saturando al 99%. Palidez mucocutánea. REG. AC: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación de hemiabdomen derecho con Blumberg positivo.

Analítica de Urgencias: Glucosa 122mg/dL; iones, función renal y hepática normales. PCR 0.39mg/dL; Hb 14mg/dL, Leucos 19.3000 nL con neutrofilia. Serie plaquetaria y coagulación normales. Rx de abdomen en bipedestación con luminograma conservado y cúpulas libres.

Colonoscopia: Pólipo plano reseado. Angiodisplasia única de sigma/descendente.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 3 hijos. Buena relación familiar. Nivel socioeconómico alto.

Juicio clínico: Síndrome postpolipectomía.

Diagnóstico Diferencial: Hemorragia y perforación postpolipectomía

Tratamiento, planes de actuación: Dieta líquida y valorar tolerancia. Paracetamol/Metamizol cada 8h. Domperidona 15 min antes de las comidas.

Evolución: Buena.

Conclusiones

El "síndrome post-polipectomía", "síndrome post coagulación endoscópica" o "síndrome de quemadura transmural" son términos referidos al desarrollo de dolor abdominal, fiebre, leucocitosis, elevación de PCR y distensión abdominal en ausencia de perforación tras la realización de una polipectomía con electrocoagulación. El reconocimiento de esta entidad es importante para evitar el uso de laparotomías exploradoras innecesarias dado que se resuelve con tratamiento conservador en la mayoría de los pacientes.

Palabras clave

Colonoscopia, Dolor abdominal, Síndrome Postpolipectomía

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cuidados paliativos en Atención Primaria

Delgado Osuna Á¹, Gómez Torrado R², Moral Morales A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS San Luis. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Juicio clínico: Disnea nocturna de probable carácter ansioso en paciente paliativa.

Motivos de consulta

Disnea nocturna y astenia que no mejora.

Diagnóstico diferencial: derrame pleural.

Historia clínica

Mujer de 73 años diagnosticada hace 4 meses de carcinoma renal y metástasis hepáticas y pulmonares en seguimiento domiciliario por Médico de Familia y Hospitalización Domiciliaria.

Tratamiento: escitalopram 10mg en el desayuno, alprazolam 0.25mcg por la mañana y a medio día, Lorazepam 1mg en la noche.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, migraña.

Plan de actuación: se anima a la paciente, se habla con familiares para recordar el mal pronóstico de la situación, ofreciéndoles contactar con nosotros cuando así lo necesiten. Se informa que la astenia y la impresión de enfermedad puede ocasionar esa sensación de disnea cuando llega la noche.

Anamnesis: paciente que tras ser valorada por Medicina Interna se decide cuidados paliativos y control por su Médico de Familia y Hospitalización Domiciliaria. Se acude a domicilio semanalmente. Refiere dormir poco por las noches por "falta de aire", tumbada y sentada. Tratamiento: furosemida 40mg cada 24h, fentanilo 12mcg parches cada 72 horas, fentanilo sublingual 67 mcg de rescate, dexametasona 4mg en la mañana

Evolución: Se contacta telefónicamente con familiares a los 3 días. La paciente descansa mejor por las noches.

Exploración: Aceptable estado general, sentada en sofá acompañada de familiares. Buen murmullo pulmonar sin ruidos patológicos. SaO₂ 98% aire ambiente. Habla no disneica. Tonos cardíacos rítmicos a unos 80 lpm. No edemas en miembros inferiores. Abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, palpando mínima hepatomegalia.

Conclusiones

La medicina de familia es una especialidad médica que acompaña a la persona desde su nacimiento hasta el final de su vida, y no se debe olvidar que juega un papel fundamental en todo momento, en este caso acompañando al paciente y a su familia al final de la vida, paliando síntomas y signos que vayan surgiendo, evitándole dolor al núcleo familiar en su conjunto. Por eso, no se debe descuidar la formación paliativa, porque en algún momento nuestros pacientes podrán requerir cuidados en este aspecto.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar.

Palabras clave

Palliative Care, Family Practice, Empathy

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome confusional agudo. La importancia de la yatrogenia

Pérez Ruiz A¹, Serrano Benavente R¹, Soto López M²

¹ Médico Adjunto de UGC Unidad de Cuidado Coronario. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Disminución del nivel de consciencia.

Historia clínica

Hombre de 44 años que en las últimas 24 horas presenta disminución del nivel de consciencia e hiporexia; y en el día actual, episodio de rigidez de piernas, revulsión ocular y dos vómitos posteriores.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Esquizofrenia. Crisis convulsiva 3 meses antes. En tratamiento con Biperideno, Lormetazepam, Olanzapina y Fenobarbital.

Exploración física: TA 129/87 mmHg, 76 lpm, SatO₂ 99%, afebril. Escala de Glasgow: 8. Pupilas midriáticas reactivas. Resto de exploración por aparatos, sin interés.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm. Analítica: Creatinina 0.66, Sodio 111, Osmolaridad plasmática 225, Osmolaridad orina 190, Sodio orina 48, tóxicos en orina positivo a benzodiazepinas y barbitúricos. Resto de analítica normal (incluida TSH, hemograma y gasometría venosa). Rx tórax normal. TAC craneal: edema cerebral.

Enfoque familiar y comunitario: Institucionalizado en residencia privada.

Juicio clínico: Hiponatremia severa por Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) secundario a Olanzapina.

Diagnóstico diferencial: SIADH secundario a enfermedades pulmonares, tumores, trastornos del SNC, VIH, idiopática...

Tratamiento, planes de actuación: Durante su ingreso se inició tratamiento con sueroterapia hipertónica y restricción hídrica, suspendiendo Olanzapina. Al alta estaba asintomático con Sodio de 136.

Evolución: Ha continuado con buena evolución.

Conclusiones

Los criterios diagnósticos del SIADH son: Hiponatremia con hipoosmolaridad sérica, inapropiado aumento de la osmolaridad urinaria (mayor a 200 mmol/kg) relativa a la osmolaridad plasmática, elevación del sodio urinario (mayor a 20 mmol/l); sin evidencia clínica de depleción de volumen, función renal, tiroidea y adrenal normal. Diversos medicamentos se han asociado a hiponatremia y/o SIADH, incluyendo algunos de elevado consumo como antidepresivos, antipsicóticos y diuréticos, además de los análogos de la ADH, algunos antiepilépticos y otros fármacos como benzodiazepinas, metadona y algunos citostáticos. La clínica de la hiponatremia es semejante a los síntomas de descompensación psicótica por lo que se corre el riesgo de que, en caso de este tipo de pacientes, la hiponatremia sea solapada por la enfermedad de base y no sea tratada oportunamente. Por lo anterior se recomienda que, en el manejo clínico y terapéutico cotidiano de estos pacientes, se realicen determinaciones de los niveles de sodio plasmático al igual que de la osmolaridad urinaria.

Palabras clave

Hyponatremia, Syndrome Of Inappropriate ADH Secretion, Antipsychotic Drugs

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Una picadura negra

Cabrera Díaz A, Turnes González A, Montoro Gueto F

Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión en piel.

Historia clínica

Paciente de 29 años que consulta por lesión papulosa y no dolorosa en 1º dedo mano izquierda.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Paciente sano, trabaja como ganadero (cabras y ovejas)

Anamnesis: Paciente de 29 años que consulta por lesión en 1º dedo mano izquierda. Asocia sensación distérmica no termometrada.

Exploración: Pápula de 2mm de base eritematosa no dolorosa pero sí pruriginosa en 1º dedo mano izquierda. No se aprecian adenopatías locorregionales ni otra sintomatología

Pruebas complementarias: Exploración general, palpación de adenopatías.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en período de formación.

Juicio clínico: Carhunco.

Diagnóstico diferencial: Carhunco, picadura de insecto.

Identificación de problemas: El entorno sociolaboral del paciente es el que nos da la clave para identificar esta infección.

Tratamiento, planes de actuación:

Se decide iniciar tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8horas y observación.

Evolución: Al día siguiente el paciente acude a urgencias del CS por cambios en la lesión, apareciendo una ulceración central, escara negra con edema y eritema perilesional así como una adenopatía en región axilar izquierda. Se revisa la prescripción en la guía terapéutica de atención primaria y decidimos cambiar el antibiótico por Fenoximetilpenicilina 500mg/6h durante 10 días.

Conclusiones

En este caso, realizar una buena historia clínica teniendo en cuenta el entorno sociolaboral del paciente (vive en un medio rural y trabaja como ganadero) nos da las claves para diagnosticar esta infección poco frecuente en otras poblaciones. En este caso se trata de una manifestación cutánea de la enfermedad sin clínica respiratoria, gastrointestinal ni meníngea.

Palabras clave

Anthrax, Lymphadenopathy, Goats

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Faringitis complicada

Bajo Escudero M¹, Franco Calderón M¹, Real Campaña M²

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Paciente de 24 años de edad que comienza con cuadro de faringitis, acudiendo a su MAP quien diagnostica de amigdalitis pultácea y pauta tratamiento antibiótico (amoxicilina). Dos días después comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambos brazos en reposo. Acude a urgencias, detectándose un ascenso generalizado del segmento ST en el EKG y objetivándose elevación de troponinas.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Madre con hipotiroidismo.

Antecedentes personales: No RAMC. No hábitos tóxicos. DLP. No HTA ni DM ni cardiopatía conocida. No IQ de interés.

Exploración: Estable hemodinámicamente (TA: 118/78; FC 91 lpm; StO₂ 99%). BEG, COC, BHYP, Eupneica en reposo. ACP: Ruidos cardiacos puros y rítmicos. MVC. Abdomen y extremidades anodino. PC: EKG: Ascenso generalizado del segmento ST en forma cóncava. Descenso en precordiales septoposteriores. RS controlado a buena frecuencia (80lpm). Rx Tórax: Sin cardiomegalia ni otras alteraciones de interés. Analítica: iones y función renal normal. Hb normal. Leucocitosis de 11.300. Plaquetas y coagulación sin alteraciones. Pico de troponinas en 28ng/mL, con posterior descenso. Ecocardiografía: Dentro de los límites de la normalidad. FE 60% (Simpson). Ligerero refuerzo ecogénico compatible con miopericarditis.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: SCA.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo relativo durante 15 días. Evitar esfuerzos físicos intensos durante 6 meses. Ibuprofeno 600mg. Omeprazol 20mg.

Evolución: Favorable, sin dolor torácico desde el ingreso, con descenso de reactantes y enzimas cardiacas. Encocardiografía sin complicaciones. Asintomática, tolerando adecuadamente la deambulacion.

Conclusiones

La etiología de la miopericarditis puede ser por causa: infecciosa bien por virus (adenovirus, enterovirus, parvovirus...), por bacterias (chlamydia, neisseria, mycoplasma...) o por protozoos (Trypanosoma cruzi, leishmaniasis, malaria...). No infecciosa, secundarias a: AR, hipereosinofilia, kawasaki... Cardiotoxinas (Alcohol, cocaína...). Fármacos. Vacunas. Embarazo. Idiopática. La historia clínica del paciente con miopericarditis se precede de una serie de síntomas no cardiacos como cuadro pseudogripal con fiebre, cefalea, tos, mialgias y malestar general, en algunas ocasiones presentará incluso síntomas gastrointestinales como nauseas, disminución de apetito e incluso diarrea. Las manifestaciones cardiacas tienen lugar horas después y es muy característica su irradiación a la región supraclavicular y a la zona de los trapecios debido a la afección de los nervios frénicos que atraviesan el diafragma. El dolor suele aumentar de intensidad con la inspiración, los movimientos torácicos, el decúbito y la tos, y suele mejorar en sedestación con el tronco inclinado hacia delante

Palabras clave

Miopericarditis, Cardiopatía, Pericarditis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome febril

Bajo Escudero M¹, Franco Calderón M¹, Real Campaña M²

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Síndrome febril de varios días de evolución.

Historia clínica

Acude a Urgencias por cuadro de fiebre de hasta 39°C no precedida de tirtonas y dolor costal izquierdo de 5 días de evolución acompañado de tos seca y que no ha mejorado con el tratamiento antibiótico prescrito (Amoxi/clav). Refiere cuadro de tos continua que atribuía a "catarros" que desaparecían y volvían a los pocos días y astenia con sudoración nocturna en el mes previo. Niega antecedentes epidemiológicos de viajes o contacto con enfermos salvo ingreso de su hijo en Dic de 2017 por espondilodiscitis.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Madre con HTA

Antecedentes personales: No RAMC. No hábitos tóxicos. No FRCV.

Exploración: StO₂ 95%, TA 98/52, afebril. AEG. AP: Hipoventilación basal izquierda. AC: taquicardia. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12mg/dL microcítica e hipocroma, plt 454000, PCR 29.4 mg/dL. Autoinmune: Factor reumatoide, ANAs, Anti DNAs, ECA y TSH negativo activo. Bioquímica de líquido pleural: 1355 cels con 78% de mononucleares. ADA 42 UI/L, Glu 59mg/dL. Cultivo aerobio y anaerobio negativo activo. Ag de neumococo en orina negativo activo. Hemocultivos negativo. Serología de Myplasma pneumoniae y VIH negativo. Rx de tórax: Derrame pleural derecho y condensación en LS. Tc de tórax con contraste: Extenso derrame pleural izquierdo,

de aspecto loculado y con áreas de captación lineal de la pleural. Áreas de condensación con broncograma aéreo en ambos lóbulos superiores, con pequeñas calcificaciones en su interior. Imágenes nodulares subcentimétricas en LSD. Fibrobroncoscopia: Compresión extrínseca con colapso parcial de S6 izquierdo. Eco abdominal: lesiones hepáticas de características típicas de hemangioma.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos. Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Neumonía bilateral con derrame pleural izquierdo. Sospecha de peluritis por Mycobacterium tuberculosis.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bacteriana, Sarcoidosis.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo relativo. Sulfato ferroso. Rifampicina, isoniacida, Pirazinamida y etambutol. Paracetamol.

Plan de actuación: -Monitorizar toxicidad farmacológica. Prevención de reactivación de TBC. Estudio a familiares y personas cercanas.

Evolución: Mejoría clínica.

Conclusiones

La tuberculosis pleural es una de las formas extra pulmonares más frecuentes de la tuberculosis y se presenta como una enfermedad aguda con síntomas inespecíficos como fiebre, tos no productiva y dolor torácico pleurítico pleural sin elevación de serie blanca en analítica. Otros síntomas frecuentes son la sudoración nocturna, la astenia, la disnea y la pérdida de peso.

Palabras clave

Neumonía, Derrame Pleural, Tuberculosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, me siento inquieto

Bajo Escudero M¹, Franco Calderón M¹, Real Campaña M²

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Inquietud y palpitaciones.

Historia clínica

Paciente de 73 años que acude a urgencias por malestar, disnea y palpitaciones. No dolor torácico. No fiebre. No cortejo vegetativo. Se realiza EKG en urgencias y se objetiva FA con RVR, a unos 120lpm. Dado el cuadro brusco de disnea, y la sospecha de TEP se realiza un angioTAC donde se visualiza un defecto de repleción bilateral, diagnosticándose de TEP bilateral.

Enfoque individual: no RAM. HTA en tratamiento con olmesartan/amlodipino/HCT. HBP en tratamiento con finasterida. Colectomía por litiasis biliar que se complicó con absceso subfrénico en 2012 secundario a litiasis de vesícula residual alojada en cavidad abdominal por rotura de vesícula durante la cirugía. Dado de alta en Sept 2017 por doble ulcus duodenal, en tratamiento actual con omeprazol de 40mg. ha estado en tratamiento erradicador para H. Pylori. FA en postoperatorio que revirtió a ritmo sinusal, manteniendo RS posteriormente en revisiones. No anticoagulado. Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Antiagregado con AAS 150mg.

Exploración: BEG, COC, BHYN, Normocoloreado. Eupneico en reposo con saturación basal de 85% que remonta a 95% con FiO2 28% 6L. ACP Ruidos cardiacos arrítmicos y puros. Hipoventilación en bases pulmonares, sin ruidos sobreañadidos. Extremidades: Asimetría en región gemelar derecha dolorosa a la palpación. RD deformada con características artrósicas sin edemas ni signos de TEP.

Pruebas complementarias: Analítica: Cr 1.5 mg/dL. Iones normales. Hemograma y coagulación sin alteraciones significativas. Gasometría arterial: pH 7.43, pCO2 35.5mmHg. PCR 737 mg/dL. EKG: FA a 120 lpm. Rx de tórax: Elevación de ambos hemidiafragmas. No derrame ni infiltrados. AngioTAC: Extenso TEP bilateral. Consolidaciones en ambas fases. Mínimo derrame pleural bilateral. Eco-Doppler venoso MMII: Se descarta TVP en ambos MMII.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente viudo obeso con poco soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: TEP bilateral extenso sin TVP conocida. FA con RVR paroxística.

Diagnóstico diferencial: Disección de aorta, neumotórax, SCA, neumonía.

Tratamiento, planes de actuación: Anticoagulación oral, Amiodarona. Continuar con tratamiento habitual.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Los factores de riesgo del TEP incluyen hospitalización previa, trombofilia, cirugía, cáncer, embarazo, inmovilización prolongada, traumatismo, obesidad y acceso venoso central. Las complicaciones del TEP incluyen arritmias, hipertensión pulmonar crónica, cor pulmonale y shock obstructivo. El paciente puede encontrarse desde asintomático, a presentar disnea, taquipnea, dolor torácico pleurítico, tos, fiebre y hemoptisis.

Palabras clave

TEP, FARVR, Insuficiencia Respiratoria

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

De efectos secundarios a diagnóstico de neoplasia

Gracia Rodríguez R¹, Luque Ruano A²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba

² Médico de Familia. CS Bujalance. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

“No se puede mover”.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 61 años que acude por disfasia, se sospecha de accidente isquémico transitorio (AIT), se deriva a urgencias y es ingresado en Neurología para estudio. Recibe el diagnóstico de AIT de etiología indeterminada y tratamiento con clopidogrel. Una semana después consulta por picor en manos y pies, y un día después, por artralgias y artritis aguda. Acudió a urgencias donde se le realizó una analítica apareciéndole PCR de 132 y recibe alta diagnosticado de artritis aguda. En atención primaria se pide analítica ampliada para descartar artropatía. No acude a la extracción porque, según su esposa no se puede levantar por dolor intenso en caderas y hombros. Visitamos al paciente que presenta dolor caderas, enrojecimiento y calor en muñeca y tinte ictérico, derivamos a urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Madre y hermano con β Talasemia.

Juicio clínico: Posible efecto secundario a Clopidogrel tras el AIT. Pólipo vesical.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades víricas, autoinmunes, metabólicas o por depósito, tóxicos. Cáncer de vejiga o adenoma vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Clopidogrel, ranitidina, AAS, metformina, enalapril, lecanidipino. Tratamiento de base, quitar clopidogrel y realizar analítica completa junto a pruebas complementarias.

Evolución: Tras suspender el clopidogrel el paciente mejora. Está a la espera de comenzar el tratamiento de la neoplasia diagnosticada con las pruebas complementarias.

Conclusiones

El enfoque integral del caso evita diagnósticos aislados. Relación temporal del clopidogrel y la aparición del cuadro clínico (Picor, artritis y artralgias). Diagnóstico incidental de un pólipo en vejiga, no relacionado con síndrome constitucional, con resultados de neoplasia tras la realización de TAC abdominal en busca de focalidad de sus síntomas.

Palabras clave

Clopidogrel, Artritis, Transaminasemia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Doctor la Diabetes Mellitus se cura?

Merino de Haro I¹, De Haro Romero M², Pérez Buendía I³

¹ Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

² FIR. Hospital Virgen De las Nieves. Granada

³ Médico de Familia. Complejo Hospitalario Granada. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia y pérdida de peso.

Historia clínica

Resumida en la anamnesis y exploración.

Enfoque individual. Anamnesis: Consulta 1: Paciente de 56 años, que acude a consulta por pérdida de peso, de unos 15kg, astenia, y sensación de parestesias en miembros inferiores. No fiebre, ni otra clínica.

Exploración: Buen estado general, no impresiona de gravedad. ACR: rítmica a buen ritmo (74lpm), con MVC en todos los campos. Abdomen: Anodino. MMII: Anodinos. TA: 135/87. FC: 74lpm, SatO₂: 98%, IMC: 23.5 Glucemia capilar: 677. Tras la glucemia capilar: rehistoriamos al paciente que refiere que era Diabético, pero que hace un año en la consulta Programada de Medicina Interna, le informaron que no tenía que tomar medicación para la Diabetes, porque estaba curado (no disponemos de Informes Clínicos). Dejó de tomar medicación que no recuerda. Y asocia poliuria, y polidipsia, sin polifagia, y parestesias en miembros inferiores. Tratamos con SF500 e insulina, y presenta mejoría glucémica de en torno a 245, y añadimos Metformina 850mg 1/24h, Pregabalina 25mg 1/24h. Recitamos al paciente en 3 días. Consulta 2: Mejoría de niveles glucémicos de en torno a 229, y clínica, aumentamos tratamiento a Metformina 850mg/8h y Linagliptina 5mg, y

Pregabalina 25mg 1/12h. Solicitamos analítica de perfil diabético. Y derivamos a educación diabetológica. Consulta 3: A la semana acude con mejoría clínica y glucémica, los resultados de la analítica presentan HbA_{1c} de 11, sin otros datos de interés. Añadimos Glicazida 60mg /24h. Consulta 4: A la semana recitamos al paciente y presenta buen control glucémico de cifras en torno a 205, y mejoría de la neuropatía.

Enfoque familiar y comunitario: Pertenece a una Familia Nuclear, en la que su mujer con la que mantiene una excelente relación. En fase de finalización de extensión.

Juicio clínico: Diabetes Mellitus, con incumplimiento terapéutico, por posible mala comunicación médico-paciente. Polineuropatía diabética.

Tratamiento, planes de actuación: Metformina 850mg/8h, Linagliptina 5mg 1/24h, Glicazida 60mg 1/24h, Pregabalina 25mg 1/12h.

Evolución: Tras 7 meses de tratamiento presenta un perfil glucémico de 146, con HbA_{1c} de 7.2, y mejoría clínica evidente de la polineuropatía.

Conclusiones

La comunicación en la Atención Médica es un arma fundamental, por lo que su conocimiento es clave en nuestro desarrollo profesional.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Medical Errors

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

A propósito de un caso: sospecha de carcinoma pancreático

Acosta Urbano L¹, Rodríguez Chaves M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica. Granada

² Médico de Familia. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Acolia y coluria de una semana de evolución.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude al CS por acolia y coluria de una semana de evolución, previamente asintomática. Leve dolor en abdomen sin ictericia ni fiebre.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA en tratamiento farmacológico con buen control domiciliario. Taquicardia supraventricular paroxística tratada con betabloqueantes. Hernia de hiato y dispepsia. Tratamiento domiciliario: Enalapril 10 mg, Lormetazepam 1mg, Avamys pulverizador nasal, Bisoprolol 5mg/24horas y Omeprazol 20mg/24 horas. Enfermedad Actual: Acolia y coluria de una semana de evolución, previamente asintomática. Leve dolor en abdomen sin ictericia ni fiebre.

Exploración: Buen estado general, consciente orientada y colaboradora. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy negativo activo. Blumberg negativo activo. Presencia del signo Courvoisier-Terrier. Resto sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Los médicos de familia tienen que conocer y saber explorar el signo de Courvoisier-Terrier (vesícula biliar palpable no dolorosa) pues se puede

contextualizar en el escenario de una obstrucción maligna del conducto biliar común. Una vez detectado, debemos de agilizar las pruebas complementarias a realizar y derivaríamos al paciente de urgencia para ser tratado por cirugía y oncología.

Juicio clínico: Sospecha de carcinoma de páncreas.

Realizamos *diagnóstico diferencial* con cólico biliar y en el caso de presentar la paciente fiebre con una colecistitis aguda que provoque una obstrucción del conducto bilihepatopancreático.

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos a urgencias hospitalarias.

Evolución: La paciente es diagnosticada de un carcinoma ductal de páncreas que se interviene. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología Médica con hallazgos sugestivos de progresión tumoral hepática.

Conclusiones

La presentación tan aguda del proceso podría habernos hecho sospechar en un cólico biliar. Fue la presencia del signo de Courvoisier-Terrier, el que nos puso en alerta de que podría tratarse de una obstrucción maligna del conducto biliar común. Es importante conocer y saber detectar este signo pues podemos realizar un diagnóstico precoz de esta neoplasia y mejorar el mal pronóstico que estos pacientes tienen.

Palabras clave

Pancreatic Cancer, Courvoisier Terrier Sign, Bile Duct Obstruction

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora creo que el tratamiento anticonceptivo me sienta mal

Ruiz Sánchez F¹, Soto López M², Pérez Montes M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Axarquía Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Cansancio y disnea esfuerzo.

Historia clínica

Paciente mujer de 22 años que acude a la consulta de AP por astenia de dos semanas de evolución acompañada de disnea de esfuerzo y palpitations.

Además dolor retroesternal constante que no se modifica con la postura ni aumenta con movimiento. No síntomas de cva. Niega problemas personales.

Primera consulta tratada con AINEs y segunda con Propanolol 10mg sin mejoría.

Hoy acude por empeoramiento significativo desde hace 2 días.

Indagando en su historia observamos que había iniciado tratamiento con anticonceptivos hace unos 3 meses.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC. Sin AP de interés. Tratamiento: ACO desde hace 3 meses. COC. BEG. BHYP. Afebril. Eupneica en reposo. Normocoloreada. SatO₂ 99%. T^a 36°C TA 153/80mmHg FC 90 lpm.

Exploración ORL: normal. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias. No dolor a palpación. PPR negativo activa. No signos abdomen agudo. EEII: no edemas ni signos TVP. ECG: RS 80 lpm. Eje normal. No isquemia ni hipertrofia. PR simétrico y constante.

Enfoque familiar y comunitario: Hija menor de dos hermanas. Vive con sus padres, relación dependiente.

Juicio clínico: TEP secundario a consumo de anticonceptivos orales.

Diagnósticos diferenciales: Dolor osteomuscular, Pericarditis, neumotórax, neumonía.

Tratamiento, planes de actuación: Sederiva a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Evolución: En Urgencias: *Exploración física:* sin cambios. *Pruebas complementarias:* RX tórax: sin alteraciones significativas. ECG: RS a 88 lpm. No isquemia ni hipertrofia. PR simétrico y constante. *ANALÍTICA:* Hemograma: normal. Coagulación: Dimero-D 4550, resto normal. BQ: normal. Troponinas <0.01. Gasometría venosa: normal. TSH 1, 7. AngioTAC: defectos repleción a nivel arterias pulmonares lobares superior e inferior izquierdas, así a nivel de arteria lobar superior derecha, en relación con TEP bilateral.

Conclusiones

La mayoría de las mujeres que sufren una ETEV relacionada con anticonceptivos son personas sanas y no presentan otro factor de riesgo añadido. La presentación más frecuente es dolor torácico y disnea, sin repercusión hemodinámica. La RX tórax y ECG aportan datos objetivos en 40-50%. La hipoxemia infrecuente, siendo hipocapnia dato más característico de la gasometría. Evolución a largo plazo es muy buena aunque retraso en diagnóstico puede ser fatal. Las mujeres deben ser advertidas de posibles efectos adversos de anticonceptivos así como presentación clínica para detectarlos de forma precoz.

Palabras clave

Tromboembolismo Pulmonar Bilateral; Consumo Anticonceptivo; Disnea y Dolor Torácico

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor de espalda que terminó en UCI

Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres F², González Contero L¹

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor de espalda mecánico refractario a tratamiento médico.

Historia clínica

Varón de 67 años que acude a urgencias derivado por su médico por presentar dorsalgia refractaria a tratamiento médico desde hace 7 días, valorado en urgencia siendo diagnosticado de dorsalgia mecánica. Niega antecedente traumático ni sobreesfuerzo solo refiere que mientras caminaba sintió un chasquido en la espalda, y desde entonces el dolor es más intenso. No otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, hipertenso, dislipemia mixta, talasemia menor, cólicos renales. En estudio y seguimiento por Medicina interna por síndrome constitucional diagnosticándose como hallazgo casual de aneurisma de aorta ascendente. Intervenido de cataratas.

Anamnesis: dorsalgia mecánica de varios días de evolución que no mejora con tratamiento médico, sin trauma previo ni sobreesfuerzo, no otra sintomatología acompañante.

Exploración física: Tensión arterial: 160/100 mmHg, FC: 69 lpm, sat. O₂: 96%, T°: 36.9. Eupnéico, no tiraje ni asimetrías. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, Auscultación pulmonar normal. Abdomen anodino. Pulsos femorales y distales presentes y simétricos.

Pruebas complementarias: Analítica las tres series normal. ECG: ritmo sinusal. Radiografía

de tórax: no condensaciones ni derrames. Angio TAC tórax: hematoma aórtico intramural tipo B de Stanford hasta la proximidad de la transición tóraco abdominal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 3 hijas. Vive con su esposa. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Disección aórtica con hematoma intramural tipo B distal al origen de la arteria subclavia izquierda hasta transición tóraco abdominal.

Diagnóstico diferencial: Dolor de espalda, cólicos renales. Dolores abdominales. Isquemia intestinal. Disfagia. Dolor torácico.

Tratamiento: El paciente es ingresado en UCI para vigilancia y tratamiento, es valorado por cirugía vascular.

Planes de actuación: Será intervenido por parte de cirugía vascular.

Evolución: Favorable tras cirugía y tratamiento médico.

Conclusiones

Los aneurismas de aorta son una patología que habitualmente se diagnostica de forma incidental en la búsqueda de otras enfermedades, por lo que de entrada no se suele pensar en ellos salvo inestabilidad hemodinámica. Es importante tenerla en cuenta ya que es potencialmente mortal sobre todo cuando alcanzan determinadas dimensiones o se diseccionan.

Palabras clave

Backache; Aneurysm

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dando la cara...

Becerra Esteban P¹, Peña Pinto M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria en CS.

hace plantearnos pedir una radiografía de tórax ante ECG normal.

Motivos de consulta

Disnea y astenia.

Tratamiento, planes de actuación:

Se remite a urgencias hospitalarias y se realiza toracocentesis con salida de 1300 ml y TAC de tórax que evidencia lesión pulmonar derecha de aspecto neoplásico e implante pulmonares. En resultado de BAG se obtiene diagnóstico de Adenocarcinoma pulmonar.

Historia clínica

Mujer de 61 años que consulta por disnea y astenia de dos semanas que ha ido en aumento progresivamente sin cuadro constitucional marcado, ni recorte de diuresis ni edematización de miembros inferiores.

Evolución: Iniciando tratamiento con quimioterapia con buen ánimo y mucho apoyo familiar.

Enfoque individual: no hábitos tóxicos, HTA, prolapso mitral diagnosticado hace 15 años, gonartrosis.

Conclusiones

El Adenocarcinoma es un tipo de cáncer de pulmón no microcítico más frecuente en sexo femenino y no fumadores. Aproximadamente el 70% de los pacientes son inoperables en el momento del diagnóstico debido a enfermedad localmente avanzada como ocurre en este caso, aunque se benefician de combinaciones de quimioterapia con el uso de platino. En esta paciente cuyo motivo de consulta principal fue la disnea es importante hacer una marcada diferencia del origen de esta, cardiaco o pulmonar, la saturación de oxígeno basal nos orienta a pedir una prueba de imagen complementaria que nos puede llevar al diagnóstico, en este caso la simple RX de tórax es fácil de tramitar y está al alcance de los médicos de Atención Primaria, y nos puede dar mucha información para orientar patología potencialmente grave.

Exploración: Afebril, Sat O₂: 86% FC 85 lpm. AUC: Tonos rítmicos a buena frecuencia con soplo mitral audible. AUP: Hipoventilación en mitad inferior campo pulmonar derecho. Abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. ECG sin alteraciones. Se solicita RX tórax y se visualiza derrame pleural derecho importante.

Enfoque familiar y comunitario: Administrativa jubilada, buena relación familiar, vive con su hijo mayor y sus nietos.

Diagnóstico diferencial: ICC, TEP, Neumonía condensante, Derrame pleural, Neoplasia.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón derecho estadio IV A (T4N2M1a).

Identificación de problemas: La evidencia de disnea junto a la baja saturación de oxígeno

Palabras clave

Dyspnea, Adenocarcinoma, Pleural Effusion

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Reacción paranoide ante una situación estresante

Pazos Pazos N, Pérez Cornejo Y

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude a consulta por bajo ánimo y clínica ansiosa en relación a acoso laboral.

Historia clínica

Mujer que acude a consulta por varios episodios de hipertensión arterial. En una de las crisis hipertensivas comenta que está sufriendo mucho estrés y presión laboral debido a un conflicto en el trabajo y solicita la baja laboral. En el seguimiento se observa una mujer ansiosa, muy nerviosa, desanimada, con insomnio caracterizado por despertares precoces y déficit de atención en sus actividades de la vida diaria. Ante esta clínica se inicia tratamiento con mirtazapina y lorazepam, necesitando aumento de dosis por mal control clínico. En una de las revisiones la paciente acude a consulta comentando que se encuentra muy nerviosa a pesar del tratamiento por las continuas llamadas telefónicas (desmentidas por el marido) y por la presencia de voces en su cabeza. Ante el inicio de ideas delirantes se deriva a urgencias hospitalarias de Salud Mental para valoración. En Salud Mental es diagnosticada de reacción paranoide en paciente con trastorno adaptativo desencadenado por estrés agudo, y se inicia tratamiento con quetiapina. En seguimiento conjunto por Salud Mental se va aumentando dosis de quetiapina por escaso control sintomático.

Enfoque individual: mujer casada de 48 años. Sin antecedentes de interés salvo migrañas sin

tratamiento. Trabaja como directora de un centro de mayores. En tratamiento con mirtazapina, lorazepam y quetiapina por reacción paranoide en paciente con trastorno adaptativo desencadenado por estrés agudo, como se ha descrito en la historia clínica.

Exploración normal, salvo ánimo bajo, déficit de atención, poco colaboradora, tendencia a aislarse de la conversación con ideas delirantes (por lo que siempre viene acompañada por su marido). Presenta analítica y ECG normal.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer casada, madre de dos hijos y previamente correctamente adaptada socialmente.

Juicio clínico: Reacción paranoide ante trastorno adaptativo desencadenado por estrés agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Mirtazapina, lorazepam y quetiapina.

Evolución: En seguimiento por Salud Mental. Requiriendo ajuste de medicación antipsicótica por persistencia de sintomatología paranoide.

Conclusiones

Concluir aportando que ante pacientes sanos que acuden en múltiples ocasiones a consulta solicitando ayuda, indagar en posibles problemas sociales, ya que en muchas ocasiones es el origen de las somatizaciones.

Palabras clave

Depresión, Phychosis, Mobbing

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Hemorragia digestiva alta en relación a toxina alimentaria

Pazos Pazos N, Pérez Cornejo Y

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Acude a los servicios de urgencias por malestar general, dolor abdominal, náuseas sin vómitos y diarrea sin productos patológicos tras la ingesta de navajas en la cena.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias por malestar general, dolor abdominal, náuseas sin vómitos y diarrea sin productos patológicos tras la ingesta de navajas en la cena. En consulta se le administra nolutil, paracetamol, Primperam y suero fisiológico intravenoso con escasa mejoría. Al incorporarse el paciente refiere gran malestar, sudoración y comienza con vómitos en pozo de café. Tras observar esto se administra omeprazol intravenoso y se deriva a urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: Varón de 71 años con los siguientes antecedentes: Ex-fumador. Hipertenso en tratamiento con olmesartan y dislipémico en tratamiento con simvastatina. Paciente que como anteriormente se describe presenta un episodio de hemorragia digestiva alta autolimitada. Afectado por el dolor, tendencia a la hipotensión, abdomen doloroso sin defensa abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados. Resto de exploración normal. En urgencias hospitalarias se realiza analítica con

valores dentro de la normalidad y endoscopia oral evidenciándose gastritis aguda erosiva que no precisa tratamiento endoscópico urgente.

Enfoque familiar y comunitario: Varón divorciado, padre de dos hijos.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta provocada por gastritis aguda erosiva en contexto a toxina alimentaria.

Tratamiento, planes de actuación: En tratamiento con omeprazol 40mg y en revisiones por aparato digestivo.

Evolución: El paciente no ha vuelto a presentar episodio de sangrado. En tratamiento con omeprazol se encuentra asintomático y está pendiente de revisión por parte de digestivo.

Conclusiones

Una de las consecuencias de las toxinas alimentarias son las manifestaciones digestivas, entre las menos graves encontramos cuadros diarreicos autolimitados y entre las más graves encontramos la hemorragia digestiva. Es fundamental una correcta historia clínica ante cuadros de hemorragia digestiva para poder orientar la etiología y poder administrar el tratamiento correcto.

Palabras clave

Toxins, Hemorrhage, Erosive Gastritis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, todavía soy joven, tengo la menstruación...

Amaro García A, Zafra Olmo B, Zafra Romero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Faringitis.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas. Ictiosis congénita.

Anamnesis: Mujer de 51 años que acude a nuestra consulta por catarro, tras la valoración y cuando estamos prescribiendo el tratamiento, de manera sin importancia la paciente comenta: " Doctora, todavía tengo la regla y eso que llevaba cerca de 9 meses con desarreglos pero en tres semanas he tenido dos reglas y muy abundantes, como nunca... será la juventud". Al comentar este signo de alarma: Metrorragias abundantes, empezamos a investigar: refiere dolor en hipogastrio coincidiendo con metrorragias. No pérdida de peso, astenia que lo asocia a estrés laboral. Última citología fue en 2014, sin alteraciones, refiere que no acudió a la siguiente, porque a pesar de nuestras recomendaciones, se encontraba bien y no tenía relaciones sexuales. Ese mismo día en consulta, tomamos citología para agilizar proceso. Le explicamos a la paciente, que esto se debe de estudiar de manera preferente en el Servicio de Ginecología, pero que si antes de que vaya a consulta presenta otra metrorragia, que acuda a Urgencias, como así sucedió. La paciente acudió 3 días después a Urgencias, por metrorragia abundante y allí, se realiza Eco transvaginal, visualizándose: Cérvix aumentado de tamaño y nódulo en lbio anterior de 20x18mm. Biopsia cervical: Carcinoma

probablemente diferenciado. La paciente se queda ingresada, para estudio.

Enfoque familiar y comunitario: Padre cáncer de riñón.

Identificación de problemas: Metrorragia.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de cérvix, de endometrio, ovario... Pólipos endometriales. Miomas

...

Diagnóstico: Carcinoma de Cérvix G3 FIGO IIIA.

Tratamiento, planes de actuación: Tras los resultados analítica, y pruebas complementarias con estudio de extensión, la paciente presenta Carcinoma de Cérvix G. FIGO IIIA. En este caso, se decidió dar Quimioterapia con radioterapia, además de braquiterapia.

Evolución: Actualmente la paciente se encuentra recibiendo el tratamiento, y va tolerando.

Conclusiones

Es fundamental la labor del Médico de Familia, para detectar estos síntomas de alarma, porque al tener ellos más confianza con nosotros, nos comentan aspectos que creen que son normales, cuando no lo son. También tenemos que insistir en que se realicen los diferentes cribados de enfermedades, que hay actualmente.

Palabras clave

Metrorragia, Postmenopausia, Signos de Alarma

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Un descuido fatal

Carrillo Peñas N¹, Ignacio Expósito J¹, Hernández Marín F²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Reacción cutánea y tos.

Historia clínica

Niña de 4 años que acude por urticaria diseminada junto con edema palpebral y labial, picor orofaríngeo y tos perruna que se inicia de forma brusca. Los padres ante la aparición rápida y progresiva acuden a la cocina donde se encuentra la paciente y se dan cuenta que está tomando un vaso de leche de vaca. Su madre, invidente, se ha equivocado de caja de leche y pensó que era de soja. Provocan el vómito a la paciente y acuden apresurados a urgencias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a la proteína de leche vaca.

Anamnesis: Episodio previo similar por el que no consultaron.

Exploración: A su llegada se administra adrenalina a 0,01ml/kg, oxigenoterapia y se monitoriza. FC 120 lpm. TA 110/80 mmHg Sat O₂ 96%. Piel y mucosas: urticaria diseminada, edema parpebral y labial. Faringe hiperémica, sin edema de úvula. ACP: Rítmica sin soplos a alta frecuencia. MVC ligeros sibilantes diseminados. Abdomen y neurológico anodino.

Enfoque familiar y comunitario: No hay otros familiares con alergias.

Juicio clínico: anafilaxia.

Diagnóstico diferencial: urticaria aguda generalizada, angioedema, broncoespasmo.

Plan de actuación: pasa a Observación con oxigenoterapia y monitorización.

Tratamiento: a su llegada se administra adrenalina IM sin demora y oxigenoterapia. El tratamiento al alta son corticoides, antihistamínicos y autoinyectables de adrenalina.

Evolución: Durante su estancia en observación la *Evolución:* es buena, en las horas siguientes cede la urticaria y el edema así como la tos y los sibilantes y la frecuencia cardíaca se normaliza.

Conclusiones

La anafilaxia es una reacción alérgica de comienzo agudo, potencialmente fatal que afecta a más de dos órganos o sistemas. Su prevalencia entorno al 2% se encuentra subestimada ya que los casos leves/moderados no se diagnostican. Principalmente afecta a niños y adultos jóvenes siendo su causa principal la alimentaria. Estos casos pueden aparecer tanto en urgencias hospitalarias como extrahospitalarias, dada la brusca aparición de los síntomas, su rápida progresión y su gravedad deben ponernos alerta ante una reacción cutánea junto con síntomas digestivos, respiratorios, cardiovasculares o neurológicos. Destacar la importancia de su tratamiento, adrenalina IM, ya que hay que administrarlo sin demora y no existen contraindicaciones en su uso ante un caso de anafilaxia.

Palabras clave

Anafilaxia, Urticaria

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Arritmia o isquemia?

García García C¹, Zamorano Megina M², Jurado Sánchez I³

¹ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de Linarejos. Jaén

³ Médico de Familia. CS Baños de la Encina. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria. Y servicio de cirugía vascular.

Motivos de consulta

Refiere sensación de palpitaciones, sudoración y dolor en miembro inferior derecho (MID) desde hace 5 días que va en aumento.

Historia clínica

Paciente de 50 años que acude a consulta de su médico de atención primaria (MAP) por sintomatología referida desde hace varios días pero hoy está peor.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Bebedor moderado. Obesidad. Fumador de 30 paquetes/año.

Exploración: A su llegada es valorado de forma urgente detectándose: Regular estado general, eupneico, tolera decúbito, bien hidratado y perfundido, cociente y orientado. Tensión arterial (TA): 145/96. ACR arritmico, taquicardico a 140 latidos por minuto (lpm), buena ventilación. Abdomen anodino. No focalidad neurológica. No ingurgitación yugular. Glasgow 15/15, pares craneales conservados. Miembro inferior izquierdo (MII) sin hallazgos, MID con miembro frío, pálido, se palpa pulsos femorales sin poplíteo ni distales, no empastamiento gemelar, dificultad para mover dedos del pie. ECG: Fibrilación auricular con rvr a 140lpm.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: madre enfermedad cardiovascular precoz.

Juicio clínico: Fibrilación auricular (FA) de novo con respuesta ventricular rápida. Isquemia arterial aguda MID.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda. Patología osteomuscular de MID

Tratamiento, planes de actuación: Pauta de acenocumarol de forma indefinida.

Evolución: Dado los hallazgos clínicos se decide derivación a urgencias hospitalarias para valoración. Sospecha diagnóstica: Fibrilación auricular (FA) de novo con respuesta ventricular rápida. Isquemia arterial aguda MID. A su llegada al hospital el paciente es ingresado para control de FA. Se realiza eco doppler arterial hallándose arteria poplíteo dilatada de 20 mm con trombo. Se avisa a cirugía vascular realizándole una trombectomía urgente y angioplastia de arteria perinea como único vaso de salida distal. A los 2 meses acude de nuevo a su MAP porque vuelve a tener dolor en dicha pierna y sensación de inflamación. Se explora apreciándose MID con edema, inflamación e intenso dolor a la palpación. Siendo remitido de nuevo por su MAP para valoración urgente por sospecha de recidiva. Es valorado de nuevo por cirugía vascular realizando angioTAC aortoiliaco: apreciándose imagen compatible con pseudoaneurisma en tronco tibio-peroneo siendo programado de nuevo para reparación de pseudoaneurisma.

Conclusiones

La rápida actuación por parte de MAP al realizar la sospecha diagnóstica y derivación urgente y adecuada intervención de cirugía vascular permiten que el paciente conserve MID en buen estado, haciendo actualmente vida normal.

Palabras clave

Ischemia, Thrombus, Atrial Fibrillation

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Y si fuese por el nuevo tratamiento?

Zafra Olmo B, Amaro García A, Zafra Romero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Escherichia Coli productora de betalactamasa y Klebsiella pneumoniae.

Motivos de consulta

Prurito genital.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, sin hijos.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: dislipemia, hipertensión arterial, obesidad grado III, ACV (accidente cerebrovascular) hace 5 años sin secuelas, estenosis carotídea que precisó colocación programada de endoprótesis hace un año, DM2 (diabetes mellitus tipo 2) diagnosticada hace 25 años y en tratamiento con insulina (además de metformina) desde hace 15. Hace 3 meses ingresó en Cardiología por ortopnea y edemas maleolares diagnosticándose de cardiopatía hipertensiva e insuficiencia cardíaca con FEVI conservada; al alta se suspende metformina 850mg, sustituyéndola por dapaglifozina 5mg/metformina 1000mg.

Juicio clínico: Infección del tracto urinario (ITU) y vulvovaginitis de repetición.

Tratamiento, planes de actuación: Se han pautado varios tratamientos antibióticos (según antibiograma) y antifúngicos. Además de tratar cada episodio, es importante investigar y determinar la causa de dicha recurrencia y plantearse, por tanto, la suspensión de dapaglifozina por ser un fármaco glucosúrico que entre sus efectos adversos puede provocar vulvovaginitis e ITUs.

Anamnesis: Mujer de 64 años que refiere prurito genital acompañado de leucorrea; se realiza tratamiento empírico con comprimidos vaginales de clotrimazol 500mg (dosis única) y se solicita cultivo vaginal. A las tres semanas, acude para recoger los resultados y refiere persistencia de prurito y molestias genitales a pesar de tratamiento; en la muestra de exudado se aísla Haemophilus haemolyticus sensible a Levofloxacin, por lo que se trata con dicho antibiótico. La paciente vuelve a consultar hasta en 3 ocasiones más por los mismos síntomas, añadiéndose disuria y urgencia miccional sin fiebre, por ello se solicitan cultivos de orina y vaginales en cada episodio, aislándose en ellos: Cándida glabrata;

Evolución: Actualmente y tras la suspensión de dapaglifozina, la paciente se encuentra asintomática y no ha vuelto a presentar nuevos episodios de ITUs y/o vulvovaginitis. Sigue tratamiento antidiabético con insulina (novomix), liraglutide y metformina, consiguiendo niveles de hemoglobina glicosilada de 6.7.

Conclusiones

Como médicos de familia debemos ocuparnos de dar una atención integral a nuestros pacientes, es por ello que somos los responsables de la conciliación terapéutica y sospecha de los posibles efectos adversos de los tratamientos, debiendo realizar las intervenciones oportunas cuando estén indicadas.

Palabras clave

Pruritus vulvae, Adverse effects, Dapaglifozin

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Utilidad del Test Rápido de detección de Antígeno Estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la Glomerulonefritis post-estreptocócica

Ruibérriz de Torres Fernández E¹, Varona García A², Brea Páez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² FEA Pediatría. Hospital de Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Orinas colúricas de dos días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 7 años que acude a servicio de Urgencias (Hospital Comarcal) por orinas colúricas (tipo Coca-Cola) de dos días de evolución. No disuria. Niega traumatismo previo.

Enfoque individual: Fiebre hace 3 días de 38.2°C que cedió con antitérmicos y se autolimitó sin antibioterapia. Odinofagia y adenopatías laterocervicales. Tres semanas antes, episodio de odinofagia y fiebre. Precisó antibioterapia con Amoxicilina. Buen estado general, consciente y alerta, colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico. TA 100/62. No lesiones cutáneas ni petequias. No meningismos. Auscultación Cardiopulmonar: corazón rítmico, sin soplos, buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, sin molestias a la palpación generalizada ni visceromegalias palpables. Ruidos peristálticos normales. Pulsos periféricos palpables. No edemas en miembros inferiores. Genitales normales. Testes en bolsa. Orofaringe hiperémica sin exudados. Otoscopia bilateral normal.

Pruebas complementarias: Orina: Tira de orina con 75 Leucocitos, 30 Proteínas y 300 Hematías. Sedimento con 3-5 leucocitos/campo. Hemograma: 7170 leucocitos (60% neutrófilos). Hemoglobina 12.5 g/dl. Plaquetas 277000. Bioquímica: Perfil hepático y renal normal. PCR 29.6 mg/L. Anticuerpo heterófilo negativo activo. Test Rápido de

detección de Antígeno Estreptocócico: POSITIVO. Filtrado glomerular ajustado a talla (Fórmula Schwartz): 172.67 ml/min/1.73 m².

Enfoque familiar y comunitario: No AF de interés.

Juicio clínico: Glomerulonefritis post-estreptocócica. Faringoamigdalitis por Estreptococo Pyogenes

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a su Hospital de referencia ante el buen estado general para ingreso hospitalario, ampliación de pruebas complementarias y tratamiento.

Evolución: Estable. Afebril durante toda su estancia en urgencias. Asintomático. Pendiente de realizarse ecografía abdominal y determinación de complementos e inmunoglobulinas.

Conclusiones

Debemos sospechar una Glomerulonefritis Postinfecciosa en todo paciente con antecedentes recientes de infección ORL que presenten orinas hematóricas. La realización de TRDA ante toda sospecha de infección faríngea bacteriana es poco costosa, rápida y permite la instauración de antibióticos con seguridad, pudiendo evitar complicaciones posteriores. En todo paciente con sospecha de Glomerulonefritis es importante la toma de TA, descartar edemas y calcular el filtrado glomerular ajustado a la talla. La realización de TRDA es una forma rápida y poco costosa de llegar al diagnóstico. Es necesaria la ampliación de pruebas complementarias como la ecografía y la detección de complementos en sangre.

Palabras clave

Glomerulonefritis, Streptococcus Pyogenes

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Fascitis necrotizante como complicación de isquemia arterial aguda

López Díaz J¹, Ramírez Sánchez D², Luna Pereira M¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Aumento de dolor de miembro inferior izquierdo (MII) que se acompaña de cambios en la coloración de los dedos del pie.

Historia clínica

Varón de 57 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal por nefropatía Ig A, cirrosis hepática por VHC, DM tipo II en tratamiento dietético.

Enfoque individual: acude a Urgencias por aumento de dolor en MII desde hace unos días que se acompaña de lesión en 4º dedo (de origen traumático), con mala evolución. Refiere claudicación intermitente con molestias ocasionales en reposo desde hace meses por las que había acudido a su médico siendo dado de alta con tratamiento analgésico.

A la exploración presenta pulso femoral de MII débil, pulso poplíteo y pedio ausente. Se observa necrosis de 4º dedo de pie izquierdo y placa necrótica en el 5º dedo. Resto de dedos eritematosos.

Analítica normal excepto creatinina de 8, 29 (similar a las previas a dializarse). Angio-TAC de MMII: severa calcificación de troncos infrapoplíteos y pedios, con múltiples irregularidades lumbales que sugieren estenosis severas/oclusiones cortas. Se ingresa para estudio.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar estable con esposa y una hija, en

entorno urbano y con buena disposición de recursos.

Juicio clínico: isquemia arterial grado IV.

Diagnóstico diferencial: TVP, enfermedad de Buerger, arteritis de Takayasu, atrapamiento arteria poplíteo.

Tratamiento, planes de actuación: Se le realiza arteriografía que muestra una isquemia grado IV, por lo que se realiza amputación de 2º, 3º, 4º y 5º dedos de pie izquierdo.

Evolución: Presenta mala evolución, realizándose posteriormente amputación infracondílea. Presenta empeoramiento progresivo del muñón con enfisema subcutáneo, sugestivo de fascitis necrotizante. Se inicia antibioterapia de amplio espectro. PAAF con visualización de bacilos grampositivos (posiblemente Clostridium perfringens). El paciente presenta mala evolución muriendo días después.

Conclusiones

La isquemia arterial aguda suele manifestarse con la clínica de las 5 P: pain (dolor), palidez, ausencia de pulso, parestesia y parálisis. El tratamiento depende del estadio de la enfermedad, de la zona afectada y de las lesiones de los miembros y se basa en la revascularización o en la amputación. Una exploración correcta es fundamental para un rápido tratamiento y así evitar una mala evolución de la enfermedad.

Palabras clave

Intermittent Claudication, Fasciitis Necrotizing, Necrosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome confusional

Franco Calderón M¹, Valladares Jiménez C², Real Campaña M³

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² Médica de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cambios comportamentales subagudos.

Historia clínica

Paciente de 32 años con cambios comportamentales de unas 3 semanas de evolución, que sus familiares relatan cómo repetidos que aumentan en frecuencia e intensidad de perplejidad, bloqueos, síntomas inhibitorios, alternando con episodios hipervigiles, sin llegar a confusión o agitación. Lenguaje muy pobre y poco coherente, sin clara focalidad neurológica. Febrícula. Tras valoración por Neurología impresiona de cuadro disociativo, sin poder excluir otras causas orgánicas. Fue valorado por Salud Mental, ensayándose antipsicóticos y benzodiacepinas. Todo este cuadro se relaciona, al parecer, con factores muy estresantes.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Hermano gemelo afecto de EM.

Antecedentes personales: No refiere. TA 120/60, 80 lpm, StO₂ 98%, Glasgow 15/15. Perplejidad, mutismo. Cierta afasia (no comprensiva). Dudoso facial supranuclear derecho leve. PIRNLA. ACP sin hallazgos. Abdomen, EEII y piel sin hallazgos.

Analítica: Hemograma: 16600 leucocitos (94% N), bioquímica normal. Marcadores tumores, ANA y antiDNA N. Serología: brucella, treponema, borrelia, VIH -. VEB: infección pasada. Hepatitis A, B y C -. CMV: Infección pasada. LCR 25 cel/mm de leucocitos, 4% PMN, 96% Mononucleares, 1000 cel/mm de hematíes, glucosa 84mg/dL, 45.2mg/dL de proteínas totales y 11 U/L de lactato deshidrogenasa. Cultivo. Serología. Bandas

oligoclonares. Ac antiNMDA + en sangre y LCR. RMN cráneo: lesiones tanto supra como infratentoriales que pudieran corresponder a placas de desmielinización. Rx tórax: Normal.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Encefalitis antiNMDA.

Diagnóstico diferencial: Psicosis, catatonía.

Tratamiento, planes de actuación: Metilprednisolona, inmunoglobulinas, rituximab y ciclofosfamidas.

Evolución: El paciente no mejoró con bolos de metilprednisolona ni Ig ib, por lo que, ante la positividad de los anticuerpos antiNMDA, se inicia tratamiento con rituximab, del cual completó dos ciclos y uno de ciclofosfamida. No se continuó la pauta por sucesivas y graves complicaciones, a saber: septicemia por pseudomonas y estafilococo, TEP y hemorragia digestiva. Recibió antibioterapia múltiple y anticoagulación. La situación clínica fue de extrema gravedad, y el estado neurológico, cuasi mutista, sin apenas lenguaje, sin obediencia y con discinesias orales múltiples y crisis epilépticas en las primeras semanas. Al alta habían desaparecido las crisis comiciales iniciales, así como las discinesias orofaciales, podía caminar incluso sin andador y mantenía una conversación sencilla.

Conclusiones

La encefalitis anti-NMDA debe considerarse en pacientes jóvenes con manifestaciones psiquiátricas subagudas, movimientos anormales y alteraciones autonómicas.

Palabras clave

Encefalitis, Trastornos disociativos, Confusión

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Masa abdominal

Franco Calderón M¹, Valladares Jiménez C², Real Campaña M³

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² Médica de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Masa en mesogastrio asociado a cuadro constitucional.

Historia clínica

Paciente de 69 años que acude a consulta para valoración de una masa abdominal de consistencia dura de gran tamaño y escasa movilidad a nivel del mesogastrio y parte del flanco izquierdo. El paciente refiere cuadro constitucional de unos 3 meses de evolución consistente en hiporexia importante y pérdida de peso no cuantificable ("Disminución de unas 2-3 tallas de pantalón") así como síndrome anémico de perfil ferropénico sin efectuarse estudios para su filiación. EL paciente también comenta cuadro de náuseas sin vómitos y estreñimiento que asocia con la toma de hierro oral.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No RAMC. Hábitos tóxicos: Fumador 1 paquete diario. DM2 nefropatía diabética. BEG, COC, NHNN. Eupneico en reposo sin asimetrías en tórax. Afebril. APC: MVC con buena aireación de todos los campos pulmonares en ambos hemitórax. Tonos puros y rítmicos, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin megalias, con masa en mesogastrio indurada, dolorosa, abollonada y adherida a planos profundos. A la auscultación abdominal tránsito audible. MMII sin edemas ni alteraciones. Pulsos conservados.

Analítica: Glu 138mg/dL. Urea 45mg/dL, Cr 1.4 mg/dL, Sodio 140 mmol/L, Potasio 4.4 mmol/L, Amilasa 70 U/L, calcio 9.5 mg/dL, Albúmina 3.3 g/dL, GOT 15U/L, GPT 17U/L, LDH 174 U/L, GGT 42 U/L, Bb total 0.4 mg/dL,

PCR 4mg/dL. Hb 11.80 g/dL, Serie blanca y plaquetaria normal. Coagulación normal. TAC abdomen: Dilatación aneurismática en aorta abdominal en planos infrarrenal, prácticamente en límite en arterias renales y que se extiende hasta bifurcación, con diámetros máximos de 12x10.5 cm en plano transversal y AP y en extensión longitudinal más de 14cm. La luz es irregular observándose un importante trombo mural que en algunas zonas presenta mayor densidad en la periferia.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: Nefrolitiasis, diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Resección vaso sanguíneo con anastomosis. AAS 100mg. Simvastatina. Omeprazol.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La mayoría de los aneurismas de aorta son asintomáticos y se descubren de forma casual. La historia natural consiste en aumento de tamaño aumentando la probabilidad de rotura en los pacientes que fuman. Además se pueden producir otras complicaciones como fistulización, trombo mural y embolización distal.

Palabras clave

Aneurisma

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Pancreatitis atípica

Franco Calderón M¹, Valladares Jiménez C², Real Campaña M³

¹ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

² Médica de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en hipocondrio izquierdo.

Historia clínica

Paciente de 51 años que acude a urgencias por dolor de leve intensidad en hipocondrio izquierdo que se intensifica en decúbito lateral izquierdo. Niega fiebre u otra sintomatología. No coluria ni acolia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM. Hábitos tóxicos: Fumador y bebedor social. No HTA ni DM ni DLP. Psoriasis, hiperuricemia con crisis de gota en tratamiento con colchicina. Episodio de pancreatitis aguda leve de origen enólico 6 meses antes.

A su llegada el paciente presenta excelente estado general, COC, BHYN, eupneico en reposo. ACP: Tonos rítmicos sin soplos. MVC en ambos hemitórax sin ruidos sobreañadido. Abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación en epigastrio algo más en hipocondrio izquierdo. No signos de peritonismo. RHAc. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Analítica URGENTE Bioquímica con Bb de 1.7mg/dL, GGT 145 U/L resto normal. Serie roja Hb 12.70 g/dL, resto normal. PCR 13.38 mg/dL. Eco abdominal: Rodeando la cola pancreática se observa edema de la grasa adyacente así como presencia de líquido que se extiende por espacio pararenal anterior hacia

la gotiera paracólica izquierda. En su parte superior el líquido está adyacente al bazo. Ligera hepatoesplenomegalia sin que se aprecien lesiones focales en parénquima hepático ni en bazo. Mínimo derrame pleural basal izquierdo y discretas atelectasias laminares en lóbulo inferior izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Pancreatitis focal.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal. Contractura muscular.

Tratamiento, planes de actuación: Abstinencia absoluta de OH. Control de hipertrigliceridemia. Dieta sin grasas ni fritos. Perder peso.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La causa más frecuente de pancreatitis aguda son las litiasis biliares y la ingesta de alcohol durante >5 años de >50g/d. La clínica típica es dolor intenso en epigastrio o región periumbilical que puede persistir durante días e irradiarse hacia la espalda, náuseas y vómitos y distensión abdominal. En este caso es llamativa la localización del dolor en hipocondrio izquierdo por afectarse la cola del páncreas.

Palabras clave

Pancreatitis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Actitud ante prurito generalizado en Servicio Urgencias Atención Primaria

Hernández Galán J

Médico de Familia. DS. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria.

Imagen hiperdensa 9mm eb confluencia con conducto de Wirsung.

Motivos de consulta

Prurito generalizado.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, 2 hijas, vive sola.

Historia clínica

Mujer de 56 años, que acude a urgencias de atención primaria por presentar exacerbación de prurito generalizado desde hace 10 días que no mejora con polaramine indicado hace 5 días por su médico de familia ante sospecha de reacción alérgica.

Juicio clínico: Ampuloma. Ictericia obstructiva indolora.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a diclofenaco, ansiedad en tratamiento con clorazepato.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias de hospital de referencia, donde tras ingreso, al alta se indica adecuada hidratación oral, dieta baja en grasas intentando realizar 5 comidas al día en pequeñas porciones. En caso de dolor tomar paracetamol cada 8 horas y si nauseas tomará metoclopramida media hora antes de las comidas. Se indica colestiramina en desayuno, almuerzo y cena. Revisiones por Médico de Familia y Digestivo. Pendiente de nueva valoración por cirugía.

Anamnesis: refiere prurito generalizado de 15 días de evolución, acompañado de hiporexia, pérdida de peso (6 Kg en 3 últimos meses) y coluria.

Evolución: Estable tras CPRE y colocación de cánula en Wirsung + esfinterotomía, pendiente de cirugía hepatobiliar.

Exploración: se detecta por primera vez en la paciente tinte ictérico de piel y mucosas, escoriaciones generalizadas por rascado. Resto sin hallazgos.

Conclusiones

Es necesario insistir en la importancia de una buena historia clínica (herramienta fundamental en atención primaria) junto a la exploración física en la práctica diaria de la medicina familiar y comunitaria tanto en urgencias como en consulta, sospechando ante prurito generalizado no solo de reacciones alérgicas, sino en otras enfermedades sistémicas o dermatológicas.

Pruebas complementarias: en urgencias hospital tras derivación: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: BiT: 8.92, BiD: 7.57, GOT: 93.6, GPT: 172. RX de tórax normal. Ecografía de abdomen: marcada dilatación de la vía biliar intrahepática y aumento del calibre del colédoco de 10mm, con ocupación a ese nivel. TAC abdomen: dilatación difusa de vía biliar intrahepática. Vía extrahepática dilatada. Colédoco 16mm.

Palabras clave

Primary Care, Pruritus, Jaundice

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, no puedo caminar, las piernas no me responden

Ríos Carrasco M¹, Narváez Martín A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor y hormigueo en piernas.

Historia clínica

Varón de 56 años, acude a su Médico de Familia por presentar dolor en extremidades inferiores, acorchamiento en la planta de los pies, pérdida de sensibilidad y dificultad para caminar, con caídas e imposibilidad para subir escaleras, de 5 días de evolución. También presenta acorchamiento en hemicara derecha desde el mismo día que consulta, dificultad para masticar. En los días previos, dolor abdominal sin datos de gravedad (requirió ingreso con diagnóstico de ileitis terminal).

Enfoque individual: Hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, dislipemia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad de Crohn, intervenido de apendicitis y fistula perianal.

Exploración: constantes bien. Parálisis facial periférica derecha. Extremidades superiores con fuerza y sensibilidad normales, arreflexia en extremidades inferiores con paresia 3/5 proximal simétrica y distal 4/5, con sensibilidad conservada y arreflexia.

En ámbito hospitalario: Hemograma con leucocitosis, con 60% de neutrófilos. Bioquímica con inmunoglobulina G 1645, PCR 56.71. Serología: campylobacter jejuni positivo, resto negativo activo. TC de cráneo normal. Punción lumbar: xantocromía, proteínas totales 328.9mg/dl, mononucleares 68%, leucocitos 58. Estudio neurofisiológico: signos de polineuropatía generalizada, motora y

sensitiva, axonal y desmielinizante y mayor afectación de miembros inferiores.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 56 años, varón, convive con su mujer y dos hijos, sin patologías asociadas. Ámbito rural.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain-Barré evolucionado por Campylobacter Jejuni.

Diagnóstico diferencial: polineuropatía desmielinizante idiopática crónica, ELA, poliomielitis viral aguda, Miller-Fisher, miastenia gravis autoinmune. Importante realizar pruebas complementarias.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento con inmunoglobulinas durante 5 días, corticoterapia, gabapentina 800mg cada 8h, zolpidem 10mg cada 24h y su tratamiento domiciliario. Andador.

Evolución: Evolución favorable, resolución de parálisis facial periférica, desaparición de parestesia distal en miembros inferiores, reflejos osteotendinosos presentes, excepto aquileos, hiperalgesia en calcetín presente. Camina con ayuda de muletas.

Conclusiones

El síndrome de Guillain-Barré se produce por reacción autoinmunitaria que daña la capa de mielina en el sistema nervioso periférico, desencadenado por una infección, una cirugía o una vacuna. En casos severos, el paciente queda casi paralizado, poniendo en riesgo su vida. Los síntomas empeoran en un período de semanas y luego se estabilizan, con recuperación en semanas o años.

Palabras clave

Guillain Barre Syndrome, Demyelination, Muscle Weaknesses

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

El fonendoscopio, una gran herramienta al alcance de todos

Miguel Moreno M¹, López Cordero E², Velázquez Mata M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria en el área de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor costal derecho.

Historia clínica

Varón de 25 años que acude a urgencias por dolor costal punzante derecho desde hace 3 días que inició de forma brusca.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacción alérgica a medicamentos conocida. Fumador de 15 cigarrillos/día. Sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual.

Anamnesis: Dolor costal derecho desde hace 3 días, localizado, sin irradiación. Empeora con las posturas y el decúbito. El paciente refiere posible sobreesfuerzo previo. Presenta sudoración sin náuseas ni vómitos. No disnea ni palpitations. Afebril. No otros síntomas por aparatos.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación rítmica y sin soplos, con disminución del murmullo vesicular en base y cara anterior de hemitórax derecho. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 82lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho y sin alteraciones agudas en la repolarización. Rx: se aprecia neumotórax derecho. No otros hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo.

Diagnóstico diferencial: ansiedad, osteomuscular, síndrome coronario agudo, pericarditis, taponamiento cardiaco, disección de aorta, tromboembolia pulmonar, neoplasia pleural.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia. Se colocó Válvula de Heimlich con control radiográfico y se ingresó en Cirugía General para evolución.

Evolución: El paciente presentó buena evolución, con constantes mantenidas y saturando al 100% sin oxígeno complementario, hemodinámicamente estable y afebril. El dolor estuvo controlado con analgesia de primer escalón. Realizó fisioterapia respiratoria. En radiografías de control se aprecia la desaparición del neumotórax con la consecuente expansión del parénquima. Tras 4 días de ingreso se le dio Alta.

Conclusiones

En pacientes como el de este caso (jóvenes sin antecedentes personales) hay que tener cuidado y no caer en la facilidad de diagnosticarle de dolor de características osteomusculares, usando algo tan importante y sencillo para un médico de atención primaria como el fonendoscopio. En este caso con un simple gesto como es una auscultación cardiopulmonar ya podemos dirigir nuestras sospechas y realizarle una radiografía de tórax para corroborar el diagnóstico. No podemos olvidar que las personas jóvenes sin antecedentes de interés también pueden presentar situaciones urgentes.

Palabras clave

Pneumothorax, Myalgia, Stethoscopes

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Pero si sólo me duele un poquito

Sáez Gallegos M¹, Chamorro Castillo M¹, Sánchez Torres E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS El Campello. Alicante.

Ámbito del caso

Urgencias Atención Primaria, Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Enfoque individual: Varón, de 53 años de edad, exfumador desde 1998, ICAT 52 paquetes/año.

Acude a urgencias de atención primaria acompañado por su mujer y su hijo, quienes están bastante preocupados ya que ha presentado mientras recogía leña dolor centrotorácico opresivo, no irradiado y que ha cedido al descansar, sin otros síntomas, acompañantes. Refiere que "sólo le duele un poquito" y que "no cree que sea nada, que su mujer y su hijo se asustan con mucha facilidad".

A la exploración: TA: 110/65mmHg; FC: 70lpm; SatO₂: 95%; ACR: no soplos, mvc sin estertores. No edemas en miembros inferiores.

Se realiza ECG sin dolor: RS a 70 lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Se convence al paciente para derivación a servicio de Urgencias Hospitalarias donde se realiza: Analítica: Troponina T seriada normal. Radiografía Tórax: sin alteraciones. Ecocardiografía: normal. Cateterismo: DA con lesión del 50% proximal; Cx con lesión suboclusiva a nivel distal; CD sin lesiones.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, conviven en el mismo domicilio el paciente con su esposa y su hijo adolescente.

Juicio clínico: Enfermedad de dos vasos (Cx y DA) con ICP total con stents farmacoactivos.

Diagnóstico diferencial: Angina inestable, embolia pulmonar, Neumotórax espontáneo, Abdomen agudo...

Identificación de problemas: El paciente ha acudido a urgencias por presión familiar, no tiene conciencia de enfermedad. En un primer momento rechaza acudir a urgencias hospitalarias para continuar estudio y precisamos de la ayuda de la esposa y el hijo ante la negativa actividad del paciente hasta que accede a acudir.

Tratamiento, planes de actuación: Rehabilitación cardíaca. Dieta sin grasas. Se añade: omeprazol 20mg; AAS 100mg; Ticagrelor 90mg 1 año; Bisoprolol 2, 5mg; Atorvastatina 80mg; NTG sl si dolor.

Evolución: En las siguientes visitas se encuentra confuso y desanimado, sin conciencia de enfermedad: "no podía pensar que fuese tan grave, si solo me dolía un poquito" e insiste en si es necesario tomar tantas pastillas porque "las ve innecesarias".

Conclusiones

El diagnóstico precoz de signos de alarma es crucial. Es importante conocer los antecedentes de nuestros pacientes y saber en qué momento un síntoma puede ser banal, y que momento puede significar algo más.

Palabras clave

Myocardial Infarction, Angina, Cardiovascular Disease

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome Antisintetasa JO1 positivo

Cancio González F, Sánchez Alex M

Médico de Familia. CS Mentidero. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 55 años; refiere que desde hace más de un año viene presentando cansancio y debilidad importante de miembros superiores, edema de manos, muñecas y, a veces, falta de aire.

Historia clínica

Tras padecer Herpes Zóster hace un año, comienza a las dos semanas con cansancio importante de miembros superiores, sobre todo al levantarlos por encima de los hombros, inflamación molesta en manos y muñecas así como sensación leve de falta de aire. Cierta cansancio al subir escalera.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Madre y hermano diabéticos.

Antecedentes personales: Diagnosticada de Espondiloartrosis cervico-lumbar con estenosis de canal lumbar.

Anamnesis: Debilidad proximal de miembros superiores e inferiores, dolor e inflamación fundamentalmente de manos y muñecas; a veces, en otras localizaciones, así como disnea leve.

Exploración: Edema de manos y muñeca. No Síndrome constitucional; No úlceras genitales ni orales. Finos crepitantes en bases pulmonares. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: Pruebas de laboratorio con perfil artrítico y miopático: ANA, aldolasa, CPK, LDH. Rx. de Tórax. Electromiografía.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 55 años, casada, con núcleo familiar

normofuncionante. Vive con su esposo e hijos. Red social con apoyo emocional evidente. No acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico: resultados de Analítica y Rx. de Tórax: CPK, LDH, Aldolasa (positivos). ANA (+) con Ac. Anti-Jo1 (+). Rx. Tórax: patrón alveolo intersticial en bases pulmonares. Polimiositis. Síndrome Antisintetasa JO1 positivo.

Diagnóstico diferencial: Otras Miopatías inflamatorias, otras enfermedades del tejido conectivo.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Consulta de Aparato Locomotor. Tras pruebas complementarias, TAC de Tórax y resultados de Electromiografía, ratifican diagnóstico. Es ingresada para inicio de tratamiento con Bolus de Ciclofosfamida (hasta 5 ciclos), asociado a dosis elevadas de Corticoides.

Evolución: Dada evolución no favorable (cierta cortico resistencia), pautan IG humana intravenosa y Rituximab. Ejercicios de Fortalecimiento de musculatura escapulo-humeral y pelviana.

Conclusiones

Enfermedad muscular inflamatoria idiopática, infrecuente y de inicio insidioso. La Neumonitis Intersticial es especialmente frecuente en este Síndrome, pudiendo aparecer precozmente o llegar a preceder a las manifestaciones musculares. Fundamental que los médicos mejoremos el conocimiento de las Miopatías. Los Médicos de Familia estamos capacitados, dedicando tiempo a nuestros pacientes, de realizar un enfoque diagnóstico bastante preciso sobre múltiples patologías inicial y potencialmente complejas.

Palabras clave

Polymyositis, AntiSintetasa Syndrome

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Abordaje dolor torácico en atención primaria

Dalouh I¹, Sáez Gallegos M², Sánchez Torres E³

¹ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

³ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante.

Ámbito del caso

El caso se desarrolla en el ámbito de atención primaria, urgencias de primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico de 3 días de evolución.

Historia clínica

Varón de 44 años de origen brasileño que comienza con dolor centrotorácico de 3 días de evolución, irradiado a zona interescapular que no cede con analgesia.

Enfoque individual: auscultación cardiorrespiratoria normal, dolor precordial opresivo intenso acompañado de palidez y mareo.

ECG: sin alteraciones se pauta analgesia y se deriva a domicilio, teniendo que volver el paciente a urgencias de primaria dada la no mejoría se repite ECG volviendo a ser normal sin alteraciones de la repolarización, y se contacta con emergencias dada la clínica típica de dolor torácico.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo familiar en fase IV contracción, no AVE origen

brasileño, dificultad para completar historia clínica y falta de información.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo sin elevación ST.

Diagnóstico diferencial: pancreatitis aguda, aneurisma aorta, isquemia mesentérica.

Tratamiento, planes de actuación: Se traslada a urgencias hospitalarias y se ingresa en UCI donde se realiza cateterismo objetivándose estenosis del 100% de la DA resto de pruebas complementarias normales.

Evolución: Favorable, sin incidencias, iniciándose anticoagulación.

Conclusiones

Destacar la labor de médico de atención primaria que incluso siendo las pruebas complementarias normales decidió trasladar al paciente a urgencias dada la clínica manifiesta por paciente, el consenso y comunicación con atención hospitalaria.

Palabras clave

Estenosis, precordial, cateterismo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor que mala estoy...; "tengo los cables cruzados"

Pérez Cornejo Y, Pazos Pazos N

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria.

Motivos de consulta

Mareos y dificultad respiratoria.

Historia clínica

Mujer de 61 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, asma. Tratamiento: Losartán 50/hidroclorotiazida 25 mg, metformina 850 mg. Consulta por sensación de mareos, dificultad respiratoria con sibilantes en decúbito y con el esfuerzo y discomfort retroesternal, no opresivo, sin irradiación que aumenta con la tos y movimientos respiratorios. No clínica catarral. A la exploración: BEG, nerviosa. Constantes: TA 130/80mmHg, FC 102 latidos por minuto, saturación oxígeno 96%. Neurológico normal. Cardíaco: tonos rítmico apagados en área precordial izquierda, en hemitórax derecho tonos cardiacos fuertes taquicárdicos sin soplos. Pulmonar: espiración alargada y sibilantes espiratorios dispersos. Resto exploración anodino.

Pruebas complementarias: ECG inicial: ritmo sinusal a 95 lpm, eje indeterminado, P negativo activa en I, aVR, aVL, V2, onda T negativo activas en I, aVL y V2, QRS negativo activo en I. Ante la persistencia de la clínica y los hallazgos del ECG se reinterroga a la paciente sobre antecedentes cardiológicos y comenta que cuando era niña le dijo el cardiólogo que tenía el corazón al revés, alteración sin importancia "como los cables cruzados", que nunca le ha dado problemas. Se realiza nuevo ECG con derivaciones y miembros invertidos: ritmo sinusal a 102 lpm, eje +60°, QRS estrecho y

normal en todas la derivaciones, no alteraciones de repolarización. Se confirma dextrocardia con una radiografía de tórax previa de la paciente. No se encuentra informe clínicos cardiológicos informatizados en la historia clínica de la paciente.

Enfoque individual: Ya descritos en el apartado de historia clínica.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es soltera no tiene hijos, y los padres están fallecidos por lo que no precisa estudio familiar.

Juicio clínico: Dextrocardia. Crisis asmática.

Tratamiento, planes de actuación: Nebulización con salbutamol y atrovent con mejoría clínica total.

Evolución: Actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones

La dextrocardia se encuentra en muy raras ocasiones en atención primaria, pero es interesantes conocerla y saberla detectar. Con una buena anamnesis e insistiendo en los antecedentes (en nuestro caso a posteriori, la paciente manifestó conocer el diagnóstico desde la infancia, pero lo obvió, porque le dijeron que "era una alteración sin importancia") y con una correcta interpretación del ECG se pueden evitar estudios y derivaciones innecesarias.

Palabras clave

Dextrocardia, Defect, Congenital

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Fractura que no consolida, a propósito de un caso

Sáez Gallegos M¹, Dalouh I², Chamorro Castillo M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Diagnóstico diferencial: osteomielitis, inestabilidad en fractura.

Motivos de consulta

Dolor en antebrazo derecho.

Identificación de problemas: Paciente poco frecuentador hasta la fecha, momento en el que comienza a consultar casi semanalmente. Esto debe hacernos pensar que algo ocurre y continuar el estudio, repitiendo si es necesario las pruebas complementarias hasta encontrar el diagnóstico.

Historia clínica

Varón de 57 años de edad que acude en repetidas ocasiones a consulta por dolor en antebrazo derecho desencadenado tras caída accidental por las escaleras en domicilio.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Traumatología para valoración.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales de interés.

Evolución: Ha pasado un año desde la caída del paciente, continua con dolor en el brazo y está pendiente de realización de gammagrafía para valoración.

Dolor a la palpación de tercio distal de cúbito derecho, buena movilización. Radiografía antebrazo derecho de urgencias: no se visualiza fisura ni fractura. Una semana después repetimos radiografía donde se comienza a visualizar fisura en tercio distal cúbito derecho. Un mes después de la caída, fractura completa sin desplazamiento. Realizamos controles radiográficos mensuales: fractura completa con callo de fractura que no llega a consolidar.

Conclusiones

Es importante conocer el perfil del paciente que tenemos en frente, escuchar sus dolencias y buscar la mejor forma de solucionar sus problemas. En ocasiones hay que dejar tiempo para que aparezcan los hallazgos así que no debemos obcecarnos con resultados de pruebas normales si la clínica nos indica lo contrario.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo familiar en contracción, familia nuclear simple, no AVEs. Paciente poco frecuentador hasta el momento actual.

Juicio clínico: Pseudoartrosis hipertrófica en tercio distal de cúbito derecho.

Palabras clave

Pseudarthrosis, Fractures Ununited, Traumatology

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

ECG en el dolor torácico atípico

Bajo Ramos J¹, Hernández García R², López Pérez A²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor precordial.

Historia clínica

Varón de 65 años que acude a Urgencias por dolor precordial de reciente aparición.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sd ansioso depresivo, HBP, lesión tumoral labial intervenida hace 5 años. Acude por dolor precordial de 1 hora de duración, que apareció en reposo, sin relación con el esfuerzo. Dolor intenso epigástrico y retroesternal, quemante, sin cortejo vegetativo. Se encuentra hemodinámicamente estable (TA 145/85, FC 71lpm) ACR normal, Abdomen depresible con ruidos, no doloroso a la palpación profunda.

Pruebas complementarias: ECG a la llegada con RS a 62lpm, con algunos complejos prematuros supraventriculares sin alteraciones en la repolarización. ECG a los 10min: supra desnivelación de hasta 10mm en V1-V5. En la analítica destaca una TnTus 20. Killip 1, TIMI Risk Índice de 18 (31%).

Enfoque familiar y comunitario: El paciente era fumador activo de unos 7 cigarros/día, bebedor aunque no en exceso como FRCV. No presentaba DM, ni HTA ni dislipemias. No tenía antecedentes familiares de cardiopatías, y como único antecedente personal de arteriopatía, presentaba la claudicación intermitente a grandes esfuerzos.

Juicio clínico: Cardiopatía Isquémica. SCACEST. *Diagnóstico diferencial:* pericarditis, hernia de hiato, espasmo esofágico, disección aórtica, neumotórax, neumonía.

Tratamiento, planes de actuación: AAS 300mg vo, Clopidogrel 300mg vo, Enoxaparina 60mg sc, lorazepam sl, pantoprazol iv, solinitrina en perfusión iv. EL paciente ingresó en la UCI donde realizaron trombolisis con TNK y posteriormente un cateterismo con implantación de dos stent fármaco-activos en la DA y otro en la Cx.

Evolución: El paciente no presentó ninguna complicación tras el cateterismo, que fue seguido de una normalización del ECG con una función sistólica conservada. El paciente actualmente se encuentra asintomático, recibió consejo anti tabáquico, se le indicó una dieta y ejercicio físico además del tratamiento farmacológico (AAS, clopidogrel, pantoprazol, valsartán, y atorvastatina)

Conclusiones

Es importante hacer una buena anamnesis y completarla con la exploración y las pruebas complementarias necesarias. Ante una cardiopatía isquémica, es importante no centrarse únicamente en uno de esos tres pasos, ya que una clínica recogida en la anamnesis de características atípicas no lo descarta. También es fundamental la repetición del ECG cuando sea normal pero el paciente presente clínica típica o atípica.

Palabras clave

EKG, Chest, Pain

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Aquí estoy otra vez, sigo sin sentirme bien

Luna Pereira M¹, López Díaz J¹, Ramírez Sánchez D²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Ámbito multidisciplinar entre Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Paciente con dolores generalizados reiterativos, regurgitaciones y disfagia a sólidos. Tumefacción y edemas en miembros, astenia, insomnio mixto y ansiedad. Síndrome de Raynaud.

Historia clínica

Mujer 50 años hipertensa y diabética II. Tratamiento: Enalapril, Dapaglifozina, Toujeo, AAS, omeprazol, diazepam, gabapentina, Sulfato ferroso y analgésicos.

Enfoque individual: Reumatología: Poliartralgias y polimialgias generalizadas diagnosticándose de Fibromialgia y Artritis Reumatoide con nula respuesta terapéutica. Intervenida de túnel carpiano bilateral. Digestivo: Anemia crónica con resección de pólipos colónicos benignos, hernia de hiato y gastritis crónica leve. Esófago algo afinado en esofagograma. Cardiología: Valvulopatía mitral calcificada, insuficiencia cardiaca con sobrecarga diastólica. Cardiopatía hipertensiva e hipertensión pulmonar leve.

Exploración física: edemas sin fovea en miembros y rostro, piel gruesa y oscura. Telangiectasias orales. Rostro rígido, boca pequeña con yugulares ingurgitadas. Soplo sistólico en foco mitral. Abdomen voluminoso con edema de pared y arañas vasculares.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico: Para el diagnóstico se asociaron todos los hallazgos anteriores, descartándose patologías como hipotiroidismo, nefrosis,

insuficiencias hepáticas y esclerodermias. Medicina Interna tras recabar la información anterior realizó una biopsia de piel confirmándose el síndrome de Crest. El síndrome de Crest es una esclerodermia donde se depositan cristales de hidroxapatita en el tejido conectivo favoreciendo la calcificación distrófica de partes blandas. Es frecuente en mujeres adultas jóvenes. Su etiopatogenia es autoinmune por disfunción en células T que dan origen a las colagenosis. Se caracteriza por: Calcinosis. Fenómeno de Raynaud. Alteraciones en la motilidad esofágica. Esclerodactilia. Telangiectasias. Además puede aparecer fibrosis intersticial pulmonar, hipertensión pulmonar, cardiopatía pulmonar hipertensiva con predominio de insuficiencia cardiaca derecha.

Tratamiento, planes de actuación: Se instauró tratamiento con diuréticos a dosis medias, vasodilatadores y nitritos con mejoría significativa de los síntomas en una semana.

Evolución: La paciente ha mantenido revisiones en consultas de Digestivo, Cardiología, Medicina Interna y seguimiento estrecho por su médico de familia, evolucionando favorablemente, con buen control de síntomas.

Conclusiones

Papel del Médico de Familia como herramienta capital en el seguimiento de los pacientes crónicos. Necesidad de comunicación entre Atención Especializada y Primaria para un seguimiento multidisciplinar. Realización de una anamnesis y una exploración de calidad que permitan un diagnóstico preciso.

Palabras clave

Crest Syndrome, Raynaud Phenomenon, Interdisciplinary Communication

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Raras pero interesantes

Nieves Alcalá S¹, Pérez Ruz R², Caro Bejarano P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia UGC. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Mujer de 38 años que acude a urgencias por hemoptisis, fiebre de 38.5 °C, dolor pleurítico localizado en región anterior izquierda irradiado a espalda. No ortopnea, no edemas no sd. Constitucional.

Historia clínica

Refiere disnea habitual desde hace un año a esfuerzos moderados, de forma intermitente, con empeoramiento progresivo. Dolor torácico de tipo pleurítico desde hace año y medio.

Enfoque individual: mujer de 38 años que acude a urgencias por hemoptisis en el esputo, fiebre de hasta 38.5 °C, dolor pleurítico localizado en región anterior izquierda irradiado a espalda. No ortopnea, no edemas no sd. Constitucional. La paciente refiere disnea habitual desde hace un año a esfuerzos moderados, de forma intermitente, con empeoramiento progresivo. Dolor torácico de tipo pleurítico desde hace año y medio

Antecedentes familiares: no refiere.

Antecedentes personales: NAMC. Fumadora esporádica, no bebedora, no tóxicos. No HTA, ni DM, ni dislipemia. Cólico nefrítico, neumonías infancia.

Exploración: BEG, eupneica en reposo. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Analítica: anodina. Rx tórax: bronquiectasia LID.

Enfoque familiar y comunitario: No precisa.

Juicio clínico: final: linfangioleiomiomatosis.

Diagnóstico diferencial: enfisema pulmonar, histiocitosis de las C.Langerhans.

Tratamiento, planes de actuación: Espirometría 27/04/18 una obstrucción leve, Inicio tratamiento en mayo 2018: rapamicina 1 mg/12h y control en 3 meses. El trasplante pulmonar única opción terapéutica cuando la enfermedad progresa.

Evolución: La linfangioleiomiomatosis, produce una afectación pulmonar en mujeres jóvenes en edad fértil. Resultando una proliferación anormal de células musculares lisas inmaduras llamadas células LAM en las vías aéreas, parénquima pulmonar, vasos linfáticos y sanguíneos. Esta proliferación incontrolada forma quistes, destrucción del parénquima pulmonar y pérdida de función. Las células LAM presentan mutaciones en los genes TSC1 Y 2 activándose de forma anómala a través del receptor mecánico de la rapamicina (mTOR). La inhibición de mTOR por la rapamicina ha demostrado beneficio clínico significativo, pero no elimina a las células LAM.

Conclusiones

Podríamos pensar en LAM ante una mujer joven con antecedentes de neumotórax que consulta por disnea. Aunque hay periodo sintomático de 3-5 años, el diagnóstico suele retrasarse por falta de sospecha de enfermedad. Solicitar espirometría y TCAR para descartar Linfangioleiomiomatosis.

Palabras clave

Lymphangioleiomyomatosis, Tuberos Sclerosis, Diffuse Lung Diseases

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Lo que una amigdalitis esconde

Bajo Ramos J¹, Rivas de la Torre M², Yera Cano R²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Diagnóstico diferencial: leucemia mieloide aguda, aplasia medular, reacción leucemoide, Sd mononucleosico y otras infecciones virales.

Motivos de consulta

Odinofagia de un mes de evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Anteriormente había iniciado tratamiento antibiótico con Amoxicilina 875mg / Clavulánico 125mg, que tuvo que suspender por intolerancia gástrica y sustituirlo por penicilina. La paciente fue derivada a Hematología para estudio y tratamiento.

Historia clínica

Mujer de 17 años que acude por presentar odinofagia de más de 3 semanas de evolución a pesar del tratamiento con antibioterapia.

Evolución: Tras un frotis de sangre periférica donde se hallaron >50% de blastos, la paciente fue ingresada a cargo del servicio de Hematología por una posible Leucemia mieloide aguda. Actualmente se encuentra en espera de los resultados de PAMO, frotis faríngeo y serologías.

Enfoque individual: La paciente refiere odinofagia asociada a febrícula, pérdida de peso, y astenia.

A la exploración destaca la presencia de hipertrofia amigdalar con úlcera blanquecina en amígdala derecha. No se palpan adenopatías cervicales, abdomen normal, sin visceromegalias. En la analítica general se observó una Hb de 10.7mg7dL, VCM 104fL, leucocitos 14280/ μ L, neutrófilos 1930/ μ L y plaquetas 120000/ μ L. Presentaba una radiografía de tórax dentro de la normalidad.

Conclusiones

Los principales motivos de consulta de los adolescentes son los problemas infecciosos de vías respiratorias y las causas de muerte más importantes son los tumores malignos, en particular las leucemias. Por tanto, debemos estar alerta ante procesos infecciosos rebeldes al tratamiento óptimo habitual y realizar un estudio más completo que nos permita descartar o diagnosticar estas enfermedades.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés. Vive en el núcleo familiar con sus padres, ambos sanos.

Juicio clínico: Sd mielodisplásico. Amigdalitis.

Palabras clave

Tonsillitis, Leukemia, Adolescent

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Síndrome nefrótico en adolescente

Olivares Gallardo E¹, Toledo García D²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Edemas miembros inferiores y astenia.

Historia clínica

Varón de 14 años con antecedente de infección de vías respiratorias altas una semana previa a los síntomas actuales consulta por aparición de edema palpebral, miembros inferiores y pared abdominal de 10 días de evolución asociando astenia y debilidad generalizada. Además, aunque la orina presenta características normales, refiere ganancia ponderal cuantificada de 12 kg desde el inicio del cuadro.

Enfoque individual: A la exploración buen estado general. Paciente consciente, orientado y colaborador; bien hidratado y perfundido. Afebril. Eupneico en reposo tolerando decúbito y estable hemodinámicamente con PA 148/79 mm Hg. Peso 75 kg siendo habitual 63 kg. Auscultación cardiopulmonar y abdomen anodinos. En miembros inferiores edemas del 1/3 distal sin afectación de genitales.

Analítica con iones dentro de la normalidad, hemograma sin alteraciones en ninguna serie. Creatinina 0.7 mg/dL, proteínas totales 5.1 g/dL y alteración franca del perfil lipídico con colesterol total 459 mg/dL y LDL 368 mg/dL. En orina 24 h destaca presencia de proteínas en rango nefrótico 8001 mg/día.

Enfoque familiar y comunitario: El síndrome nefrótico es una entidad que debe ser reconocida por los especialistas en Medicina

Familiar y Comunitaria pues su diagnóstico precoz implica una labor preventiva de sus complicaciones, especialmente las alteraciones lipídicas, así como facilita las acciones terapéuticas.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico por nefropatía por cambios mínimos.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en planta para tratamiento deplectivo.

Evolución: Durante su ingreso el paciente evoluciona favorablemente con respuesta completa al tratamiento y normalización de los valores analíticos. Se decide seguimiento ambulatorio por Nefrología durante los meses posteriores para control y ajuste del tratamiento.

Conclusiones

La nefropatía por cambios mínimos resulta la primera causa de síndrome nefrótico en pacientes pediátricos constituyendo casi el 80% de los casos diagnosticados antes de los 10 años y el 50% entre los 10 y 16 años. Se caracteriza por la presencia de proteinuria >3.5 g/día así como ausencia de lesiones en microscopía óptica y depósitos de inmunoglobulinas y complemento en inmunofluorescencia. Asimismo, la alteración anatomopatológica es la desaparición de los pedicelos, visibles en microscopía electrónica. Si bien cursa en forma de brotes, la respuesta inmediata y prácticamente completa a corticoides le confiere un pronóstico excelente.

Palabras clave

Nephrotic Síndrome, Proteinuria, Edema

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Manejo del nódulo pulmonar solitario en paciente EPOC

López Pérez A¹, Hernández García R¹, Bajo Ramos J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda.

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Varón de 71 años que acude a Urgencias por disnea y tos con expectoración blanquecina.

Enfoque individual. Antecedentes personales: EPOC, HBP, HTA, Dislipemia. Acude por cuadro de disnea que aumenta con el esfuerzo y tos con expectoración blanquecina. No fiebre ni dolor torácico.

A la exploración buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. ACR sibilancias diseminadas, crepitantes bibasales, rítmico, no soplos. Abdomen blando, depresible no doloroso. No masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo activos. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. TA 156/87, FC 82lpm, SatO₂: 82%.

Pruebas complementarias: ECG Ritmo sinusal a 83lpm. Analítica: Leucocitos 14.458, Neutrófilos 9.256, PCR 58.2. Gasometría arterial: pH 7.38, ppO₂ 63, pCO₂ 43, SatO₂ 83%. RX tórax: imagen nodular de 2 cm en lóbulo superior izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es exfumador desde hace 3 meses, ICAT 30 paquetes/año, bebedor moderado. No exposición ocupacional. No antecedentes familiares de cáncer de pulmón.

Juicio clínico: EPOC exacerbado y Nódulo Pulmonar Solitario. *Diagnóstico diferencial:* Carcinoma Pulmonar, Granuloma tuberculosis, Quiste hidatídico, Hamartoma, Metástasis.

Tratamiento, planes de actuación: Urbason 80, Pantoprazol, Ventolín, Atrovent, Pulmicort. El paciente presenta mejoría clínica, pero ante la posibilidad de Carcinoma Pulmonar se contacta con Internista de guardia para cita preferente en Neumología para estudio.

Evolución: Se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar mediante la realización de TAC tórax y biopsia de la lesión T1N0M0. Se realizó lobectomía superior del pulmón izquierdo y radioterapia adyuvante, no siendo necesaria quimioterapia. El paciente no presentó complicaciones siendo la evolución favorable. Actualmente se encuentra asintomático y sigue sin fumar. Sigue controles periódicos por parte de Neumología.

Conclusiones

En los pacientes con EPOC es importante tanto una anamnesis y exploración exhaustiva como realizar pruebas complementarias adecuadas. Ante la aparición de un nódulo pulmonar solitario es importante descartar patología maligna, más aun en pacientes con antecedente tabáquico u otros factores de riesgo. Es importante la derivación importante a Neumología para realizar estudio y tratamiento posterior en caso de que fuera necesario.

Palabras clave

COPD, Nodule, Lung

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Fallos de memoria

Borralló Herrero M¹, Ruíz Ruíz M², Frutos Muñoz L²

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y Neurología.

Motivos de consulta

Fallos de memoria.

Historia clínica

Paciente varón de 62 años que acude a consulta de atención primaria por fallos de memoria de fijación. "No encuentra la palabra que quiere decir". Sin embargo, reconoce a sus familiares y es autónomo para su aseo personal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sufrió un accidente de tráfico en 2015 con fractura inestable de C2-C3 que le provocó estar de baja y en reposo durante 9 meses, siendo finalmente intervenido por neurocirugía con éxito aunque le dieron una incapacidad permanente total. Además, sufre de cuadro ansioso depresivo y está en tratamiento con paroxetina 20mg y trazodona 100mg

Exploración: consciente y orientado. Test de fijación 3/3, test de cálculo 4/5, test de memoria diferida 3/3, test lenguaje y construcción 9/9, minimental 29/30, test del reloj 6/, fluencia verbal 16 animales en un minuto

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica con valores en rango normal. Tirotropina, vitamina B12 y ácido fólico sin alteraciones. Serología lues: RPR negativo activa. Treponema palidum IgG + IgM positivo. RM craneal: sin hallazgos relevantes.

Enfoque familiar y comunitario: Está separado de la madre de sus dos hijos, los cuales están independizados y con los que mantiene mala relación. Hace 10 años se casó nuevamente, sufriendo una ruptura sentimental durante unos meses, pero tras el accidente volvieron a estar juntos. Por tanto, se trata de una familia nuclear y está en la fase V del ciclo de la vida

Diagnóstico diferencial: Alzheimer. Deterioro cognitivo por déficit de atención. Fallos de memoria secundarios a estado depresivo. Neurosífilis.

Juicio clínico: neurosífilis.

Tratamiento, planes de actuación: Benzetacid 1200.000 im/semanal/ 3 semanas.

Evolución: El paciente ha tenido buena evolución, con gran mejoría y algún fallo de fijación esporádico. Lo citamos mensualmente viendo los progresos e ir reduciendo el tratamiento antidepressivo progresivamente.

Conclusiones

El paciente fue diagnosticado en un primer momento en Neurología de fallos de memoria secundarios a su estado depresivo. El médico de familia debe realizar el seguimiento y evolución del paciente y seguir indagando si no está de acuerdo con el diagnóstico hospitalario, hasta conseguir el diagnóstico certero.

Palabras clave

Neurosífilis, Demencia, Depresión

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

No tengo luz en mi domicilio, tengo mareo desde hace tres días

Sánchez Torres E¹, Chamorro Castillo M², Sáez Gallegos M²

¹ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mareo y disnea.

Historia clínica

Hombre de 52 años, acude a urgencias del CS con sensación de mareo y “falta de aire” desde hace tres días desde que le han cortado la luz en el domicilio ya que no le funciona la bombona de oxígeno. En la sala de espera presenta síncope con lenta recuperación posterior. Refiere que le ha ocurrido en otras dos ocasiones con traumatismo craneoencefálico.

Enfoque individual: Hipertenso, insuficiencia respiratoria crónica por enfermedad pulmonar obstructiva crónica con oxígeno domiciliario, diabetes mellitus tipo II.

Exploración: tensión arterial: 160/100, saturación 89, frecuencia cardíaca 65 lpm. Glucemia 100. Exploración neurológica completa: algo confuso con nistagmo verticalizado. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, pr normal, no bloqueos no alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar fase de dispersión. Doce hijos en domicilio.

Juicio clínico: hematoma subdural izquierdo de dos días de *Evolución:* en tac de cráneo realizado en urgencias.

Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, reagudización de Epoc, vértigo de característica central...

Identificación de problemas: secundario a la falta de oxígeno de unos días de evolución (por problemas socioeconómicos) el paciente inicio con mareo e hipoxia cerebral lo que le provocó traumatismo craneoencefálico con posterior hematoma subdural.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias hospitalarias en ambulancia medicalizada dado el nistagmo verticalizado y la confusión del paciente tras síncope. Posteriormente y tras tac de cráneo se llama a neurocirujano de guardia para tratamiento quirúrgico.

Evolución: La evolución en planta de hospitalización fue buena, dándose de alta a la semana tras intervención quirúrgica y con tratamiento aumentado para la tensión arterial mal controlada. Citas con trabajadora social y médico de familia para seguimiento y solución de problema en domicilio.

Conclusiones

Tanto el médico de familia en consulta como en urgencias tiene que estar preparado para cualquier urgencia vital que se le presente como ésta y a la vez pensar en la posible etiología de la misma.

Palabras clave

Hematoma, Oxígeno, Síncope

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Pericarditis

Hernández García R¹, López Pérez A¹, Bajo Ramos J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda.

Ámbito del caso

Urgencias.

en tratamiento actualmente. Madre sin patologías crónicas.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Diagnóstico: Pericarditis y derrame pericárdico.

Historia clínica

Varón de 21 años que acude al servicio de Urgencias por presentar desde hace dos días dolor torácico intenso.

Diagnóstico diferencial: pericarditis, cardiopatía isquémica, disección aórtica, neumonía, neumotórax, costochondritis.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin patologías crónicas ni tratamiento habitual. Acude por dolor centrotorácico intenso, no irradiado que se exacerba con la inspiración y el decúbito supino. Hace unas tres semanas tuvo un cuadro diarreico.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo en cama, Aspirina 1g/6h y Esomeprazol 40mg 1/24h. Ingresó en planta a cargo de cardiología.

Exploración física: estable hemodinámicamente, Presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca 90lpm. Auscultación cardíaco: rítmico sin soplos ni rones. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. No se aprecia ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular.

Evolución: Presentó fiebre a los dos días del ingreso, al realizarle una nueva radiografía de tórax se vio un infiltrado en hemitórax derecho. Se extrajeron hemocultivos y se pautó antibioterapia. Aunque la evolución del derrame pericárdico fue lenta el paciente fue mejorando. Permaneció ingresado dos semanas y fue dado de alta con tratamiento domiciliario con Aspirina y Esomeprazol, y reposo domiciliario y revisiones en consulta de cardiología y atención primaria a la semana.

Pruebas complementarias: electrocardiograma con ritmo sinusal a 90lpm, elevación generalizada del segmento ST. Radiografía tórax: índice cardiorácico aumentado de tamaño. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo de predominio posterolateral. Cavidades normales. Septos íntegros. No se aprecian valvulopatías. Analítica: hemograma dentro de la normalidad, bioquímica con proteína C reactiva 144, troponina T ultrasensible 3.

Conclusiones

Hay que destacar en este tipo de patologías la importancia de una buena anamnesis y exploración física para realizar un correcto diagnóstico diferencial, además de ayudarnos de las pruebas complementarias que tenemos. Hay que tener en cuenta que un diagnóstico y tratamiento lo antes posible puede evitar complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente no presentaba patologías crónicas ni hábitos tóxicos. Padre diagnosticado de cáncer de colon

Palabras clave

Chest, Pain, Pericarditis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cefalea persistente en mujer joven

López Segura F¹, Fernández Herrera D², Serrano Baena C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Acude a nuestra consulta de atención primaria 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 ligera sono-fotofobia. No náuseas ni vómitos. No otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: La paciente no tiene antecedentes personales ni familiares de interés. No toma tratamiento de manera habitual, salvo analgésicos cuando presenta dicha cefalea.

Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Afebril y eupneica en reposo. Auscultación cardiaca: 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 disimetrías. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No signos de focalidad neurológica ni meningismo. Romberg negativo activo.

No dolor a la palpación de senos mastoideos.

Pruebas complementarias: TAC con Contraste intravenoso. 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.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es adoptada, por lo que desconocemos antecedentes familiares de la misma.

Juicio clínico: Malformación Arterio-Venosa Frontal Izquierda. Tumor Cerebral. Migraña. Lesión aneurismática.

Tratamiento, planes 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: Valorada por el Servicio de Neurocirugía del CHU de Granada, donde a la vista de los resultados de las pruebas complementarias, se decidió tratamiento mediante Radiocirugía.

Conclusiones

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.

Palabras clave

Cerebral Arteriovenous Malformation

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, vuelvo a tener infección de orina

Sánchez Torres E¹, Sáez Gallegos M², Dalouh I³

¹ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

³ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Molestias urinarias y secreción uretral.

Historia clínica

Paciente de 41 años que refiere secreción uretral amarillenta y molestias al orinar y en zona perineal desde hace dos días. Acude con su mujer a consulta. Afebril. Se cita al paciente en consulta esa misma semana para que acuda solo y explica que ha mantenido relaciones sexuales de riesgo con otras parejas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: disfunción eréctil, ansiedad, prostatitis. En tratamiento con Lorazepam.

Exploración: A nivel inguinal no presenta adenopatías. En zona de uretra se visualiza secreción amarillenta que se recoge para analizar. Testes y resto de genitales sin alteraciones. Abdomen blando y depresible no doloroso.

Pruebas complementarias: se recoge muestra de exudado uretral para posterior análisis y se solicita serología de enfermedades de transmisión sexual y urocultivo.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar en Extensión II (nacimiento de primer hijo). Familia nuclear simple.

Juicio clínico: Uretritis por *Neisseria gonorrhoeae*.

Diagnóstico diferencial: cistitis, fistula recto-uretral, prostatitis.

Tratamiento, planes de actuación: Doxiciclina 100 mg/12 h 7 días + Cefixima 400 mg vía oral.

Evolución: El paciente evolucionó favorablemente con los antibióticos descritos. Su mujer fue tratada con los mismos fármacos.

Conclusiones

Como médicos de familia en ésta ocasión nos vemos en una situación conflictiva desde el punto de vista ético, ya que por una parte deberíamos guardar el secreto profesional, pero por otra debemos solicitarle también las serologías a la pareja del paciente ya que puede haberle transmitido cualquier enfermedad. Son situaciones de nuestro día a día que tenemos que solventar y que a veces carecemos de dicha información y tenemos que conocerla.

Palabras clave

Enfermedades de Transmisión Sexual, Uretritis, Riesgo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Otra vez gastroenteritis?

Torres Guerrero E¹, Marcos Alonso C², Beuzón Ocaña A³

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

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y diarrea intermitente de larga evolución.

Historia clínica

Mujer de 61 años, que presenta diarrea de 6 meses de evolución, intermitente, semilíquida, de 6/8 deposiciones diarias, sin restos patológicos, predominio diurno y que respetan el descanso nocturno. Dolor abdominal tipo cólico que alivia tras la defecación. Previamente hábito intestinal normal. No rectorragias. Hiporexia, pérdida de peso de 2 kg en este tiempo. No fiebre ni otros síntomas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Fumadora 10 cigarrillos/día. Insuficiencia venosa periférica.

Exploración física: Buen estado general. Consciente. Buena hidratación de piel y mucosas. Índice masa corporal 21 kg/m². Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, depresible, no distendido, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Analítica con calprotectina, perfil tiroideo, abdominal, anticuerpos anti TG: Normal. Coprocultivo, estudio de parásitos en heces: normal. Colonoscopia: Normal. Se toman biopsias aleatorias de mucosa colónica. Anatomía patológica: Colitis colágena (Microscópica).

Enfoque familiar y comunitario: Casada, vive con esposo. Tiene 2 hijos, independientes. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Colitis microscópica (colágena).

Diagnóstico diferencial: Diarrea infecciosa e inflamatoria, diarrea facticia, Vipoma, cólera, síndrome carcinoide, hipertiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento con corticoides orales a dosis altas.

Evolución: Tras establecerse el diagnóstico de colitis microscópica colágena se inicia en atención primaria tratamiento empírico con corticoides orales (prednisona 1mg/kg/d) en pauta descendente, con gran mejoría clínica: disminución de la frecuencia de las deposiciones y desaparición del dolor abdominal. Actualmente continúa tratamiento con budesonida oral (pautado en revisión por digestivo), manteniéndose por ahora asintomática.

Conclusiones

Nos debe surgir la sospecha clínica de una colitis microscópica ante pacientes de mediana edad con diarrea acuosa crónica o intermitente, siempre que se haya descartado otra etiología originaria del cuadro y es necesario incluirlo en el diagnóstico diferencial. Puede asociar meteorismo, dolor abdominal, urgencia e incontinencia fecal, y discreta pérdida de peso. La confirmación diagnóstica es por anatomía patológica, ya que no se observan alteraciones macroscópicas en la colonoscopia. La diarrea varía desde formas leves y autolimitadas a formas graves y refractarias al tratamiento médico, que requieren cirugía.

Palabras clave

Microscopic Colitis, Collagenous Colitis, Diarrea

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal desde esta mañana que no me permite incorporarme

Sánchez Torres E¹, Dalouh I², Chamorro Castillo M³

¹ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante

² Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal agudo.

Historia clínica

Paciente de 32 años que refiere desde esta mañana dolor abdominal generalizado con náuseas sin otra sintomatología añadida. Refiere que le incapacita para las actividades de la vida diaria. No molestias genitourinarias. Fecha última regla hace 25 días. Presenta dispositivo intrauterino.

Enfoque individual. Antecedentes personales: depresión, migraña, cistitis de repetición.

Exploración: abdomen globuloso, doloroso a la palpación generalizada, no Murphy, no Blumberg, no signos de irritación peritoneal.

Tensión arterial: 90/60. Frecuencia cardíaca: 110 lpm.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar en Extensión II (nacimiento de primer hijo). Familia nuclear simple.

Juicio clínico: Embarazo ectópico.

Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico, rotura de quiste folicular, apendicitis, pancreatitis, coledocolitiasis, miomas...

Tratamiento, planes de actuación: En el CS se pautó metamizol intravenoso y butilescolamina con mejoría parcial por lo que se derivó a urgencias hospitalarias. Tras test de embarazo positivo y no mejoría con analgesia habitual se contactó con ginecología de guardia con posterior ecografía transvaginal donde se observó útero con endometrio engrosado y saco gestacional en cuerno izquierdo con feto vivo (12 semanas), escaso líquido libre en cavidad abdominal.

Evolución: Evolución favorable a la semana tras laparotomía media infraumbilical de urgencia y transfusión de dos concentrados de hemáties.

Conclusiones

En toda mujer con edad fértil se debe descartar cualquier patología ginecológica aguda en una paciente con dolor abdominal. Desde atención primaria debemos estar alerta ante un dolor abdominal que no cede con analgesia habitual y derivar a un ámbito hospitalario para valoración de pruebas complementarias.

Palabras clave

Embarazo Ectópico, Dolor Abdominal, Laparotomía

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Iatrogenia farmacológica por cuadros febriles

Fernández Viñes J¹, Gines Ramírez E²

¹ Médico de Familia. DA de Armilla. Granada

² Médico de Familia. Servicio de Urgencias CS Chana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Avisan los familiares porque, estando previamente bien, no pueden despertarlo.

Historia clínica

Paciente de 46 años con malestar general y febrícula. Se echa a media mañana y cuando la mujer lo llama para comer no consigue despertarlo, activando el servicio sanitario.

Enfoque individual. Antecedentes personales: nefrectomía derecha por tumor renal, Angiomiolipoma, hernia discal lumbar. Tratamiento con Amitriptilina, pregabalina, fentanilo 75 mcg parches, silodosina 8 mg, citalopram, Bromacepam, Anagasta y cinitaprida.

A la exploración abre los ojos espontáneamente, estuporoso y desorientado en las tres esferas. Normoperfundido e hidratado. Pupilas mióticas normorreactivas a las luz. Pares craneales normales. Glasgow 13/15 (3O, 4V, 6M). ACP con tonos rítmicos sin soplos. Taquipneico en reposo, respiración superficial. Murmullo conservado, sin ruidos sobreañadidos. TA: 100/70 mmHg. FC: 120 lpm. FR: 32 rpm. Sat. O₂: 80%. Temp: 37.8°C. Glucemia al azar: 146 mg/dl.

Pruebas complementarias: Se hace ECG donde presenta RS a 120 lpm. QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: La familia se encuentra preocupada, piensa que presenta una enfermedad grave.

Juicio clínico: Intoxicación por opiáceos por cuadro febril.

Diagnóstico diferencial: Septicemia. Insuficiencia renal aguda. Intoxicación farmacológica: por benzodiazepinas. Por opiáceos.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento de soporte: hidratación con SSF, ventilación con ventimask al 60% a 15 lpm, manteniendo saturación de oxígeno de 94%. Naloxona 0, 8 mg iv y paracetamol 1 gr iv.

Evolución: Tras ponerle naloxona el paciente comienza a mejorar. Disminuye la hipoxemia y la frecuencia cardiaca. Neurológicamente disminuye la miosis y empieza a orientarse en las 3 esferas.

Conclusiones

Cuando nos encontramos con pacientes con bajo nivel de conciencia debemos intentar realizar una anamnesis lo más profunda posible, incluyendo los fármacos que usa habitualmente -tanto orales como cutáneos- o puede haber ingerido, que nos pueda orientar en la etiología del cuadro, evitando retrasos en el inicio del tratamiento correcto. En este caso el bajo nivel de conciencia, la hipoxemia y las pupilas mióticas junto a la presencia de un aumento de la temperatura corporal nos hace decantarnos por una intoxicación por fentanilo secundaria a la sobre absorción del parche por el aumento de la temperatura cutánea.

Palabras clave

Opiates, Metabolic Side Effects of Drug and Substances, Fever of Unknown Origin

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La importancia de una correcta exploración física

Guillén Vázquez J

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijos. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Motivos de consulta

Inestabilidad en la marcha y dolor cervical.

Juicio clínico: Síndrome parkinsoniano.

Tratamiento, planes de actuación: Inicia tratamiento con Rasagilina.

Historia clínica

Mujer de 82 años que consulta por alteración del equilibrio de varios meses de evolución, que se acompaña de dolor cervical y torpeza en los movimientos de las extremidades superiores.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica, anemia de trastorno crónico, parálisis facial periférica, cervicoartrosis y colecistectomía.

Exploración física: Buen estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Rigidez A la exploración de miembros superiores, de predominio izquierdo con coordinación y funciones superiores normales. ACP: tonos arrítmicos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: alteración de la función renal. Resto dentro de la normalidad. Resonancia magnética (RM) de cráneo: lesiones isquémicas en los ganglios de la base. Tomografía Computarizada de Emisión monofotónica cerebral (SPECT): afectación moderada/severa de ambos cuerpos estriados, sugestiva de parkinsonismo dopaminérgico.

Evolución: Dada la clínica de la paciente y la escasa respuesta al tratamiento se deriva a Neurología, donde se solicitan las pruebas complementarias anteriormente mencionadas y se establece el juicio clínico en base a ellas. Se añade Levodopa/Carbidopa al tratamiento, sin explorar a la paciente. En revisiones posteriores, mantienen el diagnóstico de síndrome parkinsoniano a pesar del empeoramiento clínico. Finalmente, tras una exploración física detallada, concluyen que éste diagnóstico es erróneo y que se trata de un falso positivo de la RM y la SPECT.

Conclusiones

Actualmente disponemos de herramientas diagnósticas muy sofisticadas, como en este caso la SPECT, que nos ayudan en el proceso diagnóstico de nuestros pacientes, sin embargo, dichas pruebas son solo complementarias u orientativas, pero no establecen un diagnóstico definitivo. En nuestro caso, se pone de manifiesto la gran importancia de una correcta anamnesis y exploración física detallada, desde la primera visita de la paciente, para alcanzar un diagnóstico preciso.

Palabras clave

Parkinson's Disease, Physical Examination, Diagnostic Tests

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Pensando en otras causas de dolor abdominal: Infarto omental

Franco Larrondo Y, Justicia Gómez L, Polo Torres E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, vómitos.

Historia clínica

Varón de 14 años, que consulta por dolor abdominal de dos días de evolución, náuseas, vómitos de contenido alimenticio y una deposición semilíquida, sin productos patológicos. Afebril. En casa un hermano había pasado una gastroenteritis (GEA).

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Obeso. No intervenciones quirúrgicas. A la exploración dolor abdominal difuso, sin irritación peritoneal, resto sin alteraciones. Se diagnostica como una GEA y se pauta tratamiento sintomático. Tres días después regresa, con empeoramiento del dolor, malestar general, náuseas, sin vómitos, ni diarreas, afebril.

Examen físico: palidez cutánea, sudoroso. Abdomen blando, depresible, doloroso en fosa iliaca izquierda (FII), con defensa. Blumberg y Murphy negativo activo, Rovsing dudoso. Resto de exploración negativo activa. Se deriva a Urgencias con la presunción de abdomen agudo.

Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitos 15450, neutrófilos 9610. Resto sin alteraciones significativas. Ecografía abdominal: En FII aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica, con líquido de disposición laminar que provoca una trabeculación de la grasa. Resto normal. TAC de pelvis: En FII se observa imagen ovalada de unos 327 cm de tamaño, con aumento de la densidad de la grasa mesentérica y

engrosamiento de la hoja parietal del peritoneo asociado. Mínima cantidad de líquido libre en pelvis. No se observan otras alteraciones. Hallazgos compatibles con infarto omental.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo menor de 3 hermanos, padres casados. Se encuentra en 4to año de la ESO. Buen entorno familiar. Barrio nivel socio-económico bajo.

Juicio clínico: Infarto omental.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, Adenitis mesentérica, ileítis infecciosa, enfermedad celíaca, Diverticulitis de Meckel, apendicitis epiloica.

Identificación de problema: En un niño las causas de dolor en FII puede generar más dudas diagnósticas.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso. Tratamiento conservador con analgesia.

Evolución: Evolución favorable. Al alta seguimiento ecográfico al mes.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso radica en la importancia de un buen seguimiento y reevaluación. En ocasiones tendremos dificultad para llegar al diagnóstico certero cuando el inicio del cuadro es común a muchas patologías. Lo importante es realizar una correcta anamnesis y examen físico y además pensar en todos los diagnósticos diferenciales. La visión longitudinal es una ventaja diagnóstica con la que cuenta el médico de familia.

Palabras clave

Abdominal Pain, Omental Infarction

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Mal cumplimiento terapéutico y Meningoencefalitis. A propósito de un caso

Franco Larondo Y¹, López Muñoz M², Salazar Bruque I³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Odinofagia y tos.

Historia clínica

Varón de 36 años que consulta por odinofagia y tos seca. Afebril. A la exploración se observa hiperemia en orofaringe, resto normal. Se trata sintomáticamente como una infección viral. Dos días después regresa con fiebre de 38,5°C, otalgia e hipoacusia derecha. A destacar en la exploración del oído derecho membrana timpánica, con abombamiento e hiperemia. Se indica tratamiento para Otitis media con Augmentine de 875mg/8h por 7 días y antiinflamatorio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Sin hábitos tóxicos. A los 8 días regresa a la consulta la mujer para informar el empeoramiento clínico y solo quiere dormir. Comenta que hace 4 días abandonó la medicación porque habían cedido todos los síntomas.

Examen físico: Regular estado general, afebril. TA: 180/90. FC: 100. Tendencia a la somnolencia, responde al interrogatorio con monosílabos. Pupilas midriáticas, poco reactivas, rigidez nuchal. Se deriva a Urgencias por sospecha de Meningitis.

Pruebas complementarias: Analítica Leucocitos: 24000, con neutrofilia. PCR 120, Procalcitonina 31, 24, resto normal. En LCR se detecta DNA de *Streptococcus pneumoniae*. TAC cráneo: Colapso de las cisternas de la base. Captación en los giros cerebrales en los territorios de ACMs y ACAs en relación con lesiones isquémicas o focos de encefalitis.

Ocupación de ambos oídos medios y mastoides, así como engrosamiento de senos etmoidales, frontales, etmoidales.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con dos hijos. Funcionario. Relaciones cordiales con familiares y vecinos. Barrio nivel socio-económico bajo.

Juicio clínico: Meningoencefalitis aguda neumocócica.

Diagnóstico diferencial: Absceso cerebral, Meningitis vírica. Hipertensión intracraneal.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso a cargo de Neurología. Se comienza antibioticoterapia.

Evolución: Inestabilidad hemodinámica que requirió ingreso en UCI. Tras mejoría del cuadro y finalización del tratamiento ha quedado con secuelas importantes, trastornos del lenguaje y motor, afectación cognitiva con grave alteración de la conducta, con trastornos del impulso, conducta motora aberrante y agresividad. Al alta se deriva a consulta de Salud Mental.

Conclusiones

En nuestra práctica clínica diaria debemos ser conscientes que el incumplimiento terapéutico constituye un problema de gran relevancia. Por eso desde nuestra visión longitudinal debemos trazar estrategias para identificar estos casos y en la medida que nos sea posible detectarlo y realizar una estrategia individualizada.

Palabras clave

Meningoencephalitis, Otitis Media, *Streptococcus Pneumoniae*

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dermatitis alérgica sobre tatuaje de henna

Aparicio Gallardo V¹, Zafra Iglesias L¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Ampollas y dolor sobre tatuaje de henna.

Historia clínica

Mujer de 28 años que acude por dolor, quemazón, eritema y lesiones ampollosas sobre tatuaje de henna realizado durante un viaje a Marruecos. Tras la realización del tatuaje, comienza con eritema y quemazón, tres días después comienza con lesiones ampollosas.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas ni patologías previas de interés. Se observa eritema circundante a tatuaje de henna sobre cara dorsal de muñeca izquierda y ampollas sobre dibujo. No se realizan pruebas complementarias, diagnóstico clínico.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Estilo familiar centrípeto. Familia normofuncional.

Juicio clínico: Dermatitis alérgica de contacto.

Diagnóstico diferencial: con dermatitis irritante de contacto.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta antihistamínicos (bilastina) y metilprednisolona tópico. Se aconseja evitar la exposición de la lesión al sol al fin de minimizar un posible empeoramiento y lesiones residuales posteriores.

Evolución: Evolución favorable, sufriendo una descamación paulatina de la piel y consiguiéndose un borrado total del tatuaje a las 2 semanas de la realización del mismo. Existe una discreta hipopigmentación residual.

Conclusiones

Los tatuajes de henna negra pueden contener altas concentraciones de paraphenylenediamine o PPD, sustancia que puede causar reacciones alérgicas hasta en el 69% de la población que se lo aplique. Esta sustancia fija el pigmento y da un tono más oscuro, pudiendo parecer más atractivo, debiendo advertir a nuestros pacientes las posibles complicaciones. Las lesiones residuales irán desde hipo e hiperpigmentación hasta lesiones cicatrízales, en función de la respuesta alérgica del organismo, la cual puede aparecer hasta una semana tras la aplicación de la sustancia.

Palabras clave

Alergia, Tatuaje, Henna

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Crisis epiléptica de novo en paciente de mediana edad sin antecedentes personales

Merino Jiménez M¹, Vidal Adán J², Mármol Vidal M³

¹ Médico de Familia SCCU. Complejo Hospitalario de Jaén

² Enfermero de Familia. CS Úbeda Este. Jaén

³ Enfermera de Familia.

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Aviso urgente: paciente inconsciente, crisis epiléptica no conocida.

Historia clínica

Paciente de 54 años encontrada por su hijo en el suelo del domicilio inconsciente y con relajación de esfínteres. Atención y traslado monitorizado por DCCU al hospital.

Enfoque individual. Antecedentes: dispepsia, hernia de hiato con *H. pylori* positivo. Los 9 meses anteriores al episodio había consultado por cefaleas, mareos y crisis de ansiedad, que se relacionaron con el fallecimiento reciente de su marido.

Exploraciones normales, no se realizan pruebas complementarias ni derivaciones; las crisis de ansiedad se trataron con alprazolam. Episodio actual: Atención inicial del DCCU, paciente inconsciente con relajación de esfínteres; convulsiona precisando diazepam iv y midazolam iv, vía aérea con Guedel y traslado monitorizado al hospital de referencia, constantes normalizadas. En el hospital Glasgow de 5, baja reactividad secundaria a medicación administrada y periodo proscrito, pupilas arreactivas, no mordedura de lengua, sí TCE. Resto exploración normal.

Se solicita TAC cráneo, se realiza acompañado de personal sanitario, posteriormente la paciente se empieza a despertar presentando hemiparesia derecha, con tendencia al sueño y visión borrosa.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo familiar de disolución, APGAR familiar 17 puntos (normofuncionante). AVE 163.

Juicio clínico: Quiste aracnoideo frontoparietal parasagital izqda. de 5.5x 4.4 cm, provocando efecto masa, obliterando surcos cerebrales adyacentes y desviación línea media hacia la derecha.

Diagnóstico diferencial: ACV isquémico, ACV hemorrágico, epilepsia, LOE.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: se ingresó a cargo de Neurocirugía, tras completar estudio con RMN, explicarle a la paciente y familia hallazgos y alternativas se consensua tratamiento quirúrgico con fenestración del quiste con el ventrículo lateral izqdo. Cistulo ventriculostomía. Implante pericardio bovino, Hemopatch de Baxter. Tratamiento corticoide, ácido valproico 300, clorazepato dipotásico 5 y analgésicos. Revisión en consultas.

Evolución: Evolución favorable, deambula con mejoría de la hemiparesia derecha y agudeza visual.

Conclusiones

En esta ocasión la clínica era escasa de inicio (cefalea, vértigo/mareo que se correlacionaba con crisis de ansiedad por AVE), con exploraciones normales; pero al debutar con la crisis epiléptica se hizo un abordaje correcto, con una adecuada atención sanitaria en los distintos niveles asistenciales, diagnóstico y tratamiento correctos. Importante descartar LOE ante convulsión de novo.

Palabras clave

Meningioma, Convulsion, Paresia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor cervical y limitación funcional

Alcántara Zarzuela M¹, Salva Ortiz N², Alcántara Zarzuela A³

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

³ Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente derivado por su Médico de Familia a urgencias por cervicalgia y limitación de la movilidad del cuello.

Historia clínica

Varón de 47 años con cervicalgia de cinco días de *Evolución*: en tratamiento con ibuprofeno y metamizol sin mejoría. Ante aparición limitación de movilidad se añade relajante muscular. En los últimos dos días odinofagia discreta con dificultad para la deglución. Afebril. Niega ingesta de alimentos con espinas o huesos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de un paquete diario.

Anamnesis: Cervicalgia de intensidad progresiva con limitación de la flexión y posterior dificultad para tragar.

Exploración: Hemodinámicamente estable. Afebril. Posición antiálgica. Flexión cervical conservada, extensión limitada. Trismus de un través de dedo intuyéndose edema amigdalario izquierdo. Dolor intenso a la palpación relieve mandibular izquierdo.

Pruebas complementarias: Hemograma con leucocitosis moderada y desviación izquierda. Bioquímica con elevaciones reactantes fase aguda. Tomografía axial computerizada de cuello con contraste intravenoso: lesión

hipodensa espacio retrofaríngeo desde base del cráneo a C6, de 2.6 x 0.6 cm. No colección de material purulento

Enfoque familiar y comunitario: Casado con un hijo. Conviven los tres. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Celulitis retrofaríngea.

Diagnóstico diferencial: Tortícolis por contractura muscular. Absceso periamigdalino. Absceso retrofaríngeo. Celulitis retrofaríngea. Carcinoma orofaríngeo.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con corticoide, antibiótico y analgesia intravenosa. Permanece en área de observación para vigilancia inicial y tras evolucionar favorablemente ingresa en planta de Otorrinolaringología.

Evolución: Progresivamente mejoría notable de la clínica sin evolucionar hacia la abscesificación de la lesión, no precisando drenaje. Alta en pocos días sin aparición de complicaciones.

Conclusiones

Revisar a nuestros pacientes cuando aparecen nuevos síntomas puede ser la clave para un correcto diagnóstico de la patología dado que éstas son evolutivas y en ocasiones las valoramos en su inicio, sin encontrar datos concluyentes.

Palabras clave

Oropharyngeal Cáncer, Cellulitis, Neck Stiffness

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, mi orina parece leche condensada

Alcántara Zarzuela M¹, Salva Ortiz N², Alcántara Zarzuela A³

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

³ Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente derivado por su médico de familia por piuria y dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 52 años con dolor en fosa renal izquierda irradiado a hipogastrio de intensidad creciente en los últimos 6 días. Refiere "orina con aspecto de leche condensada". Sensación distérmica no termometrada. No náuseas. Estreñimiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia. Litiasis coraliforme riñón izquierdo. Hipertrofia benigna de próstata.

Anamnesis: Paciente diagnosticado de riñón izquierdo no funcional por cálculo coraliforme que abandona revisiones en Urología.

Exploración: Hemodinámicamente estable. Febril (38.3°C). Auscultación cardiorrespiratoria sin datos relevantes. Puño percusión renal bilateral positiva. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda con sensación de masa y doloroso en hipogastrio.

Pruebas complementarias: Orina en bote recogida hematórica con coágulos. En un segundo tiempo aporta un segundo bote con piuria densa. Hemograma con anemia, leucocitosis mínima con desviación izquierda.

Bioquímica con leve deterioro de la función renal, sin alteraciones iónicas ni elevación reactantes de fase aguda. Coagulación sin alteraciones. Radiografía de abdomen con imagen compatible con cálculo coraliforme izquierdo. Radiografía de tórax sin infiltrados, condensaciones ni pinzamiento senos costofrénicos. Tomografía axial computerizada de abdomen: cálculo coraliforme en riñón izquierdo, hidronefrosis crónica con pionefrosis y cambios inflamatorios en grasa perirrenal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado sin hijos, conviviendo con su mujer. Buena relación.

Juicio clínico: Pionefrosis por cálculo coraliforme.

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis. Hidronefrosis secundaria a litiasis ureteral. Quistes renales complicados. Pionefrosis.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Urología.

Evolución: Continuada antibioterapia iniciada en urgencias, realizándose nefrostomía percutánea a las 24 horas.

Conclusiones

La importancia de explicar bien a nuestros pacientes sus patologías para que tomen conciencia de las mismas y continúen sus revisiones o tengan una correcta adherencia al tratamiento se hace plausible en este caso.

Palabras clave

Pyuria, Nephrolithiasis, Pionefrosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal durante relación sexual

Aparicio Gallardo V¹, Zafra Iglesias L¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Diagnóstico diferencial con neumoperitoneo quirúrgico, pancreatitis, apendicitis y dolor abdominal de causa ginecológica.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia y observación hospitalaria.

Evolución: Favorable, no precisando intervención quirúrgica.

Historia clínica

Mujer de 25 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de instauración brusca mientras mantenía relación sexual. Afebril.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés.

Buen estado general, normal coloración de piel y mucosas. Auscultación cardio-respiratoria sin hallazgos. Dolor abdominal difuso, sin peritonismo. Blumberg y Murphy negativo activo. No edemas en miembros inferiores.

Hemograma, coagulación y bioquímica normal. En radiografía de abdomen se observa aire bajo cúpula diafragmática izquierda, por lo que se realiza TAC de abdomen para descartar perforación de víscera.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Estilo familiar centrípeto. Familia normofuncional.

Juicio clínico: Neumoperitoneo no quirúrgico.

Conclusiones

Cerca del 90% de los neumoperitoneos precisan intervención quirúrgica urgente. Sin embargo, algunas causas de neumoperitoneo son de manejo conservador. El tracto genital femenino se comunica con la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio, permitiendo el paso de aire a la misma y pudiendo ocasionar neumoperitoneo. El gas puede introducirse mediante la aplicación de aire a presión, o bien al ser aspirado al ejercer presión intraabdominal negativa activa. En general, el neumoperitoneo por permeabilidad de las trompas tiene un manejo conservador, precisándose tratamiento quirúrgico en menos del 15% de los casos. Es imprescindible correlacionar la presencia de neumoperitoneo con la historia clínica y exploración física, que nos orientarán sobre el origen del aire (intratorácico, intraabdominal, extra abdominal) y nos permitirá diferenciarlo del neumoperitoneo quirúrgico, evitando laparotomías exploradoras innecesarias.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Neumoperitoneo, Cirugía

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cómo se camufla el Linfoma No Hodgkin

Merchán Cruz M¹, Díez de Baldeón Chicón P¹, Álvarez-Cienfuegos Hernández M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Odinofagia y tos irritativa.

Historia clínica

Paciente de 17 años que acude por presentar desde hace 2 meses odinofagia, tos irritativa y adenopatías laterocervicales.

Enfoque individual: no alergias, no hábitos tóxicos. Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 25mg. Ha acudido repetidas veces a urgencias donde se le diagnosticó mononucleosis infecciosa. En nuestra reevaluación, la paciente refiere presentar sensación distérmica sin fiebre termometrada, disnea, molestias centrotorácicas, pérdida de 4 kg de peso y sudoración profusa de predominio nocturno.

Exploración física: y pruebas complementarias: Buen estado general y consciente. Tensión arterial 115/65mmHg. SatO₂ 98%. Faringe hiperémica. Adenopatías laterocervicales bilaterales y otra en escotadura yugular duras y no adheridas a planos profundos. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Exploración abdominal anodina.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.4g/dl. Leucocitos 7.700×10⁹/L (con linfopenia). Plaquetas 432.000×10⁹/L. LDH 540. PCR 43. TSH 3.25. Frotis sanguíneo de morfología normal. Serología negativo activa. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico anterosuperior. TAC tóraco-abdominal: Conglomerado adenopático en ambas cadenas vasculares laterocervicales con extensión supraclavicular y mediastínica. Masa sólida en mediastino anterosuperior con área de necrosis en su interior que desplaza la tráquea.

Múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Adenopatía parahiliar y derrame pleural derechos. Punción aspiración con aguja fina: Linfoma No Hodgkin B Difuso de células grandes estadio IVA

Enfoque familiar y comunitario: No relevante para el caso.

Juicio clínico: Linfoma No Hodgkin B Difuso de células grandes estadio IVA.

Diagnóstico diferencial: Mononucleosis infecciosa. Faringitis vírica. Primoinfección VIH.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Oncología donde se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Evolución: Durante la aplicación de la radioterapia presentó como complicaciones neumonía bilateral y esofagitis rádica. Tras completar tratamiento, la paciente está en remisión completa en seguimiento en consultas de Oncología.

Conclusiones

El linfoma no Hodgkin es responsable del 25% de los casos de cáncer en la franja de edad de 15 a 19 años siendo la mayoría de alta grado y agresivos clínicamente. Por ello, es importante que desde la atención primaria sepamos identificar aquellos casos con signos de alarma con los que obtenemos un diagnóstico temprano, crucial en estos casos. Esto se consigue a través de una buena práctica clínica, con una correcta y completa historia clínica y seguimiento.

Palabras clave

Lymphoma, Non Hodgkin, Infectious Mononucleosis, Lymphadenopathies

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Reacciones adversas a fármacos: Agranulocitosis medicamentosa, más frecuente en nórdicos

Díez de Baldeón Chicón P¹, Rodríguez Salas F¹, Gutiérrez García Á²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. CS Alameda Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre, tos con expectoración y disnea.

Historia clínica

Paciente escandinava de 77 años que acude por fiebre 39,5°C, tos con expectoración y disnea progresiva de 10 días de evolución. Asocia al cuadro odinofagia y sensación de sequedad bucal.

Enfoque individual. Intolerancia a ibuprofeno. Hipotiroidismo, EPOC fenotipo asmático, dislipemia, cialgia crónica con respuesta parcial a diversos antiinflamatorios y analgésicos, en tratamiento desde hace 1 mes con Metamizol. Tratamiento habitual: Levotiroxina, Glicopirronio, Terbutalina, Salmeterol/Fluticasona, Montelukast, Fenofibrato.

Ante los hallazgos en la radiografía de tórax solicitada en CS, se deriva a Urgencias. Taquipneico. Constantes vitales: TA 130/80. Tª 39,3°C. SatO₂ 94%. No adenopatías palpables. Secreción blanquecina espesa en lengua y paladar. A la exploración, faringe hiperémica sin exudados. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos, FC 115 lpm, roncus dispersos, crepitantes gruesos en hemitórax derecho. Abdomen anodino. Analítica sanguínea: Hb 11,3 g/dl, Leucocitos 580x10⁹/L, 20 neutrófilos absolutos, Plaquetas 327000x10⁹/L, Bioquímica normal, PCR 297. Gasometría normal. Antigenuria y serología negativa activas. Frotis sanguíneo: Neutropenia severa con agranulocitosis. Radiografía Tórax: Patrón intersticial bilateral, condensación

paratraqueal derecha. Hemocultivo positivo para *Pseudomona Aeruginosa* multisensible. Cultivo faríngeo positivo para *Serratia Marcenses* multisensible.

Enfoque familiar y comunitario: Acude solo a consulta.

Juicio clínico: Agranulocitosis secundaria a Metamizol. Neumonía lóbulo superior derecho. Candidiasis orofaríngea.

Diagnóstico diferencial: Agudización EPOC. Primoinfección VIH. Patología Oncológica.

Tratamiento, planes de actuación: Se determina ingreso en Medicina Interna para tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam y antifúngicos. Interconsulta con Hematología, quien añade al tratamiento factores estimuladores de colonias.

Evolución: Favorable durante las 2 semanas de ingreso con normalización analítica y mejoría radiológica.

Conclusiones

La agranulocitosis inducida por fármacos es un trastorno agudo grave, más frecuente en escandinavos, que produce la desaparición selectiva de los neutrófilos sanguíneos, predisponiendo a múltiples infecciones. Es necesaria la difusión de este efecto adverso entre los profesionales sanitarios, favoreciendo otras alternativas terapéuticas y evitando su uso en estas poblaciones.

Palabras clave

Agranulocytosis, Dipyrrone, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Por qué a mí?

Lemos Peña A¹, Ojeda López L², García Gallego A³

¹ Médico de Familia. Tutora de MIR MFyC. CS Posadas. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Disminución de visión.

Historia clínica

Varón de 70 años con disminución de agudeza visual. Diagnosticado de catarata y presbicia consulta posibilidad quirúrgica. Se interviene sin complicaciones inmediatas, consultando una semana después por disminución de visión. Se deriva a urgencias donde se diagnostica de endoftalmitis y se interviene inmediatamente

Enfoque individual: paciente sano sin tratamiento alguno, con vida activa e independiente. Ante la ausencia de contraindicaciones, animamos al paciente a intervenir para mejorar calidad de vida y prevenir complicaciones futuras: caídas, trastornos de ánimo... Tras 72h de intervención del ojo derecho agudeza 1. A la semana se interviene ojo izquierdo y se decide suturar en mismo acto incisión del derecho que no cierra completamente. 72h después consultan por alteración visual en ojo derecho y se deriva a urgencias, donde refuerzan colirio antibiótico. 8h después presenta pérdida completa de visión en OD. Remitido a urgencias nuevamente se comunica gravedad del cuadro y se interviene inmediatamente. Posterior seguimiento con ecografía, retinografía y tomografía de coherencia óptica (TCO)

Enfoque familiar y comunitario: Casado con dos hijos que viven en otras localidades. Jubilado, vive con su esposa. Viaja con frecuencia y practica deporte (caza), motivo por el que se anima a intervenir de cataratas. Las secuelas condicionan su vida independiente y alteran su estado anímico.

Juicio clínico: Endoftalmitis.

Diagnóstico diferencial: conjuntivitis, queratitis y uveítis.

Problemas: pérdida completa de visión en persona previamente sana ingreso hospitalario dependencia para actividades habituales alteración anímica

Tratamiento, planes de actuación: Vitrectomía parcial de urgencias con vancomicina intraocular y toma de cultivo. En 24 horas se realiza nueva vitrectomía, vancomicina y cultivo. Cultivo 1: Streptococo Sanguinei. Cultivo 2: negativo activo

Evolución: El paciente mantiene pérdida de visión, con lenta recuperación: 0.05 los primeros días tras segunda vitrectomía. A los 15 días visión 0.5. Ecografía: descarta desprendimiento de retina postvitrectomía. Retinografía: múltiples hemorragias, algunas maculares. TCO: afectación de capas de fotorreceptores especialmente a nivel macular. Seguimiento mensual, confirma buena pero lenta evolución con recuperación máxima de 50% con afectación de visión central; bien tolerada por compensación con la visión binocular.

Conclusiones

La ausencia de patología y comorbilidad no excluye de riesgos cualquier intervención. Es competencia del médico de familia favorecer la toma compartida de decisiones, presentando tanto los beneficios como los posibles riesgos por mínimos que sean. Igualmente orientar y ayudar a afrontar las complicaciones que se presenten y sus secuelas.

Palabras clave

Cataracts Surgery, Endophthalmitis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Prostatitis y PSA elevado

García Prat M, Rodríguez Villadeamigo G, Carrero Morera M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Síntomas obstructivos del tracto urinario inferior.

Historia clínica

Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Hipertenso en tratamiento con Enalapril 10 mg.

Enfoque individual: Paciente de 62 años que acude a la consulta de su médico de atención primaria por esfuerzo miccional con chorro débil e intermitente y goteo terminal de tres semanas de evolución sin fiebre.

A la exploración del tacto rectal se palpa una próstata de mediano tamaño, no indurada, dolorosa a la palpación con tono del esfínter anal conservado. No presenta secreción uretral. Abdomen anodino.

Analítica: hemograma con valores dentro de la normalidad en las tres series. Función renal e iones normales. PSA de 7.2 ng/ml, con una fracción de PSA libre sobre el total del 17%. Orina normal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con dos hijos. Adecuado soporte familiar. Trabaja como operario en una fábrica.

Juicio clínico: Prostatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Hiperplasia benigna, absceso, quiste, Metaplasia escamosa, neoplasia de próstata. Estenosis de uretra.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con Levofloxacino 500 mg cada 24 horas durante 28 días.

Planes de actuación: se realiza derivación a Urología por PSA elevado.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente desapareciendo la sintomatología, por lo que se decide desde atención primaria no iniciar tratamiento con alfa-bloqueantes. A consultas de Urología el paciente acude asintomático. Le realizan PSA de control que resulta de 2.1 dándose el alta posteriormente.

Conclusiones

El médico de familia se encuentra ante muchas situaciones en las que la próstata puede tener algún papel y a menudo el antígeno prostático específico (PSA) aparece como protagonista; por ello, debemos saber interpretarlo y conocer hasta qué punto nos puede ayudar a tomar decisiones. Valores elevados están relacionados con prostatitis e hipertrofia benigna de próstata además del cáncer prostático. La próstata es un órgano que tiene la ventaja de poderse palpar, permitiendo detectar induraciones, de ahí su importancia de realizar siempre un tacto rectal ante la clínica prostática. Es interesante poder realizar más de una determinación de PSA desde atención primaria pues en el caso de su elevación en las prostatitis, su correcta interpretación junto con un tacto rectal normal y un tratamiento adecuado, podrían resolverse y evitar derivaciones al especialista.

Palabras clave

Prostatitis, Prostate-Specific Antigen, Prostatism

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cuando le asoman las orejas al lobo

Chacón Coronado A¹, Gallardo Ramírez M², Suárez Pita J¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Estatus asmático.

Historia clínica

Varón de 66 años, exfumador, con plasmocitoma en 9º arco costal en tratamiento con quimioterapia, pendiente de autotrasplante, hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, diabetes mellitus tipo II y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada en tratamiento con inhaladores (ipratropio y salbutamol).

Enfoque individual: paciente trasladado por DCCU presentando disnea, tiraje costal y abdominal y saturando al 84%.

A la auscultación respiratoria presenta roncus y sibilantes generalizados en ambos hemitórax. Se decide monitorizar al paciente, objetivándose únicamente taquicardia sinusal a 120 lpm. Se pauta aerosolterapia y perfusión de salbutamol, iniciando al poco tiempo extrasístoles ventriculares a 190 lpm. Posteriormente, y coincidiendo con un ascenso de la frecuencia cardiaca, debuta con fibrilación auricular (FA) de novo a 250 lpm y diaforesis.

Enfoque familiar y comunitario: Acude acompañado por su esposa, que refiere que ha sufrido crisis de disnea similares en el pasado, sin mencionar episodios anteriores de FA. Se consulta sobre el tratamiento que utiliza para el EPOC, así como sobre la adhesión al tratamiento y correcta utilización de inhaladores por parte del paciente.

Juicio clínico: Estatus asmático, Broncoespasmo severo, FA de novo. Los previos.

Tratamiento, planes de actuación: Pantoprazol iv, Enoxaparina. Aerosolterapia Salbutamol+Budesonida que se repite. Nueva aerosolterapia con adrenalina, ipratropio y salbutamol, repitiéndose a los 30 minutos y asociada a perfusión de salbutamol. Corticoides iv. Amiodarona iv que se suspende tras revertir arritmia. Hematología valora retrasar el siguiente ciclo de quimioterapia a expensas de evolución del paciente.

Evolución: Se consulta con intensivista, que recomienda nueva pauta de aerosoles, perfusión de amiodarona intravenosa (iv) y disminuir paulatinamente la perfusión de salbutamol. Con esta actuación se consigue revertir a ritmo sinusal a 80 lpm con cese de la clínica cardiológica continuando, sin embargo, con disnea ante mínimos esfuerzos. Por este motivo se decide ingreso en planta de Medicina Interna, donde permanece en la actualidad.

Conclusiones

Ante un paciente pluripatológico en Urgencias, debemos ser precavidos a la hora de tratar el problema actual y prestar atención a la monitorización y al resto de problemas activos del paciente, ya que al estabilizar el motivo de consulta podemos provocar, sin darnos cuenta, una descompensación mayor.

Palabras clave

Chronic Obstructive Lung Disease, Dyspnea, Auricular Fibrillation

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, me duele el corazón

Mozas Blanco A¹, Polo Barrero P², Arias Galera M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Miraflores de los Ángeles. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

³ Médico de Familia. CS Trinidad. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Diagnóstico diferencial: pericarditis, Miocarditis, IAM.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Plan de actuación: se contacta con Cardiología de guardia para valoración del paciente. Realizan ecoscopia en urgencias: VI no dilatado ni hipertrófico con función sistólica global conservada. Pericardio hiperrefrigente. NO derrame pericárdico. Se realiza ingreso en planta de cardiología.

Historia clínica

Paciente varón de 17 años que acude a consulta de urgencias por presentar dolor centrotorácico de características opresivas, no irradiado, el cual aumenta con los esfuerzos y la espiración. No presenta palpitaciones ni disnea acompañante. En los días previos ha presentado un cuadro catarral junto con gastroenteritis

Tratamiento: ibuprofeno 600 mg, enoxaparina, paracetamol si precisa, reposo relativo.

Enfoque individual: no AP ni AF de cardiopatía. No AP de interés. No hábitos tóxicos. NAMC. No Intervenciones Quirúrgicas.

Evolución: Durante ingreso, mejoría de biomarcadores cardíacos (troponina 1.93, CK-Mb 2.6)

BEG, COC, BH y BP. Hemodinámicamente estable. Eupneico en reposo sin tiraje. Sat basal 100%. AC: tonos rítmicos regulares sin soplo ni roce. Antecedentes personales: MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas ni signos de TVP, pulsos distales presentes y simétricos. EKG: ritmo sinusal a 70 Lpm, eje normal, PR sin alteraciones, QRS estrecho sin bloqueo, elevación del ST de V3-V6. Rx tórax: parénquimas pulmonares y silueta cardio mediastínica sin alteraciones radiológicas significativas. AS: Hb 15, Plaquetas 230000, Leucos 9100, Neutrof abs 4800, TP 103%, Glucose 88, Creat 0.90, ions en rango. Troponina 15.30, CK-MB 33, PCR 55.

Se realiza ecocardiograma doppler: ventrículo izquierdo con función en límites bajos de la normalidad. Se recomiendan 6 m sin realización de ejercicio, ibuprofeno 600mg en pauta descendente, emconcor (bisoprolol) 5mg 1com/24 h y revisión en consulta de cardiología. Revisión a las 2 sem, el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular. RMN cardíaca: realce tardío con Gadolinio a nivel de mesocardio y subepicardio compatible con miocarditis. Revisión a los 3 meses con pruebas normales. Destacar EKG con BIRDHH. Alta por cardiología, puede retomar la práctica deportiva

Enfoque familiar y comunitario: No necesario en este caso.

Conclusiones

Importancia del diagnóstico diferencial del dolor torácico, basándonos en historia clínica y EKG. En función de resultados derivar a Urgencias.

Juicio clínico: Pericarditis.

Palabras clave

Pericarditis, Miocarditis, Cardiomiopatía

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La lumbalgia no es siempre un cuadro banal

Merchán Cruz M¹, Díez de Baldeón Chicón P¹, Cervantes Soler S²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Lumbalgia atraumática.

Historia clínica

Paciente de 23 años que acude a consulta por lumbalgia de 2 meses de evolución resistente a tratamiento.

Enfoque individual: no alergias, no hábitos tóxicos y antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psicología. La paciente acudió reiteradamente a urgencias siendo tratada con antiinflamatorios, corticoides y derivados mórficos sin respuesta. Dolor irradiado a muslo que no cede con el reposo y se intensifica con los movimientos. Se acompaña de sensación distérmica no termometrada, sudoración profusa, hiporexia y pérdida de peso de 10 kg.

Exploración física y pruebas complementarias: Regular estado general. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria sin anomalías. Abdomen: Blando, depresible aunque con dolor selectivo en hipogastrio. Hipoestesia en cara lateral y medial miembro inferior izquierdo. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Lassegue y Bragard bilateral negativo activos. Maniobra de abducción de caderas negativo activos, con dolor intenso en flanco derecho a la manipulación. Importante sensación de masa en zona cuádriceps izquierdo. Analítica sanguínea: Hemoglobina 8.8g/dl. Leucocitos 17.000×10⁹/L. PCR 202. Radiografía lumbar: Dudosa pérdida de cortical a nivel del esqueleto axial. RMN Muslo y Pelvis: Masa de partes blandas en musculatura de cuádriceps izquierdo con límites mal definidos y

vascularización periférica anárquica que contacta con ramas vasculares y nerviosas femorales. Lesiones óseas líticas múltiples con rotura de cortical en ala sacra derecha y pubis izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico: Sarcoma de partes blanda en cuádriceps izquierdo con múltiples lesiones óseas focales metástasis.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia atraumática. Patología ginecológica. Cólico renoureteral.

Tratamiento, planes de actuación: Se procedió a su ingreso para tratamiento quimioterápico (esquema VAC).

Evolución: Se consiguió el control del dolor con una bomba de perfusión continua de morfina y radioterapia sobre masa ósea. Ante la progresión tumoral, se incluye en ensayo clínico con mala respuesta.

Conclusiones

La lumbalgia atraumática es un motivo de consulta frecuente en atención primaria donde se resuelven la mayoría de los casos. No obstante, es imprescindible la realización de una correcta anamnesis y exploración física que no demore el diagnóstico aquellas ocasiones que, aunque no sean las más comunes, estemos ante una patología grave potencialmente tratable.

Palabras clave

Low Back Pains, Sarcoma, Ewing's, Neoplasm Metastases

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Despistaje en la patología del escroto agudo

Poyato Zafra I, Leyva Alarcón A, Molina Hurtado E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 66 años que acude a consulta de AP (Atención Primaria) en marzo de 2018 con cuadro de inflamación testicular de 5 días de evolución.

Historia clínica

Intervención quirúrgica de próstata en los 15 días previos, sin mejoría tras 4 días de toma de Ciprofloxacino 750mg. Se comienza estudio de la orquitis en AP y posterior derivación para valoración por servicio de urología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: de trombosis venosa profunda y adenoidectomía prostática.DM2.

Anamnesis: Buen estado general. Bien hidratado, bien perfundido

Exploración: teste derecho inflamado, Tumefacto, Duro. De consistencia pétrea con aumento de tamaño y no doloroso.

Analítica: Hemograma: Hemoglobina 11.2; Leucocitos 19030 con 15580 neutrófilos; Plaquetas 472000.Bioquímica normal. Orina: Leucocitos 70; Nitritos positivos; Hematíes 80.

Enfoque familiar y comunitario: Antecedentes oncológicos en padre del paciente. Carcinoma testicular intervenido a los 78 años.

Juicio clínico: Orquitis iatrogénica.

Diagnóstico diferencial: Parotiditis, Varicocele, Torsión testicular, Epididimitis, Infarto testicular.

Tratamiento, planes de actuación: Dado que las pruebas complementarias en AP no esclarecen el origen de la orquitis se remite al paciente al servicio de urología que solicita estudio con ecografía escrotal y seguimiento por dicho servicio. La ecografía doppler resulto ser completamente normal y se propuso como posible origen de la orquitis una iatrogenia durante la cirugía previa (adenoidectomía prostática).El paciente mejoró con el tratamiento consistente en Amoxicilina 1gr/Clavulánico 62.5mg, Tobramicina 100mg y Prednisona.

Evolución: En la actualidad el paciente se encuentra controlado con este tratamiento en revisiones por Urología y desde AP.

Conclusiones

La patología del escroto agudo presenta un diagnóstico diferencial muy amplio. En primer lugar la ausencia de dolor nos haría dudar por un lado del infarto testicular y nos descartaría la torsión testicular. El varicocele sería fácilmente descartable dado que la Ecografía Doppler realizada por el servicio de urología resulto totalmente normal. La causa que más no debía hacer dudar podría ser la epididimitis ya que constituye la causa más frecuente de escroto agudo en mayores de 18 años. Fuimos capaces de descartarla dada la sintomatología y el cultivos negativo activos. La parotiditis quedo descartada debido a la ausencia de inflamación de parótidas así como la ausencia de dolor facial y de garganta. Finalmente se planteó la posibilidad de una orquitis iatrogénica por la cirugía prostática.

Palabras clave

Orquitis, Testículo, Urología

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cleisis vulvar, ¿la tenemos en cuenta en una paciente con disuria y dificultad en la micción?

González Aceituno C¹, M. Cañadas Ramos²; Arias Blanco M³

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. DS Córdoba

² Médico de Familia. Servicio de Urgencias. CS Armilla. Granada

³ Médico de Familia. Villaviciosa de Córdoba. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria / Hospital de Referencia.

Motivos de consulta

Mujer de 89 años que acude por dificultad en la micción de varios días de evolución asociada a disuria persistente; ha acudido en varias ocasiones a su médico de Atención Primaria (MAP) prescribiéndole varios ciclos de antibiótico sin mejoría.

Historia clínica

No antecedentes familiares. No alergias medicamentosas. HTA. Fibrilación Auricular paroxística. Cólicos nefríticos. Divertículos en colon. Síndrome mieloproliferativo.

Enfoque individual: Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Buena coloración mucocutánea. Eupneica en reposo. Afebril. Refiere dificultad para la micción, tipo goteo, Más acentuado en la mañana asociado a disuria; precisa de gran empuje abdominal para iniciar la micción. No ha respondido a varios tratamientos antibióticos. Se objetiva oclusión introito vaginal con tracción de meato urinario y de lesiones hiperqueratósicas en el borde periuretral; Se intenta sondaje vesical, sin éxito.

Enfoque familiar y comunitario: Se deriva a Hospital para sondaje y valoración por Urología.

Juicio clínico: Urología confirma la existencia de sinequia vulvar.

Diagnóstico diferencial: dificultad micción en la mujer: causas obstructivas/inflamatorias: cisto/rectocele, prolapso uterino, impacto fecal, Neoplasia vesical, Masa pélvica (neoplasia

ginecológica); Útero grávido en retroversión, Estenosis uretral, Fármacos, Liquen plano vaginal, Pénfigo vaginal.

Tratamiento, planes de actuación: Urología logra sondar a la paciente y remite para valoración por Urgencias Ginecológicas donde diagnostican cleisis vulvar completa salvo pequeña apertura de 1 mm en zona superior de horquilla vulvar. Se remite de forma preferente a consulta de Tracto Genital Inferior para tratamiento. Tras ser intervenida quirúrgicamente, la paciente asintomática, no precisa sondaje.

Evolución: Favorable; la paciente tras la cirugía permanece con insuficiencia urinaria de urgencia leve, que es tratada con Mirabegron.

Conclusiones

Realizar una entrevista clínica detallada, anamnesis y exploración física completas en Atención Primaria, es fundamental para realizar un adecuado diagnóstico. En este caso clínico, la dificultad en la micción interpretada como polaquiuria y/o disuria conduce al diagnóstico erróneo de ITU. La baja concentración sérica de estrógenos en la menopausia es la etiología básica de obstrucción parcial o total de vagina y/o uretra. El hipoestrogenismo fisiológico puede generar cambios inflamatorios atróficos y una probable cleisis vulvar. El tratamiento será conservador o quirúrgico dependiendo del grado de oclusión vulvo-vaginal. Si el tratamiento con terapia hormonal tópica y dilatadores vaginales no tienen éxito, se procede a himenectomía.

Palabras clave

Synechia, Vulvar

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, no se me cura esta tos

Cantueso García de Vinuesa M, Contreras Espejo J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, Bronquitis, Neoplasia maligna de pulmón.

Motivos de consulta

Tos.

Tratamiento, planes de actuación: Silodosina, loratadina, Budesonida pulv.

Historia clínica

Varón de 66 años que consulta por tos de 2 meses de evolución.

Evolución: En la primera consulta el paciente refiere irritación faríngea, tos con escasa mucosidad clara. Presentaba una auscultación con murmullo vesicular conservado y fue tratado con algidol y acetilcisteína sin mejoría, por lo que fue tratado con Azitromicina 500mg durante 3 días. Diez días más tarde es revisado por su MAP, persistiendo los síntomas se solicita una radiografía de tórax y se pauta levofloxacino por sospecha de bronquitis. Tras un mes la tos persiste y refiere una pérdida de peso de 6kg. En la prueba de imagen solicitada se aprecia una elevación del hemidiafragma derecho. Antes estos datos y la persistencia de los síntomas se decide derivar a Neumología, dándole cita para un mes de forma preferente. Sin embargo, una semana más tarde consultar y se decide derivar a urgencias. Es ingresado en Neumología diagnosticando un carcinoma de pulmón avanzado. Actualmente, se encuentra en tratamiento paliativo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, litiasis urinaria. Exfumador.

Anamnesis: varón de 66 años que consulta por síntomas catarrales de 2 meses de evolución. Ha sido tratado con algidol y acetilcisteína sin mejoría. Se pauta azitromicina el paciente continúa con síntomas y es tratado con Levofloxacino. Posteriormente, refiere una pérdida de peso, astenia y disnea. Afebril. Expectoración blanquecina y dolor pleurítico. Es remitido a Neumología. Ante el empeoramiento, se deriva a urgencias.

Exploración: BEG, consciente y orientado, eupneico en reposo. SatO₂ 95%. Auscultación: MV disminuido en hemidiafragma derecho.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: atelectasia pulmonar y derrame pleural derecho. TAC torácico: tumoración hilar derecha compatible con carcinoma broncogénico de pulmón. Antecedentes personales: carcinoma de células grandes.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer e hijos. Familia normofuncional. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Carcinoma de pulmón estadio T2aN2M1b.

Conclusiones

Por un lado, destacar la importancia del médico de familia, el cual puede seguir la evolución de sus pacientes pudiendo estar alerta ante síntomas/signos de alarma. Por otro lado, el papel del médico de familia no queda sólo ahí, sino que toca todas las esferas de su vida. Actualmente, se encuentra en cuidados paliativos y el médico de familia lo acompañará.

Palabras clave

Cancer, Diagnosis, Palliatives

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Cistitis recurrente tras viaje vacacional. ¿Cistitis o algo más?

Martín Sánchez S¹, Lozano Prieto P², Ruiz Ojeda I¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer con disuria, polaquiuria y dolor en hipogastrio de 3 días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 73 años que acude a urgencias de atención primaria por disuria, polaquiuria y dolor en región de hipogastrio de 3 días de evolución. A los 3 días consulta a su médico de atención primaria por molestias a nivel vulvovaginal y disuria. Al preguntar cómo le ha ido en su reciente viaje vacacional, la paciente relata que tras 37 años viuda ha mantenido relaciones sexuales y su miedo es haber contraído una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Se solicita cultivo de orina y cribaje de enfermedades de transmisión sexual.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, depresión, liquen escleroso vulvar, estenosis de canal lumbar L4-L5. Tratamiento actual: enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12, 5 mg, metamizol 575mg, pregabalina 75mg, trazodona clorhidrato 100mg, simvastatina 20mg, omeprazol 20mg, tapentadol 100mg.

Exploración: abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, puño percusión renal bilateral negativo activa.

Pruebas complementarias: Tira de orina: leucocitos ++, nitritos +. Cultivo de orina y cribaje de ETS negativo activo.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente viuda con dos hijos. Se trata de una familia aislada (predominan las individualidades de los componentes de la familia), en una etapa del ciclo vital de disolución (fallecimiento de uno de los cónyuges) y en etapa 8 según la clasificación de Duval.

Juicio clínico: Cistitis/ Vulvovaginitis.

Tratamiento, planes de actuación: Desde urgencias se pauta Fosfomicina 3g 2 sobres. Desde atención primaria se solicita cultivo de orina y cribaje de ETS.

Evolución: El cuadro se resolvió.

Conclusiones

La medicina de familia y comunitaria permite un abordaje integral del paciente, conocemos su patología, pero también datos biopsicosociales del mismo (su historia, sus relaciones familiares...). Todo esto contribuye a que, como en este caso, cuando la paciente acude a urgencias relata los síntomas, pero cuando acude a su médico se establece el ambiente de confianza propicio para que la paciente exprese libremente sus preocupaciones y podamos llegar al diagnóstico definitivo. Como médicos residentes debemos aprender a establecer con los pacientes una relación de confianza y adecuada comunicación y abordarlos de manera integral.

Palabras clave

Urinary Tract Infections, Sexually Transmitted Diseases, Vulvovaginitis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

“Doctor, si es que yo sabía que eso ya no estaba bueno”

Barquero Padilla R¹, Moreno Corredor A²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Juicio clínico: Urticaria. Alergia alimentaria vs Intoxicación alimentaria.

Motivos de consulta

Prurito. Urticaria.

Tratamiento, planes de actuación: Dados los resultados analíticos y tras descartar patología urgente, se deriva al alta con consulta preferente con Dermatología. Se le aconseja evitar alimentos alérgenos como chocolate, frutos secos y mariscos. Y por último, se recomienda cita en consulta de Alergología para descartar alergia alimentaria.

Historia clínica

Mujer de 68 años, hipertensa e hipotiroidea, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) el 07/06/18 para revisión de su caso tras varias consultas en AP y Urgencias por episodios de urticaria y prurito relacionadas, en principio, con la ingesta de pescado (boquerones en vinagre y salpicón) que no mejoraban con el tratamiento propuesto desde comienzo del episodio (2/03/18. Loratadina 10mg y prednisona 30 mg).

Evolución: Mejoría clínica.

Conclusiones

La alta prevalencia que hay de casos que se presenta con sintomatología que, si en un primer momento, parecieran causa de alergia alimentaria (flushing, angioedema, lesiones urticariformes, cuadros digestivos, etc), tras detenernos en una buena anamnesis y sin abusar de pruebas complementarias, podemos llegar a un diagnóstico más exacto que nos acerque al de intoxicación alimentaria (en lugar de alergia alimentaria) producida por patógenos (las más prevalentes en nuestro medio: la escombriosis y el anisakis) ahondando más en cómo se presentaron los hechos y escuchando al paciente. Es una patología muy frecuente en los servicios de urgencias tanto de atención primaria como en atención hospitalaria y que no por frecuente debemos dejar de prestarle atención, ante las posibles complicaciones.

Enfoque individual. Exploración (Urgencias): Regular estado general, eupneica en reposo, consciente y orientada. T^a: 36°C. TA: 160/80 mmHg. FC: 106 lpm. SatO₂: 94%. Exploración neurológica: no alteración de pares craneales. PINLA. MOEC. ACR: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. MVC. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación difusa. No signos de irritación peritoneal. Eritema y ligero edema en caras y manos que la paciente atribuye a la ingesta de marisco de hace 3 semanas anteriores y que no mejora con el tratamiento (Loratadina 10 mg).

Pruebas complementarias: Bioquímica general y hemograma, dentro de los parámetros de la normalidad. PCR 5.

Enfoque familiar y comunitario: Ahondar en hábitos de preparación cocina.

Palabras clave

Intoxicación, Pescado, Escombriosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor, estoy muy nervioso

Cantueso García de Vinuesa M, Contreras Espejo J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cansancio y temblores.

Historia clínica

Varón de 59 años que acude a consulta por temblor de reciente aparición.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, artritis gotosa, fractura lumbar L2, hemocromatosis. En tratamiento con alopurinol 100mg.

Anamnesis: varón de 59 años que acude a consulta por episodios de palpitaciones, cansancio, temblores fino e insomnio desde hace 2 meses. Refiere una pérdida de peso de 10kg en los últimos 3 meses, a pesar de conservar el apetito, y aumento de la sed.

Exploración: BEG, consciente y orientado, eupneico en reposo. SatO₂ 97%. Frecuencia cardiaca 107lpm. Sequedad bucal. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. MV conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: Pupilas normorreactivas, movimientos extraoculares conservados, Pares craneales conservados, Fuerza y sensibilidad conservados. Temblor de reposo y de acción en miembros.

Pruebas complementarias: TSH 0,005; tiroxina libre 3,71; T₃ 14.6; Resto sin alteraciones. EKG: ritmo sinusal a 107 lpm, eje normal, no alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: Varón casado, buena relación con su mujer e hijos con los que

convive. Familia normofuncional. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Hipertiroidismo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Graves, Tiroiditis, Toma de hormona tiroidea.

Tratamiento, planes de actuación: Tiamazol 5mg/8h. Propanolol 40mg. Alopurinol 100mg/24h

Evolución: En la primera consulta el paciente es tratado con propanolol por su sintomatología de temblor, mejorando su clínica. En la siguiente visita, se comprueba con la analítica una elevación de la hormona tiroidea que nos hace sospechar un hipertiroidismo. El paciente es derivado de urgencia a las consultas de Endocrinología por hipertiroidismo franco, donde se confirma nuestro diagnóstico de sospecha. Con clínica cardinal de dos meses de evolución, el paciente es tratado con Tirodril (tiamazol) 5mg. Actualmente, se encuentra asintomático y en seguimiento por el servicio de endocrinología.

Conclusiones

Nuestro paciente presentaba una clínica general de alteraciones generales, sin antecedentes familiares de enfermedad tiroidea que nos hiciera sospechar de esta patología. Sin embargo, con una buena anamnesis y exploración, el médico de familia puede llegar a un juicio clínico y conocer su gravedad.

Palabras clave

Tremor, Thyroid, Treatment

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Diabetes tipo II mal controlada, ¿hemos diagnosticado bien?

López Muñoz M, Franquelo Hidalgo B, Franco Larrondo Y

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Juicio clínico: Diabetes con mal control glucémico.

Motivos de consulta

Mal control glucémico.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a endocrinología.

Historia clínica

Varón de 69 años, recientemente diagnosticado de Diabetes tipo II que acude a consulta de atención primaria por hiperglucemias en torno a 500mg/dl.

Evolución: En consultas de Endocrinología se amplía el estudio solicitando determinación de anticuerpos antiinsulina (negativos), anticuerpos antitirosina fosfatasa (IA2) (positivos) y anticuerpos Anti glutamato descarboxilasa (negativos) por lo que se cataloga de Diabetes tipo LADA. Se modifica el tratamiento a: Metformina 850mg 1-0-1. Insulina Glargina Toujeo 28UI-0-0.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas conocidas. Fumador de >60 paquetes/año. Bebedor ocasional. Diabetes tipo II. Intervenido de apendicectomía y fractura de tibia. Tratamiento actual: Insulina Glargina Lantus 25UI-0-0 y Humalog 200 según controles. Varón de 69 años diagnosticado de Diabetes tipo II hace 8 meses. Se inicia tratamiento con Metformina 850mg, con buen control inicial, posteriormente presenta descompensaciones con glucemias en torno a 500 por lo que se insulinizaba.

Conclusiones

Aunque la diabetes más frecuente en adultos sea la tipo II, no debemos olvidar que existen otras entidades. En el caso que presentamos, vemos un ejemplo de diabetes tipo LADA. Debemos sospecharla en pacientes que debutan en la edad adulta, suelen estar en normopeso y que tienen una buena respuesta inicial al tratamiento con antidiabéticos orales, pero que pronto necesitan insulino terapia para el control glucémico. Existen dos tipos, con diferente grado de expresión de anticuerpos, pero la positividad de algún marcador inmunológico, especialmente los anticuerpos anti-GAD, puede ser suficiente para establecer el diagnóstico e iniciar una terapia más agresiva con insulina.

Exploración: TA 137/81mmHg. FC 109 lpm. IMC 22, 4. Auscultación cardiopulmonar rítmica y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Se le realiza analítica de sangre donde destaca glucemia de 147 y HbA1c de 10, 1%.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa. Jubilado, panadero.

Palabras clave

Diabetes, LADA, Hiperglucemia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¡Pero si solo era un dolor de garganta!

Toledo García D¹, Beuzón Ocaña A², Olivares Gallardo E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención de urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Hematuria de una semana de evolución.

Historia clínica

Paciente de 6 años de edad, con tres episodios de faringoamigdalitis durante los últimos seis meses, que consulta por hematuria de una semana de evolución, sin ninguna otra sintomatología salvo discreto edema palpebral matutino. Aunque no presentaba clínica urinaria, fue tratado inicialmente con Cefixima sospechando una infección del tracto urinario, aunque dado que no mejora vuelve a consultar de nuevo.

Enfoque individual: en la exploración destacaba palidez cutánea, habitual en el paciente. Consciente, orientado y colaborador, con facies de cansancio. Sensorio despejado, sin focalidad neurológica. Bien hidratado y perfundido. Auscultación y abdomen anodino. Faringe hiperémica, con hipertrofia amigdalar. Adenopatías submandibulares bilaterales no adheridas a planos profundos. No lesiones cutáneas ni edemas. Cifras de tensión arterial en torno a 120/75 mmHg (elevadas para su edad -sistólica p97 y diastólica p92-). Orina hematúrica. Discreto recorte de diuresis.

Analítica donde se evidencian iones dentro de la normalidad, 5440 leucocitos, creatinina 0.65 mg/dl, Antiestreptolisina 1620 UI/ml (valores normales -VN- < 200), albúmina 3.2 g/dl (VN 3.5-5.3 g/dl), Complemento C3 22.41 mg/dl (VN 90-180 mg/dl). Ecografía abdominal normal.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte sociofamiliar. No se precisan estudios en familiares.

Juicio clínico: Síndrome nefrítico por glomerulonefritis aguda postestreptocócica.

Diagnóstico diferencial: con otras glomerulonefritis, alteraciones de la coagulación.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en planta para seguimiento y tratamiento.

Evolución: La evolución del paciente es satisfactoria, con normalización de cifras tensionales al alta y descenso a niveles normales para su edad de creatinina. No nueva evidencia de edemas. Se cita en consultas de nefrología para seguimiento durante los meses posteriores.

Conclusiones

La glomerulonefritis aguda postestreptocócica es el prototipo de síndrome nefrítico, siendo muy frecuente en población pediátrica de entre 2-12 años. Suelen tener una presentación con pocos síntomas, por lo que deben ser buscados ante un cuadro de orinas oscuras precedidas de un proceso infeccioso a nivel de faringe o piel. Su pronóstico es excelente, aunque puede empeorar si la alteración en el filtrado glomerular se perpetúa.

Palabras clave

Glomerulonefritis,
Streptococcaceae

Hematuria,

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Neumonía perenne

Ruano García J, Pérez Montes M, Soto López M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 73 años que consulta de nuevo por fiebre, tos y expectoración.

Historia clínica

Antecedentes personales: NAMC. HTA. Asma. Cardiopatía hipertensiva. Insuficiencia Venosa periférica. Paciente que, tras haber presentado infecciones respiratorias de repetición (más de 3 en ese año), algunas de ellas catalogadas como neumonía, por clínica más radiografía compatible y tratadas con cefalosporinas y quinolonas; acude a su Médico de Atención Primaria con cínica respiratoria (aumento de tos con expectoración verde, sensación de disnea) y fiebre desde hace 3 días, habiendo finalizado la última tanda de antibióticos hacia 2 semanas. Ante el evidente mal estado general que presenta la paciente, se decide derivar a la misma al servicio de Urgencias.

Enfoque individual: A su llegada a urgencias, la paciente entra como crítico, presentado una taquipnea importante >30 rpm. Saturación 87%. TA: 180/98. Mala perfusión distal. Trabajo respiratorio con tiraje intercostal. Auscultación Respiratoria: Crepitantes muy marcados y gruesos en base derecha. Roncus dispersos en ambos campos pulmonares. Miembros Inferiores: Edemas con fóvea. Ingresa en Observación para estabilización del cuadro. Analítica: Destaca: leucos: 20000 (Neutrófilos 83%). PCR: 234. Radiografía tórax: Gran masa en mediastino (posible hernia de hiato). Aumento de densidad en LSD. Pinzamiento de seno costofrénico derecho. TAC: Gran hernia Hiatal. Imagen de pérdida de volumen de LSD de un grosor de 39mm.

Enfoque familiar y comunitario: Mediante la intervención del Médico de Familia, realizando visitas a domicilio y escuchando o atendiendo a los familiares de la paciente, se podría haber

llevado a cabo un estudio, más profundo, de un posible contagio neumónico en la familia y el domicilio habitual. Por otro lado, potenciando la labor comunitaria del médico de Atención Primaria, se puede educar a los familiares (cuidadores) de nuestros pacientes mayores de 65 años (como es el caso que nos ocupa) sobre hábitos dietéticos saludables: cómo evitar las posibles bronco-aspiraciones, incidir en la ingesta abundante y continua de agua, explicar los signos de riesgo que se puedan presentar y requieran asistencia hospitalaria, etc.

Juicio clínico: Neumonía de Repetición probablemente secundaria a RGE. *Diagnóstico diferencial:* Neumonía vírica. Neumonía Bacteriana. Neumonía por aspiración. Neumonía por Pneumocystis. Neoplasia pulmonar. Embolia Pulmonar. Bronquiolitis obliterante. Bronquitis. Tuberculosis. Absceso pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Neumonía de Repetición probablemente secundaria a RGE. Se ingresa en Medicina Interna para mejora y curación de enfermedad actual, programándose su Ingreso posterior en Cirugía General para ser intervenida de Hernia de Hiato.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Con este caso queremos resaltar la importancia que tiene realizar una buena anamnesis a nuestros pacientes (por ejemplo: preguntar si presenta o no reflujo con las comidas, molestias abdominales o dispepsia) así como, no dejarnos llevar siempre por el diagnóstico más común y más prevalente de una patología. En nuestro caso, la paciente al presentar clínica respiratoria principalmente, y fiebre, siempre nos conducía a pensar en neumonía.

Palabras clave

Pneumonia, Hiatal Hernia, Old Patient

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal en varón joven

López Muñoz M, Franco Larrondo Y, Polo Torres E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su familia, estudiante universitario.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Juicio clínico: Cólico renoureteral vs apendicitis vs torsión testicular.

Historia clínica

Varón de 24 años que acude a urgencias por dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos de tres horas de evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta medicación y ver evolución.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Varón de 24 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en flanco derecho, asociado a náuseas y vómitos de tres horas de evolución. Afebril. Una deposición diarreica al inicio del dolor, sin productos patológicos. No clínica miccional.

Evolución: Ante la persistencia del dolor, se vuelve a explorar al paciente que refiere que el dolor ahora se irradia hacia el testículo derecho. Se explora dicho testículo que no presenta alteraciones cutáneas significativas, aumento de tamaño con respecto a contralateral y dolor a la palpación con signo de Prenh positivo. Se contacta con urología de guardia y se confirma el diagnóstico con ECO doppler testicular. Se traslada al paciente a quirófano para destorsión y orquidopexia.

Exploración: afectado por el dolor, inquieto. Bien hidratado y perfundido. TA 134/75 mmHg. FC 90 lpm. SatO2 99% basal. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación profunda en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo activo. Blumberg negativo activo. Taloneo negativo activo. Puño percusión renal negativo activa.

Conclusiones

El escroto agudo es una emergencia quirúrgica, el diagnóstico precoz es clave para salvaguardar la irrigación del testículo. Es importante tener en cuenta que el dolor puede reflejarse hacia el abdomen, haciendo más complicado el diagnóstico diferencial. Las características del dolor y la historia clínica pueden ayudarnos a orientar el diagnóstico.

Se solicita analítica de sangre, sin leucocitosis ni aumento de reactantes de fase aguda. Analítica de orina sin alteraciones. Radiografía de abdomen sin alteraciones significativas.

Palabras clave

Abdominal Pain, Spermatic Cord Torsion

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Una lengua que no mejora

García Jiménez A¹, Liétor Villajos N², García Jiménez J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² Médico de Familia. CS Belén. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Molestias persistentes en boca, con dificultad para masticar y deglutir.

Historia clínica

Aviso a domicilio de paciente demenciada y encamada cuya cuidadora refiere que presenta desde hace semanas molestias para masticar y tragar.

Enfoque individual: paciente de 86 años con antecedentes personales de vasculitis y demencia senil, totalmente dependiente (índice de Barthel de 5), vida cama-sillón. En primer aviso lengua depapilada con dolor a la masticación y deglución. Se pauta nistatina suspensión oral cada 8 horas durante 12 días. En aviso programado tras esos días, se observa lesión mucosa sobreelevada en margen lateral derecho de lengua acompañada de lesiones micóticas residuales. Se decide segunda tanda de nistatina y observación. Un mes después, en nuevo aviso, continúa con las molestias, con gran dificultad para comer. La lesión de la lengua ha crecido de tamaño, ulcerándose. Se toma muestra para cultivo y se deriva preferentemente a Cirugía Oral y Maxilofacial General.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de clase media-alta, viuda, tiene un hijo casado con quien mantiene una buena relación. Vive con cuidadora contratada por hijo las 24 horas en su domicilio. El hijo la visita a menudo y se interesa por su salud.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide bien diferenciado, confirmado por Anatomía Patológica, que infiltra un grosor de 0, 4 centímetros (pT1). Invasión linfovascular. Ausencia de invasión perineural.

Diagnóstico diferencial: con candidiasis oral, aspergilosis oral y afta lingual recidivante.

Tratamiento, planes de actuación: Tumorectomía mediante glosectomía parcial derecha. Tras alta se recomienda meticulosa higiene oral con enjuagues con povidona yodada oral; amoxicilina-clavulánico 875mg/125mg 1 sobre/8 horas durante 7 días, paracetamol 1g en sobres mientras persistan molestias, dieta fría y blanda.

Evolución: Un mes después, evolución postoperatoria satisfactoria, presentando buena epitelización en el área quirúrgica y logrando masticar y deglutir dieta blanda sin gran dificultad, a pesar de limitación por demencia de base.

Conclusiones

Importancia de los avisos domiciliarios en Atención Primaria; gracias a ellos se ha podido seguir la evolución de una paciente incapaz de acudir al CS con una lesión inicialmente inespecífica que fue desarrollándose hasta hacerse evidente como tumor.

Palabras clave

Carcinoma de Células Escamosas, Servicios de Atención de Salud a Domicilio

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Causas atípicas de ginecomastia: Síndrome de Kallman

García Gómez M¹, Ochoa Pascual M², Rodríguez Villadeamigo G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Ginecomastia.

Historia clínica

Enfoque individual: no RAMC. No hábitos tóxicos. IQ: Criptorquidia bilateral. Varón de 14 años y 4 meses que acude a su Médico de Atención Primaria por ginecomastia de 2-3 años de evolución, así como por caracteres sexuales infantiles. Según familiares, en los últimos meses refiere encontrarse muy ansioso y deprimido. Tras resultados analíticos (testosterona 0.38, SHBG 8.41 y prolactina 108 mUI/ml), se pauta cipionato de testosterona 200 mg intramuscular cada 2 semanas. Re historiando al paciente, detectamos anosmia y derivamos a Endocrinología para ampliar estudio. Peso 107.3 kg, talla 183.7 cm, IMC 31.80 kg/m². Obesidad grado I. Exploración mamaria y genital: ginecomastia bilateral indolora, no tumoraciones ni adenopatías axilares. No retracción cutánea ni secreciones espontáneas. Testículos pequeños (inferior a 4 ml) y simétricos sin masas palpables. Pene de 6, 5 cm de longitud. Analítica: TSH 2.37; T4l 1; cortisol basal 13; LH 0.4; FSH 0.2; testosterona 0.14; SHBG 9 nmol/L; IGF-1 198 ng/ml. Función hepática normal. Rx AP de mano y muñeca: Según tablas de Hernández la edad ósea corresponde a 14 años. Ecografía testicular y mamaria: ambos testículos disminuidos de tamaño (ejes de 18 mm con eco estructura

normal) situados en bolsas escrotales. Mamas con ecoestructura de predominio graso, en relación con adipomastia bilateral, existiendo a nivel retroareolar imágenes de menor ecogenecidad y alargadas, en el contexto de ginecomastia proliferativa.

Juicio clínico: Ginecomastia + síndrome de Kallman (hipogonadismo hipogonadotrofo + anosmia). Neoplasia mamaria, mastitis, adipomastia.

Tratamiento, planes de actuación: Testex prolongatum 250 mg, una ampolla intramuscular cada 14 días. Dieta y ejercicio.

Evolución: Asintomático con subóptima adherencia a las medidas higiénico-dietéticas. No desea tratamiento con HCG + FSH. Se cita de nuevo con analítica y se valorará según evolución tratamiento con tamoxifeno.

Conclusiones

La ginecomastia se define como el crecimiento anormal de tejido glandular mamario en el varón. Suele tratarse de un proceso benigno, pero en ocasiones es la expresión de un proceso patológico subyacente, sobre todo si aparece en la edad prepuberal. Descartada la malignidad puede ser preciso el tratamiento médico debido a la repercusión psicológica asociada.

Palabras clave

Gynecomastia, Hypogonadism, Testosterone

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Trastorno esquizoafectivo secundario al consumo de cannabinoides en paciente con problemas de integración social

Espigares Castillo R¹, Carmona García A¹, Moraleda Barba S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

² Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias de CS.

Motivos de consulta

Paciente de 20 años universitaria acude a urgencias acompañada por su madre y hermano por cambio en la personalidad, alteración del pensamiento y voces en su interior de una semana de evolución.

Historia clínica

Paciente sin antecedentes de interés.

Enfoque individual. *Anamnesis*: la paciente refiere la aparición de voces en su cabeza, junto a la idea de que la gente la critica y la observa. Su madre refiere un cambio marcado en su personalidad.

Exploración: pedimos a sus familiares que salgan fuera y la paciente además nos refiere que no tiene amigos en su carrera, que se siente marginada e inútil. Conforme avanza la entrevista refiere fuerte consumo de cannabis que dejó hace 3 meses.

Pruebas complementarias: análisis de sangre y orina (incluye tóxicos). El análisis de orina da positivo para cannabis en los últimos 28 días.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres y hermanos, un hermano de 29 años y una hermana de 26 años. No tiene pareja estable. Refiere una sobreprotección familiar de sus hermanos y especialmente de su madre. Fase III del ciclo vital de la OMS: Extensión completa (nacimiento último hijo hasta independencia del primero).

Juicio clínico: Esquizofrenia secundaria a consumo de cannabis.

Diagnóstico diferencial: personalidad paranoide, depresión psicógena, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo.

Problemas: acoso estudiantil, consumo de cannabis, sobreprotección familiar.

Tratamiento, planes de actuación: Se plantea un abordaje psicosocial, junto a un cese del consumo de cannabis e interconsulta con salud mental.

Evolución: Un mes después presenta mejoría gracias a la afrontación de sus problemas sin necesidad de recurrir a sustancias y la mejora en sus relaciones familiares y personales.

Conclusiones

Explorar a los pacientes en un ambiente seguro para obtener datos de la historia que no dirían ante familiares. Si sospechamos patología relacionada con consumo de sustancias debemos realizar estudios complementarios. Promover campañas contra el consumo de cannabinoides, especialmente entre los más excluidos. Luchar contra el acoso en todos los ámbitos, pues causa problemas psicológicos e induce a consumir sustancias perjudiciales. Mejorar las relaciones familiares favorece la integración social y el desarrollo personal. La consulta de urgencias no siempre presenta un ámbito favorable, por ello es fundamental establecer una buena relación médico-paciente, favoreciendo así la atención y el Diagnóstico.

Palabras clave

Esquizofrenia, Cannabis, Factores de Riesgo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Llevo dos meses sin poder jugar al fútbol

Toledo García D¹, Beuzón Ocaña A², García Teba M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

anatomía patológica confirma nuestro Diagnóstico.

Motivos de consulta

Dolor en muslo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: En nuestro trabajo diario de consulta, la patología tumoral está presente y se puede presentar de múltiples formas. Por tanto, conocer los síntomas de alarma y las lesiones más frecuentes por grupos de edad y sexo es importante.

Historia clínica

Varón de 15 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamientos médicos diarios, que consulta por dolor en muslo izquierdo de unos 2 meses de evolución sin traumatismos previos o sobreesfuerzos. Cede parcialmente, aunque no siempre, con dosis habituales de Paracetamol e Ibuprofeno. Tolerla la deambulacion aunque ha tenido que suspender toda su actividad deportiva habitual.

Juicio clínico: Osteoma osteoide.

Enfoque individual: en la exploración contamos con un excelente estado general. Buen estado nutricional y con peso estable. La auscultación era completamente normal y su abdomen anodino. Destaca una evidente pérdida de masa muscular a nivel de cuádriceps izquierdo, con dolor profundo en recorrido del vasto medial. La medición del perímetro del miembro evidencia una pérdida de 4 centímetros con respecto a contralateral. El balance articular de cadera y rodilla izquierda está completamente conservado sin limitaciones y con ausencia de dolor. Se solicita estudio radiológico simple de forma urgente donde se evidencia tumoración en tercio proximal de cara interna del fémur, con afectación cortical por lo que se solicita TAC que demuestra osteoma osteoide en cortical medial de fémur izquierdo. Analítica con parámetros dentro de la normalidad. La

Diagnóstico diferencial: con tendinopatías y otras lesiones musculares.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación para valoración urgente por cirugía ortopédica y traumatología, que deciden intervención consistente en ablación por radiofrecuencia, con excelente resultado.

Evolución: Evolución satisfactoria, siendo alta tras 48 horas de la intervención, sin ningún tipo de incidencia. Buenos controles y revisiones posteriores.

Conclusiones

Estamos ante un tumor benigno muy común en niños y adultos jóvenes. La clínica se presenta como dolor que no cede con analgesia. Su conocimiento hace que su búsqueda sea activa y permita un diagnóstico temprano, para evitar complicaciones que alteren la estructura ósea y de lugar a secuelas.

Palabras clave

Osteoma, Contracture, Primary Health Care

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¡Doctor estoy un poco amarillo!

Chueco Oviedo L¹, Casquero Sánchez J¹, Castillo Castillo R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria (AP).

Motivos de consulta

Ictericia de 11 días de evolución.

Historia clínica

Acude a nuestra consulta de AP un varón de 45 años. Comenzó hace once días con ictericia de piel y mucosas, malestar general, acolia y coluria. Cinco días antes acude a urgencias hospitalarias donde se le diagnostica de hepatitis aguda sin especificar qué tipo, tras realizar analítica y ecografía abdominal, y decidiéndose seguimiento desde AP dado su buena situación clínica. En nuestra consulta solicitamos serología, confirmando infección aguda por virus hepatitis B. No refirió prácticas de riesgo para el contagio. Comunica que su pareja está ingresado en hospital por hepatitis aguda B por iniciar once días antes con los mismos síntomas, caso declarado a medicina preventiva. Posteriormente su pareja nos elige a nosotros como su médico de AP.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Profesor de instituto, homosexual con pareja estable. Niega hábitos tóxicos.

Exploración física: Buen estado general. Ictericia de piel y mucosas. No fiebre. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal.

Pruebas complementarias: Analítica con serología para virus de hepatitis.

Enfoque familiar y comunitario: Padres y hermanos sin antecedentes de interés. Su

pareja actual con hepatitis B aguda. Hacemos educación sanitaria para evitar contagios.

Juicio clínico: Hepatitis B aguda.

Diagnóstico diferencial: Ingesta abundante de alimentos que contengan carotenos, tumor, cálculo, anemia, insuficiencia renal.

Tratamiento, planes de actuación: Comunicamos resultado al servicio de epidemiología de AP a través de Diraya. Se consideró que ambos casos eran agrupados y no, uno fuente de contagio del otro, dada la relación espacial y proximidad entre la fecha de inicio de los síntomas de ambos (once días de diferencia). Las sucesivas entrevistas con los casos permitieron identificar una relación sexual de riesgo dos meses antes durante sus vacaciones, con la misma persona pero en dos momentos distintos, desconociendo el estado de portador de la fuente del contagio. Realizamos seguimiento clínico de ambos pacientes y educación sanitaria explicando mecanismo de transmisión de la enfermedad, medidas de prevención y control. Se vacuna de hepatitis A por ser grupo de riesgo.

Evolución: Ambos evolucionan favorablemente, eliminando virus hepatitis B y curación.

Conclusiones

Importancia de realizar en AP educación sanitaria sobre enfermedades de transmisión sexual y conocer el manejo de un caso de hepatitis B.

Palabras clave

Hepatitis B Crónica, Prevención y Factores de Riesgo

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Diagnóstico diferencial del cólico renoureteral. Síndrome del Cascanueces

Mazón Ouviña E¹, Salva Ortiz N², Lidón Mazón A²

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de tipo cólico.

Historia clínica

Mujer de 34 años de edad sin antecedentes médicos de interés. Consulta en múltiples ocasiones por dolor abdominal hipogástrico que se irradia a fosa renal izquierda con hematuria, disuria, dispareunia y dismenorrea, sin fiebre. Refiere dolor incapacitante, empeora con el ortostatismo y no alivia con la medicación prescrita.

Enfoque individual. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

A la exploración: Buen estado general aunque afligida por el dolor. Estable hemodinámicamente, normotensa con frecuencia cardíaca y respiratoria normal. A la exploración del abdomen presenta un dolor a nivel hipogástrico irradiado hacia fosa renal izquierda sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Analíticamente con hemograma. Coagulación y bioquímica, incluyendo función renal normal. Hematuria en el sistemático de orina. Al ser repetida la asistencia al servicio de urgencias y no detectarse nada más se decide realizar ecografía abdominal donde se evidencia una dilatación de la vena renal izquierda sin afectación del parénquima renal ni signos de obstrucción ureteral. Se realiza TAC abdominal donde se evidencia además de los hallazgos ya conocidos una compresión de la vena renal

izquierda por la pinza aorto-mesentérica y múltiples vasos colaterales pélvicos.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, vive sola. Trabaja. Buena relación con familiares y amigos.

Juicio clínico: Síndrome del cascanueces.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral, cistitis, vaginosis.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a la paciente a Nefrología y Medicina Interna para continuar estudio y seguimiento. Se refuerza analgesia para combatir síntomas derivados del síndrome congestivo pélvico.

Evolución: Se reajusto analgesia en base a grado de dolor, continua en seguimiento por Nefrología y medicina interna.

Conclusiones

El síndrome del cascanueces constituye una entidad médica rara que deriva de la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta por una predisposición anatómica. Ésta se traduce en una hipertensión del sistema venoso renal izquierdo, que genera varicosidades que se comunican con la vía excretora y dar lugar a hematuria. Además puede desarrollar también varicosidades pélvicas que dan lugar al síndrome de congestión causante del resto de síntomas (Dolor pélvico crónico, dispareunia, disuria, dismenorrea).

Palabras clave

Síndrome de Cascanueces Renal, Cólico Renal

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctor llevo dos meses con sudoración

García Garnica J

CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Adormecimiento de miembros superiores y boca.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hernia de hiato. Artritis microcristalina. Pirosis en tratamiento con omeprazol. Tóxicos: Tabaco, 10 cigarros diarios. 1 Cerveza diaria. Alergias: NAMC. Olivo.

Anamnesis: Paciente de 59 años acude a consulta por adormecimiento de miembros superiores y boca. Acude por un cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en episodios autolimitados de visión borrosa, dificultad para la deambulación y habla y parestesias. Durante los episodios sufre sudoración profusa. Estos episodios duran aproximadamente 20 minutos y ceden espontáneamente. Frecuencia de 1-2 en semana. No se acompaña de náuseas, vómitos, fiebre, cefalea, pérdida del conocimiento, ni alteraciones del tránsito digestivo. No refiere antecedente traumático. El paciente no está diagnosticado de diabetes, refiere que ha mantenido una ingesta similar a días previos. Realiza ejercicio, pero no se ha excedido en los últimos días.

Exploración: Malestar general. Entra en consulta agarrado a su acompañante con dificultades para conservar el equilibrio. Enlentecimiento en habla, pensamiento y marcha. Bien perfundido. Normal coloración de piel y mucosas. ACR: Murmullo vesicular conservado. Tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Extremidades: No edemas. Pulsos periféricos normales. Exploración neurológica dentro de la normalidad con Romberg débilmente positivo.

Pruebas complementarias: Constantes: TA 116/75, FC 86, T° 35 y SaO₂: 95%. Solicito analítica. Observamos glucosa de 21mg/dl, confirmada por glucómetro (18mg/dl). Pautamos 10ml glucosa al 50%.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente varón de 59 años. Trabaja de administrativo. Índice Barthel 100. Acude con frecuencia al gimnasio. Vive con una pareja desde hace 2 meses. Tiene un hermano gemelo sin Diabetes ni Hipoglucemia. No convive con Diabéticos.

Juicio clínico: ¿Insulinoma?

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia facticia.

Tratamiento, planes de actuación: Debemos encontrar la etiología de las hipoglucemias para poner el tratamiento específico. Proponemos los siguientes estudios: hormonas: Insulina, Insulina/glucosa, Proinsulina, Péptido C. Autoinmunidad: Ac antiinsulina y Ac antirreceptor insulina. Antidiabéticos orales en plasma y orina. TAC abdominal. Test del ayuno.

Evolución: Tras la administración de glucosa 50% desaparece la clínica. Evolución glucosa: 111-152- 75- 52. Comienza a recurrir la sintomatología y se le pauta suero glucosado al 10% y posteriormente al 5%. Ante la evolución se ingresa en Interna.

Conclusiones

El Médico de familia es el pilar fundamental en la asistencia sanitaria, tanto en la prevención como en el reconocimiento de patología común y grave conociendo los criterios de derivación.

Palabras clave

Insulinoma, Hipoglycemia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, me cruje el costado tras caerme ¿qué me pasa?

Marín Serrano I¹, López Pérez A², Hernández García R²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Traumatismo costal izquierdo.

Historia clínica

Varón, 84 años, que acude al Servicio de Urgencias refiriendo que el día anterior sufrió una caída golpeándose en zona costal izquierda, presenta dolor en hemitórax izquierdo irradiado a espalda que empeora con los movimientos acompañado de sensación mareosa y sudoración.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a la penicilina. Fumador. Hipertensión arterial. Enfermedad Obstructiva Crónica. Tratamiento: Montelukast, torasemida, seretide, omeprazol, amlodipino.

Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, bien hidratado, normoperfundido, eupneico en reposo. Auscultación: Hipoventilación y crepitantes en zona basal izquierda, tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, no signos de peritonismo. Dolor a la palpación con crepitación de piel y hematoma en hemitórax izquierdo. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No focalidad neurológica.

Pruebas complementarias: TA: 110/75 mmHg. FC 76lpm. Saturación de oxígeno 95%. Temperatura 36, 6°C. Analítica: Plaquetas: 175000, Hb: 14, 8, Leucocitos: 7840, Neutrófilos: 6320, INR: 0.99, creatinina 0, 62, PCR 42, glucosa: 102, urea 40, sodio 137, potasio 4, 2. Radiografía Tórax: Enfisema subcutáneo en región pectoral izquierda y cervical. TC Tórax: Fractura de 9ª, 10ª y 11ª costillas izquierdas. Enfisema subcutáneo en pared torácica izquierda anterior.

Neumomediastino en región anterosuperior. No discontinuidad en pared bronquial ni traqueal. Derrame pleural izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Varón de 84 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Buen soporte familiar. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico: Neumomediastino traumático.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, pericarditis, rotura esofágica.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento conservador con reposo, oxigenoterapia y analgesia.

Evolución: El paciente es derivado a Cirugía Torácica donde evoluciona favorablemente sin repercusión respiratoria ni alteraciones radiológicas y se decide alta hospitalaria tras 48 horas.

Conclusiones

El neumomediastino es una patología poco prevalente que puede ser provocada por lesión de estructuras (esófago, tráquea) o espontáneo (traumatismo, cirugía o procedimiento quirúrgico). El diagnóstico se basa en la exploración que encuentre indicios de ocupación gaseosa en estructuras periféricas (enfisema, auscultación patológica...) y RX de tórax como prueba de elección, que posteriormente debe ser ratificada por TAC. El pronóstico en el neumomediastino espontáneo es bueno con un tratamiento adecuado, sin embargo, si subyace una lesión orgánica, suele ser de mal pronóstico con gran probabilidad de complicaciones como la mediastinitis.

Palabras clave

Pneumomediastinum, Subcutaneous Emphysema

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal agudo... ¿neumonía?

Rodríguez Villadeamigo G¹, Ochoa Pascual M², García Gómez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

infarto pulmonar. Ecodoppler miembros inferiores: anodina.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Sin hijos. Buena convivencia familiar. Conductor de camiones.

Historia clínica

Varón de 46 años, raza negra, niega hábitos tóxicos. Acude al médico de familia (MF) por dolor intenso en hipocondrio derecho (HCD) de 24h de evolución que aumenta con la tos, el decúbito supino y la palpación.

Juicio clínico: Neumonía basal derecha. Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial: con: Hemorragia alveolar, Cólico biliar, Apendicitis.

Enfoque individual. *Exploración:* taquipnéico, subcrepitantes bibasales. Apirético. Abdomen muy doloroso a palpación superficial en HCD, con defensa. Murphy y Blumberg dudosos, Rovsing negativo activo. Puño percusión bilateral negativo activa. TA 150/96mmHg en ambos brazos, pulsos inguinales y pedios presentes y simétricos. Sat. O₂ 97%. Refractario a tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo en cama, Enoxaparina 1mg/Kg/12h y Amoxicilina/Clavulánico 875mg/125mg cada 8h 10 días.

Evolución: Tras inicio de tratamiento específico evoluciona favorablemente, cediendo hemoptisis y persistiendo leve dolor en HCD de características pleuríticas. Tras pautar anticoagulación oral, alta hospitalaria. Revisión en consultas externas de neumología. Seguimiento por MF.

Se deriva a urgencias hospitalarias: Analítica: Hb 13.2g/dL. Resto hemograma y bioquímica normales. Radiografía tórax: anodina. Se ingresa en observación: Continúa con intenso dolor abdominal. Tos no productiva. Analítica: Hb 11, 1g/dL. Antigenuria (legionella, neumococo) negativo activa. Se solicita TAC abdomen: hallazgo compatible con neumonía basal derecha. Se ingresa en Neumología: Presenta tos y esputos hemoptoicos de escasa cuantía. Apirético. Permanece dolor en HCD. Crepitantes base derecha. Analítica: Hb 10, 8 g/dL. Cultivo esputo negativo activo. Tercer día de ingreso: sin sintomatología infecciosa, empeoramiento clínico, hemoptisis franca y derrame pleural en control radiológico. Se solicita: Dímero D (3585 ng/mL). AngioTAC: TEP segmentario bilateral con área de condensación compatible con neumonía vs

Conclusiones

La neumonía de lóbulos inferiores puede manifestarse como dolor abdominal debido a irritación de nervios intercostales inferiores o del nervio frénico, por lo que deberá tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Destacar el buen uso de las pruebas complementarias enfocadas según la clínica, como el caso que nos ocupa, en el que se diagnosticó precozmente una patología potencialmente grave como el TEP.

Palabras clave

Abdomen, Acute, Pneumonia, Pulmonary Embolism

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Diagnóstico de hipotiroidismo avanzado en urgencias

Gines Ramírez E¹, Fernández Viñes J²

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias CS Chana. Granada

² Médico de Familia. DA de Armilla. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Astenia y disnea.

Historia clínica

Astenia, disnea, edemas y dolor torácico en meses previos y aumento de peso.

Enfoque individual: paciente de 32 años con antecedentes personales de dislipemia con Simvastatina 20mg, no fumador y niega otros hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas, antecedente familiar de fallecimiento precoz del padre por ictus isquémico (menos de 55 años). Consulta por astenia y disnea grado II de NYHA, edema palpebral bilateral y edemas diurnos en miembros inferiores. Ocasionalmente, dolor torácico central irradiado a espalda y hombro izquierdo sin síntomas vegetativos. Acompaña estreñimiento y aumento de peso de 8kg en meses previos. En urgencias sufre episodio de dolor torácico similar a los previos sin alteraciones ECG que cede con nitroglicerina sublingual.

Exploración física: y pruebas complementarias: En exploración física por órganos y aparatos destaca palidez cutánea, auscultación cardíaca con bradicardia sinusal, sin soplos, ni roces y edema facial-palpebral, edemas sin fovea en miembros inferiores. Tiroides aumentado de tamaño, no doloroso, sin nódulos. TA 110/60. Analítica previa: colesterol total 450mg/dl, triglicéridos 290mg/dl. Analítica: Hemoglobina 10g/dl, normocítica y normocrómica, VSG normal, lípidos similares a la previa, CK 1200 U/L y LDH 840 U/I, resto normal incluida Troponina I. ECG: RS, bajo voltaje eléctrico, bradicardia a 50 latidos por minuto, patrón QS en cara anterior, no alteración ST, ni repolarización.

Radiografía de tórax: normal, sin cardiomegalia, ni derrame pleural. Coronariografía: árbol coronario normal. Hormonas tiroideas: TSH elevada y FT4 disminuida. Ac TPO elevados.

Enfoque familiar y comunitario: No había antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Hipotiroidismo primario avanzado: Mixedema.

Diagnóstico diferencial: miocardiopatías, insuficiencia cardíacas, cardiopatía isquémica /angina vasoespástica, hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: Levotiroxina hasta que se normaliza TSH y FT4 en el límite superior, siempre que no exista insuficiencia suprarrenal, en cuyo caso se añadirían glucocorticoides.

Evolución: Mejoría clínica y analítica tras el tratamiento.

Conclusiones

La causa más frecuente de hipotiroidismo primario y bocio es autoinmune (tiroiditis crónica de Hashimoto) frente al déficit de aporte de yodo (bocio endémico) o hipotiroidismo iatrogénico. La clínica es variada desde neurológica (bradipsiquia, letargia, ROT enlentecidos), cardíaca (dolor precordial ocasional, bradicardia, disnea, debilidad), cutánea (piel áspera, seca, edema facial-palpebral, miembros, abdomen), intolerancia al frío, aumento de enzimas musculares, anemia por trastorno crónico, dislipemia.

Palabras clave

Hypothyroidism, Myxedema

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Noches de desenfreno, mañanas de...

Salmerón Latorre R¹, Ballesteros Lechuga L², Almenara Abellán M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y especialidades hospitalarias.

Motivos de consulta

Epigastralgia.

Historia clínica

Varón de 22 años que refiere epigastralgia aguda intensa de 4 horas evolución tras estar de fiesta la noche anterior.

Enfoque individual. Sin antecedentes personales de interés.

Anamnesis: Acude a consulta de Atención Primaria por epigastralgia aguda intensa de 4 horas de evolución tras estar de fiesta la noche anterior, que en un principio era de tipo cólico y después continua, irradiada a todo el abdomen. Náuseas. No alteración del hábito intestinal. Afebril. Anoche bebió 3 cubatas y 6 copas de vino. Niega consumo de drogas.

Exploración: Regular estado general. Eupneico. Tª 36, 2°C. TA: 110/65 mmHg. ACR: normal. Abdomen: difícil exploración por el intenso dolor, pero blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, no masas ni megalias, Murphy y Blumberg dudosos. MMII: normal.

Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: en periferia hepática se visualizan láminas hiperecogénicas hiperrefringentes con artefacto posterior, sugestivas de neumoperitoneo. Derivamos a Urgencias hospitalarias en ambulancia. En Urgencias: Radiografía abdominal en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal: burbuja aérea de 3, 5 cm en localización superior de la proyección, superpuesta a silueta hepática, compatible con aire extraluminal. TAC

abdomen y pelvis sin contraste intravenoso: compatible con perforación intestinal localizada a nivel antro gástrico- bulbo duodenal. Ingresa en Cirugía General y Digestiva para intervención quirúrgica urgente.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres y un hermano de 26 años en un pueblo pequeño. Buen ambiente familiar. Trabaja como jornalero en el campo.

Juicio clínico: Perforación duodenal.

Diagnóstico diferencial: Gastritis por alcohol, abdomen agudo, pancreatitis aguda o peritonitis.

Identificación de problemas: no sospecha diagnóstica de la patología en un paciente joven sin antecedentes.

Tratamiento: Intervención quirúrgica urgente.

Planes de actuación al alta: Curas de la herida en su CS. Seguimiento en consultas externas de Cirugía General y en Aparato Digestivo.

Evolución: Buena evolución posterior al alta. Ha dejado el alcohol.

Conclusiones

Destaco la importancia de formación en ecografía para el médico de Atención Primaria, ya que resulta tremendamente eficaz en términos de aumento de capacidad diagnóstica y resolutoria, optimización de las derivaciones a Atención Especializada, acortamiento de los tiempos de atención y satisfacción de usuarios y profesionales del sistema.

Palabras clave

Intestinal Perforation (Perforación Intestinal), Alcoholic Beverages (Bebidas Alcohólicas)

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

El descuido de las cuidadoras

Ruiz Ojeda I¹, Cárdenas De la Rosa F², López Segura F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta en múltiples ocasiones acompañando a su marido ya que es su cuidadora principal. Un día acude sola refiriendo pérdida de memoria.

Historia clínica

Paciente de 72 años de edad que habitualmente atendemos en consulta con rol de cuidadora de su marido, con preocupaciones por la salud de él. Su marido sufrió accidente laboral con descarga eléctrica y desde entonces presenta temblores, así como una personalidad autoritaria y algo egoísta. En consulta se intenta abordar situación familiar, en momentos de alto estrés familiar recomendamos ingreso de su marido en residencia y valoración urgente por psiquiatría, lo cual la paciente rechaza. Un día acude a consulta por pérdida de memoria de dos meses de evolución y alteraciones del equilibrio, tras exploración derivamos a Neurología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipercolesterolemia, Desprendimiento de vítreo en ojo izquierdo, Histerectomía.

Exploración Física: PINLA, MOEC, leve disimetría y Romberg positivo. Mini-mental: 35 puntos (valores normales).

Tac Craneal: lesión de 36x36x27mm intraaxial de localización temporooccipital izquierda con márgenes irregulares y centro necrosado. Contacta ampliamente con cuerpo caloso y lo infiltra, se acompaña de edema vasogénico.

Sugiere glioma de alto grado. Biopsia: Glioblastoma Grado IV.

Enfoque familiar y comunitario: Pareja en etapa del nido vacío, tienen 2 hijos casados con hijos e independientes. Aparentemente sin problemas familiares, salvo personalidad del marido con rumiación de ideas, manías y egoísmo. Paciente con rol de cuidadora, ansiedad y preocupación por su situación familiar.

Juicio clínico: Glioblastoma Grado IV.

Tratamiento, planes de actuación: Administraron 5 ciclos de radioterapia consiguiendo una reducción mínima y poco duradera. Tratamiento con corticoides para disminuir edema.

Evolución: Actualmente la paciente está en situación paliativa. Presenta inestabilidad y mareo, por lo que se encuentra en encamada. Acudimos semanalmente como visita a domicilio. Durante su situación paliativa ha sufrido situaciones emocionales de alto estrés como ha sido el suicidio de su marido en una fecha señalada.

Conclusiones

La importancia de este caso nos lleva a la reflexión sobre el rol de cuidadora y sufrimiento continuo de este tipo de pacientes. La cercanía del médico de familia permite detectar patología grave potencialmente oculta en este tipo de pacientes.

Palabras clave

Cuidadora, Pérdida de Memoria, Glioblastoma

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Un dolor lumbar que acabó en extirpación colónica

Ochoa Pascual M¹, García Gómez M², Rodríguez Villadeamigo G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar bilateral.

Historia clínica

Enfoque individual: Varón de 89 años. No RAM. No hábitos tóxicos. HTA, DM, DLP. Ingreso en 2016 por vólvulo en digestivo por vólvulo de colon resuelto endoscópicamente. Intervenido de hemorroides en 2012. Acude por lumbalgia de 5 días que aumenta con los movimientos y en decúbito y se alivia en reposo. Afebril. Refiere además estreñimiento de 5 días de evolución. Buen estado general, con TA 171/76, FC 80 lpm, Sat O₂ 96%. Auscultación: Tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Hipoventilación en hemitórax derecho. Abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación. Dolor a la palpación de musculatura para vertebral lumbar. * RX de abdomen: Gran vólvulo de sigma que alcanza tórax. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. TAC de abdomen: Vólvulo de sigma con gran dilatación de hasta 10-12 cm. Cambios degenerativos en esqueleto axial, más localizado en región lumbar.

Enfoque familiar y comunitario: Casado sin hijos con buen apoyo familiar. Camionero.

Juicio clínico: Vólvulo de sigma.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Abdomen agudo. Fecaloma.

Tratamiento, planes de actuación: Se contactó con endoscopista de guardia que indicó sonda rectal que fue efectivo, con deposición abundante y meteorismo.

Evolución: El paciente continuaba dolorido por lo que se realizó colonoscopia urgente resolviendo la volvulación sin complicaciones inmediatas. Fue dado de alta y reconsultó por dolor a la semana. Se volvió a desvalvular mediante sondaje rectal y posteriormente fue intervenido quirúrgicamente de forma diferida mediante sigmoidectomía con anastomosis colorrectal.

Conclusiones

El motivo de consulta por el que acudió nuestro paciente a su MAP distaba bastante del diagnóstico final. Destacar la importancia de la anamnesis de los pacientes, que aunque debe ser dirigida a los síntomas por los que consulta hay que indagar en el resto de aparatos, ya que los médicos no tratamos síntomas ni diagnósticos, tratamos pacientes en su totalidad. Debemos realizar exploraciones físicas completas y tener en cuenta que "los pacientes pueden llevar el paraguas además de la gabardina".

Palabras clave

Volvulus, Low back Pain, Constipation

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Siempre son 24-48 horas de observación

Gallardo Ramírez M¹, García Martín M², Chacón Coronado A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Traumatismo craneal.

Historia clínica

Niña de 4 años sin antecedentes de interés, bien vacunada, NAMC. Padres y una hermana sanos.

Enfoque individual: paciente de 4 años que sufre traumatismo craneal jugando en los columpios. Al encontrarse clínicamente bien tras el golpe, su madre no le da importancia y siguen vida normal. En casa presenta dos vómitos proyectivos, cefalea brusca intensa y empeoramiento, motivo por el cual deciden acudir al Servicio de Urgencias.

Exploración: MEG, afebril, somnolienta, alternando con periodos de agitación. Pupilas medias, resto Exploración neurológica normal salvo tendencia al sueño.

Pruebas complementarias: RX Cráneo (normal), Tóxicos en orina (normal), TAC craneal sin contraste, AngioTAC craneal.

Enfoque familiar y comunitario: Consejos generales tras alta y recomendaciones.

Juicio clínico: Hemorragia intracerebral temporoparietal derecha intervenida.

Diagnósticos diferenciales: Migraña, Meningitis aséptica, Consumo de Tóxicos, Fractura craneal, Enfermedad vascular cerebral.

Tratamiento, planes de actuación: Craniectomía temporoparietal derecha.

Fenitoína 30mg/5ml suspensión oral 8, 5 ml/12h. Reposo relativo domiciliario.

Evolución: En el TAC se evidencia hemorragia intraparenquimatosa temporoparietal derecha con desplazamiento de la línea media. Se decide ingreso en UCI pediátrica a la espera de craniectomía temporoparietal y posterior ingreso en planta para estudio de posibles malformaciones y observar evolución. Se realiza AngioTAC en el que no se identifican malformaciones aneurismáticas ni vasculares, apreciándose pequeño teñido en fase venosa. En planta, la paciente evoluciona favorablemente sin paresias ni focalidad aparente, con buen uso del lenguaje para su edad y utiliza ambos miembros superiores en actividades de la vida diaria. Dibuja, se levanta y hace cambios posturales por sí sola. Se mantiene de bipedestación y realiza marcha independiente. Ante la buena evolución, se decide alta con reposo relativo en domicilio.

Conclusiones

Es importante reconocer signos de riesgo vital, así como actuar de forma rápida, efectiva y precisa para resolver problemas que puedan poner en riesgo la supervivencia de nuestros pacientes. Para ello, debemos saber orientar anamnesis, exploración y pruebas complementarias correctamente para evitar perder el tiempo en este tipo de situaciones. Ante TCE, debemos observar al paciente al menos 24/48 horas en vistas de posibles complicaciones.

Palabras clave

Tbi (Traumatic Brain Injury), Post-Traumatic Headache, Cerebral Hemorrhage

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Aumento del perímetro abdominal en joven sana

Villalba Benavent C¹, Varomuñoz A², González Hernández F³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

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

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aumento perímetro abdominal.

Historia clínica

Mujer de 23 años sin antecedentes personales de interés, en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 2 años que acude preocupada por aumento del tamaño de su abdomen en los últimos meses, a pesar de dieta y ejercicio intenso. No alteraciones menstruales, niega posibilidad de embarazo. No dolor abdominal, ni pérdida de peso, ni alteraciones gastrointestinales ni urinarias.

Enfoque individual: Buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril, normocoloreado, bien hidratado y perfundido. Auscultación: Tonos rítmicos, sin soplo. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: Masa periumbilical no dolorosa de unos 10 cm de diámetro, redondeada visible a simple vista que a la palpación tiene una consistencia dura, homogénea, no móvil.

Se solicita test de embarazo siendo negativo activo, con buena diuresis y exploración que nos permite descartar globo vesical. Derivamos a la paciente a ginecología para continuar con el estudio, tras ecografía se solicita marcadores tumores y se deriva a consulta de Tumores ginecológicos. Ecografía: Lesión dependiente de ovario derecho con características ecográficas de benignidad. Marcadores tumorales: Alfa-fetoproteínas, antígeno C.A 15.3, antígeno C.A19.9, antígeno C.A 125 negativo activos

Enfoque familiar y comunitario: Lesión que podría comprometer la vida de la paciente y sus futuros deseos reproductivos.

Juicio clínico: Teratoma ovario derecho

Diagnóstico diferencial: Embarazo, globo vesical, tumor abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza quistectomía laparoscópica sin incidencias, se deriva la pieza quirúrgica a anatomía patológica para estudio, informada como teratoma quístico maduro, con componente de estruma ovarii.

Evolución: Excelente evolución sin necesidad de otros tratamientos.

Conclusiones

Joven sana deportista, con nivel cultural y socioeconómico alto que acude preocupada por aumento del perímetro abdominal a pesar de ejercicio y dieta estricta. Una exploración abdominal básica permitió palpar una gran masa abdominal que había pasado desapercibida para la paciente. Tras derivación a ginecología ha sido diagnosticada de un teratoma quístico maduro, operada con éxito y actualmente con una evolución favorable. Este caso nos permite afianzar la necesidad de una correcta anamnesis y exploración física como eje fundamental de la Atención Primaria. El Diagnóstico precoz en lesiones tumores ginecológicas permite un mejor pronóstico con menores complicaciones.

Palabras clave

Teratoma, Tumor

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Trombosis tras embarazo

Hernández García R¹, López Pérez A¹, Marín Serrano I²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Síncope y disminución de fuerza en extremidades derechas.

Historia clínica

Mujer de 39 años consulta por sufrir episodio de síncope con posterior disminución de fuerza en extremidades derechas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipotiroidismo primario autoinmune en tratamiento con Eutirox 75mcg, puérpera (parto hace diez días). Acude por tras sufrir síncope hace unas horas, de minutos de duración, con leve traumatismo craneoencefálico y mordedura de lengua. Refiere cefalea frontal opresiva en los días previos. Al despertar está confusa.

Exploración física: buen estado general, presión arterial 115/73mmHg, FC 88lpm, Sat O₂ 99%. Presenta hematoma frontal. Neurológicamente presenta pupilas reactivas, isocóricas, movimientos oculares externos conservados, disminución de fuerza en extremidades derechas 4/5. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni roces. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Analítica: hemoglobina 10.9, hematocrito 33.7, resto sin alteraciones. TAC cráneo: hallazgos compatibles con trombosis del seno longitudinal superior a nivel frontal y parietal anterior. Hipodensidad frontoparietal izquierda compatible con infarto venoso.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente había dado a luz hacia diez días con un parto sin incidencias. No presentaba antecedentes de

trombosis previas ni había casos de trombofilias conocidas en su familia. Sin hábitos tóxicos.

Juicio clínico: Diagnóstico: trombosis venosa cerebral en seno longitudinal superior con infarto venoso.

Diagnóstico diferencial: acva, crisis comicial.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en planta de Neurología y se solicitan electroencefalograma y RMN cerebral y angioRM, y estudio de trombofilias. Se inicia anticoagulación con heparina.

Evolución: Durante el ingreso fue mejorando de forma progresiva la fuerza en extremidades derechas y fue desapareciendo la cefalea. El resultado del electroencefalograma fue de actividad bioeléctrica cerebral basal sin alteraciones destacables, la RM cerebral y la angioRM venosa confirmaban el diagnóstico de trombosis de seno longitudinal. En el estudio de trombofilia aparecía un anticoagulante lúpico positivo débil. Tras permanecer ingresada ocho días se va de alta asintomática.

Conclusiones

Hay que prestar especial atención en casos como este. Una paciente joven, sin patología previa conocida y que nos consulte por una clínica neurológica, habiendo dado a luz en días previos, debemos tener presente la posibilidad de una trombosis. Una actuación temprana puede hacer que la evolución sea favorable y que disminuyan las posibles secuelas.

Palabras clave

Thrombosis, Venous, Birth

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Deterioro de la marcha tras intervención de fractura de tibia y peroné

Alcántara Zarzuela M¹, Salva Ortiz N², Alcántara Zarzuela A³

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

³ Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Deterioro progresivo de la marcha con necesidad de ayuda para la deambulación.

Historia clínica

Varón de 42 años derivado por su médico de familia por dificultad para deambular, precisando ayuda incluso en domicilio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. Fumador. No consumo otros tóxicos. *Anamnesis:* Intervenido hace tres meses de fractura tibia y peroné izquierdos, con lenta recuperación durante rehabilitación. Nota en el último mes empeoramiento de la movilidad en esa pierna y, esta semana, también en contralateral. Buen control esfínteres. No dolor lumbar.

Exploración: No deterioro cognitivo. No disartria. Pares craneales normales. No dismetría. Paraparesia, fuerza 3/5 bilateral. Reflejos osteotendinosos hipoactivos. Marcha limitada, precisando ayuda. Dificultad para control de postura en bipedestación.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos. Electrocardiograma con ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax sin infiltrados ni condensaciones, senos costofrénicos libres. Radiografía columna lumbar sin hallazgos. Tomografía axial computerizada cráneo sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Vive sólo, hasta el momento independiente para las actividades de la vida diaria. Trasladado temporalmente a casa de sus padres (ambos

sanos) al precisar ayuda diaria en la última semana.

Juicio clínico: Enfermedad de motoneurona.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía postquirúrgica. Lesión ocupante de espacio intracraneal. Neuropatía periférica. Enfermedad neurológica central.

Tratamiento, planes de actuación: Interconsulta con servicio de Neurología que cursa ingreso a su cargo.

Evolución: Se le realiza resonancia magnética cerebral, electromiograma, punción lumbar con análisis de líquido cefalorraquídeo. El resultado orienta hacia una enfermedad de la segunda motoneurona con implicación cervical, torácica, lumbar y bulbar en menor grado, siendo la afectación en miembros inferiores de grado intenso. Valorado a los 13 meses de su diagnóstico por otro motivo en el servicio de urgencias, el paciente presenta paresia total de miembros inferiores y parcial de superiores con notable espasticidad, precisando silla de ruedas y con absoluta dependencia de terceros.

Conclusiones

La capacidad de sospechar una enfermedad como ésta puede ser determinante. Una vez diagnosticada, el seguimiento y acompañamiento tanto del paciente como su entorno cercano, a pesar de estar respaldado por un equipo hospitalario multidisciplinar, supone un reto a nivel tanto profesional como personal.

Palabras clave

Peripheral Neuropathy, Motor Neuropathy, Amyotrophic Lateral Sclerosis

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

"Doctora, me sale tierra del cuerpo"

Ochoa Pascual M¹, Rodríguez Villadeamigo G², García Gómez M

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

"Me sale tierra del cuerpo".

Historia clínica

Enfoque individual: Varón de 28 años, sin FRCV, fumador de 1 paquete de tabaco al día, consumidor de cannabis y marihuana, enolismo crónico. No cardiopatías ni broncopatías conocidas. Acude a su CS refiriendo que le sale tierra del cuerpo. Muy angustiado, llora en consulta y nos hace tocarle la piel insistiendo en que está lleno de tierra "todo, mi ropa, mi pelo, mis manos... ¡todo está lleno de tierra doctora!". Buen estado general. Taquicárdico y taquipnéico, con TA de 140/90. Ansioso.

Exploración física: sin alteraciones. Se solicitó analítica con tóxicos en orina y gasometría venosa. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Tóxicos en orina: Positivo para cannabis. Gasometría venosa sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Indigente sin apoyo familiar.

Juicio clínico: Alucinaciones visuales y sensitivas.

Diagnóstico diferencial: Esquizofrenia. Consumo de tóxicos en exceso. Síndrome confusional agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Se contactó con el psiquiatra de guardia y el paciente fue ingresado Salud Mental.

Evolución: Durante el ingreso el paciente fue diagnosticado de Esquizofrenia y tras pautarle tratamiento fue dado de alta, sin embargo, el paciente ha reacudido en varias ocasiones al servicio de urgencias por el mismo motivo, no acude a las citas en Salud Mental y tiene una muy mala adherencia al tratamiento.

Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave muy frecuente en nuestro medio, y muy relacionada con el consumo de tóxicos. Es más frecuente en hombres, y en niveles socioculturales bajos y suele comenzar en la juventud. Afecta a algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. Se engloba dentro de los trastornos psicóticos, aquellos en los que los pacientes pierden el contacto con la realidad. Los pacientes tienen el juicio de la realidad alterado, y viven con gran angustia las percepciones que tienen y que no son reales. Son más comunes las alucines auditivas, sin embargo nuestro paciente presentaba alucinaciones visuales y sensitivas. La adherencia al tratamiento es mala, y así lo confirmó nuestro paciente, el cual sigue reacudiendo al servicio médico por el mismo motivo.

Palabras clave

Substance-Related Disorders, Schizophrenia, Hallucinations

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Petequias como signo de alarma de leucemia aguda

Parras Gordillo M¹, Gálvez López R¹, Láinez Ramos A²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Episodio presincope con aparición de petequias en miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 34 años con cuadro de dos semanas de malestar general, fiebre de 38°C de predominio vespertino sin características bacteriémicas, dolor articular y aparición de hematomas espontáneos. Presenta cuadro presincope.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, no alergias conocidas, no antecedentes familiares de interés.

Anamnesis: Paciente acude por aparición de petequias en miembros inferiores y cuadro presincope. No refiere focalidad ni dolor en ningún punto específico.

Exploración: estable hemodinámicamente, apirético. Buen estado general. Consciente, orientado. *Exploración neurológica,* cardiopulmonar y abdominal normales. Petequias y hematomas en evolución en miembros inferiores. Orofaringe normal, no adenopatías periféricas.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 47570 (neutrófilos 3000, linfocitos 30780, monocitos 12700), plaquetas 3200, creatinina 1'33, lactato deshidrogenasa 1479, proteína C reactiva 49, 4. Frotis de sangre periférica: 54% de células leucocitarias medianas e inmaduras. Mieloma con signos displásicos de la serie granulocítica. Eritroblastos en sangre periférica y trombopenia. Punción aspiración de médula ósea: aspirado con grumo normal, hiperplasmático

con infiltración leucocitaria blástica masiva (98%), serie eritrocitaria ausente y presencia de megacariocitos hipogranulados.

Juicio clínico: Leucocitosis aguda, leucemia aguda linfoblástica T.

Diagnóstico diferencial: síncope vasovagal, trombofilias, púrpura trombótica trombopénica, infección por citomegalovirus.

Identificación de problemas: debido al flujo de pacientes que había en urgencias, la analítica no se vio rápidamente. El cuadro presincope pudo propiciarse por el esfuerzo realizado por el paciente al aire libre, sumado a las altas temperaturas, siendo un factor de confusión del diagnóstico. No se relacionó la plaquetopenia con una posible infiltración medular.

Tratamiento, planes de actuación: Tras analítica, se deriva a hematología para transfusión de plaquetas como profilaxis intratecal y quimioterapia.

Evolución: Estable, ingresado en hematología a la espera de quimioterapia.

Conclusiones

Es importante para el médico de familia saber manejar los resultados de las pruebas más básicas del servicio de urgencias, como la analítica. Aun con los antecedentes de un proceso infeccioso, una leucocitosis puede enmascarar una reacción blástica masiva. En enfermedades de esta índole, resulta esencial tener presente la sospecha diagnóstica de procesos agresivos, ya que debemos actuar eficazmente y en equipo para tratar precozmente al paciente

Palabras clave

Petequias, Plaquetopenia, Leucemia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Exploración sistemática

Espejo Martín I

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Derivada de su Médico de empresa por abdomen duro.

Historia clínica

Mujer de 38 años, obesa que acude por presentar en un examen rutinario de salud laboral un abdomen duro. La paciente no presenta fiebre, ni dolor ni ninguna otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: no reacciones adversas a medicamentos conocidas. Obesa. Intervenida en octubre de 2017 de bocio multinodular (no figura exploración abdominal). Tratamiento con Eutirox.

A la exploración nos encontramos ante una paciente con buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica, orientada, consciente y colaboradora. Abdomen globuloso delimitándose gran masa abdominal que se extiende de flanco derecho a flanco izquierdo y de epigastrio a hipogastrio. No se palpa onda ascítica.

Enfoque familiar y comunitario: No precisa.

Juicio clínico: Masa abdominal de origen incierto.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias donde se le realiza una ecografía abdominal y un TAC abdomino-pélvico, en los que se observó una gran masa abdominal de 16x12x19 cm bien definida dependiente del útero, sugerente de leiomioma o leiosarcoma. Se decide intervención quirúrgica.

Evolución: La paciente es sometida a una miomectomía conservadora (se extirpan 4 miomas subserosos: el descrito en el TAC de 16x12x19, otro de 10 cm y dos de 3 cm cada uno). El resultado de la anatomía patológica es de leiomioma.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos destacar el valor de la historia clínica y de la exploración completa. Son herramientas básicas en cualquier médico, pero más aún en el médico de familia, que no tiene a su disposición otras pruebas complementarias para valorar a los pacientes. Muchas enfermedades pueden ser asintomáticas o dar una clínica anodina, no debemos olvidar ni infravalorar la historia clínica y la exploración sistemática y completa de nuestros pacientes.

Palabras clave

Mioma, Exploración, Abdomen

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Antecedentes o pruebas complementarias: ¿A quién creer? La importancia del contexto

Díez de Baldeón Chicón P¹, Rodríguez Salas F¹, Márquez Castilla M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Juicio clínico: Reactivación de varicela con patrón de primoinfección por inmunosupresión de origen medicamentoso (Azatioprina).

Motivos de consulta

Fiebre y lesiones cutáneas.

Diagnóstico diferencial: Reacciones alérgicas. Toxicodermia.

Tratamiento, planes de actuación: Antibioterapia empírica y antivirales.

Historia clínica

Varón de 50 años que acude a Urgencias por fiebre de 39,5°C desde hace 3 días y lesiones cutáneas de 36 horas de evolución. Reagudización de su enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con Azatioprina.

Evolución: Favorable, remisión de la fiebre y desaparición de lesiones cutáneas. Alta domiciliaria pautando Famciclovir 500mg y retirada de Azatioprina.

Conclusiones

Aunque la reactivación del virus de la varicela está descrita en ficha técnica de fármacos inmunosupresores como la azatioprina, su manifestación clínica suele ser autolimitada y oligosintomática. En este caso, debido a la inmunosupresión del paciente y a pesar de sus antecedentes personales y serológicos, dicha patología se ha presentado de forma generalizada como una primoinfección. Por ello, la historia clínica y exploración siguen siendo un pilar fundamental en la práctica clínica diaria.

Enfoque individual: No alergias. Exfumador 15 años. Pancolitis ulcerosa. Tratamiento habitual: Mesalazina y Beclometasona. T^a 37,1°C. Auscultación: Rítmica sin soplos, crepitantes finos bibasales. Piel: lesiones vesículo-pustulosas en distintos estadios en cara, tronco y extremidades. Análisis sanguíneo: Leucocitos 6500 (Neutrófilos 73%), GGT 143, PCR 160. Análisis Orina: Hematíes positivos. Serología: VHA IgG+, Varicela IgG+, resto negativo activo. Radiografía Tórax: Sin hallazgos. Hemocultivos negativo activos.

Enfoque familiar y comunitario: Sin relevancia para el caso.

Palabras clave

Varicella Zoster Virus Infección,
Immunosuppression

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Hipoglucemias de origen incierto

López Segura F¹, Serrano Baena C², Fernández Herrera D²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

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

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hipoglucemias.

Historia clínica

Acude al servicio de urgencias un varón de 57 años, trasladado por O61, en el contexto de hipoglucemia severa con pérdida del nivel de consciencia, sudoración, parestesias en manos y visión borrosa.

Enfoque individual: Varón de 57 años, con AP de gota, rinitis alérgica y hernia de hiato, que acude al servicio de urgencias porque desde hace 2 meses presenta episodios consistentes en sudoración-palidez, parestesias en manos y visión borrosa que remiten de manera espontánea con el paso del tiempo. Dichos episodios no tienen relación con la ingesta, y en ocasiones le han despertado por la noche. Ha consultado en otras ocasiones por el mismo motivo.

Analítica urgente: Hemograma normal. Coagulación normal. BQ: Glucosa 19, Urea 47, Cr 0.8, Sodio 146 y Potasio 3.2. Analítica endocrinológica: Insulina 8, Pro-insulina 0.80, Péptido C 2.10, Anticuerpos anti insulina y receptor de insulina negativo activos. Constantes: TA 110/70, Sat O₂ 96% basal, FC 74lpm. Test de ayuno: negativo activo. Angio-TC abdominal: Sin hallazgos patológicos significativos.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo con su pareja. No personas diabéticas en casa. Hijo

que acude a visitarlo de manera esporádica. Hermana comenta que su relación actual es peculiar. Su pareja es cuidadora de dos ancianos diabéticos. No logramos entrevistarnos a solas con el paciente.

Juicio clínico: Hipoglucemia facticia. Insulinoma. Tumor pancreático.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa al paciente en planta de Endocrinología para supervisión del mismo ante la sospecha clínica de que se le esté administrando insulina o ADO de manera exógena. Nos ponemos en contacto con trabajadora social para ver de dónde puede venir el problema.

Evolución: El paciente ha presentado en varias ocasiones episodios de hipoglucemia severa. Dichos episodios siempre acontecen los viernes a media mañana tras realizar el paciente su rutina habitual (comer churros y salir a pasear). Niega estar tomando tratamiento con hipoglucemiantes. Durante sus ingresos permanece asintomático, siendo todas las pruebas complementarias y funcionales normales.

Conclusiones

Es importante realizar una buena anamnesis, tanto con el paciente como con sus allegados con el fin de extraer la máxima información posible que nos sea útil a raíz de cuadros clínicos cuyo origen es incierto.

Palabras clave

Hipoglucemia Facticia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Importancia de la anamnesis en un tromboembolismo pulmonar. A propósito de un caso

Rodríguez Villadeamigo G¹, García Gómez M², Ochoa Pascual M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Motivos de consulta

Hipertensión y disnea.

Juicio clínico: TEP. Trombosis venosa superficial.

Historia clínica

Varón de 57 años hipertenso, que acude a urgencias por crisis hipertensiva y disnea. Tras reducción de cifra tensional es dado de alta. Un día después consulta con el médico de familia (MF) por persistencia de disnea. Indagando en la historia nos cuenta que ha vuelto hace unos días de un viaje a Perú de 12 horas y media de duración, en el que estuvo cerca de 10 horas sentado sin levantarse.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis, pleuritis, IAM, neumotórax, neumonía, pleuritis

Tratamiento, planes de actuación: Durante el ingreso anticoagulación con Enoxaparina 1mg/Kg/12h y tratamiento antihipertensivo. Alta hospitalaria pauta de Acenocumarol 4mg según las indicaciones de Hematología tras interconsulta y Enoxaparina 120mg cada 24 h hasta revisión en consultas externas de dicho servicio.

Enfoque individual. Exploración: TA 163/107. Sat O₂ 97%. FC 81 lpm. ACR: rítmico, a buena frecuencia, sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Exploración de abdomen anodina. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente durante el ingreso, clínica y hemodinámicamente estable en todo momento. Alta con posteriores revisiones en neumología y hematología. Control y seguimiento por MF.

ECG: rítmico, eje izquierdo, bloqueo AV de primer grado, QRS estrecho, T negativo activas V5-V6. Se deriva a urgencias hospitalarias para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP). Analítica: Dímero D 6076ng/mL. RX tórax: anodina. AngioTAC: TEP bilateral de arterias lobares y segmentarias. Se cursa ingreso en Neumología. Eco Doppler de miembros inferiores: sin alteraciones del territorio venoso profundo en el momento actual. Trombo superficial en vena safena interna.

Conclusiones

Destacar el papel del MF, que pese a disponer de menos pruebas complementarias, enfoca el diagnóstico gracias a una buena anamnesis; en este caso, preguntando por factores de riesgo claves como un viaje de muchas horas de duración. Es importante procurar hacerlo desde la primera consulta, ya que podemos evitar el retraso en el diagnóstico de una patología potencialmente grave.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Tres hijos. Buena convivencia familiar.

Palabras clave

Dyspnea, Pulmonary Embolism

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

A propósito de un caso de ictericia, astenia y dolor abdominal

Ochoa Pascual M¹, García Gómez M², Rodríguez Villadeamigo G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia y dolor abdominal.

Historia clínica

Enfoque individual: Varón de 67 años, sin RAMC, fumador de 2 paquetes al día y bebedor de 2 copas de vino al día. HTA, EPOC, apendicectomizado. Consulta por astenia y coluria de 4 días de evolución, así como discomfort abdominal y dolor en ambas fosas renales y flancos. Refiere además pérdida de apetito y su acompañante dice notarle cierta pérdida de peso. Buen estado general. Con ictericia de piel y mucosas. TA: 153/67. FC: 85 lpm. Sat O₂: 95%. Afebril. Auscultación sin alteraciones. Abdomen distendido, con matidez cambiante y doloroso a la palpación generalizada. No signos de irritación peritoneal.

Analítica: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica con bilirrubina de 19 a expensas de la directa, LDH 247, resto sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo en el campo, independiente para las ABVD. Soltero y sin hijos. Acude con una sobrina que es enfermera.

Juicio clínico: Ictericia obstructiva secundaria a carcinoma vesicular con extensión hiliar.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis. Pancreatitis obstructiva.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió el ingreso en Digestivo donde se le realizó TAC toracoabdominal y ecografía abdominal urgente. Hallazgos radiológicos compatibles con carcinoma de vesícula con extensión al hilio hepático o bien con la existencia sincrónica de un colangiocarcinoma perihiliar. Dilatación de vías biliares intrahepáticas. Adenopatías en hilio hepático. Infiltración de vena porta. Abundante ascitis. Enfisema bulloso con 2 nódulos pulmonares inespecíficos.

Evolución: Dada la situación basal del paciente y el mal pronóstico a corto plazo se decidió tratamiento paliativo con drenaje biliar. Fue éxito a los 20 días.

Conclusiones

El colangiocarcinoma es una neoplasia grave con mal pronóstico a corto plazo y que suele presentar síntomas ya en estadios avanzados. Es por ello que debemos hacer en la medida de lo posible diagnósticos precoces.

Palabras clave

Cholangiocarcinoma, Abdominal Pain, Jaundice

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

La importancia del diagnóstico diferencial en la tos persistente

Peña Pinto M¹, García Victori C²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos persistente de 8 meses de evolución.

Historia clínica

No refiere episodios previos similares. Tos sin predominio diurno/nocturno claro, constante y progresiva. Mucosidad y expectoración sin mejoría tras dos ciclos de antibioterapia. Disnea grado 2 en la escala mMRC. Se pautan inhaladores sin mejoría. Mejora con corticoides orales, que lleva tomando ya 4 meses, con cortico dependencia. Derivación Neumología para estudio por persistencia. Inicialmente catalogado como tos psicógena. Ante mantenimiento de síntomas, nueva derivación y solicitud de estudio más amplio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, poliposis nasal, hipotiroidismo, hernia de hiato y reflujo gastroesofágico. En tratamiento con Losartán 100mg/24h, rupatadina 10mg/24h, omeprazol 20mg/24h, vilanterol/fluticasona fluroato (92/22) 1/24h.

Exploración física: Aceptable estado general. No uso de musculatura accesoria. Eupneica en reposo. Auscultación cardíaca y pulmonar: rítmica a buena frecuencia sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. No edema de miembros inferiores. No lesiones cutáneas.

Pruebas complementarias: Analítica: Bioquímica, gasometría, hematemetría y coagulación normales. PCR 13.62 mg/L. Rx tórax: datos de hiperinsuflación. Espirometría + broncodilatación con agonista β 2 adrenérgico: Maniobra correcta. FVC 2.490ml (62%), FEV1 1.630ml (66%), FEV1/FVC 65%; MMEF 75/25 0.84l/s (28%). No mejoría tras

β 2. Fibrobroncoscopia: Inflamación nasal y nasofaríngea, con rinorrea posterior por fosa derecha. TAC tórax: Ganglios mediastínicos de tamaño no significativo. Resto sin alteraciones. Espirometría tras ciclo de corticoides: maniobra correcta. FVC 2.620ml (67%); FEV1 2.140ml (67%), FEV1/FVC 81%; MMEF 75/25 2.28l/s (76%). Mejora de 510 ml (+31.2%).

Enfoque familiar y comunitario: Mujer, 48 años, ama de casa, casada y con 2 hijos.

Diagnóstico diferencial: rinorrea posterior; tos psicógena; asma bronquial.

Identificación del problema: Disnea y tos.

Juicio clínico: asma bronquial moderado-grave con mal control.

Tratamiento, planes de actuación: Flutiform 10/250mcg 2inh/12h, en cámara espaciadora. Spiriva respimat 5mcg 2inh/24h en cámara. Montelukast 10mg/24h.

Evolución: Tras tratamiento, disminución del grado disnea y de síntomas, haciendo vida normal.

Conclusiones

Precaución con los diagnósticos que implican la esfera psicológica. Creemos que primero debemos hacer un estudio de despistaje completo. Cuando derivemos y consideremos que no se ha hecho lo suficiente por nuestros pacientes, intentar conseguir un mejor diagnóstico. En este caso, la paciente presenta un asma bronquial de difícil control, pasando inadvertido porque en primer tiempo solo vieron resultados de radiografía y espirometría. En segunda evaluación completan procedimiento y llegan al diagnóstico.

Palabras clave

Asthma, Dyspnea

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Osteoporosis por desuso en pie, malo no no no

Gómez Torrado R¹, Delgado Osuna Á², Toledo García D³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor postquirúrgico en pie derecho intervenido de melanoma lentiginoso acral.

Historia clínica

Mujer de 48 años intervenida dos meses atrás de melanoma lentiginoso acral situado en planta del pie derecho, necesitando reintervención para ampliación de márgenes, precisa mes y medio de reposo relativo con uso de muletas. Acude derivada por su médico de familia por dolor en región dorsal del pie intervenido y presencia de "imágenes osteolíticas en distintas falanges y metatarsianos" en pruebas radiográficas solicitada por su médico. La paciente acude alarmada pensando que puede ser una mala evolución de la lesión neoplásica intervenida. En los resultados de la biopsia excisional se describe muestra con márgenes limpios sin invasión dérmica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipotiroidismo. Intervenida de melanoma lentiginoso acral.

Exploración: Buen estado general, buena hidratación, eupneica, normocoloreada. Exploración de miembros inferiores con dolor a la palpación en región dorsal de pie derecho a nivel de los metatarsianos. Pulsos periférico simétricos y presentes. No se palpan adenopatías inguinales.

Pruebas complementarias: radiografía oblicua interna y externa de pie derecho donde se aprecia lesiones osteolíticas en diversas

falanges y metatarsianos concordantes con osteopenia por desuso.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel sociocultural medio-alto.

Juicio clínico: Síndrome doloroso regional complejo tipo I. Osteopenia por desuso.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento consistió en la recarga funcional del esqueleto descargado y no requiere obligadamente agentes farmacológicos, fisioterapia, kinesioterapia y rehabilitación. Se tranquilizó a la paciente de la banalidad del cuadro.

Evolución: Al mes de iniciar la rehabilitación se realizó control radiológico con desaparición de las lesiones osteolíticas.

Conclusiones

La hipo o inactividad, la inmovilización, la ingravidez, etc. desestimulan al mecanostato induciéndolo a mantener una masa y una rigidez óseas relativamente bajas. Estas condiciones pueden bastarle a la estructura ósea para asimilar la pobre estimulación mecánica cotidiana, pero no para soportar esfuerzos fisiológicos máximos. Al contrario de los casos "secundarios", las osteoporosis por desuso tienden a afectar más al hueso cortical que al trabecular, y más al esqueleto periférico que al central, y también a favorecer más la producción de fracturas por traumas leves que las espontáneas.

Palabras clave

Diagnóstico Radiográfico, Osteoporosis por Desuso, Melanoma Lentiginoso Acral

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Manifestaciones cutáneas paraneoplásicas

Martín Marcuartu P¹, Real Campaña M², Puertas Rodríguez A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Uicio clínico: Plasmocitoma paraneoplásico. Carcinoma epidermoide infiltrante de pulmón. Mieloma múltiple.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas.

Diagnóstico diferencial: Púrpura de origen infeccioso. Picadura de insecto complicada.

Historia clínica

Varón de 63 años que consulta en el Servicio de Urgencias por lesiones cutáneas de una semana de evolución en diferente estadio evolutivo en manos y espalda, pruriginosas. Comienzan como ampollas y evolucionan a úlceras con fondo necrótico. No fiebre ni otros síntomas. No contacto con insectos ni ámbito rural.

Tratamiento, planes de actuación: Transfusión de 2 concentrados de hematíes por importante anemia e ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio de lesiones cutáneas. Durante el ingreso, biopsia de lesiones cutáneas, fibrobroncoscopia con biopsia de lesión pulmonar, aspirado medular por elevación de banda monoclonal en proteinograma.

Enfoque individual: nAMC. Fumador y bebedor habitual. HTA sin tratamiento. Aplasia medular de 13 años de evolución en seguimiento por Hematología, en tratamiento con Ciclosporina A y suplementos de magnesio, rechazado trasplante alogénico de médula ósea por broncopatía crónica y tabaquismo severo. Masa pulmonar en LSI en estudio.

Evolución: El paciente resultó tener un mieloma múltiple causante de las lesiones cutáneas paraneoplásicas (plasmocitoma). Paralelamente la masa en LSI se corresponde con un carcinoma epidermoide infiltrante pulmonar, el cual está en tratamiento RT. Actualmente se encuentra ingresado en Neumología por hemoptisis de difícil control con anemia por mantenimiento del hábito tabáquico y enólico y mala adherencia al tratamiento quimioterápico para la enfermedad hematológica.

Exploración: BEG, COC, BHyP. Eupneico. ACP: corazón rítmico, sin soplos, a buena frecuencia; MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin hallazgos, MMII sin edemas. Lesiones cutáneas en manos y espalda: algunas tipo púrpura palpable y otras de tipo ampolloso. Otras evolucionadas, ulceradas con fondo necrótico. Analítica de sangre: PCR 8, datos de pancitopenia

Conclusiones

En este paciente como Médicos de Atención Primaria tenemos un papel importante en la detección de las lesiones cutáneas como manifestación paraneoplásica, sin minimizar su significado en un paciente de riesgo. Además, la terapia educativa de hábitos saludables para el mantenimiento de la mayor calidad de vida posible durante su tratamiento oncológico.

Enfoque familiar y comunitario: Jubilado, casado con 3 hijos. Muy buen apoyo y relación familiar. Natural de un pueblo, vive en medio urbano.

Palabras clave

Múltiple Myeloma, Plasmocitoma, Púrpura

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Manejo de situación de agonía en un ámbito familiar complicado

Belalia El Beriri L¹, Boulosa Pérez I²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana de Motril. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. HGB Santa Ana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea en paciente oncológico.

Historia clínica

Mujer de 70 años que acude por deterioro del estado general en los últimos días, aumento marcado de su disnea, así como edemas generalizados, en situación de anasarca.

Antecedentes personales: tumor GIST de alto grado con tercera línea de tratamiento con muy escasa/nula respuesta, en seguimiento por Oncología.

Enfoque individual: paciente con mal estado general, caquética con marcada palidez mucocutánea, con un llamativo trabajo respiratorio y dificultad para articular el lenguaje. Con afilamiento de nariz e impresión de sufrimiento. Se aplican medidas necesarias para el alivio de la paciente, se informa a los familiares (2 hijas) de la situación y el muy mal pronóstico inminente, lo cual parecen no entender...

Enfoque familiar y comunitario: Informo al adjunto de referencia. Me acompaña en el proceso de información y manejo de la paciente. Se toman medidas necesarias para revertir la sintomatología de la paciente pero si aparece refractariedad y se evidencia sufrimiento se aplicarán medidas de confort. Los familiares siguen sin procesar el pronóstico...

Juicio clínico: Agonía en una paciente premortem, con un ámbito familiar complicado. Los familiares no aceptan la muerte.

Tratamiento, planes de actuación: Pruebas complementarias para un acercamiento diagnóstico del empeoramiento clínico y se aplican medidas terapéuticas con diuréticos, oxigenoterapia, corticoides, mórfico...Se trata de una infección pulmonar extensa en una paciente oncológica en situación terminal, frágil.

Evolución: Rápida y mala evolución, comenzando con secreciones progresivas, disnea refractaria, disfagia y anuria en el transcurso de menos de 2 horas. Ante esto, se informa a los familiares de la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico e iniciar medidas paliativas, con la intención de no dañar. Se inicia pauta de sedación paliativa terminal bajo el consentimiento y el acompañamiento cercano de la familia. Tras una expectoración extensa sanguinolenta maloliente, se produce éxitus al poco tiempo de iniciar la sedación

Conclusiones

Proceso de información no adecuado en paciente en seguimiento exclusivo por Oncología con escasa respuesta al tratamiento, siendo no consciente del muy mal pronóstico a corto plazo. Destaca mal control de síntomas de la paciente, que de haber conocido al Equipo de Cuidados Paliativos y un seguimiento más estrecho por su médico de familia, quizás habría sido diferente.

Palabras clave

Agonía, Terminal, Información

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

El riesgo hemorrágico también cuenta

Pérez Pérez A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Acude a Consulta de Atención Primaria por palpitaciones de varios días de evolución y sensación disneica. Electrocardiograma en consulta: ritmo sinusal con necrosis anterolateral.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

Mujer de 73 años de edad con diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemia, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica crónica tipo infarto de miocardio anterior antiguo. Aneurisma sacular en comunicante anterior diagnosticado tras episodio de accidente isquémico transitorio.

Anamnesis: Palpitaciones súbitas, intermitentes y muy rápidas con sensación de angustia y disnea asociada.

Exploración física: Buen estado general, eupneica en reposo. Auscultación cardíaca: rítmica con semiología de insuficiencia mitral ligera.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: ritmo sinusal con necrosis anterolateral.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Palpitaciones paroxísticas. Despistaje de Fibrilación Auricular.

Diagnóstico diferencial: Otras arritmias auriculares.

Planes de actuación: Derivamos a la paciente al Servicio de Cardiología ante la alta sospecha de fibrilación auricular. Se solicitan desde consulta ecocardiografía que muestra: Ventrículo izquierdo normal con aquinesia de los segmentos apicales y función sistólica conservada. Holter 24horas compatible con síndrome bradicardia-taquicardia. Puntuación CHA2DS2 VAS 6 puntos y se prescriben anticoagulantes orales de acción directa así como indicación de marcapasos definitivo. **Tratamiento:** Anticoagulación de acción directa.

Evolución: Acude a nuestra consulta y decidimos ser cautos y retrasar el inicio del tratamiento. Solicitamos interconsulta muy preferente a Neurología. Se decide finalmente por tratamiento endovenoso de su aneurisma. La alternativa al tratamiento anticoagulante en esta paciente habría sido el cierre percutáneo con dispositivo de orejuela izquierda.

Conclusiones

La fibrilación auricular sigue siendo una de las más importantes causas de ictus. El tratamiento con anticoagulantes orales puede prevenir la mayoría de los ictus isquémicos. La prevalencia de aneurismas incidentales es por encima del 7% de los pacientes a los que se les practican exploraciones radiológicas por otras patologías. Con los avances de las técnicas microquirúrgicas, el tratamiento de los aneurismas cerebrales es posible en prácticamente todas las localizaciones intracraneales, mediante la colocación de un clip metálico. El Médico de Atención Primaria tiene la oportunidad del manejo global del paciente siendo cauto en este caso teniendo presente toda la comorbilidad del paciente.

Palabras clave

Fibrilación Auricular; Aneurisma; Anticoagulación

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

A propósito de un caso de exantema maculo-papular del adulto

Gines Ramírez E¹, Fernández Viñes J²

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias CS Chana. Granada

² Médico de Familia. DA de Armilla. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas en tronco pruriginosas.

Historia clínica

Acude por lesiones cutáneas pruriginosas en tronco, eritemato-descamativas, levemente pruriginosas en 2 fases, una primera lesión redondeada de 2cm de diámetro y una segunda fase con múltiples maculo-pápulas eritematosas de pequeño diámetro con ligera descamación, diseminadas en troco.

Enfoque individual: Paciente de 40 años sin antecedentes de interés que consulta por lesión eritemato-descamativa circular en abdomen, levemente pruriginosa junto con catarro de vías altas con abundante congestión nasal, odinofagia y febrícula, tiene un gato como mascota. Se trató como un herpes circinado con ciclopirox crema/12h y Paracetamol 650 cada 6-8h junto con abundante agua. A los 10 días persiste la lesión abdominal y consulta por aparición de lesiones maculo-papulares eritematosas múltiples diseminadas por tórax, abdomen y espalda, pruriginosas. Había mejorado de la infección respiratoria de vías altas. En la analítica se detectó leucocitosis y aumento de VSG.

Enfoque familiar y comunitario: Se indaga sobre prácticas sexuales de riesgo, contacto con

mascotas como gatos o perros que pudieran tener garrapatas. Posibilidad de embarazo.

Juicio clínico: Pitiriasis rosada de Gilbert con mancha heráldica.

Diagnóstico diferencial: Exantema vírico, micosis cutánea tanto tiña como pitiriasis versicolor, enfermedad Lyme, psoriasis, erupción polimorfa del embarazo y sífilis secundaria.

Tratamiento, planes de actuación: Se tranquilizó a la paciente y se pautó antihistamínico oral e hidratación frecuente.

Evolución: Mejoró en pocos días y desapareció por completo en la cuarta semana.

Conclusiones

La pitiriasis rosada es una enfermedad cutánea muy común, de origen idiopático aunque se relaciona con una infección vírica por el virus herpes simple tipo 6 o 7. No es una alergia y no es contagiosa. Suele ocurrir una sola vez en la vida. El diagnóstico es clínico, fundamentalmente en atención primaria o urgencias extrahospitalarias y no requiere derivación especializada al ser un cuadro autolimitado, desaparece en 4-6 semanas aunque puede persistir hasta 12 semanas.

Palabras clave

Pityriasis Rosea

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Los peligros de una sepsis urinaria. A propósito de un caso

Peña Pinto M1, García Victori C2, Martín Rodríguez M3

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Jerez. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Malestar general y fiebre de unas 72 horas de evolución.

Historia clínica

Varón de 74 años que durante su estancia en sala de espera de urgencias, avisan por desorientación y desconexión del medio, por lo que pasa a sala de críticos. Familiar comenta que acuden por fiebre de hasta 38°C, de 72 horas de evolución. Como único síntoma comenta dolor testicular. No síntomas miccionales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Dispepsia gástrica, hipertrofia benigna de próstata, cervicoartrosis, Hipotiroidismo subclínico, neurosis depresiva. En tratamiento con Tamsulosina 0.4mg/24h, Eutirox 50mg/24h y paracetamol 1gr 1comp/12h.

Exploración física: Mal estado general, Glasgow 8/15, midriasis reactiva. Auscultación cardíaca y pulmonar: rítmico con tendencia a la taquicardia. Murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos, no hipoventilación. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. No edema de miembros inferiores. No lesiones dermatológicas.

Pruebas complementarias: Analítica: bioquímica normal; PCR 117.8mg/L; leucocitos 22.10 con 8.92 neutrófilos; actividad de protrombina 68%, INR 1.28. Ácido láctico normal. Orina: Leucocitos 500, nitritos negativo activos, eritrocitos 250.00. Analítica a las 18h de la primera: bioquímica normal; PCR 241.10mg/L; leucocitos 10.48 con 20.01 neutrófilos; actividad de protrombina 59%, INR

1.42, Procalcitonina 76.3 ng/dl. Punción lumbar: LCR normal. TAC cráneo: Sin hallazgos relevantes. Urocultivo: Enterobacter Aerogenes.

Enfoque familiar y comunitario: Hombre, 74 años, jubilado, con esposa y 3 hijas. Independiente para actividades de la vida diaria.

Juicio clínico: Sepsis urológica.

Diagnóstico diferencial: Meningitis, Encefalitis, sepsis urológica, septicemia de origen desconocido.

Identificación de problema: Fiebre, molestia testicular y disminución del nivel de conciencia.

Tratamiento, planes de actuación: Antibioterapia intravenosa. Medidas de soporte.

Evolución: Tras tratamiento antibiótico intensivo, paciente se recupera sin ninguna repercusión.

Conclusiones

Las infecciones de orina son más complicadas en los hombres y su tratamiento dura más, pero no hay anuncios en la televisión, ni campañas de prevención, ni es un tema que salga en conversaciones informales. Quizá por eso cuando se habla de esta afección muchos la asocian directamente con un problema casi exclusivo de las mujeres. Como tal, no podemos obviar esa posibilidad y que sea el responsable de un cuadro clínico peligroso. Ante síntomas inespecíficos y más en personas mayores, siempre descartar el origen urinario.

Palabras clave

Sepsis, Meningitis, Enterobacter Aerogenes

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Sensación de cuerpo extraño en esófago tras ingesta alimenticia

Luque Barberán T, Narváez Gómez L, Cossi Torrejón J

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

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Varón de 40 años que acude a consulta de atención primaria de urgencias por sensación de cuerpo extraño en epigastrio. Refiere dificultad para deglutir algunos alimentos desde hace tiempo.

Historia clínica

En estudio por presencia de eosinofilia en varias analíticas de rutina, sin antecedentes que lo puedan justificar. Episodios con la misma sintomatología en los dos últimos años. Se le intenta dar líquidos para ver tolerancia y empieza con clínica de sialorrea, por lo que se remite a Urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. Infección por H. Pylori tratada y erradicada en 2015. Único tratamiento diario es omeprazol. Buen estado general. Afebril. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, con ruidos normales, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Neurológicamente: consciente y orientado en tiempo y espacio, No focalidad neurológica. Hemograma, coagulación y bioquímica dentro de rangos normales todos los valores.

Enfoque familiar y comunitario: Realizamos radiografía de tórax y se aprecia ausencia de aire a nivel distal del esófago. Se administra tratamiento con glucagón y diazepam. Ante la falta de respuesta se contacta con el endoscopista de guardia.

Juicio clínico: Impactación por cuerpo extraño en paciente con posible esofagitis eosinofílica.

Diagnóstico diferencial: acalasia, hipomotilidad faríngea, espasmo esofágico difuso.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza endoscopia digestiva alta: esófago en tercio distal se aprecia gran cuerpo extraño impactado. Con diversos instrumentos conseguimos extraer el bolo alimenticio hasta que pasa a cámara gástrica. Se toma biopsia para enviar a laboratorio. A la altura de la impactación del bolo alimenticio se aprecia laceración profunda, con visualización prácticamente de la muscular. Estómago y duodeno sin hallazgos relevantes.

Evolución: Tras observación 24 horas y tras buena evolución se da de alta, con tratamiento diario con omeprazol y flixotide una inhalación tras desayuno y cena durante 4 meses. Se le da cita para consultas externas de Digestivo al mes. En dicha revisión se diagnostica de esofagitis eosinofílica por resultados de la biopsia.

Conclusiones

Ante pacientes con dicha clínica se deben derivar para estudio por digestivo, para descartar patologías esofágicas que puedan repercutir en la motilidad del mismo o si hubiera otro origen orgánico de base.

Palabras clave

Impactación, Disfagia, Sialorrea

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Paciente diabética con mal control de glucemia de forma aguda

López Segura F¹, Serrano Baena C², Fernández Herrera D²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hiper glucemia.

Historia clínica

Paciente diabética de 68 años que acude a consulta de atención primaria por elevación en los niveles de glucemia en los controles realizados en domicilio.

Enfoque individual: Paciente diabética de 68 años que acude a consulta de atención primaria por elevación en los niveles de glucemia realizados en domicilio, anteriormente bien controlados, ya que la paciente tiene un papel activo de su patología. Además molestias abdominales a nivel de hipocondrio y flanco derecho, y pérdida de peso de 2kg. No alteraciones del ritmo intestinal.

Como *antecedentes personales* cabe destacar Diabetes Mellitus tipo 2, Gonartrosis, cistocele, Hipercolesterolemia y Lupus Timidus. En tratamiento habitual con Glimpiride 2mg, Metformina 850mg y Simvastatina 10mg.

Exploración: Abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio. Aumento de ruidos intestinales y aerofagia. No alteraciones del ritmo intestinal.

Pruebas complementarias: 1^a Analítica (10/2016): HbA1c 7.8%, Amilasa 123U/L, CA 19.9 61.6 U/mL. 2^a Analítica (03/2017): HbA1c 7.2%, CA 19.9 190, 1 U/mL. Gastroscopia, colonoscopia y ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. TAC con Contraste intravenoso de abdomen y pelvis (03/2017):

Pancreatitis crónica. Plan de actuación: Solicita analítica con elastasa fecal y RMN pancreática y Colangio RMN. 3^a Analítica (05/2017): Elastasa 48. CA 19.9 187.6 U/mL. RM con contraste intravenoso de Páncreas (05/2017): La paciente acude a nuestra consulta antes de ir al Digestivo, abrimos el informe y tenemos que comunicarle: Tumor pancreático. LOES hepáticas. Hacemos informe para que fuera atendida ese día por Digestivo que deriva al Comité de tumores biliopancreáticos. Actualmente en tratamiento con Quimioterapia.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente vive con su marido en casa. Buen control de su patología desde hace años.

Juicio clínico: Carcinoma de Páncreas de cuello-cabeza. Pancreatitis crónica. Abscesos. Metástasis. Neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la persistencia de los síntomas y con resultados de analítica remitimos al Servicio de Digestivo, para nuevo estudio y seguimiento.

Evolución: La paciente recibió tratamiento quimioterápico, con mala evolución, falleciendo pocos meses después del Diagnóstico.

Conclusiones

Destacar la importancia del seguimiento del paciente, control evolutivo de patologías crónicas, la alteración de las mismas de manera aguda, dar malas noticias, y la rapidez en su derivación.

Palabras clave

Cáncer de Páncreas, CA 19.9, Epigastralgia

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Manifestaciones extrapulmonares del cáncer de pulmón

Pacheco Herrera M¹, Bernal Bernal R², Simón González D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. Cádiz

² Médico de Familia. CS Puerto Real. Cádiz

³ Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

tóxicas, anóxicas, alérgicas, carenciales o autoinmunitarias.

Motivos de consulta

Acude a consulta por parpados inferiores vertidos hacia fuera por lo que se deriva a oftalmología que le diagnostica de parpado laxo y no le indica tratamiento alguno.

Enfoque individual: paciente de 72 años con antecedentes de tabaquismo (20 paquetes/años), exposición laboral al amianto, cardiopatía isquémica, apnea del sueño, y cuadros bronquiales de repetición.

Historia clínica

Dos años después, tras presentar varios procesos bronquiales que precisan corticoides, antibióticos y broncodilatadores se le realiza una radiografía de tórax donde se detecta una zona de atelectasia que no existía en las previas, por lo que se le realiza un TAC de tórax detectándose nódulos pulmonares y metástasis hepáticas. La broncoscopia fue negativa activa pero en la biopsia hepática detecta metástasis de tumor neuroendocrino de pulmón de células grandes. En este caso podríamos concluir que la sintomatología de los parpados inferiores puede considerarse un síndrome paraneoplásico. Este tipo de tumor indiferenciado y de difícil diagnóstico anatomopatológico, está relacionado con el tabaquismo y la sintomatología es muy variada. los síndromes paraneoplásicos en ocasiones acompañan, e incluso preceden a la aparición radiológica del tumor. Se trata de procesos degenerativos secundarios a circunstancias

Enfoque familiar y comunitario: No preciso.

Juicio clínico: Podría pensarse inicialmente incluso en un diagnóstico diferencial con un Eaton-Lambert, un cuadro de Miastenia o un Claude-Bernard-Horner secundario a un tumor pulmonar que afecta al ganglio estrellado.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Neumología.

Evolución: El paciente está pendiente de quimioterapia.

Conclusiones

La tardanza en sospechar procesos malignos, que ya nos dieron sus primeras manifestaciones. Este retardo debido a que se minusvalora su sintomatología.

Palabras clave

Lung Cancer, Neuroendocrine

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Aterosclerosis establecida y prevención secundaria desde atención primaria

Fernández Domínguez M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

complicación. Hipertensión arterial no controlada.

Motivos de consulta

Control tensional.

Diagnóstico diferencial: Abandono del tratamiento médico. Transgresión dietética.

Historia clínica

Mujer de 79 años de edad en seguimiento estrecho por Cirugía Vasculor con manejo conservado de su aneurisma. Citada en consulta de Atención Primaria para control estrecho de sus factores de riesgo cardiovascular. Aporta registro AMPA con cifras por encima de 140/90mmHg.

Planes de actuación: Se trata de una paciente con enfermedad cardiovascular aterosclerótica con muy alto riesgo cardiovascular según las Guías de Práctica Clínica de Prevención de la Sociedad Europea de Cardiología. Objetivos que debemos alcanzar: Deshabitación tabáquica; reducción de un 5-10% de peso; actividad física de moderada intensidad; glucemia basal < 100 mg/dl y c-LDL < 70 mg/dl. Las cifras de tensión arterial idóneas para esta paciente son inferiores a 140/90mmHg, incluso menor de 85mmHg si son bien toleradas. *Tratamiento:* Añadimos a su tratamiento habitual de ARA2/hidroclorotiazida a dosis altas amlodipino 5mg. Optamos por combinación fija de valsartán/amlodipino/hidroclorotiazida 160/5/12.5mg en el desayuno.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. Hipercolesterolemia. Hipertensión arterial. Espondilodiscartrosis lumbar. Aneurisma de aorta toracoabdominal de morfología bilobulada con una extensión de 14.6cm y diámetro máximo 51x50mm en aorta torácica y 44x48mm en aorta abdominal.

Anamnesis: Acude a revisión de salud a la consulta de atención primaria.

Evolución: Solicitamos analítica de control con perfil lipídico con cifras de LDL de 67mg/dl, por lo que, mantenemos tratamiento con atorvastatina 80mg y ezetimiba 10mg al día. Glucemia en ayunas normal. A las dos semanas del inicio del tratamiento, la media de tensión arterial en registro AMPA era 135/80mmHg.

Exploración física: Tensión arterial medida en dos determinaciones separadas por 20 minutos de 150/90mmHg. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 65lpm. Alteraciones de la repolarización.

Conclusiones

Atención Primaria es el principal escenario para el control del riesgo cardiovascular. Debemos identificar el riesgo cardiovascular en nuestro paciente así como establecer los objetivos a conseguir. Hay que ser muy cautos a la hora de tratar la hipertensión arterial.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta toracoabdominal extenso sin datos de

Palabras clave

Aneurisma, Prevención, Hipertensión

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Doctora, ¿y este dolor tan parecido "al de la vesícula"?

Ballesteros Lechuga L¹, Salmerón Latorre R², García Flores A³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y especialidades hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal en hipocondrio derecho.

Historia clínica

Varón de 51 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por dolor en hipocondrio derecho desde hace tres días.

Enfoque individual: Sin medicación actual y sin alergias medicamentosas, fumador de un paquete diario, con antecedentes personales de colecistectomía hace cuatro años. Acude por dolor en hipocondrio derecho. Afebril. Náuseas sin vómitos. No cambios en el hábito intestinal. No productos patológicos en las heces. No síndrome miccional. Buen estado general, normoperfundido. Tº: 35,6. TA: 130/70. ACR: tonos rítmicos, sin soplos, MVC, no ruidos patológicos. Abdomen: globuloso pero blando, depresible, sin masas ni megalias ni signos de peritonismo. Dolor a la palpación en hemiabdomen derecho focalizado en hipocondrio derecho y con importante defensa a la exploración. Blumberg dudoso. Puño-percusión renal bilateral negativo activa. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Analítica: Hemograma y coagulación normal. Bq: glucosa 102, Cr 0,94, bilirrubina total 0,7, LDH 200, ALT 44 U/L, AST 39 U/L, alfa amilasa 66. PCR 10,5. Orina: 3+ leucocitos, 1+ hematíes. Rx tórax y abdomen supino sin lesiones agudas patológicas. Tras analgesia

reiterada vía parenteral se decide realizar Ecografía abdominal: Hígado de ecogenidad difusamente aumentada. No dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vena porta de calibre normal en cuyo interior se observa material ecogénico y ausencia de flujo, hallazgos compatibles con trombosis portal.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su madre con la que acude a este servicio. No trabaja.

Juicio clínico: Trombosis vena porta.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, patología hepática y biliar, patología ureteral.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en Planta de Medicina Interna general para tratamiento y completar estudio.

Evolución: Buena evolución durante el ingreso. Inicio de anticoagulación oral.

Conclusiones

Estamos en ese momento crucial en el que la ecografía clínica debe incorporarse sin reticencias al cuerpo doctrinal de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Se obtienen tres grandes ventajas de ello: la de poder ofrecer respuesta inmediata a la pregunta asistencial, la de proporcionar al resultado la correlación clínica necesaria para la toma de decisiones, y el hecho de que todo ello sea por parte del mismo profesional responsable de la atención.

Palabras clave

Ultrasound, Primary Care

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

De la consecuencia a la causa

Crespo López M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención domiciliaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Síndrome febril de dos semanas de evolución.

Historia clínica

Mujer de 58 años de edad que solicita atención en domicilio por síndrome febril de dos semanas de evolución que no remite pese a antitérmicos instaurados por sospecha de cuadro vírico en visitas anteriores.

Enfoque individual: mujer de 58 años. Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis. Trasplante renal en abril de 2002 con rechazo hiperagudo y necesidad de nefrectomía. Actualmente en hemodiálisis por catéter venoso central permanente yugular derecho. Tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides e implantación de paratiroides en antebrazo derecho.

Exploración física: obnubilación, bradipsiquia, hipotensión arterial (TA 71/56mmHg), taquicardia y taquipnéica, mala perfusión periférica. Auscultación cardíaca: rítmica con soplo sistólico IV/VI mitral. Esplenomegalia. lesiones subcutáneas que no desaparecen a la digitopresión en planta de pies.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Síndrome febril de dos semanas de evolución. Estigmas de endocarditis.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa; enfermedad paraneoplásica; tuberculosis; bacteriemia secundaria a catéter...

Planes de actuación: La paciente es derivada al SHU con posible shock séptico así como estigmas de endocarditis. Ingresada en UCI donde se inicia tratamiento antibiótico empírico así como medidas de soporte que precisan de inotrópicos y vasoactivos y se solicita ecocardiografía con una vegetación de gran tamaño mitral sobre válvula nativa. A destacar manipulación dentaria semanas previas a la clínica. La paciente desarrolla un cuadro brusco de disnea con elevación del ST en V1 a V4. Se realiza angioplastia urgente dada la contraindicación para la fibrinólisis. Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardíaca que somete a la paciente a sustitución mitral así como bypass de arteria mamaria izquierda. En cultivos crece *Haemophilus parainfluenzae*.

Tratamiento: Antibioterapia empírica. Soporte inotrópico. Cirugía de sustitución mitral y bypass coronario.

Evolución: Buena evolución tras la cirugía.

Conclusiones

Presentamos un caso extremadamente infrecuente como es un infarto agudo de miocardio secundario a embolismo séptico por una endocarditis infecciosa que fue diagnosticada ante la sospecha clínica de su médico de Atención Primaria por los hallazgos en la exploración física.

Palabras clave

Endocarditis, Estigma de Endocarditis, Inotrópicos

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome constitucional en atención primaria

Santos Moyano M¹, Rodríguez Valencia C², Vázquez Mancilla E³

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Paciente de 64 años. Exfumador, no bebedor, DM tipo II, HTA, no DL, artritis reumatoide. En seguimiento por Reumatología y desde hace varios meses en tratamiento con Ferinjet IV por anemia normocítica leve con ferropenia por posible componente de trastorno crónico.

Enfoque individual: Acude a recoger analítica, con Hb de 8, 9. Refiere además astenia, hiporexia y pérdida de peso de varios meses de evolución. No pérdidas digestivas ni urológicas, no fiebre, no náuseas ni vómitos, sin cambios del hábito intestinal. Dolor lumbar derecho de varias semanas de evolución. No otra sintomatología asociada. Sangre oculta en heces negativo activa.

Exploración: Buen estado general, palidez mucocutánea. Cuello: no adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. No adenopatías a nivel inguinal.

Ecografía de abdomen preferente: Masa renal sólida en polo inferior de riñón derecho. TC abdominal: Masa renal derecha de 9, 5cm compatible con hipernefroma. No se observan signos de infiltración ni adenopatías de tamaño significativo.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente tiene un buen apoyo familiar, vive con su mujer, tiene dos hijos, ya independizados, sin antecedentes familiares, que el recuerde, de neoplasias.

Juicio clínico: Carcinoma de células renales tipo células claras. Las principales causas de síndrome constitucional son los procesos orgánicos, neoplásicos (origen digestivo, genitourinario) y no neoplásicos (procesos inflamatorios sistémicos o autoinmunes...), los procesos psicológicos (depresión), farmacológicos (digoxina, AAS...) y sociales.

Tratamiento, planes de actuación: Nefrectomía radical derecha.

Evolución: Anatomía patológica: carcinoma de células renales tipo células claras, tamaño tumoral máximo de 10cm, infiltra localmente la grasa perirrenal (pT3a), ausencia de invasión linfovascular, márgenes quirúrgicos de resección libres de neoplasia. El paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, pendiente de valoración por Oncología.

Conclusiones

La presencia de anemia, pérdida de peso y dolor lumbar, aún sin palpase masa renal y no presentar hematuria debe ponernos en aviso. Hay que realizarse siempre una anamnesis y exploración física rigurosa. En este caso se trata de una patología grave cuyo retraso Diagnóstico podría haber sido fatal.

Palabras clave

Anemia, Weight Loss, Clear Cell Renal Carcinoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome del cautiverio

Boiza Molina N¹, Hernández Marín F², Collado Montávez S¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria.

Motivos de consulta

Cuadro de malestar general y mareo sin giro de objetos con vómitos incoercibles desde hace varios días que se han acentuado progresivamente con molestias urinarias. No fiebre.

Historia clínica

Acude por cuadro de inestabilidad en la marcha, vómitos de forma brusca desde el domingo, no precedidos de náuseas junto con disuria intensa, orinas coléricas y polaquiuria.

Enfoque individual: 67 años. FRCV (HTA, DM TIPO II, DLPM). Múltiples ACVAs de repetición. Como secuelas: alteración sensitiva en hemisferio izquierdo y labilidad emocional. Estudios de trombofilia, EDTSA y ecocardiografía sin alteraciones. No focalidad neurológica actual. Combur test: positivo. Ante la clínica del paciente a pesar del foco urinario, se derivó al servicio de urgencias.

Análítica: hemograma, bioquímica, coagulación normales. TAC craneal: lesión isquémica aguda en hemisferio cerebeloso derecho sin efecto masa. Durante el ingreso aparece nueva clínica del paciente: parestesias en hemicara derecha junto con cuadro de disartria. RMN cerebral c/sin contraste intravenoso: lesión isquémica aguda hemiprotuberancial derecha y pedúnculo

cerebeloso medio derecho con estenosis significativa de la arteria vertebral derecha. Lesión isquémica subaguda cerebelosa derecha. AngioTAC TSA: oclusión bilateral de ambas arterias vertebrales.

Enfoque familiar y comunitario: Ante la negativa de estudios de este paciente y no tener descendencia no se realizaron estudio de coagulabilidad ni genéticos a descendencia.

Juicio clínico: Síndrome cautiverio por infarto pontomesencefálico. Enfermedad bilateral oclusiva ateromatosa de arteria vertebrales. Apoyo familiar y cuidado familiar.

Tratamiento, planes de actuación: Evitar síndrome del cuidador quemado con entrevistas clínicas mensuales con el familiar. Apoyo familiar en cuidados médicos y enfermería.

Evolución: Continúa en evolución, Con ventilación mecánica invasiva. Vigilancia neurológica y evitar sobreinfecciones.

Conclusiones

Ante este caso clínico, siempre mirar y saber hacer Diagnóstico diferencial con cuadros de urgencias hospitalarias y domiciliarias. Evitar todo lo posible del síndrome del cuidador quemado en esta situación tan indefinida.

Palabras clave

Cautiverio Sdme, Disuria, Ataxia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Y ahora cómo lo hago doctora?

Blanco Lara M¹, Aguilar López I², Blanca Moral M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

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

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Hemiparesia izquierda.

Historia clínica

Paciente mujer de 81 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de HTA, dislipemia, insuficiencia renal grado III por nefritis intersticial. Vive sola y es IABVD. Tratamiento habitual: AAS, paracetamol, metamizol, lorazepam, nebivolol. La paciente llama a los servicios móviles de Urgencias por presentar desde hace unos minutos desviación de comisura bucal, hemiparesia izquierda y disartria, acudimos a domicilio y tras evaluación de la paciente se activa código ICTUS.

Enfoque individual: Reg, cyo, eupneica en reposo, normocoloreada, BHP, tolera decúbito, no IY. TA: 200/100. Afebril.AC: tonos rítmicos sin soplos, roces, ni extratonos.

AR: mvc sin ruidos añadidos. Glasgow 14/15. PINLA, MOEC, desviación de comisura bucal a la derecha, pares craneales conservados, hemiparesia izda, no vence gravedad, no alteraciones de sensibilidad, RCP izquierdo extensor, s menígeos negativo activos. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. RHA conservados. MMII: ni edemas ni signos de TVP en la actualidad. En cuanto a las pruebas complementarias solicitadas: Analítica: hemograma con leve neutrofilia sin leucocitosis, coagulación normal, bioquímica sin hallazgos de interés. ECG: ritmo sinusal a 60lpm con eje normal sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos. TC craneal: lesión hiperdensa en núcleo lenticular derechos

de unos 42 x 22 mm compatible con hemorragia, con leve edema perilesional y leve efecto masa (compresión de cuerpo y atrio del VL derecho).

Enfoque familiar y comunitario: La situación familiar de la paciente se va a ver muy influenciada por las secuelas de la misma, necesitarán asesoramiento y apoyo para la adaptación a la nueva situación.

Juicio clínico: ACVA hemorrágico en núcleo lenticular derecho de probable origen hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: ACVA hemorrágico o isquémico, LOE cerebral, episodio confusional agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Dados los hallazgos de las pruebas complementarias solicitadas se desactiva el código ictus y se realiza interconsulta urgente con Neurocirugía, que desestima tratamiento quirúrgico y decide control evolutivo con tratamiento sintomático e ingreso en Neurología.

Evolución: La paciente evolucionó de forma aceptable, pero no recuperó la independencia que tenía.

Conclusiones

La paciente perdió su autonomía para ABVD, por lo que será muy importante nuestro abordaje como médicos de familia. Mostraremos nuestro apoyo e informaremos a paciente y familiares sobre todas las ayudas de que dispongamos.

Palabras clave

Brain Hemorrhage

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pérdida de agudeza visual en paciente de 38 años

Blanco Lara M¹, Blanca Moral M², Aguilar López I³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

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

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de visión.

Historia clínica

Paciente hombre de 38 años que acude en varias ocasiones a consulta de su médico de familia por pérdida de visión progresiva de unos días de evolución. Niega dolor ocular. No déficit sensitivo-motor previo. No otros síntomas acompañantes.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas, ni antecedentes personales de interés. BEG, COC, normohidratado y normoperfundido, eupneico en reposo. Afebril. AC: tonos rítmicos sin roces ni extratonos. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP en la actualidad. Inspección ocular sin hallazgos, por los que se deriva al paciente a Servicio de Oftalmología urgente. Tras descartar patología por su parte, se ingresa en Neurología para estudio.

Entre las pruebas complementarias solicitadas: Analítica: Hemograma normal. Glucosa: 80 mg/dl; Creatinina: 1 mg/dl; SODIO: 144 mEq/L; Potasio: 4.3 mEq/L. CT: 225 mg/dl; LDL: 158 mg/dl; HDL: 49 mg/dl T4L: 0.92 ng/dl (BAJA). GH: 0.28 ng/ml; IGF-1: 165 ng/dl. FSH: 3 mUI/ml; LH: 3 Mui/ML; testosterona: 1.65 ng/ml. Cortisol: 11 mcg/dl. Resonancia magnética cerebral: lesión en la línea media, con un gran componente

supraselar y un pequeño componente intraselar, hiperintensa en secuencias T2 y FLAIR, con unos diámetros aproximados de 38mm AP x 34mm T x 32 mm CC.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente tiene una familia de tres miembros: su esposa, su hijo (bebé de 14 meses) y él. Al ser un paciente tan joven, las consecuencias en la vida diaria van a ser muy notables.

Juicio clínico: Craneofaringioma.

Diagnóstico diferencial: ACVA isquémico o hemorrágico, LOE cerebral, daño nervio óptico.

Tratamiento, planes de actuación: Tras hallazgos en pruebas complementarias, se informa a paciente y esposa. Además, se pauta tratamiento sintomático y se cursa interconsulta con Neurocirugía que aconseja intervención quirúrgica, que aceptan.

Evolución: El paciente se encuentra estable a espera de intervención quirúrgica.

Conclusiones

Es un caso muy complejo, se trata de un paciente muy joven y padre de un bebé de escasos meses.

Nuestra función como médicos de familia es fundamental, ofreciendo tanto al paciente como a familiares todo nuestro apoyo e información sobre las ayudas que estarían a su alcance para adaptarse al día a día.

Palabras clave

Adult Craniopharyngioma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora, nadie me hace caso!

Blanco Lara M¹, Aguilar López I², Blanca Moral M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

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

Ámbito del caso

Urgencias móviles.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Paciente mujer de unos 75 años que llama a servicio de Urgencias refiriendo dolor torácico de características atípicas que según nos cuenta, “no le ha dejado pegar ojo en toda la noche”. No dolor opresivo aunque sí centro torácico, no irradiado. No se acompaña de cortejo vegetativo. Refiere que debemos llevarla al hospital porque “se está muriendo”.

Enfoque individual: paciente con alergia penicilina y antecedentes personales de trastorno de conducta de unos diez años de evolución que se intensificó al fallecer su marido hace unos 3 años, no otra patología conocida. Vive sola, no realiza tareas de higiene propias ni en casa.

Exploración física: normal. Realizamos ECG: RS a unos 70 lpm con eje normal y sin hallazgos de interés. Trasladamos a la paciente al hospital por insistencia propia y ante situación de la misma: Analítica normal con troponinas negativo activas. Rx tórax normal. La trasladamos al hospital.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de una paciente que vive sola, cuya salud física no parece estar muy resentida pero la psíquica parece limitarle para las ABVD. Tiene dos hijos que viven en otra comunidad autónoma y no se

hacen cargo de la situación. La paciente no cocina, no limpia la casa y tampoco se ocupa de las varias mascotas que tiene en casa (aves, gatos, perro,...). No acude a su CS porque “ya una vez él y sus hijos se pusieron de acuerdo para trasladarla a una residencia y ella no quiere, está bien sola”. En algunas ocasiones, cuenta con la ayuda de una vecina.

Juicio clínico: Trastorno ansiedad con trastorno límite de la personalidad.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, SCACEST, ansiedad, úlcera gástrica,..

Tratamiento, planes de actuación: Ajustamos tratamiento habitual de la paciente y volvemos a poner en conocimiento de los servicios sociales la situación.

Evolución: Se descarta patología grave y urgente, se revisa tratamiento y se la vuelve a remitir a su MAP para reevaluación de la paciente y su situación.

Conclusiones

Se trata de un caso de gran complejidad por la gran limitación de acción de que disponemos pero de importancia para el ejercicio del MAP ya que nos vamos a encontrar a bastantes pacientes así y debemos saber solucionarlo de la forma más provechosa para ellos.

Palabras clave

Anxiety, Abandonment

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La limpieza de boca más cara del mundo

Jiménez Bernal A¹, Carrasco Real E²

¹ Médico de Familia. CS El Valle. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias. Medicina Interna. Infeccioso. Cardiología.

Motivos de consulta

Fiebre de 11 días evolución.

Historia clínica

En Atención Primaria no encontramos foco se deriva a Urgencias para pruebas complementarias, éstas normales salvo elevación Reactantes Fase Aguda (RFA) y vuelve a domicilio con sospecha de zoonosis. En el día 9 de fiebre aparece cefalea y fotofobia, haciéndose TAC craneal urgente, existe lesión isquémica cerebelosa izquierda con efecto masa contraindicándose punción lumbar y se ingresa en Medicina Interna. En nueva exploración se aprecia soplo sistólico Mitral, se realiza ecocardiografía resultando una regurgitación Mitral moderada-severa 2ª a afectación velo posterior de la válvula por endocarditis.

Enfoque individual. Antecedentes personales.

Anamnesis: Varón 25 años sin alergias medicamentosas, ni hábitos tóxicos, sin patologías ni tratamientos ni cirugías previas, trabaja en campo (tractorista) y niega contacto con animales, niega consumo de leche no higienizada, ni alimentos en mal estado y consume agua embotellada, no objetivamos picaduras de insecto. Destacar limpieza dental días previos al cuadro clínico.

Exploración: Normal salvo cefalea holocraneal opresiva en el 9º día de fiebre que no cede con analgésicos + fotofobia sin otra focalidad neurológica, y 1 soplo sistólico en foco Mitral grado II-III/VI detectado el día 11 del cuadro.

Pruebas complementarias: Analíticas con RFA elevados, y Hemocultivos (+) a S. epidermis y H. parainfluenzae, 2ª tanda de hemocultivos

(-). Serologías negativo activas. Anticuerpo antinucleares, lúpico y estudio de hipercoagulabilidad negativo activos. RX tórax: normal. TAC y RMN cráneo: infarto isquémico en hemisferio cerebeloso izquierdo. TAC abdomen: hepatoesplenomegalia, e infartos esplénicos y ambos riñones. Ecocardiografía: verruga en válvula Mitral y rotura de cuerda tendinosa.

Enfoque familiar y comunitario: Familia de clase media sin antecedentes destacables.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa sobre válvula nativa de etiología no filiada posible foco odontógeno (limpieza dental), 1 criterio mayor y 3 menores (fiebre sin otra causa, fenómenos embólicos y fenómenos inmunológicos).

Diagnóstico diferencial: Zoonosis, infección del Sistema Nervioso Central.

Problemas: Émbolos cerebeloso, esplénicos y renales sin secuelas. Rotura válvula Mitral sin compromiso hemodinámico. Fiebre prolongada probable componente auto-inflamatorio (fenómeno inmune).

Tratamiento, planes de actuación: Antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, Reparación valvular sobre insuficiencia mitral severa por endocarditis con cultivos negativo activos.

Evolución: Muy favorable.

Conclusiones

Anamnesis parte fundamental de historia clínica.

Palabras clave

Fiebre, Exploración, Endocarditis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mar amarillo. Caso de hepatitis B aguda y sífilis

Rivera Ríos I¹, Rodríguez Borrego M², Justicia Gómez L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria/Urgencias.

sexual de riesgo (dificultades con la barrera idiomática).

Motivos de consulta

Ictericia y malestar general.

Juicio clínico: Sospecha de Hepatitis Aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva de forma preferente a Consulta de Digestivo.

Historia clínica

Varón de 31 años que se deriva a urgencias desde nuestra consulta por una sospecha de hepatitis aguda. Refiere epigastralgia y astenia desde hace 20 días no acompañadas de náuseas ni vómitos, pero sí de coluria. No presenta alteraciones del hábito intestinal ni fiebre.

Evolución: Debido a la pérdida del vale de analítica de urgencias con la serología hubo que repetir la misma en el CS. Se evaluó una mejoría de la citólisis hepática pero quedaron de manifiesto la presencia de Ag HBs y Anti HBC positivos así como un resultado positivo a sífilis. Ante la situación clínica: Se informa sobre posibilidades de contagio y medidas de prevención. Se realizó tratamiento de la sífilis con un nuevo control a los 3 meses con mejoría de la titulación de la sífilis y resultado negativo activo para el Ag HBs.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. No Factores de Riesgo Cardiovascular. Asma leve sin tratamiento.

Exploración: Consciente y orientado con regular estado general y una ictericia franca. Auscultación: Rítmico sin soplos con MVC conservado. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación con Blumberg y Murphy negativo activos. Urgencias hospitalarias: Se decide realización de analítica: Hemograma y coagulación normal; Importante citólisis hepática y alteración del perfil biliar. Tóxicos negativo activos. Debido a los resultados se solicita una ecografía abdominal: sin hallazgos significativos. Vive en un centro de refugiados de la provincia. Su acompañante refiere un reciente diagnóstico de VIH en uno de sus compañeros, pero el paciente niega contacto

Conclusiones

Desde atención primaria y urgencias. No debemos perder de vista a los pacientes inmigrantes que, ya sea desde un punto individual o a través de asociaciones, consultan en nuestros servicios. Las barreras idiomáticas pueden suponer un problema añadido a su atención, por ello debemos ser persistentes en la entrevista clínica puesto que asociados a ellos podemos encontrar patología ciertamente olvidada en nuestro territorio.

Palabras clave

Ictericia, Hepatitis Aguda, Sífilis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

A propósito de un caso de cefalea en atención primaria

Velasco Bermúdez L¹, Ortiz Pérez A², Pavón Lozano A³

¹ Médico de Familia. Consultorio Frigiliana. Málaga

² Médico de Familia. CS San Miguel. Málaga

³ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso

Centro salud rural.

Motivos de consulta

Cefalea holocraneal de dos semanas de evolución.

Historia clínica

Paciente de 35 años que acude a consulta refiriendo cefalea holocraneal opresiva con predominio occipital continúa de dos semanas de evolución, de predominio nocturno, sin signos de alarma. Presentaba fotofobia y nauseas ocasionales sin vómitos. Afebril.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Dislipemia controlada con dieta. Fumadora 8-10 cigarros/día. Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. ACR normal. TA 120/80. *Exploración neurológica* sin alteraciones, no focalidad neurológica, signos de Kerning y Brudzinski negativo activos

Analítica: hemograma, bioquímica, TSH y orina sin alteraciones. TAC craneal sin contraste: Tronco cerebral desplazado hacia la izquierda por una lesión expansiva intracraneal extraxial bien encapsulada rodeando la punta del peñasco de contenido graso en relación con quiste dermoide.

En el espacio subaracnoideo se aprecian pequeñas burbujas milimétricas de grasa que se relacionan con rotura del quiste dermoide y producen una meningitis química que justifica la cefalea. RMN con contraste IV: Quiste dermoide en ángulo pontocerebeloso derecho que se extiende hacia fosa temporal ipsilateral, con restos grasos a nivel del espacio subaracnoideo, en relación con rotura parcial del mismo y siembra meníngea grasa.

Enfoque familiar y comunitario: Al no ser enfermedad genética ni infecciosa no se realiza intervención en la comunidad ni familiar.

Juicio clínico: Quiste dermoide intracraneal con siembra meníngea.

Diagnóstico diferencial: Cefalea tensional, Migrañas, Cefalea por arteritis de células gigantes, Hipertensión intracraneal, Neuralgia del trigémino, Cefalea en racimos, tumores benignos o malignos cerebrales.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento analgésico de la cefalea con Naproxeno/12h con mejoría parcial, alternando con paracetamol 1 gr/8h si dolor intenso. A nivel hospitalario se plantea intervención quirúrgica por neurocirugía.

Evolución: Tras la primera valoración y el tratamiento analgésico habitual la paciente no mejora y se solicitan pruebas complementarias. En la actualidad en espera de intervención quirúrgica.

Conclusiones

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención primaria lo que supone un coste económico muy alto tanto en horas de consulta como en gasto sanitario debido a consumo de medicamentos, realización de pruebas diagnósticas y visitas a urgencias. Importancia de una buena anamnesis y reevaluación del paciente tras tratamiento, aunque la impresión inicial sea de no gravedad

Palabras clave

Headache, Intracranial Dermoid Cyst, Meningitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Multiconsulta en urgencias. Caso de herpes zóster occipital

Rivera Ríos I¹, Colacicchi P², Rodríguez Borrego M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Cefalea occipital muy intensa vista ya en dos ocasiones en urgencias.

Historia clínica

Mujer de 72 años. Acude por tercera vez a urgencias debido a un dolor en la región occipital que se inicia en nuca y se irradia a ambos hemisferios. El dolor impide el sueño y no se alivia ni modifica en ninguna posición. Asocia mareo y náuseas. Ha seguido tratamiento con naproxeno, metamizol y diazepam sin efecto ni mejoría alguna. Se han realizado en las visitas previas una radiografía de columna cervical y un TAC cráneo sin hallazgos que justifiquen la clínica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia a amoxicilina; FRCV: Hipertensión; No Diabetes; No Dislipemia; No hábitos tóxicos; Cólicos nefríticos de repetición; Temblor esencial; Pólipos en colon (en seguimiento por Digestivo); IQs: Litotricia. Menisco rodilla derecha; tratamiento habitual: Antihipertensivos.

Exploración: REG; BHyP; CyO; Afebril. Cabeza y Cuello: No Ingurgitación yugular y no adenopatías. Pulsos carotídeos presentes y simétricos. Se aprecian a la exploración lesiones vesículo-ampollosas en región occipital compatibles con lesiones herpéticas tipo herpes Zoster. Faringe: No hiperémica. No exudados mucopurulentos. Auscultación Cardíaca: Tonos rítmicos y regulares sin soplos.

Auscultación Respiratoria: Murmullo vesicular conservado. Cuello: Movilidad activa y pasiva conservada en todos los planos pero dolorosa. *Exploración neurológica:* PINR. No focalidad neurológica de pares craneales ni vías sensitivo-motoras.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 72 años jubilada. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido.

Juicio clínico: Herpes Zoster occipital.

Tratamiento, planes de actuación: Se explica el cuadro a la paciente y se alivia la sensación de angustia por la falta de diagnóstico. Se pauta tratamiento con Famciclovir asociado a Paracetamol-Tramadol, Metamizol y Metoclopramida.

Evolución: La paciente tras la realización del tratamiento presentó una buena evolución del cuadro.

Conclusiones

Una multiconsulta por parte de un paciente en los servicios de urgencias debe ponernos en alerta por la posibilidad de la existencia de algún dato que se está escapando y está condicionando el estado de salud del mismo. Es muy importante que prestemos atención a la exploración minuciosa del paciente independientemente de la presión asistencial.

Palabras clave

Examen Físico, Cefalea, Herpes Zoster

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Alteración de la conducta en paciente anciano

Rivera Ríos I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Ámbito hospitalario.

Motivos de consulta

Alteración de la conducta de reciente aparición.

Historia clínica

Mujer de 74 años con importante alteración de la conducta de dos días de evolución. Su hija refiere que ha tenido como un "bajón cognitivo" asociado a gritos en su domicilio, así como una negativa activa tajante a realizar actividades que hasta ahora hacía. Además, presenta numerosas ideas obsesivas y un "lenguaje extraño".

Enfoque individual: antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. No FRCV asociados. No hábitos tóxicos. Antecedente de ictus en el año 2000. Trastorno depresivo. Hemorroides internas. En seguimiento por Neurología debido a fallos de memoria (pendiente de prueba de imagen). Reciente ingreso por ITU. IQs: no refiere. Tratamiento habitual: Paroxetina; Lormetazepam; Ácido acetilsalicílico; Solifenacina.

Exploración: Consciente y orientada; Buen estado general; Bien hidratada y perfundida; Afebril. TA 160/90; FC 100 lpm. Pulsos carotídeos presentes y simétricos. No ingurgitación yugular. No Adenopatías. ACP: Rítmica sin soplos ni ruidos sobreañadidos. MVC conservado. Neurológica: No se aprecian signos de focalidad neurológica salvo leves fallos de memoria y dificultad en la colaboración en la entrevista.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 74 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Jubilada. Vive con su hija.

Juicio clínico: Alteración de la conducta no filiada.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita Analítica, ECG y Radiografía de tórax para descartar organicidad del cuadro.

Evolución: Tras recibir los resultados analíticos dentro de los valores esperables y sin alteraciones se procedió a la realización de un TAC de cráneo: Hemorragia intraparenquimatosa en caudado derecho con apertura a ventrículo, con hematoma organizado en asta frontal del VL derecho y tercer ventrículo así como nivel sangre-LCR en asta occipital derecha. Área de encefalomalacia parietal izquierda en relación con lesión isquémica crónica en territorio de la ACM izquierda. Atrofia cortical difusa. Ante la situación y hallazgos se procede a la derivación al servicio de Neurología de referencia que decide ingreso en Unidad de Ictus.

Conclusiones

Este caso deja de manifiesto como síntomas que podrían considerarse "banales y frecuentes" en personas de edad avanzada pueden esconder detrás una organicidad y que son este tipo de pacientes los que deben ser abordados de una forma integral y desde todos los puntos de vista.

Palabras clave

Trastorno Comportamiento, Hemorragia Cerebral, Salud del Anciano

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Me encuentro mal, doctora! ¡Haga algo!

Blanca Moral M¹, Blanco Lara M², Aguilar López I³

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Juicio clínico: Ictericia, prurito y cuadro constitucional a estudio.

Motivos de consulta

Prurito generalizado e ictericia.

Diagnóstico diferencial: Proceso neofornativo, colelitiasis, hepatitis viral, hepatitis de otra etiología.

Historia clínica

Paciente mujer de 83 años sin AMC con antecedentes de DM-II, BMN con extensión intratorácica, artrosis e intervenida de glaucoma. Tratamiento habitual: insulina Toujeo, insulina Novorapid, bronzolamida/timolol. La paciente acude a urgencias por presentar desde hace 4 días prurito generalizado, coluria y acolia. En las últimas 48 horas nota además ictericia. No fiebre ni vómitos. Refiere pérdida ponderal progresiva de unos 12 kg desde hace 4 meses. No dolor abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente se ingresa a cargo de Medicina Interna para completar el estudio, solicitándose ecografía abdominal y posteriormente RMN abdominal detectándose dilatación del conducto pancreático y de la vía biliar con estenosis a nivel de la cabeza pancreática donde se evidencia una lesión de 30 mm sugerente de carcinoma. Se plantea a la paciente y a la familia solicitud de CPRE para colocación de una endoprótesis paliativa y aceptan dicho procedimiento.

Enfoque individual: REG, consciente, orientada. Ictericia mucocutánea. ACR normal. Abdomen blando, depresible, doloroso leve a palpación en epigastrio e HD donde se palpa hepatomegalia de 2-3 cm. No signos de irritación peritoneal. No edemas en MMII.

Evolución: Tras la colocación de la endoprótesis, la paciente presenta una mejoría de la ictericia presentada y alivio parcial del prurito. Es dada de alta y derivada a la Unidad de Cuidados Paliativos para continuar con su tratamiento.

Pruebas complementarias: Hemograma normal, coagulación normal, bioquímica: Bilirrubina total 9 (BD 7.97), GOT 143, GPT 66. RX abdomen: escoliosis, abundantes restos fecaloideos.

Conclusiones

Como Médico de Familia, tras el incidente la paciente y sus familiares acuden a la consulta para contarnos lo sucedido y su decisión y pauta de actuación a seguir a partir de ahora. Es fundamental proporcionar nuestro apoyo y toda la información que precisen en el camino que se ha emprendido.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente está viuda y vive sola pero a diario acuden a su domicilio para ayudarla sus 2 hijos. Todos ellos van a precisar de apoyo para enfrentarse a la nueva situación.

Palabras clave

Cholangiocarcinoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor torácico en paciente joven

Blanca Moral M¹, Aguilar López I², Blanco Lara M³

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

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

Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico de reciente aparición.

Historia clínica

Paciente varón de 40 años con alergia a Penicilina y diagnosticado de dislipemia y protrusiones discales lumbares. Tratamiento habitual: simvastatina, tramadol. El paciente acude a nuestra consulta de forma urgente por dolor brusco centrotorácico que ha comenzado hace media hora mientras se encontraba en el campo recogiendo espárragos con irradiación principalmente interescapular junto con cortejo vegetativo y sensación nauseosa.

Enfoque individual: aEG, consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. MMII: no edemas, no signos de TVP.

TA: 165/90. Sat O₂ 98%. ECG: Elevación del ST en cara anterolateral (V2-V6, I, aVL). Se da dosis de carga de aspirina, clopidogrel, bolo de enoxaparina 30 mg iv + 80 mg sc junto a perfusión de nitroglicerina para control tensional. Se avisa a DCCU para el traslado urgente del paciente al Hospital.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de un hombre casado y con dos hijas. Al ser un paciente joven, las consecuencias en su vida

diaria van a ser notables y va a necesitar del apoyo fundamental de su núcleo familiar.

Juicio clínico: SCASEST anterolateral.

Diagnóstico diferencial: Embolia pulmonar, disección aórtica, pericarditis, valvulopatía...

Tratamiento, planes de actuación: Tras su llegada al Hospital, se repite ECG donde no se aprecian cambios respecto al previo. Se solicita Troponina la cual sale en valores elevados. Se realiza fibrinólisis.

Evolución: Posteriormente, comienza con malestar, hipotensión y bradicardia tras suspensión de NTG. Se comprueba con ecocardiografía aquinesia de la cara septo-apical. Tras ausencia de criterios de reperfusión a los 45 minutos y la evolución del paciente, se avisa a hemodinamista para ICP de rescate. Se halla enfermedad de dos vasos realizándose angioplastia y colocación de 3 Stents en DA y 2 CD. La evolución del paciente es favorable y se procede al alta hospitalaria.

Conclusiones

En nuestro día a día como Médicos de Familia se nos presentan casos que precisan de la actuación urgente, iniciando por nuestra parte el tratamiento y derivando posteriormente para completar con medidas diagnósticas y terapéuticas que no disponemos en nuestro medio.

Palabras clave

Chest Pain, Electrocardiogram

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mareo y pérdida de fuerza autolimitados

Blanca Moral M¹, Blanco Lara M², Aguilar López I³

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivos de consulta

Mareo y pérdida de fuerza.

Historia clínica

Paciente varón de 63 años sin AMC.

Antecedentes personales de HTA, DLPM en tratamiento con enalapril y simvastatina. Fumador de 1 paquete/día. Acude a nuestra consulta por cefalea continua de 2-3 semanas. Esta mañana ha tenido un episodio de mareo con inestabilidad sin pérdida de consciencia ni desviación de comisura bucal. Pérdida de fuerza en mano y pierna derecha, impidiéndole la deambulación. El episodio ha durado aproximadamente 10 minutos. Niega dolor torácico ni sensación disneica, no alteraciones visuales. En el momento actual asintomático, salvo cefalea asociada a algia facial.

Enfoque individual: BEG, consciente, orientado, colaborador. AC: tonos rítmicos. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. MII: normal
Exploración neurológica: Glasgow 15, PINLA, MOEC, pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad conservadas, no disimetrías ni diadococinesias. Romberg negativo activo. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. El paciente es derivado a Servicio de Urgencias Hospitalario para completar el estudio.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive solo, tiene un hermano que vive en el mismo pueblo y con el que guarda una relación estrecha. Las consecuencias tras el diagnóstico al que se va a proceder, van a ser importantes dado que van a cambiar su vida totalmente.

Juicio clínico: AIT.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia cerebral, migraña, metástasis cerebral, vértigo periférico...

Tratamiento, planes de actuación: A su llegada a Urgencias: Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal, troponina 8 (0-100) RX tórax: masa pulmonar en lóbulo inferior con otras imágenes sugerentes de masas dispersas por el mismo hemitórax sin derrame pleural. TAC craneal sin contraste: Lesión focal de 1x1 cm en tálamo izquierdo a filiar. No hemorragia ni efecto masa intracraneal. No otros hallazgos. Dada las imágenes observadas y los antecedentes de fumador del paciente, se decide ingreso en Medicina Interna para estudio.

Evolución: Durante su ingreso, el paciente es diagnosticado de un carcinoma bronquial con metástasis a distancia. En el momento actual se encuentra en tratamiento paliativo.

Conclusiones

Estamos ante un caso muy radical. Nuestro papel como médico de familia fue fundamental identificando un síntoma de alarma de lo que podía ser un AIT y cómo tras derivación para completar dicho estudio vemos que se trata de otro diagnóstico mucho más grave y con más repercusión, sobre todo en la vida de nuestro paciente, pero también en su círculo familiar. El paciente precisó del apoyo estrecho de su hermano, pasaron a convivir conjuntamente dado que el mismo se volvió una persona totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Palabras clave

Brain Injury

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tumoración en mucosa oral

Cuerva Gómez R¹, Díaz Rueda M², Rueda Illescas M¹

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

². CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tumoración en mucosa oral.

Historia clínica

Consulta por una lesión en mucosa oral, cara interna de mejilla derecha, asintomática, sin sangrado ni dolor, sin antecedente traumático, de aproximadamente un mes de evolución.

Enfoque individual: mujer de 83 años, no fumadora, con antecedentes personales de diabetes mellitus, disfunción tiroidea y reflujo gastroesofágico. Sin alergias medicamentosas conocidas. Poco frecuentadora.

Exploración: Tumefacción en mejilla derecha. En mucosa yugal presenta lesión excrecente redondeada de cuatro centímetros de diámetro, de bordes y superficie irregular con tractos fibrosos en superficie, y apariencia ulcerada, no dolorosa a la palpación. Palpación cervical sin hallazgos. TAC de cara y cuello: sin hallazgos. Biopsia de la lesión: carcinoma epidermoide en mucosa yugal.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente vive sola, los hijos residen en Barcelona, en el pueblo tiene sobrinos y nieta con relación familiar cordial pero distante.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide en mucosa yugal derecha.

Diagnóstico diferencial: Eritroplasia. Leucoplasia. Úlceras. Carcinoma Verrugoso.

Identificación de problemas: Cuando se le indica que debe acudir a consulta de cirugía maxilofacial en Granada (vive en un pueblo a 70 Km de la capital) rechaza la primera cita y no acude. La paciente no acepta en un primer momento la importancia de su patología.

Tratamiento, planes de actuación: Tumorectomía de cáncer epidermoide más vaciamiento cervical homolateral y reconstrucción con colgajo microquirúrgico. Posteriormente radioterapia oral y cervical.

Evolución: La paciente evoluciona bien tras la cirugía, posteriormente evolución tórpida por los efectos secundarios de la cirugía y la radioterapia (estenosis de orificio oral, que le genera dificultad para deglutir sólidos), quemaduras en piel de mejilla, disgeusia y xerosis.

Conclusiones

El cáncer oral tiene una elevada mortalidad si no se trata a tiempo. El tratamiento de las grandes lesiones causa frecuentemente serias desfiguraciones y alteraciones en la deglución, fonación y disgeusia. El aprendizaje que se extrae es saber transmitir a los pacientes la importancia de determinadas lesiones que ya impresionan de malignidad en un primer momento pero ellos banalizan (como ocurrió en este caso y se demoró un mes la asistencia).

Palabras clave

Cáncer, Mucosa, Oral

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diagnóstico de tuberculosis en atención primaria

Ortiz Pérez A¹, Velasco Bermúdez L², Sánchez Sánchez A³

¹ Médico de Familia. CS San Miguel. Málaga

² Médico de Familia. Consultorio Frigiliana. Málaga

³ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Sevilla

Ámbito del caso

Centro salud urbano.

Motivos de consulta

Síndrome constitucional junto con esputo hemoptoico.

Historia clínica

Paciente de 70 años que acude a consulta de primaria por cuadro de pérdida de peso no cuantificada junto con astenia además de síndrome constitucional con esputo hemoptoico de unos 4 meses de evolución. No fiebre ni disnea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Apendicectomía, No alergias medicamentosas conocidas. EPOC. Tuberculosis hace 10-12 años que no completo tratamiento.

Exploración física: Regular estado general, Palidez cutánea, Eupneico, afebril. SO₂ 97%. Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado con roncus en ambos campos pulmonares.

Pruebas complementarias: Mantoux positivo. Analítica: Hb 10'3, leucocitosis, PCR 94. Bioquímica, sedimento y coagulación normal. Rx Tórax: Infiltrado alveolo intersticial bilateral con imagen cavitada en lóbulo superior derecho. No derrame pleural. A la recepción de los resultados se deriva al paciente a urgencias hospitalarias donde se realiza Baciloscopia con abundantes BAAR. Se ingresa a cargo de neumología debido al deterioro del estado general del paciente. Cultivo de micobacterias: Mycobacterium Tuberculosis positivo

Enfoque familiar y comunitario: Se localiza a los convivientes por epidemiólogo para la realización de pruebas complementarias en consulta de su médico de Atención primaria: Mantoux y RX tórax. En función de los resultados de cada contacto se decide o no quimioprofilaxis.

Juicio clínico: Tuberculosis activa bacilífera.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica, tumor pulmonar, neumonitis intersticial, Sarcoidosis.

Tratamiento, planes de actuación: Durante el ingreso se comienza tratamiento con Isoniacida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg 4 comp /24 h (ajustando dosis al peso del paciente) y Hidroxil B12-B6-B1. Vía oral. Se da de alta con aislamiento respiratorio y seguimiento conjunto por Atención primaria y neumología. Analítica al mes normal.

Evolución: Buena evolución del paciente tras un mes de tratamiento mejorando el estado general y la hemoptisis. Actualmente pendiente de revisión con RX tórax y cultivo de esputo.

Conclusiones

El riesgo de infección tuberculosa es muy variable y no necesariamente requiere un contacto íntimo y prolongado con el paciente. Solicitar Mantoux y RX tórax ante pacientes con hemoptisis, que son dos pruebas accesibles en Atención primaria. Estudiar a los contactos para prevenir la extensión de la enfermedad.

Palabras clave

Tuberculosis, Hemoptisis, Constitucional Syndrome

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Miocardopatía de incidencia creciente y labor generalista del Médico de Familia

Serrano Rasero J¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Médico de Familia. CS La Velada. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Ámbito multidisciplinar.

Motivos de consulta

Pérdida sensibilidad miembro superior derecho.

Historia clínica

Mujer de 37 años de edad que acude a la consulta de su Médico de Familia refiriendo pérdida de sensibilidad en miembro superior derecho transitoria, dos días antes de la visita.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Asmática sin crisis. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos aparentes. Sin déficit neurológico.

Enfoque familiar y comunitario: Soporte familiar excelente. Casada.

Juicio clínico: Pérdida de sensibilidad en miembro superior derecho transitoria. Probable accidente isquémico transitorio.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía secundaria a patología cervical.

Tratamiento, planes de actuación: Antiagregación. Con la sospecha de accidente isquémico transitorio, se solicita analítica completa que no muestra alteraciones y electrocardiograma que resulta normal. Se

decide derivación a Cardiología para descartar causas cardioembólico y a Neurología para completar estudio.

Evolución: Por parte de Cardiología se practica Holter de 24 horas con registro normal y ecocardiografía que descarta causas como patología aórtica, tumores intracardíacos, valvulopatías o cortocircuitos intracardíacos; pero se objetiva una zona en pared lateral de ventrículo izquierdo de miocardio no compactado con hipertrabeculaciones. El diagnóstico de miocardopatía no compactada se realiza mediante resonancia cardíaca. Tras los hallazgos, se decide anticoagular a la paciente con acenocumarol. Se recomienda el estudio familiar debido el carácter genético de la patología encontrándose un hijo afecto de la enfermedad.

El estudio Neurológico no revela otro tipo de comorbilidad.

Conclusiones

Presentamos este caso clínico por parecernos muy interesante para su recordatorio en Atención Primaria, al ser una enfermedad poco frecuente pero con un aumento de su incidencia y que es importante conocer para poder manejar en el ámbito de Atención Primaria por su labor generalista.

Palabras clave

No-Compactación, Cardioembolismo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

De la consecuencia a la causa

Fernández García P¹, Galindo Román I², Delgado Gil V³

¹ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Neurología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio anterior. Estigmas de endocarditis infecciosa.

Motivos de consulta

Dolor torácico y fiebre.

Tratamiento, planes de actuación:

Angioplastia primaria. A pesar de la necesidad de angioplastia primaria urgente, se contacta con Cardiología para realización de ecocardiografía ante sospecha clínica de endocarditis infecciosa. En ésta se objetiva una gran vegetación mitral sobre válvula nativa así como hipoquinesia severa en cara anteroapical.

Historia clínica

Mujer de 58 años de edad que solicita atención en el servicio de urgencias por dolor torácico opresivo y Sd. Febril de dos semanas de evolución.

Evolución: Es trasladada para realización de angioplastia urgente dada la contraindicación para la fibrinólisis. Los hallazgos son de material trombótico en la arteria descendente anterior sugiriendo el origen del mismo la gran vegetación mitral. Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardíaca que somete a la paciente a sustitución mitral así como bypass de arteria mamaria izquierda. En cultivos crece *Haemophilus parainfluenzae*. A destacar manipulación dentaria semanas previas a la clínica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis. Trasplante renal en abril de 2002 con rechazo hiperagudo y necesidad de nefrectomía. Actualmente en hemodiálisis por catéter venoso central permanente yugular derecho.

Exploración física: obnubilación, bradipsíquica, hipotensión arterial (TA 71/56mmHg), taquicardia y taquipnéica, mala perfusión periférica. Auscultación cardíaca: rítmica con soplo sistólico IV/VI mitral. Esplenomegalia. Lesiones subcutáneas que no desaparecen a la digitopresión en planta de pies. Electrocardiograma: elevación del segmento ST en las derivaciones V1 a V4.

Conclusiones

Presentamos un caso clínico extremadamente infrecuente como es un infarto agudo de miocardio secundario a embolismo séptico por una endocarditis infecciosa.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Palabras clave

Infarto, Endocarditis, Embolismo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Me late el abdomen

Párraga Vico B¹, Gracia Baena I¹, Sánchez de León Cabrera M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomelloso II. Ciudad Real

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas de San Juan. Alcázar de San Juan. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Hombre, 86 años, que acude a consulta de centro de salud (CS) por molestias abdominales, con sensación de “retortijón” de 15 días. En los últimos 2 días asociaba latido abdominal.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias a medicamentos. Hipertensión arterial. Exfumador desde hace 15 años. Intervenciones quirúrgicas: Cataratas. Tratamiento: Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12.5mg

Anamnesis: Refiere que desde hace 15 días presenta molestias abdominales generalizadas, tipo “retortijón”, que empeoran por la noche. Sin presencia de diarrea, náuseas o vómitos. No fiebre.

Exploración: Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Eupneico. Bien hidratado y normoperfundido. Normotenso. Saturación O₂ 99%. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, molesto de forma generaliza a la palpación, con masa pulsátil en hemiabdomen izquierdo. Extremidades inferiores: Ausencia de pulsos pedios. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: ECG (CS): Ritmo sinusal a 60 lpm. Eje izquierdo, hemibloqueo anterior izquierdo y bloqueo incompleto rama derecha. Analítica: Hemoglobina 13.9 g/dl. Resto anodino. TAC: Aneurisma de aorta

abdominal infrarrenal de 11x9.6cm sin complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: Recalcar la importancia de una buena exploración física, conocer. También destacar lo gratificante que es para un médico de familia poder llegar a un diagnóstico definitivo de sus pacientes, que se pueda resolver el problema y finalmente que el paciente se encuentre con buen estado de salud.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial: Viscera perforada, pseudoquiste pancreático. Obstrucción intestinal. Pancreatitis. Cálculos. Isquemia intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Colocación de endoprótesis aortobiliáca. Adiro 100mg. Atorvastatina 80mg.

Evolución: Tras la intervención el paciente se encuentra asintomático, con buena evolución y sin complicaciones. Actualmente con buen estado general.

Conclusiones

Con este caso se quiere recalcar la importancia de una buena exploración física por parte del médico de familia, para así poder detectar a tiempo las patologías, que en muchas ocasiones, pasan por alto. Se quiere destacar en este caso la ausencia de pulsos pedios; siendo una exploración fácil y que no siempre se realiza. También destacar que en muchas ocasiones un síntoma tan banal como una ligera molestia abdominal puede convertirse en una patología urgente.

Palabras clave

Aorta, Pain, Abdomen

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Vasculitis igual a dependencia

Carrasco Real E¹, Jiménez Bernal A²,

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Sevilla

² Médico de Familia. CS El Valle. Sevilla

Ámbito del caso

Médico de Familia, Urgencias hospitalarias, Medicina Interna, etc.

Motivos de consulta

Dolor abdominal en cinturón con náuseas y distermia.

Historia clínica

Médico de Familia valora varón mediana edad por dolor abdominal y se deriva a urgencias hospitalarias. Analítica: leucocitosis, eosinofilia importante y ecografía abdomen normal, se ingresa en Medicina Interna. Presenta 2 episodios disneizantes con sibilancias que ceden con broncodilatadores, artralgias migratorias y púrpura en miembros inferiores. Sufre pérdida de conciencia y caída despertando con desorientación, disartria moderada, nistagmus vertical e hipoalgesia hemicuerpo izquierdo, a los días parálisis facial y empeoramiento fuerza pierna izquierda, demostrándose en TAC nuevo infarto y disminución progresiva del nivel de conciencia. Tras mejoría, ceguera ojo derecho de origen central. Se solicita RMN cerebral objetivándose vasculitis de grandes vasos, con fluctuaciones nivel conciencia que mejoran con dexametasona. Se realiza EEG descartando Estatus No Convulsivo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, Dislipemia, Depresión, Exfumador hace 10 años, bebedor habitual, prótesis ocular izquierda por traumatismo perforante hace años, Tos con sibilantes de 6 meses, Trabaja en granja porcina.

Exploración: Dolor inflamación en muñecas, tobillo derecho y hombros con limitación funcional. lesiones violáceas no dolorosas que no desaparecen a la presión en pies, pantorrilla derecha y axila izquierda. Roncus y sibilantes espiratorios diseminados.

Pruebas complementarias: Analítica: Anemia, Plaquetopenia, leucocitosis, Eosinofilia y PCR

elevada. Anticuerpo anticitoplasma de Mieloperoxidasa +. Portador crónico VHB. ECO-TAC Abdomen: Esteatosis hepática. TAC Cráneo: Hematoma silviano derecho masivo abierto a ventriculos y después infarto temporoccipital. Coprocultivo: Blastocystis hominis AngioTAC Troncos supraórticos: normal. RX Tórax: infiltrados alveolares y en vidrio deslustrado. Endoscopia digestiva alta con biopsia: normal. Biopsia cutánea: vasculitis leucocito clástica. Broncoscopia y baciloscopia negativo activos. Urocultivo: Enterococcus faecalis. EEG: normal. RMN Cerebral: vasculitis grandes vasos

Enfoque familiar y comunitario: La dependencia creada por la situación clínica, la depresión previa, y los problemas de pareja previos terminan rompiendo el matrimonio.

Juicio clínico: Sd Churg-Strauss.

Diagnóstico diferencial: Sd. Hipereosinofilia primaria. Vasculitis medicamentosa. Schonlein Henoch del adulto. Parasitosis por Blastocystis hominis. Arteritis células gigantes.

Tratamiento, planes de actuación: Corticoides, antibióticos, antiparasitarios, anticonvulsivantes, manitol, antihipertensivos, sedantes, Diuréticos, broncodilatadores, antiagregantes, rehabilitador, ciclofosfamida, micofenolato mofetilo, lamivudina, calcio/ vit D, Rituximab. Alta a domicilio por mejoría neurológica y estabilidad hemodinámica.

Evolución: Muy limitada por movilidad reducida y ceguera total.

Conclusiones

En cualquier síndrome existe un signo/síntoma que destaca.

Palabras clave

Vasculitis, Síndrome, Secuela

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Confusión

Casado Sánchez I¹, Duran Chiappero M¹, Gallego Castillo E²

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre, lenguaje incoherente y relajación esfínter vesical.

Historia clínica

Paciente de 56 años que es traslado por DCCU a urgencia hospital por síndrome confusional agudo.

Enfoque individual: Varón de 56 años, sin enfermedades prevalentes conocidas, fumador (40 paq/año) y bebedor moderado. Hace unos meses, tras un mes con fiebre y síndrome constitucional, se realizó TAC tórax y biopsia con AP, estadificándose como Ca. No microcítico de pulmón estadio IV, pendiente de primera consulta con Oncología. Enfermedad Actual: Su esposa refiere que lleva varios días diciendo cosas incoherentes, febrícula desde hace dos días que cede con antitérmicos y esta mañana, lo ha encontrado en cama con relajación esfínter vesical.

Exploración: TA 130/80, T^a 37.8°C, Sat. O₂ 95%. Consciente con discreta agitación psicomotriz, desorientado, eupneico en reposo, cuello con conglomerado adenopático periesternocleidomastoideo de consistencia pétreo. ACR: rítmico con hipoventilación global y roncus generalizados. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII no edemas ni signos de TVP. Analítica: L 6400, Hb 13.3, plaquetas 113000, coagulación normal, glucosa 109, urea 127, Na 139, K 4.4, LDH 1005, GOT 251, Bilirrubina total 1.1, D 0.51, lactato

1.3, PCR 202, pH venoso 7.42. Calcio corregido 13.77 mg/dl. Orina (sondaje) leucos 25, ht 250, nitritos negativo activos. RX tórax: engrosamiento hilio derecho con discreto pinzamiento de seno ipsilateral. TAC cráneo: dentro de la normalidad. Punción lumbar LCR normal.

Enfoque familiar y comunitario: Natural de Bulgaria. Casado, con un hijo.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo en paciente con reciente diagnóstico de cáncer pulmón no microcítico, estadio IV. Neumonía en lid. Hipercalcemia tumoral: mtx ósea vs paraneoplásica.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Oncología, donde tras extraer hemocultivos, se inició antibioterapia empírica cubriendo gérmenes resistentes. Se solicitó gammagrafía ósea por dolores óseos y despistaje de metástasis.

Evolución: El paciente continúa ingresado, con picos febriles y desorientación. Se informó a la familia de la situación del paciente.

Conclusiones

Resaltar la importancia del seguimiento de estos pacientes y de su familia desde Atención primaria, sobre todo, en los de reciente diagnóstico que aún no han sido valorados por Oncología.

Palabras clave

Acute Confusional Syndrome, Non-Small-Cell Lung Carcinoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Trastorno inespecífico de la marcha

Sánchez Sánchez A¹, Ortiz Pérez A², Velasco Bermúdez L³

¹ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Sevilla

² Médico de Familia. CS San Miguel. Málaga

³ Médico de Familia. Consultorio Frigiliana. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Neurología.

Motivos de consulta

Torpeza al bajar escaleras.

Historia clínica

Paciente de 48 años trabajador del aluminio, fumador activo desde los 15 años (30 cig/día), bebedor los fines de semana, úlcera duodenal, litiasis renal, parálisis facial periférica en 2004. Acude a consulta para revisión incapacidad laboral por lumbociática de 1 semana. Refiere alteraciones sensitivas de miembros inferiores de años de evolución con dificultad para conocer la posición de los miembros al caminar, que le provoca torpeza sin caídas, sobre todo al bajar escaleras. Se acompaña de sensación de acorchamiento en cinturón a nivel abdominal y en las manos, aunque no simultáneo.

Enfoque individual. Exploración: Fondo de ojos y pares craneales normales. No nistagmo. Campimetría por confrontación normal. Balance motor normal, Destaca hipoestesia distal en miembros inferiores hasta rodillas, hipoestesia en pulpejo de dedos de ambas manos (predominio territorio mediano). Phalen positivo derecho. Reflejos de estiramiento muscular exaltados globalmente, clonus aquileo bilateral. Reflejo cutáneo plantar derecho indiferente. Marcha levemente paretoespática, taloneante. Romberg negativo activo. Se deriva el paciente a Neurología para estudio.

Pruebas complementarias: Resonancia magnética (RM) sin contraste de cráneo: formaciones ovaladas, de eje máximo dirigido perpendicularmente al epéndimo ventricular, algunas placas de desmielinización en sustancia

blanca subcortical. RM cervical: placa de desmielinización que no capta contraste a la altura de C3, y que expande cordón medular, en probable relación con enfermedad desmielinizante. Líquido cefalorraquídeo: bandas oligoclonales positivas

Juicio clínico: Esclerosis múltiple (EM) primaria progresiva.

Diagnóstico diferencial: Trastorno paretoespático de la marcha progresivo: Síndrome piramidal-cordonal posterior, degeneración combinada subaguda, lesión compresiva medular, esclerosis múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: Participa en ensayo clínico con Ocrelizumab (anticuerpo monoclonal antiCD20) intravenoso semestral para controlar la progresión.

Evolución: Estable con oscilaciones de los síntomas: visión doble y borrosa, disfagia a líquidos, debilidad en miembros inferiores con fatiga muscular y espasmos musculares. Alteraciones esfinterianas, sexuales y anímica. Manteniendo un valor estable en la escala de discapacidad desde el inicio del ensayo en 2011.

Conclusiones

La característica clínica más llamativa de la EM es la gran variabilidad de síntomas dependiendo de la localización de las lesiones desmielinizantes. Los síntomas iniciales más frecuentes son sensitivos, debilidad, alteraciones de la agudeza visual, ataxia, diplopía y vértigo.

Palabras clave

Ataxia, Hipoestesia, Desmielinización

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Me pica todo el cuerpo

Gallego Castillo E¹, Casado Sánchez I², Duran Chiappero M²

¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga

² Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria. Urgencias extrahospitalarias. Urgencias Hospitalarias. Consulta dermatología.

Motivos de consulta

Lesión cutánea en muslo.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta porque desde hace cinco días presenta lesión en muslo izquierdo pruriginosa que no mejora.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No enfermedades de interés. No tratamientos.

Anamnesis: Mujer de 23 años, refiere desde hace cinco días lesión cutánea en muslo izquierdo pruriginosa que ha ido empeorando. No recuerda picadura ni traumatismo previo. No viajes en los últimos meses. No fiebre. No relaciones sexuales de riesgo.

Exploración: Paciente consciente colaboradora y orientada. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorrespiratoria: Normal. Abdomen normal. No adenopatías. Presenta en muslo izquierdo lesión eritematosa con herida en zona central y borde sobreelevado con signos de infección.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales. Inmunoglobulina A, E y Proteína C reactiva normales. Función tiroidea normal. Anticuerpos Antinucleares negativo activo. Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular IgA 0, 30 U/mL. Serología para virus Hepatitis B, Citomegalovirus, Virus Ebstein-Barr y Sífilis negativo activos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltera, vive con sus padres. Trabaja de dependiente en una tienda de ropa.

Juicio clínico: Psoriasis.

Diagnóstico diferencial: Picadura insecto sobre infectada. Impétigo.

Tratamiento, planes de actuación: Inicialmente se prescribe tratamiento antibiótico tópico para la lesión en el muslo, pero aparecen nuevas lesiones en cuello y cuero cabelludo algunas con supuración, por lo que la paciente acude a Urgencias extrahospitalarias prescribiéndose antibioterapia oral. Posteriormente, aparecen lesiones eritematopustulosas se extienden por el tronco acudiendo a Urgencias hospitalarias donde se contacta con Dermatólogo de guardia que inicia tratamiento con corticoide tópico y cita para biopsia. Tras biopsia es diagnosticada de Psoriasis en gotas. Se prescribe calcipotriol/betametasona.

Evolución: La paciente mejora de forma significativa tras el tratamiento.

Conclusiones

Aunque en este caso el diagnóstico definitivo se llevó a cabo a nivel hospitalario, hoy en día es posible hacer dicho diagnóstico en Atención Primaria mediante la realización de biopsias a través de las consultas de Cirugía Menor, mejorando la calidad asistencial de nuestros pacientes, acortando los tiempos de espera diagnósticos, derivando aquellos casos en los que la biopsia no es concluyente.

Palabras clave

Psoriasis, Impétigo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, el bulto que tengo en el brazo... ¿es culpa del gato?

González López de Gamarra S, Muñoz Romero E, Recio Ramírez J

Médico de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Tumoración en brazo.

Historia clínica

Mujer de 25 años que acude a urgencias por presentar desde hace 10 días tumoración en brazo derecho de crecimiento progresivo, Dolorosa y caliente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: un mes antes había sufrido varios arañazos por un gato en esa mano.

Exploración: Buen estado general, afebril, apreciándose tumoración en cara posterolateral de brazo derecho dolorosa, tumefacta y caliente. No se apreciaba punto de inoculación ni apertura en piel ni fluctuación.

Pruebas complementarias: Hematimetría: anodina. Interconsulta con cirugía, recomienda solicitar ecografía de partes blandas: "Área de celulitis subcutánea con dos zonas hipoeoicas mal definidas en probable relación con áreas abscesificadas; proximalmente se visualizan otras dos imágenes redondeadas hipoeoicas, más profundas, en relación con sendas adenopatías". Aunque los hallazgos orientan a una etiología infecciosa, se recomienda estudio con RMN para descartar un proceso neoplásico. RMN (pedida por Traumatología): "Se aprecian en el tejido celular subdérmico de la región epitroclear cambios inflamatorios en relación con celulitis, además de al menos seis nódulos sólidos, sugestivos de adenopatías de aspecto

reactivo, en el contexto de una probable enfermedad por arañazo de gato (EAG)".

Juicio clínico: La presencia de adenopatías nos sugiere una causa infecciosa, entre ellas la EAG, siendo importante tener en cuenta los antecedentes de exposición. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con causas no infecciosas como el linfoma, que es la causa maligna más común de adenopatías.

Tratamiento, planes de actuación: Se pautan AINEs y amoxicilina clavulánico. Siguiéndose en Traumatología.

Evolución: A las tres semanas, el dolor ha desaparecido pero persiste lesión de menor tamaño. En ecografía de control se objetiva menor área de celulitis y una disminución del tamaño del área abscesificada proponiéndose realizar la resección de las adenopatías y fibrosis, con muy satisfactoria evolución. La biopsia informó de "tejido inflamatorio crónico sin microorganismos".

Conclusiones

Es importante la labor del médico de familia a la hora de "dirigir" la actuación diagnóstica, sobre todo en patologías sin una clara causa benigna. La interrelación con otras especialidades y la solicitud urgente de pruebas de imagen fueron fundamentales además de tener en cuenta los antecedentes (aunque sean lejanos) de exposición a gatos puesto que el periodo de incubación en este caso fue muy prolongado.

Palabras clave

Lymphadenitis, Cat Scratch Disease

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Complicada la fractura

Duran Chiappero M¹, Casado Sánchez I¹, Gallego Castillo E²

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias. Urgencias Hospitalarias. Ingreso en Planta.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente que vive con sola. Sus dos hijas viven en Francia.

Juicio clínico: Hipotensión mantenida. Hemotórax.

Motivos de consulta

Aviso DCCU: prioridad 2 Hipotensión.

Tratamiento, planes de actuación: Se canaliza vía de grueso calibre con suero filológico a chorro y se traslada a hospital. En urgencia hospitalaria destaca Hb 9.5 resto de analítica normal en RX de Tórax: Derrame pleural derecho masivo. Se precede a drenaje pleural con salida de líquido hemático y se ingresa posteriormente en Planta de cirugía Torácica.

Historia clínica

Paciente de 70 años de edad natural de Francia jubilada de profesora. AP HTA en tratamiento con dos antihipertensivos. Paciente valorada esa mañana por nuestro servicio con Diagnóstico de síncope recuperado, avisan por hipotensión mantenida durante el día y mal estar general.

Evolución: En planta tiene buena evolución clínica quitándole el drenaje y siendo dada de alta.

Enfoque individual: en los días previos destaca fractura costal derecha hace 10 días según la paciente sin saber precisar cual ni cuantas han sido afectada no aporta informe médico. No comenta signos de hemorragia digestiva. Ni dolor abdominal.

A nuestra llegada REG TA85/40 Sat 97 FR 18 GLUCEMIA 115 FC 110 T 36, 2 A la exploración destaca hipo ventilación derecha sin taquipnea. ECG rs 110 por minutos sin signos de isquemia ni bloqueos.

Conclusiones

Destaca la importancia de una buena exploración clínica y destaca la importancia de la observación domiciliaria que lo que en principio pareció un síncope recuperado que fue dejado en domicilio con observación domiciliaria termino resultando un hemotórax.

Palabras clave

Hemotórax, Síncope, Hipotensión

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Caídas en paciente con trastorno depresivo

Sánchez Sánchez A¹, Moratalla Cecilia N², Ufano López R³

¹ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Sevilla

² Médico EBAP. CS Pinos Puente. Granada

³ Médico EBAP. CS Polígono Sur. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y Neurología.

Motivos de consulta

Torpeza que ocasionalmente se ha acompañado de caídas, en contexto de trastorno depresivo.

Historia clínica

Mujer de 68 años, con historia de diabetes en tratamiento con insulina, hipotiroidismo, síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psiquiatría, en tratamiento con sertralina 100mg y Clomipramina 25 mg 1-1-0. Fractura humero en relación con caída. Desde hace 1 año se encuentra torpe y triste, sin interés por las cosas. Escasa estabilidad en bipedestación, e incluso a veces en sedestación. Dificultad para vestirse y a veces para comer.

Enfoque individual. Exploración: pérdida de la expresión facial, limitación de la supravisión de la mirada, bradicinesia y rigidez más marcadas en hemicuerpo izquierdo, marcha con ausencia de braceo izquierdo. Retiramos Clomipramina de forma progresiva y se deriva a consultas de Neurología.

Pruebas complementarias: TAC craneal: atrofia corticosubcortical, leucoarariosis periventricular. SPECT cerebral de transportadores de dopamina: disminución de la densidad de transportadores de dopamina en ambos estriados, más severa en el derecho y en los putámenes, indicativo de degeneración nigroestriatal.

Enfoque familiar y comunitario: Evaluación de la dinámica familiar en la aceptación de la

enfermedad y en la adaptación a las limitaciones de la paciente.

Juicio clínico: Enfermedad de Parkinson idiopática.

Diagnóstico diferencial: Síndrome rígido acinético, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva.

Identificación de problemas: Dependencia para actividades básicas la vida diaria, dificultad para la marcha y prevención de caídas.

Tratamiento, planes de actuación: Rasalagina 1 mg/24 h y parches de rigotina en dosis ascendente. Programa de ejercicios para mantener movilidad, mejorar el equilibrio y la coordinación.

Evolución: Presentó episodios de desorientación y agitación nocturna, que mejoraron al retirar Rasalagina. No toleró el parche de rigotina de 8 mg, continuando con el de 6 mg. Mejoría de la marcha, camina por sí sola, no ha vuelto a presentar caídas, es completamente independiente.

Conclusiones

Los síntomas depresivos aparecen frecuentemente, precediendo al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson hasta en un 30% de los casos. Las caídas frecuentes por la falta de equilibrio debido a la pérdida de reflejos posturales fue el síntoma que hace consultar a la paciente y nos guía al diagnóstico junto con la bradicinesia y la rigidez.

Palabras clave

Enfermedad de Parkinson, Caídas, Depresión

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Un buen diagnóstico cura

Duran Chiappero M¹, Casado Sánchez I¹, Gallego Castillo E²

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias de AP.

Motivos de consulta

Lesiones en piel.

Historia clínica

Paciente adolescente acude a consulta de urgencia de CS por la presencia de lesiones en piel.

Enfoque individual: no AP de interés NAMC Adolescente de 17 años refiere desde hace más de un mes presenta lesión cutánea en diferentes partes del cuerpo que han ido en aumento con prurito muy intenso, especialmente durante la noche y cuando se bañaba con agua caliente. Afebril. Familiares asintomáticos. Valorada por su MAP y en Urgencias hospitalaria en tratamiento con diferentes corticoides tópicos y antihistamínicos órales, pendiente de cita en dermatología

Exploración: No adenopatías. lesiones polimorfas, en abdomen, pliegues inguinales, región peri umbilical, muñecas y pliegues glúteos algunos con lesiones de rascado sobre infectadas.

Enfoque familiar y comunitario: Convive con madre y una hermana.

Juicio clínico: Escabiosas. Dermatitis de contacto. Dermatofitosis. Dermatisi atópica.

Tratamiento, planes de actuación: Pauto permetrina y tratamiento a la familia que lo repita a la semana. Medidas de higiene de eliminación de los ácaros y explico que vuelvo a estar de guardia en interior de CS en 10 días que acuda nuevamente para valorarlo nuevamente.

Evolución: La madre no queda conforme con mi diagnóstico ya que la considera una enfermedad de países subdesarrollados y de falta de higiene no sabe si va a aplicar el tratamiento. A los 10 días vuelve y me explica que a los dos días había vuelto a consultar con su MAP y este insistía en seguir con corticoides. Ella viendo a la semana que no mejoraba decide aplicar mi tratamiento. Vuelve a mi guardia a agradecerme que con la primera aplicación las lesiones habían mejorado, re cito en mi próxima guardia y el paciente ya estaba asintomático y curado.

Conclusiones

Llegar a un buen Diagnóstico no es fácil y los diferentes criterios médicos a veces hacen que se retrasen un tratamiento adecuado. Creo que en este caso radica la importancia del seguimiento del paciente que se puede tener en atención primaria y sobre todo poder re plantearnos diagnósticos y no cerrarnos en los primeros que se nos formule.

Palabras clave

Escabiosis, Dermatitis de Contacto, Atópica

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Casos frecuentes

Duran Chiappero M¹, Casado Sánchez I¹, Gallego Castillo E²

¹ Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Urgencia Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hematemesis.

Historia clínica

Paciente de 57 años que consultó en el servicio de Urgencias de AP por sufrir de madrugada dolor epigástrico súbito asociado a náuseas y vómitos de sangre, con deposiciones melénicas. Negativo toma de antiinflamatorios no esteroideos de forma habitual. A su llegada varios vómitos de sangre fresca en consulta.

Enfoque individual: aP de Diabetes tipo 2, litiasis Renales. Presenta la siguientes intervenciones quirúrgicas: colecistectomía y herniorrafia inguinal + umbilical. *Tratamiento:* colecalciferol 250 mcg a la semana, vildagliotina 50 mg cada 24 horas y metamizol magnésico esporádicamente. TAI 70/40 mmHg. FC 100 (lpm). Sat O2 95% FR 16-20 rpm. Mucosa oral húmeda con restos de sangre. Auscultación cardíaca rítmica a 110 lpm, no ausculto soplos. Abdomen: blando, depresible, globuloso, doloroso a la palpación en epigastrio, defensa muscular. Ruidos hidroaéreos positivos. No visceromegalias.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con dos hijos pequeños.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva.

Tratamiento, planes de actuación: Se activa servicio de DCCU quien traslada al paciente al hospital con reposición de volumen, en urgencias hospitalaria destaca analítica: ATTP 60%, con INR de 1.58. Hemoglobina de 7.8 g/dl (la cifra de su analítica previa era de 15.5 g/dl). Se inició tratamiento con protocolo de Pantoprazol, fluidoterapia intensa con 2.000 ml de cristaloides, además de transfusión de dos concentrados de hematies.

Evolución: Ingresó en observación y se avisó a Digestivo quien realiza endoscopia digestiva alta. Se ve úlcera gástrica de unos 15 mm de diámetro con vaso visible central. Se inyectó adrenalina Tras lavado, no se visualizaron lesiones. Tras 24 horas de estancia, no se objetivó nuevo sangrado digestivo. Estabilidad hemodinámica, se decidió alta a Planta.

Conclusiones

La HDA es una emergencia común y potencialmente letal. Los estudios documentan una mortalidad de 10%. Nuestra actitud inicial será la estabilización hemodinámica y traslado para transfusión de hemoderivados, realizar EDA para diagnóstico y tratamiento. El objetivo de este caso clínico es ilustrar la presentación, diagnóstico, evolución inicial y tratamiento de un paciente con un sangrado digestivo activo patología común en Urgencias.

Palabras clave

Hemorragia Digestiva, Inestabilidad Hemodinámica, Urgencia AP

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Este niño está atacado

Gallego Castillo E¹, Casado Sánchez I², Duran Chiappero M²

¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga

² Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: Fiebre. Taquicardia Ventricular. Extrasístoles. Miocarditis. Cardiopatía congénita.

Motivos de consulta

Decaimiento.

Tratamiento, planes de actuación: Se inician maniobras vasovagales sin éxito, se canaliza vía periférica, administrándose adenosina en tres ocasiones sin revertir la taquicardia. El paciente se traslada monitorizado a Hospital de referencia.

Historia clínica

Lactante de 11 meses traído a Urgencias del CS por un cuadro de vómitos y decaimiento de 24 horas de evolución. No fiebre. Mucosidad nasal y tos. El día anterior sufrió traumatismo craneal por caída del sofá.

Evolución: Ingresa en unidad de críticos de Urgencias hospitalarias, se realiza cardioversión eléctrica y es ingresado. Desde el debut de los síntomas el paciente ha presentado varias recaídas a pesar de tratamiento con propranolol (con mala tolerancia por hipotensión) y verapamilo, por lo que ha acudido a urgencias de nuestro CS en varias ocasiones, presentando en las últimas taquicardia ventricular bien toleradas hemodinámicamente. Actualmente en seguimiento por Cardiología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Parto instrumental (espátula) presentación cefálica. Test Apgar: 9/10/10 a los 1, 5 y 10 minutos. Vacunación según calendario. Lactancia materna más alimentación complementaria.

Anamnesis: No enfermedades previas. No antecedentes cardiológicos familiares.

Conclusiones

Es importante para los médicos de Atención Primaria que hacemos urgencias extrahospitalarias, estar preparados para las posibles situaciones de emergencia con niños. A raíz de este caso, se realizó un protocolo de actuación consensuado con los pediatras, sesiones formativas para mejorar-actualizar conocimientos sobre tratamiento de taquicardias en niños (fármacos, cardioversión, desfibrilación, vía intraósea) para poder afrontar los más eficazmente este tipo de situaciones. Cabría destacar que durante el estudio del paciente, no se realizan pruebas complementarias para descartar el origen tóxico o traumático de los síntomas.

Exploración: Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. No tiraje. Afebril. Reactivo. ACR: Tonos rítmicos taquicárdicos. MV normal. Pulsos periféricos normales. Estable hemodinámicamente.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: Taquicardia supraventricular a 230 lpm. Ecocardiograma: Aurículas normo configuradas. Válvulas auriculoventriculares normales. Buena función biventricular. Miocardio normal. No coartación. Fracción eyección 70%.

Enfoque familiar y comunitario: Padre 38 años con Espondilitis Anquilosante. Madre Sana.

Palabras clave

Supraventricular Tachycardia, Ventricular Tachycardia

Juicio clínico: Taquicardia supraventricular.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Estoy vivo de milagro

Gallego Castillo E¹, Casado Sánchez I², Duran Chiappero M²

¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga

² Médico de Familia. DA. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias Extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Accidente de tráfico.

Historia clínica

Varón de 26 años que ha colisionado con un coche lateralmente. El paciente se encuentra en posición semiprono. Llevaba casco integral y éste ha salido despedido. Presenta dolor intenso en brazo derecho. No pérdida de conocimiento. El vehículo presenta gran deformidad tras impacto. El paciente es trasladado a Urgencias Hospitalarias para valoración y tratamiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades de interés. Niega consumo de tóxicos.

Exploración: Paciente consciente, colaborador y orientado. Muy nervioso. Aceptable estado general. Eupneico. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen Normal. Deformidad a nivel de brazo derecho con pulso periférico débil, crepitación en tercio medio humeral. Hombro derecho en charretera. Tensión arterial 145/74. Frecuencia cardiaca 105. Frecuencia respiratoria 14. Pulsioximetría 98%.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemoglobina 15, 4 g/dl, Volumen corpuscular medio 87, 5 fL, Hematocrito 42, 1%. Leucocitos 18.910 con fórmula normal. Bioquímica y coagulación normales.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, vive con sus padres.

Juicio clínico: Fractura diáfisis húmero. Luxación glenohumeral derecha. Traumatismo hepático.

Diagnóstico diferencial: Policontusiones.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente es valorado por Traumatología de Guardia que decide intervención quirúrgica pero debido a que no lleva más de seis horas de ayuno se ingresa en área de Observación. El paciente pasa a quirófano donde se objetiva palidez intensa, somnolencia e hipotensión severa. Se cursa analítica con Hemoglobina 8 mg/dl. Se avisa a Radiología de guardia para ecografía abdominal con diagnóstico de hemoperitoneo con desestructuración de lóbulo hepático derecho. Contusión renal. Se realiza laparotomía exploradora urgente realizando Packing hepático por lesión grado IV, tras lo cual, el paciente recupera la estabilidad hemodinámica. Tratamiento quirúrgico de fractura humeral.

Evolución: A las 48 de la intervención se retira el Packing sin evidenciarse signos de sangrado. El paciente evoluciona favorablemente de la intervención quirúrgica. Tras diez días de ingreso hospitalario e paciente es dado de alta. Acude en la actualidad a rehabilitación de la fractura humeral.

Conclusiones

Este caso nos sirve para recordar la necesidad de la activación del Código Trauma, ya sea tanto en Urgencias Extrahospitalarias como hospitalarias, ya que la valoración y diagnóstico precoz puede representar una disminución importante de la mortalidad en estos pacientes.

Palabras clave

Liver Injury, Multiple Trauma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Piensa mal y acertarás

González López A¹, Aguado de Montes M², De Francisco Montero M³

¹ Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

² Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmerita. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivos de consulta

Presíncopes de repetición y cefalea opresiva diaria.

Historia clínica

Gastrectomía a los 24 años por adenocarcinoma gástrico.

Enfoque individual: Varón, 56 años, desde hace unos 5 meses refiere cuadros presincoales y ocasionalmente “caída de los objetos de las manos”, no manifiesta pérdida de fuerza o sensibilidad. Asimismo, presenta cefalea opresiva diaria en región nucal y supraorbitaria, que aumenta con Valsalva. No pérdida de peso, tampoco fiebre ni otra sintomatología por aparatos.

Exploración neurológica sin hallazgos, no existe focalidad. Fuerza y sensibilidad conservadas, no afectación de pares craneales. Derivación a Neurología.

Analítica sin hallazgos. RMN craneal: tumoración bilobulada de 7cm de eje craneocaudal máximo con componente sólido, centrado en foramen oval, y componente quístico que crece hacia el interior de la fosa craneal media, de comportamiento extraaxial, con edema vasogénico y desviación de la línea media. AngioTAC cerebral: estenosis compresiva 40% de la luz de la arteria carótida interna derecha petrosa por efecto masa. TAC toracoabdominal. Estudio de extensión neoplásica negativo activo. Ingreso en Neurocirugía para intervención programada: craneotomía temporal derecha y extirpación. Análisis anatomopatológico de la muestra.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijos mayores de edad. Problemas económicos en último año. Su esposa se muestra triste y desanimada tras el diagnóstico, aunque intenta ocultar sus emociones de cara a su pareja. Finalmente y tras días de inquietud por la intervención quirúrgica se muestran fortalecidos y esperanzados en la recuperación. En todo este proceso las puertas de la consulta han estado abiertas para preguntas, dudas y muestras de apoyo.

Juicio clínico: Schwannoma grado I con cambios quísticos. Otras lesiones ocupantes de espacio intracraneales (meningioma, hemangioblastoma), hemorragia intracraneal.

Tratamiento, planes de actuación: Dexametasona vía oral en dosis descendente durante 10 días. Levetiracetam 500mg/12h.

Evolución: El paciente mantiene hipoestesia postquirúrgica de segunda y tercera ramas V par craneal. En sucesiva revisión se reduce la dosis de Levetiracetam a la mitad, se solicita RMN a los 3 meses.

Conclusiones

Los Schwannomas son tumores de las células encargadas de producir mielina. 8% tumores primarios intracraneales y son benignos aunque provocan síntomas graves por compresión e hipertensión intracraneal. Aquí radica la importancia de una exhaustiva anamnesis, ya que la clínica es lo único que puede hacernos sospechar y permitir un diagnóstico temprano de cuadros potencialmente graves.

Palabras clave

Neurilemoma, Vaina de Mielina, Neurocirugía

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tu protección depende de ti; la otra cara del sexo

Yera Cano R¹, Vasco Roa T², Salas Cárdenas M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

³ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor pene y secreción purulenta por uretra.

Historia clínica

Varón de 30 años de edad, sin alergias, patologías o medicación habitual, consulta por dolor de pene y secreción purulenta por uretra desde hace 48h.

Enfoque individual: Sano en la actualidad, sin antecedentes personales ni familiares. Acude a consulta refiriendo dolor de pene desde hacía 5 días y secreción purulenta por uretra desde hacía 48hs. No fiebre ni síntomas miccionales acompañantes.

Exploración: BEG, Abdomen no doloroso sin defensa ni megalias. Pene con glande eritematoso sin úlceras ni lesiones dérmicas con salida de secreción purulenta no maloliente por uretra. Bolsa escrotal y zona anal sin alteraciones. Sistemático de orina con 500 leucocitos, resto normal. Solicitamos serología y cultivo de exudado uretral.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con los padres por no tener trabajo fijo, tiene pareja estable desde hace 2 años y refiere no haber tenido relaciones sexuales de riesgo. Cree fiel a su pareja, pero por nivel sociocultural medio alto es consciente de que puede ser una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Juicio clínico: Sospecha de gonorrea, aunque hay que barajar la posibilidad de otras uretritis no gonocócicas: clamidia, trichomoniasis, herpética... Al ser el propio paciente el que inicia conversación sobre ETS, es más fácil hablar de posible enfermedad, tratamiento y vía de contagio.

Tratamiento, planes de actuación: Por claro diagnóstico de sospecha administramos ceftriaxona 1g im dosis única y pautamos doxiciclina 100mg/12hs durante 7 días. Se explica que probablemente habrá que pedir analítica a la pareja y tratarla.

Evolución: Acude a la semana a por resultados. Serología negativo activa para VIH, VHC, VHB y sífilis y cultivo de exudado uretral positivo para gonococo y negativo activo para ureaplasma, clamidia y trichomonas.

Conclusiones

Las ETS están en aumento en nuestro país desde los últimos años por lo que es fundamental señalar la importancia de la clínica para una buena orientación diagnóstica. Dada la dificultad en el diagnóstico diferencial y el alto grado de solapamiento, se prefiere un primer diagnóstico genérico, en este caso de uretritis, y el tratamiento empírico antes de solicitar pruebas específicas. La pareja sexual debe ser estudiada y tratada igualmente pues son enfermedades englobadas dentro de la salud pública.

Palabras clave

ETS, Gonorrea, Sexo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, a mi ojo le pasa algo raro

Salas Cárdenas M¹, Yera Cano R², Vasco Roa T³

¹ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ptosis de párpado superior izquierdo.

Historia clínica

Varón de 75 años, acude a consulta porque desde hace un mes nota que en algunos momentos se le cierra el ojo izquierdo "sin yo querer" y en la última semana ocurre continuamente. En ocasiones ha tenido visión doble y de más larga data tiene, también de forma intermitente, disfagia. No disfonía, no disartria, no astenia.

Enfoque individual: paciente sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión, exfumador, colecistectomizado e intervenido de hiperplasia benigna de próstata. En tratamiento habitual con omeprazol, Losartán, AAS y paracetamol.

Exploración: ptosis palpebral de OI evidente con leve fatigabilidad. No diplopía basal ni tras maniobras. Resto de *Exploración neurológica* normal (realiza 20 repeticiones con los miembros sin cansancio y cuenta hasta 50 sin disfonía). Solicitamos analítica completa con anticuerpos antirreceptor acetilcolina, radiografía de tórax y TAC craneal.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa, es totalmente independiente para las actividades de la vida diaria, no presenta deterioro cognitivo alguno. Nivel cultural alto, comprende todo lo que se le va explicando.

Juicio clínico: Miastenia ocular como única localización o como inicio de miastenia gravis generalizada (MG). Diagnósticos diferenciales o patologías asociadas: síndrome de Claude Bernard Horner, oftalmopatía por enfermedad de Graves Basedow, anemia perniciosa, timoma.

Tratamiento, planes de actuación: Existe la posibilidad de tratamiento no farmacológico como la oclusión de un ojo o los prismas para corregir la diplopía. La toxina botulínica debe ser usada con cautela. El tratamiento farmacológico se inicia con inhibidores de la acetilcolinesterasa pero según evoluciona la enfermedad los pacientes se benefician más de las terapias inmunomoduladoras.

Evolución: Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con TSH normales. Anticuerpos antirreceptor acetilcolina positivos. RX tórax normal, Tac sin alteraciones significativas. Se realizó también un estudio electrofisiológico confirmándose la MG. Transcurrido un mes con el tratamiento presentaba mejoría clínica muy significativa.

Conclusiones

El diagnóstico de la MG se basa principalmente en el interrogatorio y el examen clínico aunque requiere posteriormente confirmación con pruebas específicas. La mitad de los pacientes que tienen miastenia ocular desarrollan la forma generalizada en los siguientes 6 meses pero si después de 2 años no lo han hecho, es muy improbable que ocurra.

Palabras clave

Ptosis, Miastenia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Verrugas perianales, otra clínica del virus del papiloma humano como enfermedad de transmisión sexual

Yera Cano R¹, Salas Cárdenas M², Vasco Roa T³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

³ Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Bultos perianales.

Historia clínica

Mujer de 47 años de edad, acude a consulta por molestias perianales y haberse notado bultitos desde hace unas semanas.

Enfoque individual: mujer de 47 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés ni tratamientos habituales, acude a consulta refiriendo molestias perianales tipo sensación de cuerpo extraño en pliegue interglúteo, escozor al defecar y haberse tocado bultitos no dolorosos.

A la exploración observamos múltiples verrugas tipo condilomas perianales y en esfínter anal de distintos tamaños todas menores de 1cm. Vulva y vagina (valorada con espéculo) sin afectación. Solicitamos serología incluido virus del papiloma humano (HPV) y realizamos citología para la determinación viral también en el exudado intracervical.

Enfoque familiar y comunitario: Casada desde los 26 años de edad, sin hijos. Refiere no mantener relaciones sexuales desde hace más de 5 años. Nivel sociocultural bajo.

Juicio clínico: Papilomatosis perianal por HPV. Tras diagnóstico serológico se explica la

patología a la paciente como enfermedad de transmisión sexual entrando dentro de ese concepto las relaciones sexuales anales no solo vaginales. Lo comprende.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento tópico con veregen tras examen completo y damos cita a las tres semanas para ver evolución y examinar al marido (presentaba papilomas genitales también). Por ser una infección catalogada como factor de riesgo para cáncer de cuello de útero, al año se repetirá la determinación del HPV y la citología.

Evolución: Serologías VIH, Herpes, Hepatitis, Lues negativo activas, IgG + para Toxoplasma y Rubeola. Serología HPV positiva. Tras 3 semanas de tratamiento tópico cada 12h, desaparecen todas las lesiones.

Conclusiones

El médico de familia debe conocer las diferentes clínicas de la infección por HPV a la vez de que existen diferentes tipajes del virus: unos de bajo riesgo que son los que suelen causar las verrugas genitales, y otros de alto riesgo que son los que producen células anómalas en el cuello del útero produciendo el cáncer. Hay que saber también que es de vital importancia el estudio y tratamiento de la pareja por ser casos de ETS.

Palabras clave

Condiloma, HPV, ETS

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doña Teresa, sea lo que sea lo que tenga en la barriga, recuerde que no quiero salir de mi casa

Vasco Roa T¹, Yera Cano R², Salas Cárdenas M³

¹ Médico de Familia. CS Cazorla. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolorimiento abdominal con gran distensión desde hace 48h.

Historia clínica

Varón de 83 años de edad, acude a consulta por llevar 3 días con “una barriga el doble que la mía”, dolorimiento generalizado, vómitos biliosos y menor expulsión de gases que habitualmente.

Enfoque individual: paciente pluripatológico: HTA, dislipemia, obesidad, ICC III/IV NYHA, con disfunción moderada de ventrículo izquierdo, prótesis valvular metálica aórtica, marcapasos normofuncionante VDD, lesión isquémica crónica parietotemporal derecha sin secuelas, y, por consiguiente, polimedicado: ramipril, atorvastatina, furosemida, carvedilol, espirolactona, sintrom, omeprazol y metamizol. Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Sin déficit cognitivo.

Exploración: Mismo estado general basal, consciente y colaborador, eupneico, ACR normal, ABD distendido, doloroso a la palpación difusa con defensa, ruidos hidroaéreos ausentes. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Hemodinámicamente estable. Solicitamos analítica y radiografía abdominal urgentes (realizadas en CS): leucocitosis con neutrofilia, hiperglucemia, elevación de lactato, dímero D y PCR. Dilatación de asas de intestino delgado.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con la esposa con quien vive. Tienen dos hijas que viven en la misma ciudad y los visitan a diario. Nivel sociocultural medio. Siempre ha dejado muy claro que no quiere ir al hospital salvo que sea muy necesario. Quiere morir en su casa. La familia lo acepta.

Juicio clínico: Isquemia mesentérica aguda evolucionada.

Tratamiento, planes de actuación: Se explica tanto al paciente como a la familia el diagnóstico, mal pronóstico a muy corto plazo y las limitaciones terapéuticas curativas dada la edad y patologías de base. Deciden tratamiento paliativo domiciliario.

Evolución: Se inicia tratamiento sintomático domiciliario vía subcutánea y apoyo psicológico. Seguimiento evolutivo por enfermero y médico hasta que llegue el final. Fallece a las 36h tranquilo, sin dolor y rodeado de su familia en su cama.

Conclusiones

El médico de familia debe proporcionar una atención integral a sus pacientes y familiares, destacando la importancia de hacerlos partícipes de su salud/enfermedad y respetándolos como últimos responsables de las decisiones que se tomen sobre su salud. La formación de los profesionales tanto en la relación médico/paciente, como en cómo dar malas noticias y capacidad de decisión en limitación del esfuerzo terapéutico, también es muy importante.

Palabras clave

Isquemia, Autonomía, Ética

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No todo son mocos y fiebre. La importancia de los protocolos

Vasco Roa T¹, Salas Cárdenas M², Yera Cano R³

¹ Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

² Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

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

Ámbito del caso

Urgencias Atención Primaria.

Motivos de consulta

Niño de 2 años traído por padres por quejas de dolor centrotorácico, llevándose la mano al pecho.

Historia clínica

Varón de 2 años de edad es traído a urgencias del pueblo por los padres preocupados al decirles que le duele el pecho (llevándose la mano a zona centrotorácica). Comenzó con vómitos el día anterior y con febrícula de 37,8°C esta mañana. Llevaba insistiéndoles en el dolor 2-3h.

Enfoque individual: Sano, sin antecedentes ni tratamientos habituales. No alérgico a ninguna medicación hasta ese momento y con calendario vacunal administrado correctamente. Peso 13, 5kgs. Al preguntarle al niño donde le duele, se lleva la mano al pecho. No le duele en ningún sitio más.

Exploración: BEG, no alteración del nivel de conciencia, no exantemas ni signos meníngeos, ORL sin patología, abdomen blando no doloroso sin masas ni megalias y a la ACR murmullo conservado con taquiarrítmica a más de 200lpm. Pulsos periféricos presentes y simétricos, no ingurgitación yugular ni signos de insuficiencia cardíaca. SatO₂ 99%, FC 230lpm, T^a 37.5°C. ECG: taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) a 230lpm.

Enfoque familiar y comunitario: Padres nerviosos pero educados y tranquilos. Nivel

sociocultural medio. Les explicamos que el niño está estable, pero hay que trasladarlo al hospital porque el corazón va más rápido de lo habitual y hay que controlarlo y ver por qué le ha podido pasar. Aceptan y se muestran cooperadores.

Juicio clínico: TSVP a filiar causa. Ante la estabilidad hemodinámica, se comienza el traslado sin iniciar ningún tipo de tratamiento, pero si se plantea mentalmente qué hacer en caso de desestabilizarse.

Tratamiento, planes de actuación: Traslado al niño en ambulancia con sus padres a urgencias de hospital de referencia, monitorizado únicamente. En caso de inestabilidad tenemos claro protocolo a seguir y se carga el tratamiento necesario: maniobras vasovagales, bolo de adenosina, cardioversión.

Evolución: Llegada a Urgencias estable hemodinámicamente y en manos del pediatra de guardia.

Conclusiones

El médico de familia tiene que estar preparado para afrontar las patologías de cualquier etapa de la vida. La TSVP no suele asociarse a ninguna otra anomalía cardíaca. Es fundamental conocer el protocolo a seguir como tratamiento urgente, así como el seguimiento y posibles factores desencadenantes para prevenir posibles recidivas.

Palabras clave

Taquicardia, Cardiología, Dolor

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, ¿qué me está pasando?

Salas Cárdenas M¹, Vasco Roa T², Yera Cano R³

¹ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Inestabilidad intermitente.

Historia clínica

Varón de 79 años, acude a consulta por llevar 72h con inestabilidad en la marcha de manera intermitente. Está asustado porque hace 1 año sufrió un ACV al presentar una clínica similar.

Enfoque individual: Independiente para las actividades de la vida diaria. Antecedentes: HTA e infarto isquémico lacunar resuelto sin secuelas hace un año. Tratamiento habitual: doxazosina, hidroclorotiazida, simvastatina, alopurinol, pantoprazol y AAS. Acude con su mujer y una hija refiriendo desde hace 3 días inestabilidad en la marcha de manera intermitente que observamos también, con los cambios posicionales, en la anamnesis dirigida. Además, presenta cansancio de piernas y leve disnea de moderados esfuerzos desde hace 3 semanas.

Exploración: BEG, eupneico, palidez de piel y mucosas llamativas tanto en cara como tronco.

Exploración neurológica, ACR y abdomen normal. Otoscopia: tapón de cerumen en conducto izquierdo. MMII: varices, sin edemas ni signos de TVP y con pulsos presentes. Solicito analítica urgente para el día siguiente y pauto reposo relativo domiciliario hasta resultados.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel sociocultural alto. Casado con esposa con quien vive. Tienen 3 hijos que viven en la misma

ciudad y están muy pendientes de ellos. Se acuerda que un hijo acudirá a recoger los resultados al día siguiente.

Juicio clínico: Pancitopenia con diagnóstico posterior de Síndrome Mielodisplásico (SMD) por Hematología. Diagnóstico diferencial inicial: Vértigo periférico, vértigo central, anemia, ACV subagudo.

Tratamiento, planes de actuación: En consulta posterior se explica a la hija la necesidad de traslado urgente al hospital para realizar transfusión sanguínea y valoración posterior por Hematología. Ante su gran preocupación se explica la imposibilidad de descartar "cáncer de sangre" y la necesidad de un diagnóstico precoz para iniciar tratamiento y mejorar el pronóstico.

Evolución: Transfusión sin complicaciones. En hematología se realizó analítica completa y punción medular. Posteriormente inicio de tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

En personas mayores con síntomas inespecíficos es muy necesario realizar una anamnesis y exploración detallada, de cara a dirigir correctamente un diagnóstico. Ante una pancitopenia en personas de avanzada edad, debemos tener presente el diagnóstico de SMD. Es importante una correcta evaluación inicial para predecir su pronóstico y así poder estimar su evolución y manejo adecuado al riesgo.

Palabras clave

Pancitopenia, Displasia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Esto es de las pastillas seguro, Doña Rocío

Yera Cano R¹, Vasco Roa T², Salas Cárdenas M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. CS Cazorra. Jaén

³ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones dérmicas tras inicio de tratamiento con levofloxacin, ibuprofeno y acetilcisteína hace 36h por diagnóstico de infección respiratoria de vías bajas en urgencias de atención primaria.

Historia clínica

Varón de 76 años de edad acude a consulta por lesiones dérmicas pruriginosas generalizadas aparecidas a las 24h del inicio del tratamiento.

Enfoque individual: alérgico a penicilinas y con antecedentes de DM2, EPOC, disminución de la agudeza visual y demencia. En tratamiento habitual con Braltus, AAS, omeprazol, glicazida, metformina, donepezilo, quetiapina, optovite, ácido fólico, paracetamol y tratamiento agudo desde hace 36hs con acetilcisteína, ibuprofeno y levofloxacin, tras diagnóstico en urgencias de atención primaria de infección respiratoria de vías bajas al acudir por febrícula y mucosidad. En ocasiones anteriores ha tomado esos medicamentos sin presentar alergias, efectos secundarios o complicaciones, pero no recuerda si a la vez y tomando toda la medicación habitual que toma, pues en el último año lo ha modificado en varias ocasiones (memantina, simvastatina, metamizol, lantus, lorazepam, Venlafaxina). A la exploración presenta lesiones cutáneas redondeadas eritematobullosas de +/- un centímetro de diámetro en manos, tronco y pierna izquierda. No en

mucosas. Eupneico, ACR normal y faringe sin afectación. SatO₂ 97%, FC 76lpm.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo, vive con la hija quien es la cuidadora principal, dependiente parcialmente para las actividades de la vida diaria, nivel cultural bajo.

Juicio clínico: Eritema polimorfo debido a fármacos o infecciones agudas tanto víricas como bacterianas.

Tratamiento, planes de actuación: Tras exploración física, cese de la febrícula, mejoría de la mucosidad y BEG del paciente, se retira tratamiento iniciado hace 36h y se administra urbason y polaramine vía intramuscular. Se cita de nuevo a las 24h para valorar evolución.

Evolución: Cedió el prurito tras el tratamiento administrado y no han salido más lesiones. Tampoco hay afectación de vía aérea ni empeoramiento del cuadro que hizo iniciar el tratamiento.

Conclusiones

Es importante en Atención Primaria escuchar detenidamente al paciente y preguntar a qué achaca sus síntomas, ya que es quien sufre la patología y puede ayudarnos, en muchas ocasiones, a un mejor enfoque diagnóstico. Debemos tener en cuenta los beneficios de los fármacos, así como sus posibles alergias e interacciones.

Palabras clave

Eritema, Fármaco, Interacciones

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lesión en úvula. La importancia del diagnóstico diferencial

Salas Cárdenas M¹, Yera Cano R², Vasco Roa T³

¹ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. CS Cazorla. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos y cuerpo extraño en garganta.

Historia clínica

Varón de 34 años de edad acude a consulta por presentar picor faríngeo y tos desde hace 4- 5 días junto con sensación de cuerpo extraño en la garganta. Se la ha mirado al espejo y se ve algo en la úvula.

Enfoque individual: 34 años, sano, fumador y con leve rinitis alérgica estacional. Sin tratamiento crónico alguno ni alergias medicamentosas. Acude a consulta porque, tras llevar 4-5 días con tos y picor faríngeo, se ha notado algo en la garganta al tragar y al mirarse en el espejo se ve "como una verruga".

Exploración: BEG, eupneico. Al valorar faringe se observa lesión verrugosa de 2-3 mm pediculada en lateral izquierdo de úvula y lesión redondeada brillante con líquido en su interior, a tensión de 1cm de diámetro en lateral derecho. No adenopatías cervicales, otoscopia normal. En la anamnesis dirigida no refiere ninguna otra sintomatología, sí relaciones sexuales orales. Solicitamos analítica básica con PCR y serologías y derivó a maxilofacial para su valoración.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel cultural alto, soltero vive con padres con quien tiene

buena relación. Viene con la madre a recoger resultados analíticos pues está asustado.

Juicio clínico: Papiloma y mucocela faríngeos. Pregunta y explico la posibilidad de ser una ETS, al igual que alguna tumoración benigna o maligna, de ahí las pruebas solicitadas y la derivación al servicio de maxilofacial, encargado del diagnóstico definitivo y tratamiento si procediera.

Tratamiento, planes de actuación: No indico tratamiento farmacológico alguno. Insisto en el abandono del hábito tabáquico y la buena higiene bucal, así como la no práctica de relaciones de riesgo.

Evolución: Analítica básica y PCR normales. Serologías negativo activas. Diagnóstico de mucocela y papiloma en maxilofacial sin datos de malignidad. En espera de cirugía.

Conclusiones

En Atención Primaria, ante estos casos, debemos realizar, además de una detallada anamnesis, un análisis exhaustivo de las características que definen la lesión (consistencia, contornos, movilidad, adherencias...), para enfocar mejor nuestro diagnóstico y pautar un tratamiento eficaz. Además, nos será útil para no pasar por alto patologías que puedan ser graves o, por el contrario, sobreutilizar recursos de segundo escalón sin ser necesarios.

Palabras clave

Mucocela, lesiones, Características

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Misterioso derrame pleural en mujer joven

González López A¹, Adrada Bautista A², Aguado de Montes M³

¹ Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivos de consulta

Síncope de repetición y dificultad respiratoria.

Historia clínica

Antecedentes personales: Fumadora de 2 cigarrillos/día. Dismenorrea en tratamiento con anticonceptivos hormonales orales.

Enfoque individual. Anamnesis: Mujer, 32 años, consulta por episodio sincopal en relación a menstruación muy dolorosa, repetición del cuadro sincopal a los dos días, astenia y sensación de dificultad respiratoria y dolor pleurítico costal derecho con la tos. Refiere dismenorrea habitual, que se acompaña de omalgia derecha autolimitada con la desaparición de la menstruación a los 3-4 días. Manifiesta sangrado intermenstrual.

Exploración: Palidez mucocutánea, pelo frágil. Estable hemodinámicamente, mamas densas sin nódulos, tampoco adenopatías a ningún nivel. En la auscultación abolición murmullo vesicular en base pulmonar derecha. Resto anodino.

Pruebas complementarias: Analítica: anemia (Hb7,6) normocítica-normocrómica. Autoinmunidad, incluyendo anticuerpos antiováricos negativo activos, CA 125: 119, 5U/ML. Test de embarazo negativo activo, bHCG 0, 1 U/L. RX tórax: derrame pleural que ocupa medio hemitórax derecho. TAC tóraco-abdominal: derrame pleural derecho y atelectasia pasiva LID, imágenes ganglionares mediastínicas, densidad nodular mama derecha, probable hemoperitoneo y acúmulo de líquido en ambas gotieras. Se realiza toracocentesis evacuadora. Líquido pleural sanguinolento, citología muestra características de exudado no complicado, no confirma endometriosis a pesar de la elevación del CA 125. Ecografía transvaginal: imagen adyacente a ovario derecho compatible con

hematoma organizado 56x54mm. Ecografía mamaria: nódulo 15mm delimitado y de características benignas compatible con Fibroadenoma mama derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, sin hijos, Vive sola. Desconcertada por el ingreso y bastante angustiada. Tenía asumidas las alteraciones menstruales desde la adolescencia pero preguntaba acerca de la repercusión de los nuevos hallazgos clínicos. Con la mejoría de la sintomatología se reduce la ansiedad.

Juicio clínico: Derrame pleural derecho con características de exudado en relación con hematoma paraovárico: Endometriosis VS Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.

Diagnóstico diferencial: ¿Hemotórax catamenial? Descartadas tuberculosis y colagenosis.

Tratamiento, planes de actuación: Hierro oral, evitar anticonceptivos hormonales. No subsidiaria de drenaje endotorácico; Si recidiva de mayor cuantía plantear toracoscopia.

Evolución: Trece días tras el alta la paciente vuelve a consultar por nuevo episodio de disnea, toracocentesis diagnóstica con salida de 30mL de líquido hemorrágico.

Conclusiones

Quizás no estamos tan acostumbrados a la clínica de disnea en pacientes jóvenes, exceptuando asma o infecciones, y quizás por esto debemos insistir en tener siempre presentes patologías poco frecuentes pero enormemente agradecidas de tratar en este perfil de sujetos, que suelen responder de forma óptima y que habitualmente no añaden comorbilidad.

Palabras clave

Derrame Pleural, Endometriosis, Ginecología

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Me calma el agua

Párraga Vico B¹, Frías Castro M², Gracia Baena I¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomelloso II. Ciudad Real

² Médico de Familia. CS Madridejos. Toledo.

Ámbito del caso

Hospital

células malignas. Autoinmunidad, marcadores tumorales y serología negativo activa.

Motivos de consulta

Disnea y astenia.

Enfoque familiar y comunitario: en este caso podemos sospechar una insuficiencia cardiaca o un infarto, pero dado que el paciente era conocido del cupo, y anteriormente no tenía antecedentes de interés; se decidió derivar al servicio de urgencias hospitalario.

Historia clínica

Paciente de 69 años que acude a CS por presencia de nudo en el pecho que se calma tras beber agua asociado a disnea al subir escaleras; astenia y ortopnea. Refiere catarro de vías altas los días previos. Se decide derivación a urgencias para valoración. Allí se realizar el resto de pruebas complementarias dónde se objetiva líquido pericárdico y se decide derivación a Toledo para pericardiocentesis ante la mala evolución con AINES.

Juicio clínico: Pericarditis efusiva constrictiva con derrame pericárdico severo drenado.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, ansiedad, proceso oncológico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacciones alérgicas medicamentosas. Hipertensión arterial (en tratamiento con Enalapril). Intervenido del manguito de los rotadores.

Tratamiento, planes de actuación: AINES, pericardiocentesis.

Exploración: Paciente consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. TA 115/70. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico. Hipoventilación en base izquierda. Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: No edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos.

Evolución: Tras la administración de tratamiento y la pericardiocentesis (con extracción de 600 cc) el paciente presentó buena evolución clínica, actualmente asintomático.

Conclusiones

El paciente presentó una clínica muy ambigua, no pudiendo realizar un diagnóstico certero desde el CS Comentar la variedad de etiología de derrame pericárdico, siendo la causa viral la más frecuente (y asumida en este caso). Recaltar la realización de una buena historia clínica, exploración y reconocimiento de los signos de alarma desde atención primaria. Destacar la importancia de conocer al cupo y el seguimiento continuado del mismo.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal con descenso del ST en cara lateral. Analítica: Hb 15.6, leucocitos 5100, plaquetas 206.000. INR 1.25. Cr 1.1. PCR 0.6. Marcadores de necrosis cardiacos negativo activos. Ecocardiograma: Derrame pericárdico moderado-severo con constricción añadida. Anatomía patológica: Abundantes linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos. Citología: negativo activa para

Palabras clave

Pericardial effusion, Dyspnoea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Riñón de mieloma

Martínez Cháves M, Berchid Débdi M, Caraballo Ramos I

Médico de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Se desarrolló inicialmente en AP con la posterior intervención de nefrología y hematología.

Motivos de consulta

Consulta por un dulzor excesivo en la boca en las 2 últimas semanas y sentirse más cansado de lo habitual.

Historia clínica

Varón de 48 años sin AMC entre sus antecedentes: HTA, HBP, obesidad grado II, hiperuricemia asintomática, sin episodios de gota ni cólicos nefríticos, intervenido quirúrgicamente de sinus pilonidal; acude consulta al estar preocupado, por si fuera diabético, ya que sus padres lo son, porque todo lo que come le sabe a dulce así como cansancio.

Enfoque individual: Obeso, CYO palidez cutánea-mucosa, boca séptica. ACR rítmico, 110lxm mv. Conservado abdomen sin hallazgos, *Exploración neurológica* básica normal TA 140/85. Solicito Analítica con perfil general, HTA, TSH. Acude a la semana sin cita porque se encuentra muy cansado y mareado. En la analítica se observa creatinina: 3mg/dl con el diagnóstico sindrómico de insuficiencia renal aguda (IRA), es derivado al servicio de urgencias hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijos que viven en el domicilio familiar, familia

nuclear normofuncionante en fase III de extensión completa del CVF.

Juicio clínico: Hay que realizar diagnóstico diferencial con aquellas patologías que cursan con IRA en rango nefrítico (glomerulonefritis).

Tratamiento, planes de actuación: Inicialmente fue ingresado en nefrología por IRA con proteinuria en rango nefrítico, programándose una biopsia renal, se derivó posteriormente a hematología con el Diagnóstico de mieloma múltiple iniciando tratamiento de quimioterapia fue candidato a autotrasplante tras aféresis exitosa en 3 sesiones.

Evolución: La evolución ha sido buena presentado como única complicación mucositis faríngea e intestinal grado 1 que se resolvió con medidas generales.

Conclusiones

No se puede banalizar ningún motivo de consulta por extraño que parezca, el paciente, en principio, estaba preocupado por si era diabético, ya que tenía un dulzor excesivo, que posteriormente desapareció; no esperando encontrar un debut tan poco frecuente en forma de afectación renal de un mieloma múltiple, conocido como riñón de mieloma.

Palabras clave

Taspe, Riñón de Mieloma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Linfoma B de alto grado e infección VIH

Aguado de Montes M¹, González López A², Adrada Bautista A³

¹ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

² Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

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

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: Fumador. Fístula perianal, condilomas acuminados.

Enfoque individual. Anamnesis: Varón de 33 años consulta en urgencias por dolor abdominal de 3 semanas de evolución, de predominio en vacío e hipocondrio derecho. Sensación de plenitud postprandial. No fiebre. No vómitos ni alteración en hábito intestinal. Asocia prurito generalizado, así como discreta coluria y acolia. Pérdida de 5 Kg de peso. Consultó por sintomatología similar, aunque más leve, una semana antes, descartándose patología de urgencia.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientado. Eupneico. Tinte icterico conjuntival. Abdomen: masa dura, dolorosa a la palpación, que ocupa todo hemiabdomen derecho. No signos de irritación peritoneal. No adenopatías.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: plaquetas $57 \times 10^3/\mu\text{L}$. Coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: Bilirrubina Total 8.3mg/dl, Bilirrubina Directa 8.2mg/dl, LDH 609 U/L, GOT 200 U/L, GPT 218 U/L, Amilasa 158 U/L, PCR 22.8mg/L. Serología: VIH positivo, resto negativo activo. TAC abdomen: masa abdominal de tejidos blandos, de gran volumen y límites mal definidos. Comportamiento infiltrativo (extensión tanto peritoneal como retroperitoneal). Dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Algunas adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. TAC tórax: estudio dentro de la normalidad. Biopsia abdominal: Linfoma B de alto grado.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, perteneciente a familia nuclear, siendo el menor de dos hermanos. Trabaja como recepcionista en un hotel. Reticencia inicial a informar a sus familiares de la patología que presenta. Rechazo de apoyo psicológico.

Juicio clínico: Linfoma difuso células grandes B alto grado Double Hit estadio IV e Infección VIH de nuevo diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, Colecistitis, Pancreatitis, Úlcera péptica, Neoplasia.

Identificación de problemas: Afrontamiento de la enfermedad y tratamiento.

Tratamiento: Quimioterapia esquema R-CHOEP, Radioterapia externa y terapia antirretroviral.

Plan de actuación: Se cursa ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

Evolución: Inicia tratamiento quimioterápico con intención curativa durante ingreso, así como terapia antirretroviral. Evolución favorable. Actualmente en remisión completa. Carga viral indetectable.

Conclusiones

Los linfomas se asocian con alta frecuencia a infección por VIH, siendo el linfoma difuso de células grandes B el más común. Se caracterizan por curso agresivo con mala evolución clínica. Importancia de realizar adecuado diagnóstico diferencial ante persistencia de síntomas o mala evolución clínica. Destacar el papel del médico de familia en el seguimiento posterior del paciente, tanto desde el punto de vista clínico como de apoyo psicológico y ayuda a la familia.

Palabras clave

Dolor abdominal, Linfoma, VIH

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No todo son hongos

Aguado de Montes M¹, De Francisco Montero M², González López A³

¹ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

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

³ Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesiones eritematosas en pene.

Historia clínica

Antecedentes Personales: Varón, 71 años. Enfermedad de Parkinson, cardiopatía isquémica, HBP, TVP, déficit vitamina B12.

Enfoque individual. Anamnesis: lesiones eritematosas en base de pene de 5 días de evolución que atribuye a humedad de la zona y fricción con ropa interior. Inicialmente tratadas con antifúngicos y corticoides tópicos por sospecha de candidiasis. Una semana después vuelve a consultar por empeoramiento de las lesiones, con extensión a zona inguinal y secreción blanquecina maloliente, por lo que se asocia antifúngico oral (Fluconazol), con ausencia de mejoría y progresión a zona anal.

Exploración: Placas eritematosas en ambas regiones inguinales y base de pene, erosivas, con lesiones pustulosas satélite y exudado amarillento.

Pruebas complementarias: Biopsia punch: alteraciones compatibles con psoriasis pustuloso.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con dos hijos emancipados. Dependiente para algunas ABVD, siendo su mujer la cuidadora principal.

Juicio clínico: Psoriasis invertida y pustuloso.

Diagnóstico diferencial: Intertrigo candidiásico, Psoriasis invertida, Tiña inguinal, Eritrasma.

Identificación de problemas: Preocupación por la progresión de las lesiones y posible contagiosidad de las mismas.

Tratamiento: Tacrolimus pomada cada 24h en pliegues. Calcipotriol/betametasona espuma cada 12h en resto de lesiones.

Plan de actuación: Se remite a Dermatología: pautan Itraconazol 100mg/12h durante 7 días y fórmula magistral clotrimazol 1%+hidrocortisona 1%+talco 25%+óxido de zinc 25%+glicerol 25%+ agua csp 100gr.

Evolución: A los pocos días de iniciar tratamiento oral con Itraconazol aparecen de forma generalizada lesiones eritematosas redondeadas de pequeño tamaño, pruriginosas, algunas con centro pustuloso y otras descamativas. Se decide realizar biopsia de lesión.

Conclusiones

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica no contagiosa que cursa a brotes, de etiología desconocida, sobre la que actúan diversos factores desencadenantes. Debemos explicar la naturaleza de la enfermedad y valorar la repercusión psicológica que pueda ocasionar en el paciente. Ante tratamientos fallidos en lesiones sugestivas de intertrigos debemos sospechar siempre formas atípicas de presentación de la psoriasis. Para ello es importante realizar una buena anamnesis y un adecuado diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Candidiasis, Psoriasis, Diagnóstico diferencial

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, mi padre está muy despistado

Caraballo Ramos I, Martínez Cháves; M, Berchid Débdi M

Médico de Familia. CS Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria. Medicina Interna.

Motivos de consulta

Los familiares lo notan muy despistado.

Historia clínica

Desde hace un mes presenta cefalea frontal derecha leve, pero persistente. No se acompaña de náuseas ni le despierta por la noche. No le impide realizar sus tareas. En la última semana consulta varias veces en urgencias por no mejorar el dolor con analgésicos habituales. Acude acompañado por la familia, muy alertada, porque desde hace 2 días lo notan despistado, a veces repite varias veces lo mismo o se pone las zapatillas para salir a la calle.

Enfoque individual: paciente de 60 años con historia de etilismo crónico y gota. Antecedente de síncope de repeticiones atribuidas al consumo de alcohol tras estudio mediante Eco-Doppler, TAC craneal y RM suprarrenales (descartando feocromocitoma). Durante la entrevista el paciente se muestra colaborador, consciente y orientado. ACR normal. *Exploración neurológica:* PINLA, no afectación de pares craneales, no alteración motora ni sensitiva. No afectación de la coordinación. Romberg negativo activo. Fondo de ojo sin dilatación pupilar sin datos de edema de papila.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en fase de contracción. Relación conflictiva con la esposa a causa de su etilismo.

Juicio clínico: Con el diagnóstico de síndrome confusional agudo se deriva a urgencias hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: alteraciones metabólicas, nutricionales, endocrinas, hematológicas, cardiovasculares, pulmonares, encefalopatía hepática, nefropatías, enfermedades infecciosas, intoxicación por sustancias y enfermedades neurológicas intrínsecas, ya sean por alteraciones focales o difusas de origen vascular, neoplásico, infeccioso o desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: En TAC Craneal en urgencias detectan 2 lesiones en hemisferio cerebral derecho frontal y occipital con edema perilesional y desplazamiento de la línea media. Neurocirugía determinó el probable origen metastásico de las lesiones.

Evolución: Ingresó en Medicina Interna donde se diagnostica de adenocarcinoma de pulmón con metástasis óseas generalizadas y metástasis cerebrales.

Conclusiones

No siempre una exploración física normal descarta la existencia de patología orgánica. Ante la mínima sospecha es necesario el estudio mediante pruebas: analíticas, de imagen... En muchos casos, con pocos síntomas, debutan enfermedades graves y en estadios avanzados difícil de sospechar inicialmente.

Palabras clave

Cefalea, Síndrome confusional

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, no termino de ponerme bien

Castro Serrano M¹, Cantarero Ortiz M², Guzmán Quesada E³

¹ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médica de Familia. CS Bailén. Jaén

³ Médico de Familia. CS Miraflores de Los Ángeles. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea

Historia clínica

Cuadro de diarrea y dolor abdominal difuso de un mes de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 45 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés.

Anamnesis: cuadro de semanas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, sin vómitos y con deposiciones diarreicas, sin moco, sangre ni productos patológicos. Afebril. Sigue dieta blanda, con buena tolerancia.

Exploración: Buen estado general, normotensa, afebril. Buena hidratación de piel y mucosas. Normocoloreada. Eupneica. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Resto de exploración por órganos y sistemas sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: En las primeras consultas no se solicitaron pruebas complementarias, se pautó tratamiento empírico. Es en la tercera consulta, con un mes de evolución del cuadro, se solicita:

Hemograma: leucocitos: 9670, hemoglobina: 14.3, Hematocrito: 41.8, neutrófilos: 5080 (52.6%).

Bioquímica: glucosa: 81, urea: 21, creatinina: 0.61, ácido úrico: 4.0, colesterol, iones y perfil hepático normal. Alergia: neumoaérgenos: negativo activo, alimentos: negativo activo, mohos: negativo activo, anisakis: negativo activo. Coagulación: normal. Uroanálisis:

negativo activo. Coprocultivo: Positivo: Abundantes quistes de Endolimax nana.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con una hija adolescente, sin clínica en sus familiares directos. Profesora de Infantil. Relaciona el inicio del cuadro con el inicio del curso escolar.

Juicio clínico: Enteritis infecciosa por protozoos (Endolimax nana).

Diagnóstico diferencial: intoxicación alimenticia, enteritis vírica, intolerancia alimenticia.

Identificación de problemas: debido a la mayor incidencia de otro tipo de infecciones digestivas, se retrasó el diagnóstico y tratamiento durante un mes.

Tratamiento, planes de actuación: Metronidazol 750 mg/8h durante 6 días. Nuevo coprocultivo en 3 semanas.

Evolución: excelente respuesta a Metronidazol con desaparición de la sintomatología. Coprocultivo a las 3 semanas, negativo activo.

Conclusiones

En el ámbito de la Atención Primaria, en el que tratamos paciente con cuadros iniciales y generalizados, es útil basarse en la mayor incidencia de ciertas patologías, pero ante una mala respuesta, debemos ampliar el diagnóstico diferencial y profundizar en la historia familiar y comunitaria, así como acceder a aquellas pruebas que tenemos a nuestro alcance sin necesidad de derivar a otras Especialidades Hospitalarias

Palabras clave

Diarrea, Maestra, Endolimax Nana

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome confusional por privación de opiáceos

Turnes González A¹, Cabrera Díaz A¹, Martín Fernández A²

¹ Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

² Médico de Familia. DS Granada Metropolitano. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cuadro agudo de confusión y agitación psicomotriz.

Historia clínica

Varón, 46 años. Avisa, por episodios agudos, recurrentes y de corta duración de desorientación temporal, espacial y alopsíquica, agresividad e ideas delirantes de perjuicio de 8 horas de evolución. Lo asocian al olvido de cambio de parche de fentanilo esa mañana. A nuestra llegada se encuentra muy agitado e intenta agredirnos teniendo que ser reducido por miembros del orden público. No clínica infectiva.

Enfoque individual: alérgico a Duloxetina. Antecedentes de Hipertensión arterial, dislipemia, estenosis lumbar, protusiones discales y síndrome facetario seguido por Unidad del Dolor. Trastorno adaptativo. Tratamiento con Cloruro Mórfico 20 mg/12 hs, Parches de Fentanilo 150 mcg/72 hs, Diazepam 5-5-10 mg, Pregabalina 150 mg/12 hs, Trazodona 100 mg/24 hs, Venlafaxina 75 mg/12 hs, Ácido Fólico 5 mg/24 hs, Vit B12 una ampolla mensual, Enalapril 20 mg/24 hs.

Exploración: Hemodinámicamente estable, bien hidratado, normoperfundido, eupneico, Glasgow 15/15. Neurológico: Alterna momentos en los que está alerta, orientado, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos con episodios de desorientación e todas las esferas y agresividad. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Dolor a nivel lumbar que limita la movilidad. Para el traslado hospitalario, precisa

clorazepato dipotásico 20 mg intramuscular y midazolam 5 mg intravenoso. Analítica normal incluido perfil tiroideo, B12 y fólico. Tóxicos en orina positivo para benzodiazepinas y mórficos. Electroencefalograma y Resonancia Magnética sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con dos hijos mayores de edad, parados conviven en domicilio familiar. Tiene una incapacidad definitiva por su dolencia de espalda. Calidad de vida limitada por alteración de la marcha. Apoyo y soporte socioeconómico por su madre.

Juicio clínico: Cuadro confusional por abstinencia a opiáceos vs Demencia frontotemporal.

Tratamiento, planes de actuación: Tras 12 días de ingreso en Neurología y salud mental, precisando medicación antipsicótica y sujeción mecánica, es dado de alta con similar tratamiento del ingreso y revisión en Neurología.

Evolución: Desde el alta persisten fallos de memoria, discurso incoherente y pérdida de autonomía. Valoración multidisciplinar en CS

Conclusiones

Resaltar la labor de los profesionales de unidades móviles sanitarias como primera asistencia. Importancia de adherencia al tratamiento analgésico. Destacar la visión holística del paciente en atención primaria.

Palabras clave

Abstinence Syndrome, Confusional State, Fentanyl

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Presta atención: mujer joven con dolor torácico

Correa Gómez V¹, Gómez Rodríguez S², García Flores A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Úbeda. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Cirugía Torácica.

Motivos de consulta

Dolor torácico de 2 semanas de evolución.

Historia clínica

Mujer de 18 años que acude a consulta de Médico de Familia por episodios autolimitados desde hace 2 semanas de dolor precordial, localizado a punta de dedo, que irradia a nivel subaxilar izquierdo, tipo opresivo, sin relación con los movimientos y sin cortejo vegetativo. No sensación disneica ni fiebre. Tenía el periodo cuando comenzaron los síntomas.

Enfoque individual: Con antecedentes personales de asma alérgica, sin tratamiento actual, hasta hace 1 mes tomaba anticonceptivos orales. Fumadora de 10 cigarrillos/día y bebedora social de fines de semana.

Buen estado general y estable hemodinámicamente. Eupneica (saturación O₂ 99%) y normocoloreada. Biotipo leptosómico. En auscultación cardiorrespiratoria murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, latido cardíaco rítmico sin soplos. No dolor a la digitopresión torácica. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Se realiza en esa misma mañana electrocardiograma y radiografía torácica. En electrocardiograma ritmo sinusal a 85 lpm, sin ascensos/descensos segmento ST ni alteraciones de la repolarización. En radiografía se visualiza línea pleural con hiperlucencia a nivel de vértice y lateral pulmonar izquierdo,

donde no se visualiza vascularización pulmonar, sin desplazamiento mediastínico.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante de biología, vive en piso de estudiantes. No problemas en el ámbito familiar.

Juicio clínico: Ante clínica de dolor torácico podríamos sospechar en infinidad de patologías, por ejemplo isquemia miocárdica, pericarditis, perforación esofágica o ansiedad entre otros. El diagnóstico desde Atención Primaria es de neumotórax espontáneo izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias hospitalarias para colocación de tubo de drenaje pleural aspirativo y se ingresa a cargo de cirugía torácica.

Evolución: Permanece 4 días ingresada con buena evolución y es dada de alta con recomendación de abandono de hábito tabáquico y realizar fisioterapia respiratoria.

Conclusiones

Este caso es un ejemplo de que nunca hay que banalizar el dolor torácico en una persona joven y aún menos si está presente desde varias semanas. No negaremos que nos sorprendió ver el resultado de la radiografía. El diagnóstico de sospecha de un neumotórax se puede confirmar con una simple radiografía de tórax, algo de lo que solemos disponer en nuestros Centros de Salud.

Palabras clave

Pneumothorax Spontaneous

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Ansiedad sin respuesta a benzodiazepinas

Correa Gómez V¹, García Flores A², Gómez Rodríguez S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias, Medicina Interna.

almacén de frutas. Sin problemas en el ámbito sociofamiliar.

Motivos de consulta

Cuadro de ansiedad.

Juicio clínico: En esta paciente la primera impresión diagnóstica era la de una crisis de ansiedad, de hecho hasta los familiares corroboraban nuestras sospechas. Pero la persistencia de los síntomas durante días, con empeoramiento, y sin respuesta a benzodiazepinas nos debía hacer pensar en otros posibles diagnósticos. Tras confirmación por pruebas complementarias, se diagnostica a la paciente de cetoacidosis diabética como debut diabético.

Historia clínica

Mujer de 27 años que acude a Urgencias acompañada de sus padres. Refieren que su hija es muy aprensiva y desde hace 3 días presenta nerviosismo asociado a intervención de miopía. También presentó dolor abdominal y vómitos reiterados en los días previos. Hoy comienza con hiperventilación, mareo y pérdida de fuerza, además de alucinaciones visuales. Acudió esta mañana a su CS y su médico le prescribió benzodiazepinas, sin notar ninguna mejoría.

Tratamiento, planes de actuación: Se empieza a corregir glucemia y acidosis, siendo ingresada en Medicina Interna.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales, hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Regular estado general, consciente pero poco colaboradora. Llama la atención la taquipnea y respiración superficial, con sudoración profusa. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no dolor a la palpación, sin signos de peritonismo. Resto de aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Evolución: Tras conseguir control del medio interno y recibir educación diabetológica, es dada de alta con seguimiento por su Médico de Atención Primaria.

Se realiza glucemia capilar y el glucómetro marca valores Hi. Tensión arterial 130/70 mmHg, saturación O₂ 96%, temperatura 37.3°C y frecuencia cardíaca 105lpm. En analítica sanguínea destaca glucemia 512mg/dl, resto normal. Gasometría venosa con pH6.83.

Conclusiones

Tras el diagnóstico de diabetes, los pacientes deben sufrir un proceso de adaptación a esta enfermedad crónica. Esta adaptación se desarrolla a través de distintas fases: negación, rebeldía, negociación... Lo ideal es que todo este proceso transcurra lo más brevemente posible, para ello el Médico de Familia ejerce un papel fundamental de apoyo y seguimiento continuado.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Vive con sus padres. Trabaja de envasadora en

Palabras clave

Cetoacidosis diabética, diabetes.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, tengo unas picaduras que van a más

Correa Gómez V¹, García Flores A², Expósito Díaz-Álvarez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Picaduras.

Historia clínica

Mujer de 52 años que acude porque hace unas 2 semanas le aparecieron lesiones cutáneas eritematosas y redondeadas, muy pruriginosas a nivel de la espalda y genitales, que han ido extendiéndose progresivamente por todo el cuerpo. Refiere que algunas le aumentaron de tamaño hasta hacerse ampollas. Niega haber estado en el campo. Tiene un perro. En su casa hay mucha humedad. Dichas lesiones comenzaron a aparecer tras empezar a tomar Losartán.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora desde hace 4 años. Diagnosticada de diabetes, hipertensión y dislipemia. En tratamiento con Losartán 50mg/24h, simvastatina 20mg/24h, metformina 850mg/12h y dapaglifozina 10mg/24h. Buen estado general, eupneica, normocoloreada y afebril. Se aprecian lesiones eritematosas y redondeadas, en forma de placas numulares, generalizadas por toda la superficie corporal (más en genitales, tórax y espalda), que disminuyen su coloración a la digitopresión. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Ama de casa. Sin problemas en el ámbito sociofamiliar.

Juicio clínico: Se diagnostica de exantema fijo pigmentario por la aparición de las lesiones tras comienzo de tratamiento farmacológico y su comportamiento, con afectación característica de mucosas. Habrá que hacer un diagnóstico diferencial con la urticaria, eritema multiforme, herpes, picadura por ácaros o pulgas, costra negra y descartar rickettsiosis, entre otros.

Tratamiento, planes de actuación: El brote se trató con antihistamínico ebastina y corticoide tópico clobetasol. Se suspende Losartán y se cambia a ramipril 2.5mg/24h. Y se deriva a alergología para continuar estudio.

Evolución: Las lesiones respondieron al tratamiento y suspensión del antihipertensivo, con lo que se confirmó la sospecha diagnóstica.

Conclusiones

El exantema fijo pigmentado es una forma especial de toxicodermia. Puede ser producido por cualquier medicamento. Aparece a cualquier edad. Se localiza en cualquier topografía, especialmente extremidades, tronco, mucosa oral y genital. Caracterizado por la formación de una placa, ampolla o erosión solitaria, a veces múltiple. Si se vuelve a tomar el desencadenante aparece exactamente en la misma localización cutánea unas horas después. Tras la desaparición de las lesiones, persiste una hiperpigmentación residual que puede durar varias semanas o meses.

Palabras clave

Exantema Fijo Pigmentado, Toxicodermia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cáncer gástrico. A propósito de un caso

García Flores A¹, Correa Gómez V², Ballesteros Lechuga L³

¹ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

El paciente acude a la consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 75 años que acude a la consulta por dolor abdominal a nivel de epigastrio de 4 días de evolución, sin irradiación, sin náuseas, ni vómitos, mejora parcialmente con la ingesta, no interfiere con el sueño, hábito intestinal sin alteraciones, heces sin productos patológicos.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: de EPOC, úlcus pilórico hace 20 años, amigdalectomizado. En tratamiento con spiriva cada 24 horas, omeprazol cada 24 horas.

A la exploración buen estado general, consciente, orientado, colaborador, auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio, no masas ni megalias, ruidos conservados, Blumberg y Murphy negativo activo. TA 130/80. Glucemia 102. ECG: 65 latidos por minutos, ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Se le dan recomendaciones dietéticas y se le recomienda observación domiciliaria. A los 2 días el paciente avisa por heces melénicas y mareo. Se deriva a urgencias para valoración donde realizan analítica con hemoglobina de 9, 6 y hematocrito 29, 1%. Radiografía de tórax sin alteraciones. Endoscopia: ulceración gástrica de

aspecto neoplásico. Tac: lesión submucosa en región pilórica anterior, pendiente de biopsia gástrica

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive con su mujer, tiene 2 hijos pero ninguno vive en su misma localidad.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta. Úlcus gástrico de aspecto neoplásico. Hemorragia de otro origen, seudomelenas, gastroduodenitis, várices esofagogástricas, Mallory-Weiss, enfermedad inflamatoria intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa al paciente para estudio. Se le pone perfusión de pantoprazol y se le pasan 2 concentrados de hematíes.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente, en este momento está pendiente de valoración por cirugía.

Conclusiones

Hay que tener en cuenta en estos cuadros que el diagnóstico de las hemorragias digestivas se hace por una buena anamnesis y una buena exploración física ayudándonos de pruebas complementarias. Además debemos tener en cuenta la importancia de ser precavidos antes todos los dolores abdominales debido a la diversidad de etiologías que los pueden provocar y siempre dar indicaciones y pautas de actuación al enfermo.

Palabras clave

Cáncer Gástrico, Hemorragia Digestiva, Dolor Abdominal

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora, no veo por mi ojo bueno!

García Flores A¹, Correa Gómez V², Moreno Jiménez A²

¹ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria, especializada y urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive con su mujer, tiene 2 hijas en la misma localidad con las que llevan una buena relación.

Motivos de consulta

Pérdida de agudeza visual.

Juicio clínico: degeneración macular asociada a la edad.

Historia clínica

Paciente de 80 años que acude a la consulta por pérdida de agudeza visual progresiva a lo largo de los últimos 15 días.

Diagnóstico diferencial: retinopatía diabética, obstrucciones venosas retinianas, neovascularización en el miope magno, hemorragia vítrea, oclusión arteria o vena, desprendimiento de retina. Este paciente solo tiene visión por el ojo derecho donde tiene el problema.

Enfoque individual: antecedentes de Insuficiencia cardiaca, EPOC, exfumador desde hace 30 años, HTA, Ptisis bulbi en ojo izquierdo a raíz de trombosis de la vena central de la retina, glaucoma, fibrilación auricular. En tratamiento con spiriva, relvar, lanirapid, enalapril, Sintrom, furosemida, bisoprolol. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin intervenciones quirúrgicas. Acude por pérdida de agudeza visual en ojo derecho de unos 15 días de evolución de forma progresiva, no dolorosa.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente comienza con pautas de inyecciones intravítreas de EYLEA.

Evolución: En la actualidad ha recuperado parcialmente la visión. Continúa con revisiones en consultas de oftalmología.

A la exploración presenta buen estado general, consciente, colaborador, orientado, auscultación cardiaca arrítmico, auscultación respiratoria hipoventilación generalizada, *Exploración neurológica* normal, tensión arterial 120/80, glucemia 97, saturación 96%. Se deriva a urgencias para valoración. Le realizan un fondo de ojo donde se aprecia hemorragia intraretiniana macular y edema macular. Lo derivan a la consulta de oftalmología. Solicitan oct donde se aprecia alteración del perfil foveal, área hiperreflectante macular, líquido intra y subretiniano.

Conclusiones

Se trata de la causa más frecuente de pérdida de visión irreversible en mayores de 60 años. Es una enfermedad degenerativa y progresiva y dada la larga esperanza de vida está en aumento. Tenemos 2 tipos la seca para la que no existe un tratamiento eficaz y la forma neovascular tratada con terapia antiangiogénica con inyecciones intravítreas de factor de crecimiento endotelial (VEGF). Entre sus factores de riesgo se encuentran las enfermedades cardiovasculares de ahí la importancia de mantener un buen control de dichos factores de riesgo desde atención primaria.

Palabras clave

Degeneración Macular, Agudeza Visual, VEGF

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Actitud ante un paciente con cortejo vegetativo. Importancia de exploración y diagnósticos diferenciales

Maqueda Pedrosa D¹, Silva Santos M², Barba Lobato C¹

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias, Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de instauración brusca.

Historia clínica

Paciente de 72 años que acude a urgencias de atención primaria por dolor abdominal de 8 horas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador de 40-80 cigarrillos diarios. Bebedor de 80 g de etanol diario. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Dislipemia. Hipertensión arterial.

Anamnesis: Refiere inicio del dolor súbito en hemiabdomen superior, que se hizo más intenso, irradiado en cinturón y a plano torácico anterior, acompañado de náuseas escasas. Hizo dos deposiciones líquidas al inicio del dolor sin productos patológicos. No fiebre.

Exploración: Regular estado general. Hemodinámicamente estable. Tensión arterial: 130/65 mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: blando, doloroso a la palpación difusa, sin focalizar. No signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis 21250, resto hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica: Amilasa 2113 U/L, proteína C reactiva 4 mg/L, creatinquinasa 141 U/L, troponina T 15 ng/l. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin datos de isquemia. Radiografía tórax: atelectasias basales en hemitórax derecho. Abdomen: abundante gas colon derecho. TAC abdomen: engrosamiento difuso de páncreas con desdibujamiento de sus contornos e

hipocaptación del parénquima en al menos dos tercios de su extensión (cuerpo y cola). Se aprecia abundante cantidad de líquido peripancreático. Vesícula y vías biliares normales.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Hija de 37 años sana. Hijo muerto a los 27 años súbitamente.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda etílica moderada.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, gastroenteritis aguda.

Identificación de problemas: bebedor de alcohol.

Tratamiento, planes de actuación: Traslado hospitalario para ingreso en Digestivo. Analgesia. Nutrición enteral por sonda nasogástrica. Abstinencia alcohol.

Evolución: Favorable, buena tolerancia a la ingesta de forma progresiva.

Conclusiones

El consumo de alcohol es responsable de hasta un 70% de los casos. Ese antecedente pudo hacernos sospechar la patología en cuestión de nuestro paciente, aunque es importante realizar diagnóstico diferencial. En la mayoría de los casos graves, es necesaria la cirugía para extirpar el tejido pancreático muerto. Incidir en la importancia de evitar bebidas alcohólicas y alimentos grasos. Promover hábitos de vida saludable para evitar el desarrollo de patologías, papel fundamental en la medicina familiar y comunitaria.

Palabras clave

Pancreatitis, Abdominal Pain, Alcoholism

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Segundo motivo de consulta, probablemente el principal problema del paciente

Maqueda Pedrosa D¹, Silva Santos M², Barba Lobato C¹

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odontalgia. Tumoración inguinal derecha.

Historia clínica

Acude a consulta mujer de 64 años por odontalgia desde hace 2 semanas. Tras ajustar tratamiento y derivación a odontólogo, refiere que desde hace 4 meses presenta tumoración en ingle derecha.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia.

Anamnesis: Como motivo secundario de consulta, refiere una tumoración inguinal derecha desde hace 4 meses, con crecimiento progresivo, no dolorosa. Si refiere pérdida de 2 kg en los últimos meses. No relaciones sexuales de riesgo ni infecciones genito-urinarias.

Exploración: Peso 53.4 Kg. Excelente estado general. Tumoración de 8 centímetros de diámetro máximo, dura, no dolorosa en zona antero-superior del muslo derecho, sin que se palpen adenopatías inguinales ni a otros niveles. Abdomen normal. Auscultación normal.

Pruebas complementarias: Ecografía: Tumoración sólida hipoeoica, con septos ecogénicos en su interior, bien delimitada en tejido celular subcutáneo de región anterior y superior muslo derecho de 7 x 4 cms, y que parece corresponder a un conglomerado adenopático. Analítica: Hemograma, marcadores tumorales normales. Virus

hepatitis B y C, VIH, VEB y CMV negativo activos. TAC Abdomen: masa 8 cms de eje mayor en región inguinal derecha, con zonas de aspecto quístico-necróticas en el interior, que no parece infiltrar estructuras adyacentes vasculares. Anatomía patológica: linfoma B difuso de células grandes.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, sin hijos. Madre fallecida de infarto agudo miocardio. Padre fallecido por accidente de trabajo. Hermana de 57 años, principal cuidadora de nuestra paciente.

Juicio clínico: Linfoma B difuso de células grandes.

Diagnóstico diferencial: quiste sebáceo, virusis.

Identificación de problemas: infravaloración del problema por parte de la paciente.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a Hematología para tratamiento quimioterápico.

Evolución: Buena evolución tras inicio de rituximab, remisión completa.

Conclusiones

Linfoma no Hodgkin de los más comunes, representando uno de cada tres linfomas. A pesar de ser de rápido crecimiento, tiene excelente respuesta al tratamiento. Educar a la población en motivos y tiempo de consultas, una ardua tarea a realizar por los médicos de familia.

Palabras clave

Lymphoma, Neoplasms, Rituximab

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Epigastralgia con final inesperado

Turnes González A¹, Montero De Ahumada M², Jándula Llaveró V²

¹ Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

² Médico de Familia DCCU. CS Purísima Concepción. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor epigástrico y vómitos.

Historia clínica

Paciente que acude en cuatro ocasiones en 10 días a urgencias del CS por cuadro de dolor abdominal epigástrico junto con vómitos posprandiales, la última asocia cuadro sincopal con recuperación espontánea y fiebre. La clínica no ha mejorado con dieta, inhibidor de la bomba de protones (IBP), analgesia de primer escalón y procinéticos. El cuadro debutó hace más de un mes, como pirosis y regurgitaciones tras alguna ingesta pero ha empeorado. Escala Visual Analógica 5. Ahora es continua, irradiada a ambos hipocondrios. Pérdida ponderal de peso de 5 kilogramos en 2 meses. Hábito intestinal estreñido.

Enfoque individual: Varón, 61 años. No alergias conocidas. Exfumador de 15 cigarrillos/día desde hace 8 años. Intervenido de perforación gástrica hace 20 años. En tratamiento con omeprazol por hernia de hiato.

Exploración: consciente, orientado, estado general postrado, bien hidratado y perfundido. Glasgow 15/15. Saturación 95%, Frecuencia Cardíaca 114 lpm, temperatura 38, 5º Tensión arterial: 155/80 mmHg. Auscultación: tonos rítmicos y audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: con cicatriz de laparotomía, doloroso de forma difusa, sin defensa ni peritonismo. No masas ni megalias. Analítica: sin alteraciones de interés.

Radiografía de abdomen: no dilatación de asas de colon, aire en ampolla rectal. TAC abdominal: Asa de duodeno dilatada de forma difusa, de hasta 5 cm. Dilatación de asa de yeyuno hasta 4, 3 cm hasta cambio de calibre que coincide con una estructura de morfología en miga de pan sugerente de bezoar, no pudiéndose descartar obstrucción de yeyuno secundaria a brida quirúrgica.

Enfoque familiar y comunitario: Trabajador de la construcción recién jubilado. Casado, tiene 2 hijas independizadas.

Juicio clínico: Epigastralgia, obstrucción intestinal por bezoar vs brida quirúrgica.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso a cargo de Cirugía General. Se realiza laparotomía exploratoria y enterotomía para extracción de bezoar.

Evolución: Tras un posoperatorio sin incidencias es dado de alta con recomendaciones dietéticas (buena masticación, dieta sin residuos) y analgesia habitual.

Conclusiones

Un bezoar es una masa de material no digerido a nivel gastrointestinal. Tiene baja incidencia pero elevada morbimortalidad. Sospechar epigastralgia grave en pacientes mayores de 50 años, con factores de riesgo que no ceden a tratamiento con IBP.

Palabras clave

Intestinal Obstruction, Bezoar, Gastric Reflux

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, este dolor no me deja vivir

García Flores A¹, Correa Gómez V², Moreno Jiménez A²

¹ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Diagnóstico diferencial: Herpes zoster, patología dental, patología orbitaria, arteritis de la temporal, tumores intracraneales.

Motivos de consulta

Cefalea.

Identificación de problemas: Presenta un dolor incapacitante que le está ocasionando absentismo laboral.

Historia clínica

Paciente de 35 años con cefalea hemicraneal izquierda con sensación de ocupación a nivel heminasal izquierdo que no cede a analgésicos habituales.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta tratamiento con carbamazepina 100mg cada 12 horas una semana, posteriormente 100mg por la mañana y 200mg por la noche, posteriormente 200mg cada 12 horas y mantener.

Enfoque individual: antecedentes de alergia estacional, sinusitis, fumadora. No alergias medicamentosas conocidas. Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, *Exploración neurológica* normal, TA 110/60, auscultación cardiorrespiratoria normal, dolor a la palpación en seno paranasal izquierdo. Se diagnóstica de sinusitis y se pone tratamiento con Nasonex e ibuprofeno. A las dos semanas la paciente vuelve sin mejoría del cuadro. Se deriva a otorrinolaringólogo que solicita tac donde se aprecia bulla etmoidal derecha ocupada. Le dejan tratamiento con ibuprofeno, bilastina y Nasonex y citan al mes. No hay mejoría y la paciente describe el dolor ahora como sensación de calambrazo intenso y quemazón, que a veces se desencadena al tocarse, comer o lavarse los dientes, por lo que derivan a Neurología que solicita RMN con resultado normal.

Evolución: La paciente ha encontrado mejoría de la clínica y continúa de momento revisiones por Neurología y atención primaria.

Conclusiones

Es importante estudiar a todos los pacientes que presenten una neuralgia facial ya que en la mayoría de los casos se produce por una compresión neurovascular y por ello hay que descartar las causas que pueden provocar esta compresión, ya que un tanto por ciento de estas neuralgias pueden ser secundarias a otras patologías como tumores o esclerosis múltiple. Se trata de una de las enfermedades neurológicas más dolorosas que existen cuyo diagnóstico habitualmente se basa en la clínica y la sospecha diagnóstica, de ahí la importancia que de que los médicos de atención primaria tengamos un buen conocimiento sobre esta patología y su manejo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada sin hijos. Sus padres viven en la misma localidad.

Palabras clave

Neuralgia del Trigémino, Dolor Facial, Cefalea, Sinusitis

Juicio clínico: Neuralgia del trigémino.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

De un simple dolor de pierna a un TEP

Sánchez Sánchez A¹, Aragón Aragón T², Carbajo Martín L³

¹ FEA Médico de Urgencias. HAR Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

² Médico de Familia. Urgencias. HAR de Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

³ Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor e inflamación de MMII izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 84 años que acude por dolor e inflamación de MMII izquierdo de 2-3 días de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No RAMS. FRCV: HTA. Ingreso reciente en Neuro en Marzo 18 por Hematoma de ganglios basales izquierdos de probable origen hipertensivo en paciente HTA conocida. Colectomía en 1991 por colecistitis aguda. Desde el punto de vista respiratorio sin antecedentes. Tratamiento habitual: AAS 100mg/24h, Indipamida 1.5mg/24h, Sulpirida 50mg/8h.

Anamnesis: Paciente que tras diagnóstico de TVP se deriva a hospital de referencia para descartar TEP por taquicardia sinusal en el contexto de TVP aunque la paciente no refiere ningún tipo de síntomas respiratorios, dolor torácico, palpitations, síncope o presíncope. Se realiza AngioTAC confirmándose TEP bilateral. Ante el antecedente reciente de sangrado intracraneal es preciso confirmar con TAC craneal y valoración por Neurología que, tras la buena resolución desde el episodio indica anticoagular a dosis plenas.

Exploración: AEGI, consciente, orientada. Estable hemodinámicamente. Afebril. ACR: rítmico sin soplos audibles. MV conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII Empastamiento en MMII izquierdo, eritema pretibial aumento del perímetro e inflamación. Discreto aumento de T^a local y signo de homans +.

Pruebas complementarias: EKG: Taquicardia sinusal a 115lpm, eje izq. No alt. de la repolarización. Analítica sin alteraciones relevantes salvo D-dímeros en 7779 ng/dl. Eco-doppler venoso MMII izquierdo: TVP venosa femoral superficial y popítea izquierdas. Angio TAC: confirma TEP.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con comunidad de orden religiosa. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: TVP femoropoplítea izquierda aguda sintomática no provocada. TEP realizado en contexto de TVP sin clínica asociada.

Diagnóstico diferencial: A nivel de MI: celulitis, flebitis, rotura muscular... A nivel cardiopulmonar: ansiedad, colapso circulatorio, IAM, EAP, neumonía.

Tratamiento: innohep 12000 diario.

Plan de actuación: revisión por Neumología, inclusión en estudio PLATO-VTE.

Evolución: satisfactoria, precisó de dos días de ingreso y seguimiento posterior.

Conclusiones

Se debe valorar al paciente en su conjunto y activar ese "chip" mental cuando algo no nos cuadra como en esta paciente que acudía por dolor en MI pero tenía una taquicardia inicialmente no explicable por su sintomatología inicial y en eso se basa el "arte de la medicina".

Palabras clave

Pulmonary, Venous, Thromboembolism

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Miocardopatía hipertrófica obstructiva

Del Águila Román E¹, Valverde Morillas C², Nogueras Trujillo M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. ZBS. Valle de Lecrín. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea de esfuerzo progresiva y episodios de opresión torácica con la realización de esfuerzos.

Historia clínica

Acude a la consulta de su médico de familia por disnea de esfuerzo lo que le había llevado a dejar de hacer levantamiento de pesas, actividad que realizaba habitualmente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, exfumador, no bebedor.

Anamnesis: Historia de disnea de esfuerzo progresiva que ha progresado hasta grado II/III, no tiene ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Presenta episodios de opresión torácica con esfuerzos y palpitaciones ocasionales. No tiene edemas, ni síncope.

Exploración: Tensión Arterial 118/89, Frecuencia Cardíaca 89 latidos por minuto, Auscultación Cardíaca rítmica, soplo pansistólico en borde paraesternal izquierdo inferior, Auscultación respiratoria normal, no presencia de edemas.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal, Hipertrofia ventricular izquierda y hemibloqueo izquierdo anterior. QT corregido: 424ms. Ecocardiograma: Hipertrofia ventricular izquierda concéntrica severa con fracción de eyección normal, obstrucción dinámica moderada, SAM mitral con insuficiencia moderada en válvula con engrosamiento severo de velos, aurícula izquierda dilatada, ventrículo derecho no dilatado hipertrófico con FE normal. Hipertensión pulmonar ligera. Ergometría:

Prueba negativo activa para isquemia. Holter: Frecuencias cardíacas comprendidas entre 58 y 128 lpm, con promedio de 84lpm, extrasistolia ventricular aislada y supraventricular frecuente. Estudio Genético: No variantes asociadas al fenotipo.

Enfoque familiar y comunitario: Padres fallecen jóvenes, no de patología cardíaca y no tiene contacto con sus tíos por lo que no podemos saber los antecedentes familiares. Si tiene relación con sus tres hermanos, uno de ellos tiene Miocardopatía hipertrófica. Se realiza árbol familiar.

Juicio clínico: Fenotipo compatible con Miocardopatía Hipertrófica Obstructiva. Presenta además hipertensión arterial e hiperlipemia.

Diagnóstico diferencial: con Miocardopatía infiltrativa, obstrucción fija por estenosis valvular aórtica, cardiopatía isquémica, cardiopatía hipertensiva.

Tratamiento, planes de actuación: Atenolol, AAS, Simvastatina, Omeprazol. Realización de Coronariografía para descartar la presencia de enfermedad coronaria y Cardio RMN. Realización de un screening en los familiares de primer grado.

Evolución: El paciente persiste con disnea grado II/III que no ha mejorado con la medicación lo que le impide incorporarse a su trabajo en el que precisa realizar esfuerzos.

Conclusiones

La importancia de conocer la historia familiar para el estudio de patologías con componente genético y de los hábitos y factores de riesgo del paciente.

Palabras clave

Hypertrophic, Cardiomyopathies, Familiar

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lumbociatalgia y la importancia de la exploración

Martín Acedo T¹, López León A², Simón González D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. Cádiz

³ Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria: Urgencias.

ausentes. Fuerza en miembro inferior derecho 4/5.

Motivos de consulta

Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores.

Pruebas complementarias: Se solicitó hemograma, bioquímica y coagulación, dónde únicamente destacó un dímero D de 1.6 µg/ml. Se realizó ecografía doppler, donde se objetivó material ecogénico ocupando todo el sistema arterial, diagnosticándose una trombosis subaguda en sistema arterial de miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 53 años, acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores de cuatro días de evolución, que no mejora a pesar de tratamiento analgésico.

Enfoque familiar y comunitario: Se informa a paciente y familiares de la necesidad de derivación a Hospital de referencia para valoración por parte del servicio de Cirugía Vascul.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Intolerante a tramadol. Niega enfermedades de interés. Intervenida quirúrgicamente con realización de artrodesis lumbar 20 años antes, con episodios recurrentes de lumbociatalgia desde entonces. Colectomizada. En tratamiento con metamizol, dexketoprofeno, pregabalina y diazepam.

Juicio clínico: Trombosis arterial miembro inferior derecho.

Anamnesis: Dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores de cuatro días de evolución. Al comienzo de características mecánicas, pero en el último día aumento de intensidad y con carácter persistente. Refiere disminución de sensibilidad en miembro inferior izquierdo. Valorada en tres ocasiones por su médico de atención primaria y servicio de urgencias de centro periférico, que catalogan la clínica como un nuevo episodio de su lumbalgia recurrente y pautan analgesia.

Diagnóstico diferencial: con lumbociatalgia recurrente.

Exploración: Impotencia funcional, acudiendo la paciente en camilla. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó a Cirugía Vascul con realización de angioTAC, donde se confirmó la isquemia subaguda por embolia femoral y poplítea.

A la exploración de miembros inferiores presenta miembro inferior izquierdo con menor temperatura y palidez cutánea con respecto al contralateral. Pulso femoral conservado, poplíteo, tibial posterior y pedio dorsal

Evolución: Tras tratamiento por parte de Cirugía Vascul la paciente evolucionó favorablemente, con recuperación progresiva.

Conclusiones

Aunque los antecedentes personales son fundamentales al valorar un paciente, es fundamental complementarla con una exploración dirigida y completa para evitar obviar patologías que se puedan solapar con la clínica del paciente.

Palabras clave

Isquemia, Embolia, Ciática

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hombro doloroso resistente a tratamiento

Aguilar López I¹, Blanca Moral M², Blanco Lara M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

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

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

Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

Juicio clínico: Neoplasia renal izquierda con metástasis óseas y ganglionares.

Motivos de consulta

Omalgia derecha.

Tratamiento, planes de actuación: Hemograma con anemia macrocítica de patrón férrico de procesos cónicos. Coagulación y bioquímica normal. Inmunoglobulinas normales, CA 125 CA 15.3 y PSA normales. Rx tórax: Lesión lítica en porción distal de clavícula derecha. TAC tóraco- abdominal: Estudio compatible con neoplasia renal izquierda con metástasis óseas y ganglionares Lesión lítica expansiva de 7 cms de diámetro que destruye tercio distal de la clavícula derecha. Tras estos hallazgos, se decide ingreso en Medicina Interna.

Historia clínica

Varón.63 años. No AMC ni AP de interés. Fumador de 40 paquetes/año. Consulta por omalgia derecha de varios meses de evolución con ecografía de hombro derecho realizada hace 6 meses y derivación a RHB. Desde hace un mes con sesiones de magnetoterapia. Desde entonces, mejoría clínica con más movilidad en hombro derecho y menos dolor, pero con aparición de tumoración en región supraclavicular de unas tres semanas de evolución.

Evolución: Durante su ingreso, el paciente permanece asintomático, En vista de los hallazgos en TAC se contacta con urología Se realiza BAG de la lesión supraclavicular diagnosticándose de carcinoma renal de células claras (tumor primario) con plasmocitoma escapular derecho y mieloma múltiple a estudio. En el momento actual ya se ha realizado nefrectomía izquierda y está en tratamiento por parte de hematología.

*Enfoque individual:*BEG, consciente, orientado, colaborador. ACR: Hipofonesis bilateral, sin ruidos añadidos. Tumoración blanda de más de 10 cm pero adherida, dividida en dos partes, una proximal a manubrio esternal fusiforme y más blanda y la otra más distal que es más grande, no dolosa a la palpación con deformidad de hombro y charnela. El paciente es derivado a Servicio de Urgencias para completar el estudio.

Conclusiones

En este caso, como médicos de familia debemos ayudar al paciente a afrontar su diagnóstico, ofreciéndole nuestro apoyo y empatía tanto a él como a su ámbito familiar, resolviéndole dudas y acompañándolo en el camino de la enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive con su mujer y tiene dos hijas. No tiene patología conocida, poco demandante, sin tratamiento habitual, ingresos ni intervenciones quirúrgicas previas.

Palabras clave

Brachialgia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

A propósito de un caso de dolor torácico y disnea

Aguilar López I¹, Blanco Lara M², Blanca Moral M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

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

Ámbito del caso

Medicina familiar y comunitaria, Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico y disnea.

Historia clínica

Paciente mujer de 63 años con alergia a penicilina y con AP de HTA y lumbalgia mecánica crónica. IQ: histerectomía con anexectomía a los 38 años. Acude a nuestra consulta de primaria por dolor centrotorácico intenso de un día de *Evolución*: a nivel de hemitórax izquierdo con sensación disneica acompañante.

Enfoque individual: aEG, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. ACR tonos taquicárdicos con disminución del murmullo vesicular en base izquierda. MMII: no edemas, no signos de TVP. TA: 110/80. Sat O₂ 94%. ECG taquicardia sinusal, inversión de T en III. Se avisa a DCCU para el traslado urgente de la paciente al Hospital.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de una paciente casada y dos hijas. La paciente es natural de Reino Unido pero se ha mudado a nuestra zona hace relativamente poco, tras su jubilación. Aún no domina bien el idioma por lo que complica la historia clínica y la comunicación fluida con ella.

Juicio clínico: TEP bilateral, infarto pulmonar con derrame asociado.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, disección aórtica, pericarditis, valvulopatía...

Tratamiento, planes de actuación: Tras su llegada al Hospital se solicitan hemograma y bioquímica sin alteraciones y coagulación con INR 1.29, Dímero D positivo, troponinas negativo activas, resto normal. Rx tórax: Derrame pleural izquierdo sin imágenes de condensación. Se realiza ANGIO-TAC de arteria pulmonar urgente: Trombo con oclusión casi completa de arteria lobar de LII, originando cuadro agudo isquémico pulmonar en LII. Derrame pleural izquierdo y trombo en arteria pulmonar derecha. Tras estos hallazgos se administra heparina a dosis terapéuticas e ingresa en planta de medicina interna.

Evolución: Tras una semana de ingreso, favorable con estabilidad clínica al alta Sat O₂ basal a aire ambiente 96%. Debe introducir sintrom en domicilio según controles por parte de hematología.

Conclusiones

En nuestro día a día, dada la frecuencia de consultas, debemos conocer la importancia de un buen Diagnóstico diferencial de dolor torácico, así como reconocer signos de alarma que deben hacernos pensar en las enfermedades más graves, siendo nosotros el primer escalón para comenzar tratamiento y derivar a atención especializada.

Palabras clave

Chest Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor torácico en paciente joven

Aguilar López I¹, Blanca Moral M², Blanco Lara M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

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

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

Ámbito del caso

Atención hospitalaria urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico y disnea.

Historia clínica

Paciente varón de 24 años, sin AMC, asmático, sin otros AP de interés. Acude a urgencias por dolor torácico intermitente de dos semanas de evolución, punzante, epigástrico, agravado con la inspiración profunda. El dolor aumenta al inclinarse hacia delante y con los cambios posturales. Además fiebre de hasta 38.5°C en los últimos días junto con sudoración profusa. Cuadro catarral en días previos, ya resuelto. No pérdida de peso ni de apetito.

Enfoque individual: BEG, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. TA: 120/60, FC: 90-100 lpm. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. MMII: No edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Hemograma 12280 leucocitos, Hb 13.7, resto normal. Bioquímica: normal, troponina 0, PCR 161. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, con PR 0.16". BIRDHH y ST "colgado" sobre todo en derivaciones inferiores. Rx tórax: No imágenes de condensación ni pinzamiento de senos costofrénicos.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de un paciente soltero, sin hijos. Vive con sus padres. Trabaja como informático. Como AF nos refiere que su hermano menor tuvo una pericarditis hace unos años.

Juicio clínico: Pericarditis aguda con derrame pericárdico circunferencial.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, TEP, Crisis de ansiedad, dolor osteomuscular...

Tratamiento, planes de actuación: El paciente se ingresa a cargo de medicina interna para completar estudio y ver evolución. Se realiza ecocardiograma: VI de tamaño normal con FV sistólica normal y llenado bifásico normal. Válvulas normales. Derrame pericárdico circunferencial (posterior 13mm, anterior 10 mm) sin afectación hemodinámica. Se comienza tratamiento con antiinflamatorios y se le indica reposo.

Evolución: Al alta asintomático tras tratamiento con AINES y reposo. Ha precisado aerosolterapia durante los dos primeros días por sensación disneica, que lo achacó a su asma estacional. Afebril en todo momento. Ecocardio de control con desaparición del derrame pericárdico.

Conclusiones

Destacar la importancia de una correcta y cuidadosa historia clínica, tanto desde el ámbito de primaria como desde el servicio de urgencias así como hacer hincapié en antecedentes personales y familiares. Siempre debemos plantearnos diagnósticos diferenciales sin olvidar las patologías con menor prevalencia.

Palabras clave

Chest Pain, Dyspnea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Gonalgia en atención primaria. Diagnóstico diferencial

Ramírez Aliaga M¹, Guerrero Durán E², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. CS Colmenar. Málaga

² Médico de Familia. CS Saladillo. Cádiz

³ Médico de Familia. DA. UGC Albarizas. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer 65 años gonalgia derecha de reciente comienzo.

Historia clínica

Paciente marroquí de 65 años que consulta por gonalgia derecha de horas de evolución. Niega traumatismo ni sobrecarga.

Enfoque individual: La anamnesis es complicada por barrera idiomática.

Antecedentes personales: Niega alergias medicamentosas. Diabetes Mellitus tipo 2 y dislipemia. En tratamiento con Glibenclamida 5 mg/8 horas, simvastatina 20mg/24 horas.

Exploración: Dolor a la palpación rotuliana sin derrame, hematoma, cajones, bostezos ni meniscales. No limitación del arco de movimiento.

Enfoque familiar y comunitario: Madre de 5 hijos que trabaja como vendedora ambulante, no tiene apoyo familiar y no habla español.

Diagnóstico diferencial: trombosis venosa profunda, pseudotrombosis, pseudotromboflebitis, celulitis, fractura-arrancamiento tuberosidad anterior tibia, fractura rotuliana, gonartrosis.

Juicio clínico: rotura de quiste de Baker.

Tratamiento, planes de actuación: Celecoxib 200 mg/día, paracetamol 55/codeína 300 mg cada 8 horas, omeprazol 20mg/día y reposo articular.

Evolución: Ante la exploración anodina se pautan antiinflamatorios y reposo articular. La paciente acude al mes presentando edema con fovea hasta rodilla, aumento de diámetro y temperatura de miembro, importante impotencia funcional, pulso distal conservado y simétrico, empastamiento y Homans dudoso. Se deriva a urgencias para descartar trombosis venosa profunda, presentando dímero D negativo activo (297), radiografía de rodillas en carga signos de gonartrosis. Eco-doppler: quiste de Baker con hematoma entre gemelo interno y sóleo (probable rotura de quiste) sin signos de TVP. Se procede a alta con antiinflamatorios y se insiste en reposo articular.

Conclusiones

Es frecuente la consulta en Atención Primaria por tumefacción y dolor de uno de los miembros inferiores. La rotura del quiste de Baker puede simular una trombosis venosa profunda u otras entidades como la celulitis o hematomas. Se debe tener en cuenta ante cuadros que cursen con la sintomatología descrita o con mala *Evolución:* a pesar de tratamiento analgésico.

Palabras clave

Baker´s Cyst, Deep Venous Thrombosis, Knee Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

A propósito de un caso: neumonía por varicela

Guerrero Durán E¹, Ramírez Aliaga M², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. CS Saladillo. Cádiz

² Médico de Familia. CS Colmenar. Málaga

³ Médico de Familia. DA. UGC Albarizas. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas y fiebre.

Historia clínica

Varón de 37 años acude a consulta del CS, por cuadro febril de hasta 39°C junto a lesiones cutáneas máculo-papulosas y algunas vesículas muy pruriginosas en tronco, desde hace 2 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Amigdalotomía hace 30 años. Fumador de 20 paquetes/año. No alergias medicamentosas ni tratamiento habitual.

Exploración: presenta lesiones máculo-papulosas y algunas vesículas en tronco, signos de rascado. Faringe hiperémica con aftas y vesículas. Resto sin hallazgos. Se pauta Dexclorfeniramina 2mg/8 horas y Clorhexidina tópica.

Nueva demanda a los 3 días por tos seca, dolor torácico y disnea. *A la exploración* presenta lesiones cutáneas generalizadas en varios estadios (incluidas ya costras); a la auscultación pulmonar crepitantes bibasales con hipoventilación generalizada. Saturación de oxígeno basal 93%. Se deriva a urgencias hospitalarias donde realizan radiografía de

tórax mostrando infiltrado intersticial bilateral más marcado en bases. Analítica sin alteraciones. Se procede a ingreso.

Enfoque familiar y comunitario: Casado y sin hijos. Maestro de medio rural. Varios casos de varicela en el colegio donde trabaja.

Diagnóstico diferencial: rash vesicular por enterovirus, infección por virus herpes simple, picaduras de insecto, neumonía eosinofílica.

Juicio clínico: neumonía por varicela.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia Aciclovir intravenoso 10mg/kg/8 horas durante 10 días.

Evolución: Favorable siendo alta al terminar el tratamiento. Control radiográfico sin alteraciones a los 40 días.

Conclusiones

La neumonía por varicela es una complicación grave de la infección. Entre los factores predisponentes está el hábito tabáquico. Dada su peligrosidad y frecuencia, se debería realizar radiografía de tórax en todo adulto con varicela y síntomas respiratorios de manera precoz.

Palabras clave

Varicella, Pneumonia, Adult

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Consecuencias del Descontrol en Factores de Riesgo Cardiovascular

Quesada Caballero M¹, Carmona García A², Moraleda Barba S³

¹ Médico de Familia. CS Martos. Jaén

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

³ Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Mixto, Atención Primaria y SUE.

Motivos de consulta

Paciente acude a CS a las 14:30 con dolor centro-torácico constante y fijo. Primera asistencia a Servicio de Salud en su vida.

Historia clínica

Varón 51 años, obeso grado 1, trabajador agrario humilde, sin antecedentes personales previos y sin registro de asistencia sanitaria, acude por dolor centro-torácico sin irradiación fijo y constante. Fumador.

Enfoque individual: paciente sin antecedentes previos desconocidos.

Exploración: coc, nh, np, eupneico en reposo con Sat O₂ a 98%.mvc.abdomen blando y depresible sin megalias con perímetro abdominal de 140cm.

Pruebas complementarias: ecg: ritmo sinusal, 60 y 40lpm realizando rachas bradicardias. Elevación St v2-v3-v4-v5, i y avl de 2mm, eje a 15°.

Enfoque familiar y comunitario: ausencia patología familiar conocida, familia funcional en fase de dispersión, fase vi, en extensión completa, con 2 descendientes de 22, 18 años ambos varones.

Juicio clínico: scacest.

Diagnóstico diferencial: aneurisma aórtico, hernia de hiato, ulcera gástrica, sd. Tietze.

Identificación de problemas: desconocimiento de factores de riesgo cardiovasculares, ausencia de seguimiento sanitario.

Tratamiento, planes de actuación: en consulta se le medica con 300mg aas y 300mg clopidogrel. Se aplica en servicio de urgencias de martos, tras contacto con O61, 40mg de enoxaparina, solinitrina 5mg en 100ml a 21 ml/h y morfina 2mg en bolo, que produce emesis, y se realiza la doble antiagregación de nuevo. A la llegada del O61 se prescribe por su parte en bolo enoxaparina 40mg así como 9mg de alteplase como terapia fibrinolítica.

Evolución: el paciente evoluciona satisfactoriamente en uci y es derivado a planta de cardiología donde recibe el alta a los 8 días del evento. Actualmente ha bajado 9 kg de peso y ha dejado de fumar, tras seguimiento, mejoría evidente y en espera de conseguir objetivos lipídicos y de peso.

Conclusiones

La educación sanitaria y prevención han demostrado ser la herramienta más importante a la hora de descender la incidencia y prevalencia de la enfermedad cardiovascular. En este caso reflejamos como su ausencia desemboca en una pérdida de control de los factores de riesgo da lugar a un evento coronario, que si no fuera por la rápida coordinación de los servicios sanitarios, podría haber tenido un desenlace fatídico.

Palabras clave

SCACEST, Factores de Riesgo, Prevención

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Amaurosis fugax en paciente con Trastorno Bipolar

Carmona García A¹, Moraleda Barba S², Quesada Caballero M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

² Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

³ Médico de Familia. CS Martos. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias y Emergencias.

con dos descendientes de 28 y 24, hombre y mujer, respectivamente.

Motivos de consulta

Afasia y ceguera transitoria.

Juicio clínico: Accidente cerebro-vascular subagudo, con afectación de arteria carótida y retiniana.

Historia clínica

Paciente mujer de 54 años de edad, con Trastorno Bipolar tipo I, acude a urgencias por haber sido encontrada por sus familiares, semiinconsciente en domicilio. Tras recuperación espontánea de la consciencia, la paciente refiere ausencia de visión por ojo derecho, los familiares le notan dificultades para expresarse y además, Desvía la comisura bucal hacia lado izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Trastorno conversivo. Crisis epiléptica con postcrisis. Fumadora activa con mal control de FRCV. Falta de adherencia terapéutica, por anosognosia.

Enfoque individual: paciente con depresión endógena desde hace más de 5 años, diagnosticada hace 2 años de Trastorno Bipolar, a raíz de episodio hipomaniaco, presenta anosognosia, ideas delirantes de autorreferencia y de perjuicio, sus familiares creen que tiende a inducirse el vómito tras la ingesta de la medicación. A su llegada, la paciente se mantiene consciente y orientada, *Exploración neurológica* confusa y discordante, con afasia, ausencia de colaboración, desviación de la comisura bucal, hemiparesia dejando de presentar dichos signos, si la familia le acompañaba en Observación de Urgencias. Ante tales hallazgos, la impresión diagnóstica orientaba a Trastorno de conversión, solicitando TAC craneal y analítica completa, para descartar ACV.

Tratamiento, planes de actuación: Tras la confirmación de patología cerebrovascular aguda mediante TAC craneal sin CIV, se procede a ingreso a cargo de Neurología manteniendo su tratamiento de base y citicolina 1 gr cada 24 h. Se realiza Interconsulta a Salud Mental para valoración de la paciente.

Evolución: La evolución de la paciente fue favorable. El principal objetivo fue conseguir la mayor recuperación funcional de la persona afectada, el control de FRCV y concienciar de la importancia de una adherencia terapéutica aceptable.

Conclusiones

En el ámbito de salud mental, resulta esencial la comunicación con el paciente y sus familiares, ya que en gran cantidad patologías psiquiátricas, el sujeto afecto, no es capaz de asumir su enfermedad, debiendo ser los familiares, los cuidadores principales.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Vive con su marido. Etapa VII contracción completa (OMS),

Palabras clave

Accidente Cerebrovascular, Amaurosis Fugax, Factores de Riesgo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, tengo dificultad para tragar

Gallardo Ramírez M¹, Oualy Ayach Hadra G¹, Expósito Díaz-Álvarez M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

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

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Juicio clínico: flemón latero faríngeo izquierdo.

Motivos de consulta

Doctor, tengo dificultad para tragar.

Diagnóstico diferencial: periamigdalitis, absceso parafaríngeo, tumores (linfoma), adenoma pleomorfo.

Historia clínica

Paciente de 50 años que acude a urgencias por dificultad al tragar.

Tratamiento, planes de actuación: amoxicilina clavulánico 2 g cada 12 h. metronidazol 500mg cada 8 h. metilprednisolona 80mg cada 12h.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC. Hipercolesterolemia en tratamiento con ranitidina 150mg y simvastatina 20mg.

Evolución: El paciente se le administro prednisona 80 mg y estuvo toda la noche en observación. Al día siguiente fue valorado por ORL con exploración con fibroscopio y diagnosticado. Tras ello fue ingresado en planta del Hospital y en tratamiento iv con corticoides y antiinflamatorios además de amoxicilina clavulánico y metronidazol.

Anamnesis: Paciente de 50 años, varón, que acude al servicio de urgencias por la noche tras haber estado en el servicio de urgencias de su CS y haberle administrado tratamiento sin mejoría por dificultad al tragar desde la mañana.

Conclusiones

Hay que realizar una exploración bien detallada y un Diagnóstico diferencial para un buen Diagnóstico. Si el cuadro no está avanzado está indicado el tratamiento médico. De lo contrario, si el flemón llega a la línea media o la excede y además hay compromiso de cuello, se debe contemplar además del tratamiento médico, el quirúrgico.

Exploración: COC, BEG, voz nasal. ACP normal. Orofaringe: con zona quística en la parte posterior de paladar blando izquierdo, de tipo amarillento brillante.

Pruebas complementarias: exploración ORL. Analítica: 10.888 leucocitos con PCR 14.4.

Enfoque familiar y comunitario:

Palabras clave

Phlegmon, Lymphoma, Swallow

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Ponemos marcapasos?

García González J¹, Carbajo Martín L², Espigares Jiménez M³

¹ Médico de Familia. AGS de Sevilla Sur. Sevilla

² Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

³ Médico de Familia. DCCU. AGS Sevilla Sur.

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Mujer de 73 años que refiere dolor torácico opresivo no irradiado de 24 horas de evolución acompañado de astenia y aumento de disnea. No ha presentado síncope.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas. HTA. DM. Cardiopatía no específica. TEP en postoperatorio de histerectomía. Insuficiencia venosa crónica.

Exploración física:

Palidez mucocutánea. Tonos cardíacos rítmicos a 40-45 latidos por minutos, soplos sistólico no irradiado. Signos de insuficiencia venosa periférica. Tensión arterial: 141/55 mmHg. Saturación oxígeno: 96%. Temperatura: 35°C. Hemograma: normal. Bioquímica: normal. Troponina 14. CPK 67. Electrocardiograma: frecuencia cardíaca a 45 lpm, bloqueo auriculoventricular completo.

Enfoque familiar y comunitario:

Vive con su marido, independiente para ABVD. Vida social activa.

Juicio clínico:

Las causas comunes de la bradicardia incluyen: Fármacos. Enfermedad cardíaco hereditario. Tejido cicatrizante en miocardio. Enfermedad sinusal o auriculoventricular.

Bloqueos auriculoventricular. Una vez diagnosticada la bradicardia, debemos realizar un diagnóstico diferencial dentro de las bradicardias. Bloqueo auriculoventricular de alto grado sintomático subsidiario de estimulación definitiva.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia perfusión de aleudrina, se coloca parches de marcapasos y se activa ambulancia medicalizada para su traslado al hospital de referencia. Pruebas complementarias en hospital de referencia: Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular 2º grado Mobitz II con escape con imagen de bloqueo completo de rama derecha. Ecocardiografía. Aurícula izquierda no dilatada. Insuficiencia válvula mitral ligera. Fracción de eyección 64% sin anomalías. Cavidades derechas normales. Durante su ingreso y debido a los trastornos de conducción avanzados que presenta se indica implantación de marcapasos definitivo.

Evolución: Tras revisión del dispositivo y comprobar correcta colocación y funcionamiento, se procede al alta domiciliaria.

Conclusiones

El BVA sigue siendo el 50% de indicación de marcapasos y su incidencia aumenta con la edad. Un EKG que lo tenemos disponibles tanto en consulta de atención primaria como en urgencias nos permite detectar el bloqueo AV de tercer grado. ritmo de escape ventricular revelará la localización anatómica del bloqueo: un ritmo a 40-60 lpm y QRS estrecho es que estará dentro de la unión AV (más frecuentemente congénito) y un QRS ancho con frecuencia de 20-40 lpm implicará un bloqueo en el sistema de His-Purkinje (bloques adquiridos). Nuestra paciente presentaba un bloqueo AV de alto grado por lo que era necesaria la colocación de marcapasos definitivo.

Palabras clave

Pacemaker Artificial, Bradycardia, Atrioventricular Block

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tiroiditis subaguda de Quervain en urgencias

Méndez Ramos M¹, Doulatram Gamgaram V², Faz García M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de 4º año de Endocrinología y Nutrición. Málaga

³ FEA de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona.

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Fiebre y dolor en región cervical anterior.

Historia clínica

Mujer de 61 años que acude a urgencias por malestar general y astenia de unos dos meses de evolución. Desde hace una semana fiebre de hasta 39º acompañado de disfagia a líquidos y sólidos por dolor en región anterior cervical. También refiere pérdida de peso no cuantificada con anorexia.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas conocidas. Ex fumadora desde hace 16 años. Hipertensión arterial de larga data en tratamiento con enalapril 10/hidroclorotiazida 50 mg. Paratiroidectomía hace más de 20 años por adenoma paratiroideo. Bocio grado IA con alta por parte de endocrinología hace 5 años. Además tratamiento con sertralina 100 mg cada 24 horas, lorazepam 5 mg cada 24 horas. Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. TA 102/75, 90 lpm. 37, 9º. CyC: bocio grado 2, doloroso a la palpación. ACR: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: no edemas en MMII, no signos de TVP. Analítica de sangre: hb 12, 4, 28600 plaquetas., 8810 con fórmula normal, TP 93%, INR 1, 03. Glucosa 89, creatinina 0, 75. Iones en rango. LDH 140, PCR 211. Ecografía de tiroides: aumento de tamaño de la glándula con respecto a estudio

previo. Aspecto heterogéneo y aumento difuso de la vascularización. Hallazgos compatibles con tiroiditis subaguda.

Enfoque familiar y comunitario:

En este caso, estudiar los antecedentes familiares de patología tiroidea.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda de Quervain.

Diagnóstico diferencial: de bocio multinodular tóxico, enfermedad de Graves-Basedow o tiroiditis de Hashimoto depende de la fase de tiroiditis subaguda.

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona 30 mg por la mañana hasta revisión en consulta de endocrinología en dos semanas. Propanolol 10 mg si presenta palpitaciones.

Evolución: Revisión en consulta de endocrinología en 2 semanas, presenta mejoría clínica, ya no presenta dolor a nivel cervical, función tiroidea normalizada. Ecografía de tiroides de control sin alteraciones. Retirada de corticoides, tomar 15 mg 3 días, 10 mg 3 días, 5 mg 3 días y suspender.

Conclusiones

A pesar de trabajar con una serie de patologías más comunes no hay que olvidar que, en ocasiones, a urgencias pueden acudir pacientes con patologías menos habituales.

Palabras clave

Fever, Thyroiditis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, no puedo caminar

Rivas de la Torre M¹, Ortiz Viana M², Bajo Ramos J³

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Caso clínico en Ámbito de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Claudicación intermitente y dolor en dedos del pie derecho.

Historia clínica

Varón que acude a Urgencias por claudicación intermitente desde hace meses y en las últimas semanas dolor en 1º y 2º dedos de MID.

Enfoque individual: no RAMC, no hábitos tóxicos, AP de Sd. Depresivo, Fumador activo de 20 paq/ año, en tratamiento con Metilfenidato y Aripiprazol. Varón de 55 años con Claudicación intermitente a menos de 150 m desde hace meses, dolor en gemelo derecho y reagudización en últimas semanas, con dolor y frialdad en 1º y 2º dedos del pie derecho. Presenta dolor a la palpación, sin pérdida de vello, ni soluciones de continuidad, no atrofia muscular ni de piel. Pies fríos y sudorosos con pulsos femorales claro bilaterales, sin apreciar pulso poplíteo ni distales bilaterales. En tratamiento con AINES sin mejoría. ECG; Ritmo sinusal a 62 lpm. Hemograma; leucocitos 12.470, hematocrito 49.5, VCM 82, N 9.180, coagulación y bioquímica normales.

Enfoque familiar y comunitario: Está casado y con 2 hijos con buena relación de pareja. Tuvo un brote psicótico y una posterior depresión prolongada por lo que necesitó de tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Juicio clínico: Se diagnostica de Isquemia Arterial Crónica IIB MMII.

Diagnóstico diferencial: Sd. Raynaud, Isquemia Arterial Aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Se prescribe Paracetamol 1G/ 8 h si dolor y Clexane 40 mgs sc cada 24 H, con cita en Cirugía Vasculat al siguiente día.

Evolución: Valorado por Cirugía vascular, se realiza espectro Doppler bifásico normal en tibial anterior y posterior bilateral. El paciente rechaza Ingreso Hospitalario, por lo que se pacta intervención conjunta entre AP y Cirugía V. Tto a seguir; Abandono tabáquico, evitar sustancias con cafeína. Caminar a diario y evitar fuentes de calor cercanas a los pies. Clexane 40 mgs sc/24H durante 1 mes. Cilostazol 50mgs 30' antes del desayuno y la cena, 1mes. Cilostazol 100mgs 30' antes del desayuno y la cena y posteriormente hasta que acuda a revisión. AAS 100 mgs oral /24 H.

Conclusiones

Destacar la labor de Atención Primaria respecto a la prevención y seguimiento de este tipo de pacientes y la importancia de la intervención conjunta entre Medicina Familiar y Cirugía Vasculat con un enfoque multidisciplinar.

Palabras clave

Isquemia, Claudicación intermitente, Atención Primaria.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Descompensación hidrópica en consulta de atención primaria. A propósito de un caso

Ramos Martín J¹, Alonso García F², Góngora Martín L³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

² Médico de Familia. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia y debilidad.

Historia clínica

Hombre de 82 años que acude a consulta de atención primaria por dolor en flanco derecho, distensión abdominal, astenia y debilidad de varias semanas de evolución. Niega fiebre. No náuseas ni vómitos. No disuria, ni alteraciones en el hábito deposiciones. No refiere ningún otro tipo de sintomatología añadida.

Enfoque individual. Antecedentes personales: IAM, DM2, Ca vejiga (RTU 2012), HTA. Exnolismo.

A la exploración: afebril, estable desde el punto de vista hemodinámico. Regular estado general. Palidez de piel y mucosas. Colaborador. Eupneico en reposo. ACR: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ascitis con signo de oleada positivo EEII: edema con fovea +/-+++ NRL: sin localización. Ecografía abdominal: Hígado dismórfico, de bordes irregulares, de hepatopatía crónica. Esplenomegalia de 160mm de altura. Litiasis vesicular sin signos de colecistitis. No se ve páncreas. Los riñones son simétricos, con buena diferenciación pórtico-sinusal, sin dilatación pielocalicial ni síndrome de masa. Vejiga de paredes finas y regulares. Abundante líquidos libre en cavidad.

Enfoque familiar y comunitario: en el diagnóstico de la hepatopatía crónica y la evaluación de la presencia o no de cirrosis hepática se realizó una anamnesis exhaustiva en cuanto al consumo de fármacos hepatotóxicos,

hábitos de abuso, antecedentes familiares; e interrogando por la posibilidad del desarrollo de complicaciones. Según reflejaba la historia clínica del paciente no estaba ni había realizado tratamiento con fármacos hepatotóxicos, pero sí refería consumo moderado de alcohol en su juventud, no realizándolo en el momento actual.

Juicio clínico: Descompensación hidrópica en paciente con cirrosis hepática. Anemia en estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a servicio de urgencias de Hospital de referencia para valoración y pruebas complementarias.

Evolución: Dada la descompensación aguda del paciente, se decide derivar al servicio de urgencias para valoración por parte de personal médico.

Conclusiones

La ascitis es la acumulación anormal de líquido entre el peritoneo visceral y peritoneo parietal. La descompensación hidrópica es la complicación más frecuente de la cirrosis, en un plazo de 10 años el 50% de las cirrosis compensadas desarrollan ascitis. Es un marcador pronóstico en la historia natural de la enfermedad, implicando una mortalidad estimada del 15% a 1 año, y del 50% a 5 años en los pacientes cirróticos que sufren esta descompensación. El 15% de las ascitis no tienen su origen en una hepatopatía por lo que debemos hacer un diagnóstico diferencial con otras causas (insuficiencia cardíaca, carcinomatosis peritoneal, síndrome nefrótico, peritonitis tuberculosa, etc), por lo que cabe destacar el importante papel de la exploración física y las pruebas complementarias de las que podemos disponer en atención primaria.

Palabras clave

Cirrhosis, Asthenia, Ultrasound

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Acrodermatitis papulosa infantil

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres F²

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Lesiones dérmicas.

Historia clínica

Mujer de 27 meses de edad con los siguientes antecedentes personales de interés: Sin alergias medicamentosas conocidas. Peso actual: 12kg aproximadamente. Calendario vacunal correcto según últimas recomendaciones. Embarazo sin incidencias, parto eutócico a las 39+1 semanas, desarrollo dentro de la normalidad. No refiere antecedentes médico quirúrgicos de interés. Consulta por presentar desde hace 48 horas lesiones rojizas, sobreelevadas, en brazos y piernas, ha presentado algún pico febril en la semana previa, no sobrepasando los 38° y con buena respuesta a Paracetamol vía oral.

Enfoque individual: mujer de 27 meses de edad con los siguientes antecedentes personales de interés: Sin alergias medicamentosas conocidas. Peso actual: 12kg aproximadamente. Calendario vacunal correcto según últimas recomendaciones. Embarazo sin incidencias, parto eutócico a las 39+1 semanas, desarrollo dentro de la normalidad. No refiere antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Anamnesis: Consulta por presentar desde hace 48 horas lesiones rojizas, sobre elevadas, y dispersas en brazos y piernas, según cuenta la familia ha presenta algún pco febril en la semana previa, no sobrepasando los 38 y con buena respuesta a Paracetamol vía oral.

Exploración física: Afebril. Buen estado general. Consciente. Colaboradora. Activa en consulta. No adenopatías laterocervicales palpables. No signos meníngeos presentes. Orofaringe con amígdalas hipertróficas. Otoscopia dentro de la normalidad. Abdomen

anodino. Auscultación cardíaca: tonos puros y rítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Lesiones papulosas no confluentes entre sí, subcentimétricas, en cara posterior de ambos brazos, dos aisladas en palma de mano derecha, y en número de 10 en cara tibial de ambos miembros inferiores.

Pruebas complementarias: No precisó prueba complementaria alguna.

Enfoque familiar y comunitario: Hija única. Padres separados. Buen nivel sociocultural. Madre profesora de Educación Primaria en Colegio Público. Padre trabajador en el sector metal.

Juicio clínico: Acrodermatitis Papulosa Infantil.

Diagnóstico diferencial: Varicela, Liquen plano, Eritema multiforma.

Tratamiento, planes de actuación: No existe un tratamiento específico, tratamiento sintomático si precisa. La paciente se deriva al alta y se remite a consulta de Pediatría en Atención Primaria.

Evolución: Adecuada. Las lesiones desaparecieron a los 5 días del inicio del cuadro.

Conclusiones

Destacar la importancia en nuestro ámbito de trabajo de una continua formación, realizar una correcta historia clínica y conocer los posibles diagnósticos diferenciales de una entidad, así como mantener un comunicación directa con Atención primaria, y viceversa.

Palabras clave

Acrodermatitis, Papulosa, Infantium

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor ocular tras blefaroplastia estética

Hernández Galán J

Médico de Familia. DS. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor ocular.

Historia clínica

Mujer de 59 años que acude a consulta de medicina de familia (atención primaria) por dolor ocular punzante, continuo, de moderada intensidad, de 4 semanas de evolución y que se ha incrementado en las últimas 48 horas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: blefaroplastia estética bilateral hace 4 semanas. Defecto refracción (utiliza lentes correctores).

Anamnesis: acude por dolor en ojo izquierdo desde hace 1 mes, tras cirugía estética de párpados, en ocasiones sensación de cuerpo extraño.

Exploración: en ojo izquierdo se observa lentilla de contacto, que se retira en consulta, hiperemia ciliar, córnea transparente con úlcera de aspecto infiltrado parapupilar a las IX de 0.5mm de diámetro redondeada, sin edema perilesional, bordes bien definidos, no pliegues desceméticos. Fluoresceína positiva sobre úlcera.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda. Vive con una hija, a la que solo ve por las noches y los fines de semana.

Juicio clínico: Úlcera corneal infiltrada en ojo izquierdo en usuaria de lentilla de contacto, que no fue retirada en ese ojo, antes de la operación estética.

Tratamiento, planes de actuación: Se indicó ciprofloxacino (colirio): 1 gota cada hora durante el día; ciprofloxacino (pomada): por las noches; ciclopéjico (colirio): 1 gota cada 8 horas. Se cita para revisión en 48 horas en consultas de oftalmología general. Se aconseja no usar lentillas hasta revisión.

Evolución: Favorable. Desaparición de úlcera corneal.

Conclusiones

Aunque debemos recordar que la blefaroplastia puede desencadenar alguna molestia como: visión doble, lagrimeo, irritación del ojo, etc., es fundamental realizar una correcta anamnesis y exploración de ojo, incluyendo la utilización de una lámpara de hendidura en caso de dolor ocular. Por otro lado, recordar que el/la médico/a especialista en medicina familiar y comunitaria debe informar y educar a los/as usuarios/as que utilizan lentillas de contacto, sobre la posible morbilidad de la superficie ocular, realizando especial hincapié en el tipo de lentilla, forma de uso y medidas higiénicas.

Palabras clave

Eyepain, Corneal Ulcer, Contact Lenses

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Puede una jeringuilla salvarnos la vida?

Sevilla Ramírez N¹, Pérez Ruz R², Sevilla Palomar J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Enfermero de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Urgencias Pediátricas y Servicio de Cardiología Pediátrica.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Historia clínica

Niño de 10 años que acude al servicio de urgencias de su CS porque mientras corría en el colegio comienza con un cuadro de palpitaciones que no ceden tras reposo de 30 minutos. Refiere episodios previos similares, siempre relacionados con el ejercicio, pero que han cedido espontáneamente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacción alérgica medicamentosa. No enfermedades de interés. Vacunación correcta.

Exploración: Mal estado general, taquicárdico, pálido, sudoroso y con tensiones de 80/40 mmHg. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a alta frecuencia. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Resto sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: taquicardia de QRS estrecho a 210 latidos por minutos, sin objetivarse ondas P retrógradas. Eje normal. Onda T isodifásica en derivaciones inferiores.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en fase de procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital

familiar). Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: Taquicardia Supraventricular.

Tratamiento, planes de actuación: Como el paciente es colaborador intentamos frenar la taquicardia con maniobras vagales. Inicialmente le indicamos que haga fuerza con el abdomen pero no responde, por lo que le damos una jeringuilla para que sople y al hacerlo revierte a ritmo sinusal. Al ser el primer episodio objetivado se deriva a su hospital de referencia para descartar cardiopatía estructural.

Evolución: Se ingresa al paciente en el servicio de cardiología donde se realizan nuevos electrocardiogramas, analíticas y ecocardiograma con resultados dentro de la normalidad, por lo que se decide alta con control ambulatorio.

Conclusiones

El abordaje de niños en urgencias de atención primaria es algo que nos angustia a muchos profesionales, como también lo es el manejo de la taquicardia supraventricular. El tratamiento de elección de las taquicardias en pacientes inestables es la cardioversión eléctrica, salvo en la taquicardia supraventricular, donde el efecto inmediato de las maniobras vagales y de la adenosina hace que sean el tratamiento inicial.

Palabras clave

Tachycardia, Supraventricular, Child, Valsalva Maneuver

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La importancia del diagnóstico precoz de las litiasis coraliformes

Sevilla Ramírez N¹, Pérez Ruz R², Sevilla Palomar J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Enfermero de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Urgencias y Urología.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 52 años que acude a su médico de familia por dolor en fosa renal derecha de meses de evolución. Desde hace una semana presenta malestar general, fiebre, disuria y tenesmo. Asocia en los últimos vómitos y anorexia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumadora. Ex-adicta a drogas por vía parenteral en tratamiento con Metadona.

Exploración: Regular estado general, caquética y palidez mucocutánea. Hemodinámicamente estable con tensiones de 110/60 mmHg y frecuencia de 80 latidos por minutos. Temperatura de 38°C. Abdomen blando y depresible. Doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias. Puño percusión derecha positiva. Resto dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: Radiografía Abdomen: litiasis coraliforme. Ecografía clínica: litiasis en riñón derecho que dejan visualizar uréter proximal con contenido ecogénico en su interior (contenido hemorrágico o pus). Bioquímica: creatinina 1.65. Hemograma: neutrofilia relativa sin leucocitosis. Tomografía Computarizada Abdomen: litiasis coraliforme derecha con signos que sugieren una posible pielonefritis xantogranulomatosa. Extenso engrosamiento

mural del úreter derecho, con dilatación del mismo sugestivo de ureteritis.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera sin hijos. Nivel sociocultural bajo con escaso apoyo social.

Juicio clínico: Pielonefritis Aguda en paciente con litiasis coraliforme.

Tratamiento, planes de actuación: Tras realizar radiografía en CS, colocamos a la paciente en decúbito supino y canalizamos vía venosa administrando suero fisiológico y analgésicos. Realizamos ecografía clínica donde se objetivan los datos expuestos anteriormente.

Evolución: Dada la mala *Evolución:* clínica de la paciente y los resultados de las pruebas realizadas se deriva a su hospital de referencia donde se objetiva alteración de la función renal, por lo que la ingresan para tratamiento antibiótico, fluidoterapia y aminos. Tras evolucionar favorablemente ingresa en la Unidad de Urología.

Conclusiones

La litiasis coraliforme es una patología que de no ser tratada efectivamente lleva al daño renal progresivo e irreversible y puede provocar un cuadro séptico con potencial riesgo vital, como en el caso de nuestra paciente. Por ello es esencial el diagnóstico precoz de esta patología. Así mismo, queremos resaltar la importancia de la ecografía clínica en atención primaria, dado que nos permite un abordaje más integral del paciente.

Palabras clave

Staghorn Calculi, Sepsis, Renal Insufficiency

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diverticulosis yeyunal como causa de obstrucción intestinal

Sevilla Ramírez N¹, Pérez Ruz R², Martínez Granero M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 88 años que acude a urgencias de su CS por dolor abdominal generalizado tipo cólico de horas de evolución, que se ha acompañado de náuseas y un vómito. Estreñimiento de dos días de evolución, aunque por la mañana ha presentado deposiciones líquidas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA. Hernia inguinal derecha. Diverticulosis yeyunal masiva con hipotonía y sobrecrecimiento bacteriano. Intervenciones Quirúrgicas: colecistectomía, cistocele.

Exploración: Regular estado general, palidez mucocutánea, sudorosa y con tensiones de 100/60 mmHg. Abdomen distendido, timpánico a la percusión. Doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos aumentados. Tacto rectal: no fecaloma, no signos de sangrado. Resto dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: Radiografía de Abdomen: dilatación de asas con niveles hidroaéreos. Bioquímica dentro de la normalidad. Hemograma: anemia microcítica, resto sin hallazgos de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijos. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Dada la evolución de la paciente y los resultados de las pruebas solicitadas se deriva a su hospital de referencia para valoración por cirugía de guardia, que desestima el caso, por lo que se ingresa en observación para control del dolor, colocar sonda nasogástrica y ver evolución.

Evolución: Durante las primeras 24 horas la paciente presenta empeoramiento clínico por lo que se inicia perfusión de Dopamina. En los días posteriores la paciente evoluciona favorablemente, mantiene tensiones sin precisar aminas, se pinza sonda nasogástrica con inicio de tolerancia oral y presenta deposiciones sin productos patológicos. Una vez resuelto el cuadro y con radiografía favorable se procede al alta con control ambulatorio.

Conclusiones

La diverticulosis yeyunal es una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Habitualmente es asintomática, se estima que se producen complicaciones en un 10-20% de ellos. Con este caso queremos resaltar la importancia del diagnóstico precoz de enfermedades poco prevalentes pero con complicaciones que pueden suponer un riesgo vital.

Palabras clave

Diverticulosis. Intestinal Obstruction, Abdomen, Acute

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Insuficiencia cardiaca congestiva en el Domicilio. Furosemida Dosis Intensiva

Palacios Simón A¹, Castillo Jiménez P²

¹ Médico de Familia. CS Antequera. Málaga

² Médica de Familia. CS Antequera. Málaga

Ámbito del caso

Domicilio en el medio rural.

Motivos de consulta

Disnea y aumento de edemas en MMII.

Historia clínica

Paciente que avisa por disnea de varios días de evolución, y aumento de edemas en MMII. Refería disnea a mínimos esfuerzos. No dolor torácico ni abdominal. Paciente frágil que deambula con andador y no sale de su domicilio. Pluripatológica. En la exploración crepitantes hasta campos medios e inicio de campos superiores. Edemas hasta raíz de ambos MMII, no signos de trombosis.

Enfoque individual: a. P: Cirrosis Hepática, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes Mellitus tipo 2. HTA. Ha sido valorada en atención especializada quienes descartan actitud activa por su parte y solo mantienen revisiones en consulta.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola con su marido, aunque las hijas se turnan para supervisarla y percibe ayuda en domicilio por la Ley de Dependencia.

Juicio clínico: Insuficiencia Cardíaca Congestiva Reagudizada en paciente pluripatológica frágil.

Tratamiento, planes de actuación: En el tratamiento paliativo de la Insuficiencia Cardíaca, está descrito el tratamiento con furosemida a dosis intensivas. Dado que se trata de una paciente frágil en el que se ha descartado actitud activa por parte del especialista, creemos que no se beneficiaría del traslado hospitalario actualmente. Se inicia tratamiento con Furosemida a dosis intensivas.

Evolución: La paciente evolucionó de forma favorable, resolviéndose el cuadro de reagudización, posteriormente se intento volver a reducir dosis de furosemida tras 5 días de tratamiento. Se realizaron controles evolutivos diarios mediante la visita en domicilio o entrevista con las cuidadoras. Manteniéndose actualmente con la misma dosis que la previa. En control analítico posterior no se objetivo un empeoramiento de la función renal.

Conclusiones

La furosemida a dosis intensiva, podría demostrarse como una alternativa eficaz en aquellos pacientes que en los que no se va a realizar previsiblemente un tratamiento activo. Siendo una opción en el tratamiento domiciliario, si se mantiene una vigilancia durante el mismo como ocurren en nuestro medio rural.

Palabras clave

Furosemida dosis intensivas, Insuficiencia Cardíaca

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Gracias a una caída!

Varo Muñoz A¹, Martín Martínez M², González Hernández F³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. de 1º año en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Las Palmeritas. Sevilla

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

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Caída con traumatismo costal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: Mujer 61 años que acude a Urgencias tras caída accidental por las escaleras de su domicilio. Refiere dolor costal izquierdo. Niega sintomatología presincope previa. Niega disnea. Previamente a la caída, asintomática, no síntomas constitucionales. No otra clínica en anamnesis dirigida. Niega viajes recientes. Tiene dos perros y dos ninfas, controles veterinarios correctos.

Exploración: Consciente y orientada. Normocoloreada. Afebril. Eupneica con saturación de oxígeno del 98%. Hemodinámicamente estable. No se palpan adenopatías submandibulares, occipitales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Hematoma en zona dolorosa. Auscultación cardiorrespiratoria: Normal, salvo mínimos crepitantes en región traumática. Abdomen blando, globuloso, no doloroso a la palpación. Se palpa polo de bazo, no se palpa una masa clara. No signos de peritonismo. Miembros inferiores sin edemas ni otras alteraciones.

Pruebas complementarias: Radiografía tórax: Fracturas 4º-5º-6º-7º costillas izquierdas. Analítica: Bioquímica básica, hemograma y coagulación normal. Dado que presenta fracturadas más de 2 costillas, pasa a Observación y se realiza TAC para descartar posibles lesiones inadvertidas. TAC tóraco-abdominal: Fracturas 4º-5º-6º-7º costillas izquierdas. Enfisema subcutáneo, burbuja de neumotórax adyacente al arco 6º costilla y contusión pulmonar. Derrame pleural izquierdo con

atelectasias pasivas. Conglomerados perihiliares hepato-esplénicos de gran tamaño y esplenomegalia masiva de 21cm, ecogenicidad homogénea. No lesiones ocupantes de espacio. No dilatación de vía biliar. Serologías múltiples: negativo activas. Proteinograma, inmunoglobulinas, marcadores tumorales, anticuerpos antinucleares: negativo activos. LDH levemente elevada y beta-2microglobulina 3. Biopsia de ganglio linfático y estudio de reordenamiento genético: Linfoma B de la zona marginal, IISa.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido, tiene dos hijas muy pendientes de ella. Independiente para actividades básicas e instrumentales diarias. Buena relación social.

Juicio clínico: Linfoma B de la zona marginal, IISa.

Diagnóstico diferencial: Otro tipo de linfoma, enfermedades por depósito, enfermedad infecciosa (leishmania, brucella).

Tratamiento, planes de actuación: Derivación Hematología para tratamiento específico y seguimiento.

Evolución: Continúa asintomática, ECOG 0. Ha realizado dos ciclos de quimioterapia con buena tolerancia. Tiene previsto cuatro ciclos más.

Conclusiones

Este caso nos llama la atención sobre enfermedades con sintomatología oculta. El hallazgo casual sorprende y confunde a la persona y a su familia, pero también al Médico de Familia. En estas circunstancias, serán necesarios pericia, apoyo y acompañamiento del profesional sanitario cercano para abordar adecuadamente este acontecimiento vital.

Palabras clave

Linfoma, Asintomático

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, nunca me había picado tanto la cabeza. ¿Cómo voy a tener piojos a mi edad?

Martín Fernández A¹, Turnes González A², Gallardo Fernández V³

¹ Médico de Familia. DS Granada Metropolitano

² Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

³ Enfermera de Familia. Clínica Privada. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Prurito en cuero cabelludo.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta en época veraniega y zona costera por presentar desde hace 2 semanas intenso prurito en cuero cabelludo sin otra clínica asociada.

Enfoque individual: mujer de 86 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril, osteoporosis y artrosis que acude a consulta refiriendo intenso prurito en cuero cabelludo. Había presentado episodios similares en otras ocasiones de menor intensidad. Niega empleo de nuevos productos cosméticos, higiénicos ni tratamientos farmacológicos. Al estar en zona costera se le plantea la posibilidad de irritabilidad por agua marina que también niega.

A la exploración se aprecia eritema en cuero cabelludo de forma generalizada, más en región occipital, con leve descamación superficial. Escoriaciones superficiales aisladas secundarias a lesiones de rascado. Ante la sospecha de posible dermatitis seborreica se instaura tratamiento con ketoconazol 2%. Dos semanas después revisando a la paciente presenta algo de mejoría pero no de forma completa. Ante la persistencia de los síntomas se plantea un tratamiento breve con loción de corticoide que igualmente no cesa la clínica. De nuevo se explora a la paciente, y en esta ocasión se

observa la presencia de piojos vivos y liendres adheridas al cabello.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es viuda y vive sola habitualmente. Durante los últimos dos meses reside en su domicilio de veraneo junto a su hija y su nieta de 4 años.

Juicio clínico: Pediculosis capitis del adulto.

Diagnóstico diferencial: debe incluir entre otras la escabiosis, dermatitis seborreica o pitiriasis y en el caso de adultos descartar también irritabilidad por productos químicos y/o farmacológicos.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento erradicador con loción pediculicida y eliminación de liendres mediante peine específico. Además la necesidad de tratamiento para la hija y nieta de la paciente, convivientes con ella en el domicilio familiar.

Evolución: Desaparición completa de la sintomatología tras finalizar tratamiento erradicador.

Conclusiones

Destacar la importancia de una minuciosa exploración física así como un adecuado diagnóstico diferencial de la sintomatología en casos de prurito en cuero cabelludo, debiendo tener en cuenta e incluir la pediculosis como posible causa también en el adulto, aunque a priori tenga una menor incidencia de aparición.

Palabras clave

Prurito, Cuero Cabelludo, Pediculus

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mareo y vómitos como presentación de fibrilación auricular

Martín Fernández A¹, Turnes González A², Puga Montalvo E³

¹ Médico de Familia. DS Granada Metropolitano

² Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

³ Médico de Familia. Hospital Nuevo San Cecilio. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mareo y vómitos.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta por presentar sensación de mareo y náuseas con vómitos desde hace unos días.

Enfoque individual: paciente de 54 años con antecedentes personales de dislipemia, cefalea y gonartrosis en tratamiento con Metamizol que acude a consulta por presentar desde hace 5-6 días clínica de mareo en ocasiones definido como tipo giro de objetos acompañado de náuseas y vómitos. No refiere dolor torácico ni cortejo vegetativo. No palpitaciones. No fiebre. La paciente fue valorada en Urgencias 3 días antes por la misma sintomatología siendo dada de alta con diagnóstico de síndrome vertiginoso periférico y tratamiento con Sulpirida. Acude de nuevo por la persistencia de la sintomatología y no mejoría con tratamiento prescrito.

A la exploración buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. TA 158/86 mmHg. Glucemia 143mg/dl. FC 135 lpm. Saturación de oxígeno 97%. Apirética. Eupneica en reposo. *Exploración neurológica:* PINLA, MOEC. Glasgow 15/15. Pares craneales superiores conservados. Romberg negativo activo. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad bilateral y simétrica conservada. Auscultación cardiorrespiratoria: arritmica sin soplos ni rones. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. No edemas en miembros inferiores. Electrocardiograma: arritmica a 138 lpm. QRS estrecho. Sin

alteraciones agudas de la repolarización. La paciente fue trasladada a Urgencias de Hospital en ambulancia medicalizada.

Enfoque familiar y comunitario: Casada y con tres hijos mayores e independizados. Trabaja en el hogar.

Juicio clínico: fibrilación auricular de reciente diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: con cuadros que cursen con clínica de mareo tales como hiper o hipotensión arterial, síndromes vertiginosos, hipo o hiperglucemias, otros trastornos cardiológicos...

Tratamiento, planes de actuación: Monitorización y canalización de vía venosa periférica con 500ml de suero fisiológico. Se administró betabloqueante oral.

Evolución: Tras su estancia en Urgencias y control de frecuencia cardíaca la paciente fue ingresada en Cardiología para completar estudio.

Conclusiones

Destacar la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial así como exhaustiva exploración clínica en casos persistentes de mareo. Además importante tener en cuenta las posibles complicaciones secundarias a estas arritmias que precisan de un traslado del paciente acompañado por equipo médico a pesar de la estabilidad hemodinámica del paciente.

Palabras clave

Mareo, Vómitos, Fibrilación Auricular

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, ¡me estoy ahogando!: a propósito de un caso

Méndez Ramos M¹, Luis Sorroche J¹, Ruz Portero S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² FEA MFyC

Ámbito del caso

Atención primaria con derivación a urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea y edema facial.

Historia clínica

Mujer de 50 años acude a consulta de atención primaria refiriendo sensación disneica que ha ido en aumento progresivamente hasta hacerse de mínimos esfuerzos en los últimos días. Además refiere edema facial desde hace dos semanas.

Enfoque individual: mujer de 50 años sin alergias medicamentosas conocidas. No fumadora, no alcohol ni otros hábitos tóxicos. No factores de riesgo cardiovasculares. Menopausia a los 38 años. Diagnosticada en agosto 2015 de carcinoma de mama oculto tras biopsia positiva de conglomerado adenopático axilar, pTxN3M0. Receptores hormonales negativo activos y HER2 negativo activo (fenotipo triple negativo activo). Tras la cirugía, tratamiento de quimioterapia adyuvante y posteriormente radioterapia locorregional. Además en tratamiento con ácido alendrónico. Consulta por disnea y edema facial que comprobamos con la exploración. No dolor torácico ni palpitations. No otra sintomatología. Estable hemodinámicamente, taquipnéica, congestión facial compatible con síndrome de la vena cava superior. AC. Rítmico, tonos apagados, roce pericárdico. AR. mvc, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Derivamos a urgencias. RX tórax: gran cardiomegalia, sospecha de derrame pericárdico. Se pasa al área de observación donde es valorada por cardiología que realiza

ecocardiografía (VScan) que destaca derrame pericárdico severo de unos 3, 5 cm en cara anterior y posterior medido desde plano subcostal. Colapso completo de aurícula derecha y parcial del ventrículo derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente que acude primero a consulta de su médico de familia, antes de acudir a las urgencias.

Juicio clínico: Derrame pericárdico severo. Recaída ósea, adenopática y suprarrenal de Ca mama. Síndrome de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: con disnea a causa de insuficiencia cardíaca de novo, neumotórax, tromboembolismo pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en UCI coronaria para pericardiocentesis, drenado 800 cc, citología positiva para células neoplásicas.

Evolución: Durante el ingreso: TAC: conglomerados adenopáticos en mediastino superior. Masa suprarrenal izquierda de nueva aparición, adenopatías e hasta 2, 6 cm en retroperitoneo superior. Gammagrafía ósea: depósitos patológicos en calota, raquis (región cervical media, D1 y D4), acromion izquierdo y cabeza humeral izquierda.

Conclusiones

Importancia de prestar atención en cada detalle en la consulta, más si es un síntoma importante como la disnea en una paciente con historia oncológica.

Palabras clave

Dyspnea, Recurrence

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Si un paciente consulta por el mismo motivo en varias ocasiones, ¿deben saltar las alarmas? En este caso, sí

Ramírez Sandalio N¹, Megias Fernández L¹, Mendoza Huertas L¹

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

CS Hospitalización.

Motivos de consulta

Odinofagia. Dolor en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Mujer de 52 años que acude por odinofagia de varios días de evolución. En un primer momento la exploración fue anodina, prescribiendo tratamiento sintomático. En dos ocasiones posteriores volvió a consultar por el mismo motivo, encontrándose entonces exudado pultáceo en amígdalas, por lo que se prescribió antibioterapia sin mejoría a pesar de tomas dos distintos. Dada la mala respuesta al tratamiento y ante la insistencia de la paciente en que no se encontraba bien pues refería astenia, decidimos solicitar analítica. El día que acude a recoger los resultados refiere dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. Intolerancia a la Metilprednisolona por palpitaciones.

Antecedentes personales: Síndrome nefrótico en 2010. Menopausia en 2017.

En la exploración destaca: Faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar y exudado blanquecino en amígdalas. Adenopatía dolorosa laterocervical derecha menor de un centímetro. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Miembro inferior derecho aumentado de tamaño y temperatura. Eritematoso con empastamiento generalizado. Analítica: Hemoglobina 13.3g/dL; Hematocrito 40.6%; Leucocitos 102000/L; Neutrófilos 8379/L; Monocitos 82260/L. PCR 171.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer casada. Dos hijos varones de 19 y 24 años. Trabaja de administrativo. Tiene 3 hermanos sanos. Madre sana. Padre con IAM en 2010. Diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia.

Juicio clínico: Leucocitosis sin filiar. Probable Trombosis Venosa Profunda.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad linfoproliferativa. Mononucleosis infecciosa. Celulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó a la paciente al servicio de Urgencias Hospitalario.

Evolución: La paciente fue ingresa para estudio de la Leucocitosis y para tratamiento de la TVP que se confirmó en urgencias mediante ECO-Doppler venoso. En planta se realizó aspirado de médula ósea, confirmando el Diagnóstico de Leucemia Agua Mieloblástica, por lo que se comenzó con tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

En la consulta es habitual que los pacientes acudan en repetidas ocasiones por un mismo motivo, siendo el resultado una patología banal. Sin embargo no hay que perder de vista que la persistencia de un síntoma o signo puede ser la manifestación de una enfermedad potencialmente grave, por lo que si no conseguimos solucionar el problema con nuestros medios, tendremos que plantearnos la derivación del paciente a otro especialista que pueda ayudar.

Palabras clave

Sore throat, Leukemia, Thrombosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, tengo tos y me ahogo

Palmero Olmo E¹, Quirós Rivero P², Manjón Collado M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos seca persistente.

Historia clínica

Paciente de 60 años que acude a su MAP por presentar tos seca persistente desde hace dos meses, disnea de esfuerzo, sin fiebre ni sintomatología constitucional. Fue atribuido a efectos adversos de Desvenlafaxina pero la evolución no lo sugirió. En alguna ocasión aftas orales. Lesiones descamativas en ambas palmas, MCF y codos junto a eritema en escote. Niega mialgias, déficit motor, disfagia, Raynaud o artritis.

Enfoque individual: exfumadora de 5 cigarrillos diarios hasta hace 25 años. Sintomatología depresiva. Fibromialgia. Amigdalectomizada. Trabaja como ama de casa y ocasionalmente en el campo, sin estar expuesta a tóxicos ni insecticidas.

Exploración: BEG, COC, Eupneica, saturando al 97%, no esclerosis ni telangiectasias, nódulos de Heberden en manos. No otras lesiones de piel. Corazón rítmico, buena frecuencia, sin soplos. Crepitantes secos en base derecha más evidentes que en izquierdo.

Pruebas complementarias: Hemograma: normal. VSG 32. PCR normal. Bioquímica: normal. GOT 66, GPT 787, FA 668 (varias determinaciones similares). Bilirrubina normal. Estudio de hierro: normal. IgA, IgG, IgE normales. Elevación de IgM (756). Inmunofijación: no se observa banda oligoclonal. Complemento normal. Elevación de FR en 71. VHA, VHB, VHC, VIH negativo activas. Sedimento de orina: normal. ANA positivos en dos ocasiones a título 1/160.

Positividad fuerte de Ro52. AMA M2 positivos a título 1/320. Rx tórax: infiltrado alveolar en LLII de pulmón derecho. Eco abdominal: normal. TACAR tórax: afectación intersticial reticular con engrosamiento de septos de predominio basal y localización peribroncovascular y subpleural. Áreas en vidrio deslustrado y bronquiectasias. Biopsia pulmonar: Agregados histiocitarios con infiltrado linfocitario crónico con cambios ligeros enfisematosos compatible con NOC.

Enfoque familiar y comunitario: Familiares no afectados. Marido e hijos sanos sin antecedentes familiares de enfermedad sistémica.

Juicio clínico: Neumonía organizada criptogenética. Tuberculosis. Neumonía neumocócica. Tumor pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Su MAP prescribió 2 ciclos de antibiótico sin mejoría, continuando con disnea, tos persistente sin expectoración. Tras resultado de biopsia pulmonar prescribieron corticoides orales a mg/kg peso durante 2 meses con evolución favorable.

Evolución: Con corticoterapia mejora espectacularmente. Se diagnostica de CBP y se descarta síndrome de Sjögren tras biopsia de saliva.

Conclusiones

No toda tos va seguida de antibiótico. Trabajar conjuntamente con especialidades hospitalarias que facilitan las pruebas menos accesibles para AP.

Palabras clave

Disnea, Neumonía, Corticoides

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mucha sed, mucha orina y una vecina

Peinado Villén F¹, Collado Montávez S², Molina Ruiz C³

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Glucemia capilar elevada, polidipsia, poliuria.

Historia clínica

Mujer de 68 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias muy asustada porque se acaba de tomar la glucemia capilar con el aparato de una vecina y le ha dado error. Según la vecina, eso no puede ser nada bueno.

Enfoque individual: no refiere alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. No toma tratamiento de forma habitual. Lleva un mes con mucha necesidad de beber agua y orinando más de lo habitual. También cuenta haber perdido peso, aunque dice no haber perdido apetito y estar comiendo bien. El aspecto general de la paciente es bueno. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal son normales. En cuanto *A la exploración neurológica*, no presenta focalidad, tampoco pérdida de agudeza visual. Los pulsos periféricos en extremidades son plenos y simétricos. En el histórico de analíticas tiene una glucemia de 112 mg/dL de hace un año. Se solicita analítica de sangre y orina, destacando como resultados una glucosa de 452 mg/dL y una glucosuria de 300 mg/dL. No presenta cetoacidosis.

Enfoque familiar y comunitario: La usuaria refiere que sus padres no eran diabéticos. No

tiene hijos. Ha sido la vecina, diabética tipo 2 y usuaria de insulina, quien le ha orientado y animado a tomarse la glucemia capilar por los síntomas que presentaba.

Juicio clínico: Se trata de un caso claro de debut diabético con síntomas cardinales claros y pruebas complementarias concluyentes.

Tratamiento, planes de actuación: En el servicio de urgencias se instaura una perfusión de insulina con controles de glucemia capilar cada hora, hasta bajar la glucemia por debajo de 250 mg/dL. A su derivación al alta se le prescribe a la paciente tratamiento con metformina con pauta ascendente para probar tolerancia. Se recomienda control analítico en un mes por su médico de atención primaria.

Evolución: La paciente presenta buena tolerancia a metformina y desaparición de la poliuria y la polidipsia con el tratamiento.

Conclusiones

La diabetes mellitus es una de las patologías crónicas más frecuentes y con mayor comorbilidad. Nos corresponde a nosotros el seguimiento de los pacientes diabéticos, realizando un ajuste del tratamiento y cribado de las posibles complicaciones.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Glucose, Polydipsia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Aneurisma Sacular Vena Safena

Cantarero Ortiz M¹, Castro Serrano M²

¹ Médica de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

Ámbito del caso

Necesidades y problemas de salud del individuo.

Motivos de consulta

“Doctora me duele la pierna y no se me ha quitado tras dar a luz a mi hijo”.

Historia clínica

Paciente que acude acompañada de su marido por dolor en cara interna de pierna derecha que no ha cedido tras dar a luz. Refiere que en sus otros embarazos le ocurría igual y se le quitaba tras el parto. Mal seguimiento de embarazo por no acudir a visitas regladas en consulta y residir de forma intermitente entre España y Mauritania de donde procede. Tampoco ha acudido a revisión puerperal. *A la exploración* se aprecia bultoma en cara interna de pierna derecha, dolorosa y tumefacta con aumento de temperatura local y aumento de diámetro con respecto a pierna izquierda. Homans dudoso. Pulsos conservados y simétricos. Signos de insuficiencia venosa crónica marcados. Auscultación cardiopulmonar normal. Constantes en valores normales. Refiere febrícula desde hace 24 horas.

Enfoque individual: no antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Sospecha de trombosis venosa profunda.

Juicio clínico: Sospecha de trombosis venosa profunda vs absceso.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a urgencias hospitalarias.

Evolución: Tras realización en urgencias de pruebas complementarias y analíticas que descartaron proceso infeccioso por Mycobacterias y parásitos (dado el origen de la paciente), y traumatológico, se solicita ECO Doppler con diagnóstico de Aneurisma sacular trombosado de vena safena interna. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y vendaje y se deriva a servicio de Cirugía vascular de forma preferente, los cuales practican resección de venoma bajo anestesia.

Conclusiones

El embarazo supone una situación fisiológica en la que se producen alteraciones hormonales, y en la que la mujer experimenta una serie de cambios en el volumen sanguíneo, función cardíaca y función renal para acomodarse a las necesidades crecientes del feto. La gestación aumenta el riesgo de trombosis en 3-6 veces en comparación con la situación de no embarazo, mientras que el riesgo de trombosis puede ser 4 veces superior en las 6 semanas siguientes al parto. Un buen control del embarazo por Atención Primaria y Obstetricia es fundamental para detectar posibles complicaciones y factores de riesgo.

Palabras clave

Thrombosis, Aneurysm

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diarrea en postparto. A propósito de un caso

Marín Relaño J¹, Franzón González M², Alcalde Molina M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

³ Médica de Familia. Tutora MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria (AP).

Motivos de consulta

Astenia y diarrea con 6-7 deposiciones diarias sin productos patológicos y sin otra sintomatología.

Historia clínica

Tras una gestación normal a término en marzo, la paciente consulta por esta sintomatología; que la atribuye a la situación de más estrés en su casa a raíz del parto. Tras realizar tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, la paciente vuelve a consultar por continuar con heces líquidas y pérdida de peso.

Enfoque individual: mujer de 35 años. Directora de calidad de una empresa de galletas. Sin antecedentes personales de interés. Fecha obstétrica: 2-0-2-2. Fecha menstrual: 5/28 días.

Exploración: Palidez cutánea. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: Realizamos analítica con Hemoglobina 9.8, hematocrito 30.8, VCM 79.6, TSH 2.34. Bioquímica normal. Anticuerpos antitransglutaminasa (IgA) 129 UI/ml (0.0-10.0) y Anticuerpos (IgA) antiendomiso positivo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Tiene dos hijos, uno de 4 años y otro recién nacido. Ciclo Vital familiar de Duvall III.

Juicio clínico: Celiaquía.

Diagnóstico diferencial: Colon irritable, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Malabsorción. El principal problema que presenta esta paciente es su trabajo, ya que al ser directora de calidad en una fábrica de galletas está en contacto con trazas de gluten a diario, por lo que ha solicitado una adaptación del puesto de trabajo (Línea de producción sin gluten).

Tratamiento, planes de actuación: Dieta exenta de gluten.

Evolución: La paciente desde la realización del diagnóstico se encuentra estable y no ha vuelto a tener nuevos episodios.

Conclusiones

La enfermedad celíaca se define como un trastorno del intestino delgado caracterizado por inflamación de la mucosa, atrofia de las vellosidades e hiperplasia de las criptas, que se produce tras la exposición al gluten y que demuestran una mejoría después de retirar el gluten de la dieta. En referencia a las manifestaciones clínicas, la mayoría de los pacientes adultos (> 80 %) no presentan clínica diarreica (manifestación típica de la celiacía infantil) siendo los síntomas más frecuentes fatiga (82%), dolores abdominales (77%), meteorismo (73%) y anemias ferropénicas (63%). Es un hallazgo habitual los datos de malabsorción específica de nutrientes (ferropenia e hipocalcemia).

Palabras clave

Celiac Disease, Food Intolerance/Allergies, Gluten Intolerance

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Varón con epigastralgia y hepatomegalia

Medina Estrella M¹, Ramírez Sandalio N²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Epigastralgia.

Historia clínica

Varón de 72 años que acude por epigastralgia de una semana de evolución que ha empeorado en tres días. Dolor que se irradia a flanco derecho, continuo, leve y que mejora con paracetamol.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a cefalosporinas. HTA, hiperlipemia, EPOC, HBP, cardiopatía hipertensiva, artrosis, atrofia testicular izquierda. Tratamiento: Pitavastatina, incrise, relvar elipta, fluticasona. No refiere hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: Hermano con cáncer de colon a los 53 años.

Exploración física: Ictericia. Dolor a la palpación en eigastrio, hipocondrio y flanco derechos. Hepatomegalia. Exploración complementaria: Analítica con GGT de 396 y PCR de 142.7. Ecografía abdominal: hepatomegalia con numerosas imágenes nodulares y pseudonodulares hipoecogénicas.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive en su domicilio con su cónyuge.

Juicio clínico: LOEs hepáticas.

Tratamiento, planes de actuación: Se consulta con digestivo de guardia quienes indican alta hospitalaria y estudio en sus consultas externas. Se indica tratamiento analgésico para el dolor.

Evolución: El paciente es visto en las consultas, donde les piden tac abdominal. El tac se informa de hígado metastásico sin evidencia de tumor primario. Después solicitan colonoscopia, en la cual observan neoplasia de colon en estadio IV. El paciente nunca se había sometido a cribado de cáncer de colon. El paciente no es candidato a cirugía ni quimioterapia, pasa a cuidados paliativos.

Conclusiones

Se trata de una presentación atípica de cáncer de colon en estadio avanzado. En este caso el paciente no se había realizado nunca cribado de cáncer de colon, a pesar de tener factores de riesgo (mayor de 50 años y familiar de primer grado con cáncer de colon a una edad temprana). Es por lo tanto muy importante que sepamos cuando debemos recomendarle a los pacientes que se realicen las pruebas de cribado. En este caso que nos ocupa hace que pensemos que hubiera pasado si con dichas pruebas se hubiera diagnosticado a tiempo, seguramente con un pronóstico mucho mejor.

Palabras clave

Hepatomegalia, Cáncer de Colon, Epigastralgia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mujer con intenso dolor hipogástrico de 6 semanas de evolución

Medina Estrella M¹, Ramírez Sandalio N²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 35 años que acude a consulta por dolor abdominal intenso en hipogastrio. Se irradia a ambas fosas iliacas y a región lumbar. Dolor de 6 semanas de evolución, que ha empeorado en las 2 últimas. Refiere disuria y leucorrea maloliente rosa. Sensación febril. Acudió hace 3 semanas por misma sintomatología. Se le prescribió antifúngico vaginal empírico, además de realizarle cultivo de orina y vaginal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumadora (2, 3 paq/año). FUR: Hace 15 días. FO: 4 gestaciones, 3 abortos, 1 nacido vivo (vía vaginal). Última citología vaginal: Nunca realizada.

Exploración física: T^a: 38, 1º. Abdomen: Dolor a la palpación generalizado. Exploración ginecológica: Espéculo: Se observa cérvix engrosado, con ulceraciones. Salida de líquido muy maloliente y sangrante (“agua de lavar carne”). El cérvix es sangrante al roce. Tacto vaginal: Muy doloroso. Se palpa un cérvix engrosado y duro.

Pruebas complementarias: Cultivo de orina y vaginal- negativo activos.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 35 años que vive con su cónyuge y su hijo de 7 años. No patología de interés en familiares.

Juicio clínico: Sospecha cáncer de cérvix.

Diagnóstico diferencial: Cáncer de cérvix o una enfermedad pélvica inflamatoria.

Plan de actuación: La paciente es derivada a urgencias.

Evolución: En urgencias le realizan analítica urgente con resultados de leucocitosis (14, 96) y proteína C reactiva elevada (119). Ecografía transvaginal: útero en anteversión, canal cervical engrosado que mide 75 x 44 mm. La paciente es ingresada en planta. Unos días después le realizan resonancia magnética que es informada como cáncer de cérvix Bulky en estadio IIB.

Diagnóstico: Cáncer de cérvix Bulky en estadio IIB.

Conclusiones

Este caso nos hace darnos cuenta lo importante que es promover la realización del programa de cribado, ya que si la paciente lo hubiera seguido probablemente no habría desarrollado una neoplasia tan avanzada.

Palabras clave

Dolor abdominal, leucorrea, cribado de cáncer de cérvix.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hipertensión arterial e hipoglucemia

Bermúdez Torres F¹, Salva Ortiz N², González Contero L²

¹ Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 69 años que presenta mal control tensional y diabetológico de semanas de evolución.

Historia clínica

Mujer de 69 años, que presenta cifras tensionales elevadas de más de dos semanas de evolución, que no mejora tras varios cambios en la medicación antihipertensiva. Tras sufrir episodio presincojal acude nuevamente a consulta de atención primaria donde destaca hipoglucemia (49 mg/dl), hipertensión arterial (180/100) y alteración del nivel de conciencia, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para valoración tras iniciar tratamiento con suero glucosado intravenoso y extracción de analítica.

Enfoque individual. Antecedes personales: Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina; Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril; Dislipemia en tratamiento dietético e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

Exploración: Regular estado general, tensión arterial 180/100, frecuencia cardiaca 97 lpm. Eupneica en repoo. Glasgow 14/15. Glucemia 72 mg/dl tras administración de suero glucosado. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Extremidades sin lesiones. No déficit motor ni sensitivo. Desorientación. No signos meníngeos.

Pruebas

Electrocardiograma, radiografía de tórax sin hallazgos. Analítica completa a destacar:

complementarias:

glucemia 51 mg/dl, potasio 2.6 mg/dl, calcio, resto normal. Eco abdominal: imagen sólida en suprarrenal izquierda de unos 5-6 mm.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer casada, con tres hijos. Buen apoyo familiar. Profesora de universidad jubilada.

Juicio clínico: Hiperaldosteronismo. Adenoma suprarrenal izquierdo productor de aldosterona.

Diagnóstico diferencial: enfermedad cerebrovascular, síndrome metabólico mal controlado, mala adherencia al tratamiento, mal cumplimiento terapéutico.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento para reposición de electrolíticos, corrección de hipoglucemia y antihipertensivos, sin respuesta.

Evolución: Ingreso en Medicina Interna, completando estudio, destacando aldosterona sérica elevada y renina disminuida. Se realiza TAC abdominal donde se confirma la presencia de adenoma en la suprarrenal izquierda. Tratamiento definitivo: adrenalectomía laparoscópica.

Conclusiones

El hiperaldosteronismo es una causa infradiagnosticada de hipertensión. Los pacientes con aldosteronismo primario tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que es una entidad a tener presente cuando las cifras de tensión arterial sea refractaria a pesar de cambios de tratamiento.

Palabras clave

Hipertension, Hypoglycemia, Adenoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pérdida de visión de inicio brusco

Bermúdez Torres F¹, González Contero L², Salva Ortiz N²

¹ Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Disminución de agudeza visual en ojo izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de síndrome vertiginoso de larga data no estudiado y trastorno de ansiedad generalizada; que acude a consulta de atención primaria por presentar disminución de agudeza visual en ojo izquierdo de unas horas de evolución, describiéndolo como "una cortina". No dolor ocular, niega traumatismo ocular previo ni cefalea. Refiere haber presentado varias crisis de ansiedad en las últimas semanas con parestesias en ambos brazos autolimitadas.

Exploración: Fondo de ojo normal. Pupilas reactivas a la luz. Motores oculares externos conservados. No déficit motor ni sensitivo. Destaca clonus aquileo bilateral. Ante los síntomas/signos de la paciente se deriva a urgencias hospitalarias para valoración especializada.

Enfoque individual:

Antecedentes personales: Síndrome vertiginoso, trastorno de ansiedad generalizada. Exploración por oftalmología: catarata incipiente que no justifica la sintomatología.

Pruebas complementarias: analítica completa normal. TAC craneal: focos de hiperdensidad en sustancia blanca periventricular y subcortical de predominio frontoparietal bihemisférico. Ante la sospecha de neuritis óptica se ingresa en Neurología. Resonancia magnética craneal: más de 10 lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en las

secuencias T2, con asiento subcortical supratentorial de predominio en sustancia blanca periventricular, todo ello sugiere cuadro compatible con esclerosis múltiple. Microbiología negativo activa para treponema, borrelia burgdorferi y VIH. Potenciales visuales evocados: compatible con neuropatía óptica izquierda. Punción lumbar: bandas oligoclonales positivas en líquido cefalorraquídeo.

Enfoque familiar y comunitario: Separada con un hijo de 5 años. Desempleada. Buen apoyo familiar y red social adecuada.

Juicio clínico: Neuritis óptica retrobulbar. Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: desprendimiento de retina, migraña con aura, somatización, hemorragia vitrea, oclusión arterial de la retina.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento con corticoides intravenosos que mejoran la clínica.

Evolución: Seguimiento por el Servicio de Neurología. Dado que se trata del primer brote, la actitud es expectante y no se instaura de momento tratamiento inmunomodulador.

Conclusiones

Es fundamental realizar una correcta historia clínica en los pacientes que presentan disminución de agudeza visual. Con una adecuada *Exploración neurológica* y una exploración oftalmológica reglada nos permite tener una sospecha clínica de una patología grave que precisa tratamiento precoz para evitar posibles secuelas.

Palabras clave

Visual Acuity, Multiple Sclerosis, Optic Neuritis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome colinérgico tras picadura de araña

Bermúdez Torres F¹, Salva Ortiz N², González Contero L²

¹ Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Picadura de araña y malestar general.

Historia clínica

Varón de 34 años, sin alergias medicamentosas, ni antecedentes de interés, que acude a consulta tras sufrir picadura de araña en zona escapular izquierda. Refiere dolor intenso, lancinante en punto de inoculación, que se extiende a tórax, abdomen y extremidades inferiores, acompañado de mal estado general e hipertensión. No fiebre. Dado el estado general del paciente es derivado a urgencias hospitalarias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Enfoque individual. Exploración: Tensión arterial 180/100, Frecuencia cardíaca 138 latidos por minutos. Eupneico en reposo. Mal estado general. Sudoración profusa. Frialdad en extremidades. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, con defensa muscular generalizada con peristaltismo conservado. Glasgow 15/15. Midriasis pupilar bilateral. Pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades inferiores, con reflejos osteotendinosos conservados. Imposibilidad de mantener la bipedestación. Pápula eritematosa en zona escapular izquierda. Alodinia en zona dorsolumbar.

Pruebas complementarias: analítica completa a destacar elevación de CPK, hipocalcemia y acidosis metabólica. Electrocardiograma con taquicardia sinusal. TAC lumbosacro donde se descarta síndrome de cola de caballo y lesiones óseas de características malignas. Se contacta

con Servicio de Toxicología, describiendo el insecto causante de la picadura y nos informan de la posibilidad de ser una araña latroductus. Ante la sospecha de afectación de plexos vegetativos lumbares de causa tóxico-metabólica por la picadura de Araña del genero Latroductus; ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, vive con sus padres, de profesión camarero. Buen apoyo social.

Juicio clínico: Síndrome colinérgico por picadura de Araña.

Diagnóstico diferencial: dolor neuropático, síndrome de cola de caballo, shock medular, tumor óseo vertebral.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento de soporte en Unidad de Cuidados Intensivos, ya que no se dispone de antídoto; cloruro mórfico y aportes de calcio.

Evolución: Control del dolor y mejoría clínica al tercer día de tratamiento.

Conclusiones

El latroductismo es un síndrome neurotóxico local y sistémico potencialmente letal producido por la inoculación de veneno de araña del género Latroductus. Es importante para el médico de familia identificar signos y síntomas sugestivos de gravedad ante las picaduras de cualquier insecto, que puede ser letal.

Palabras clave

Cholinérgico Síndrome, Bite, Spider Latroductus

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Tengo el pene hinchado!

Salva Ortiz N¹, González Contero L¹, Bermúdez López F²

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente que acude a su médico de atención primaria por llevar unos días con el pene hinchado.

Historia clínica

Varón de 29 años que acude a consulta de su médico de familia por presentar desde hace 2 días tumefacción en cara lateral derecha del pene, que ha ido aumentando de tamaño en los últimos días y que al tacto está caliente y es dolorosa. Niega fiebre u otra sintomatología acompañante. Niega relaciones sexuales de riesgo. Tras ser valorado por su médico se deriva a urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: antecedentes personales: No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, no enfermedades de interés.

Anamnesis: desde hace 2 días tumefacción en cara lateral derecha del pene, que ha ido aumentando de tamaño y que al tacto está caliente y es dolorosa. Niega fiebre u otra sintomatología acompañante. Niega relaciones sexuales de riesgo.

Exploración: buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, eupneico, no tiraje ni asimetrías. Pene con tumoración roja y caliente compatible con proceso infeccioso en cara lateral derecha del pene con zona fluctuante central.

Pruebas complementarias: Analítica: PCR: 65.8 resto normal; sedimento de orina normal; ecografía: absceso/colección inflamatorio infecciosa en partes blandas adyacentes al tercio medio del cuerpo cavernoso derecho del pene que se acompaña de moderados signos inflamatorios en la superficie ventral-lateral derecha del mismo.

Enfoque familiar y comunitario: soletro, vive solo, trabaja como fontanero, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Absceso Peneano.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades de transmisión sexual, cuerpos extraños en cuerpos cavernosos, inyección de medicamentos en cuerpos cavernosos.

Tratamiento, planes de actuación: Drenaje quirúrgico del absceso. Antibioterapia y analgésicos, cura de la herida.

Evolución: Favorable tras tratamiento y seguimiento de las curas por parte de enfermería del CS

Conclusiones: El absceso peneano es una patología poco frecuente en relación con inmunosupresión, infecciones crónicas e instrumentación del tracto urinario, pero también puede aparecer en pacientes sanos es importante realizar una minuciosa anamnesis y exploración física para poder identificarla.

Palabras clave

Penis; Abscess; Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Angor prolongado

Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres F², González Contero L¹

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda sin cortejo vegetativo.

Historia clínica

Varón de 65 años derivado por su médico de atención primaria a urgencias, por presentar dolor centrotorácico opresivo de 4 horas de evolución, irradiado a espalda sin cortejo vegetativo asociado, de aparición en reposo. Inicialmente el cuadro cedió parcialmente con nitroglicerina en perfusión.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, fumador, HTA, sobrepeso, hipotiroidismo, intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, eventración, fisura anal, polipectomía colónica. Tratamiento habitual: ramipril 5 mg/12 h. Bisoprolol 5 mg/24 h.

Anamnesis: Varón de 65 años derivado por su médico de atención primaria a urgencias por presentar dolor centrotorácico opresivo de 4 horas de evolución, irradiado a espalda sin cortejo vegetativo asociado, de aparición en reposo. Inicialmente el cuadro cedió parcialmente con nitroglicerina en perfusión.

Exploración: Buen estado general, normohidratado y normocoloreado, eupneico, no tiraje ni asimetrías. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos añadidos; piernas sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, no alteraciones agudas de la repolarización, radiografía de tórax normal; ecocardiograma: normal; Analítica: troponinas seriadas con ligera elevación. LDL: 127, HDL: 37; cateterismo cardíaco: descendente anterior con lesión del 70% en segmento medio, se implanta STENT farmacoactivo.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijos, jubilado, vive con su esposa un nieto, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Angor Prolongado.

Diagnóstico diferencial: SCASEST, infecciones respiratorias.

Tratamiento, planes de actuación: implantación de STENT farmacoactivo, control de factores de riesgo cardiovascular, control dietético. Ácido acetil salicílico, estatinas, IECA, Ticagrelor 90 mg cada 12 horas.

Evolución: Favorable tras tratamiento.

Conclusiones

Destacar la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular para evitar problemas cardiovasculares y para mejorar la calidad de vida de los pacientes que ya han presentado algún evento cardiológico. Promover hábitos de vida saludable en la población.

Palabras clave

Pain, Chest, Stent

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lumbalgia recidivante en mujer joven. A propósito de un caso

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres F²

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar de dos años de evolución.

Historia clínica

Mujer de 30 años de edad que consulta por presentar desde hace, al menos 2 años, dolor en zona lumbar, de características mecánicas, no irradiado, que relaciona con su actividad laboral habitual (reponedora de gran supermercado). Desde hace 8 meses comenzó como dolor en glúteo derecho, bilateral y asciende a la región lumbar, de mayor intensidad que los episodios previos, rigidez matutina, que no mejora con el reposo y con mala respuesta a analgesia habitual y despertándola por la noche el dolor.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Niega alergias medicamentosas conocidas, fumadora habitual de 5 cigarrillos al día desde los 15 años, niega posibilidad de embarazo, no refiere antecedentes personales médico quirúrgicos de interés.

Exploración física: hemodinámicamente estable, afebril. Cardiopulmonar y abdomen normal. Maniobras sacroilíacas izquierda positiva. No apofisalgia. Ba completo aunque doloroso. Musculatura paravertebral libre. No alteraciones neurovasculares distales. No lesiones dérmicas. No signos meníngeos.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. VSG: 18. Proteína C reactiva: 5. Antígeno leucocitario humano (HLA) -B27: positivo. Radiografía columna lumbar: esclerosis del margen iliaco de sacroilíaca

izquierda con dudosos cambios erosivos, erosiones en la sínfisis púbica. RMN de sacroilíacas: afectación de la articulación sacroilíaca izquierda con ensanchamiento articular, presencia de esclerosis e irregularidad del margen iliaco fundamentalmente.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera sin hijos, trabaja como reponedora en un gran supermercado. Nivel socio económico bajo. Buen apoyo familiar y red social.

Juicio clínico: Espondiloartritis axial.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia crónica, espondiloartritis enteropática.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente fue enviada a reumatología para estudio, seguimiento y tratamiento adecuado de acuerdo a su evolución clínica.

Evolución: Actualmente buen control sintomático con analgesia potente, seguimiento semestral.

Conclusiones

La espondiloartritis axial tiene una prevalencia quizás poco llamativa en nuestra población pero no por ello debemos olvidarla. Destacar la importancia de una buena anamnesis y una selección adecuada de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico fiable y definitivo de la misma, así como desarrollar la capacidad para estar alerta ante los signos y síntomas típicos en la entidad.

Palabras clave

Pain, Lumbago, Axial

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Angor hemodinámico por deshidratación

González Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres F²

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

² Médico de Familia. DA Sierra de Cádiz. UGC Arcos de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Paciente de 63 años, que presenta en domicilio, durante la preparación para colonoscopia, cuadro de deposiciones líquidas abundantes, asociado a episodio de mareo, ortostatismo, sudoración fría, palpitations y dolor opresivo, retro-esternal, irradiado a región interescapular. Tras la realización del procedimiento, infusión de 2000 cc de cristaloides no mejora, por lo que acude a Urgencias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Niega hábitos tóxicos. No hipertensión arterial. No diabetes mellitus. Dislipemia. Poliposis colónica, varias colonoscopias con polipectomías. Intervenciones quirúrgicas: Hemorroidectomía; Cirugía de hombro. Tratamiento domiciliario: Simvastatina 20mg/24hr.

Exploración física: Tensión arterial 110 / 65 mmHg; frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 12 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno 98%. Bien perfundida, normohidratada, normocoloreada. Buen relleno capilar. Eupneica. Afebril. Consciente, orientada, colaboradora. No ingurgitación yugular. No bocio. Auscultación cardiaca: Rítmica, soplo sistólico irradiado a punta cardiaca. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible. No peritonismo. No masas ni organomegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Miembros inferiores: No edemas. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos presentes. *Exploración neurológica:* pares craneales normales. No focalidad sensitivo - motora.

Pruebas complementarias: Hemograma: hemoglobina 14.9; hematocrito 41.2%; Leucocitos 9630 (Neutrófilos: 80%); Plaquetas 210000. Bioquímica: Cr 0.8; K 3.81; CPK 282; Troponina T 0.67. Electrocardiograma: ritmo sinusal. PR normal. Hemibloqueo anterior de rama izquierda. QS en V1-V2. No alteraciones ST - T sugestivas de isquemia y/o sobrecarga de cavidades. Rx tórax: índice cardiorácico normal. No infiltrados consolidativos ni signos de sobrecarga hídrica.

Enfoque familiar y comunitario: Ama de casa, vive con su esposo, tienen 2 hijos. Adecuado apoyo familiar.

Juicio clínico: Angor hemodinámico.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Monitorización, oxigenoterapia, sueroterapia, antiagregación con ácido acetilsalicílico, tratamiento antianginoso con B-bloqueantes, hipolipemiantes, anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y el resto de medidas habituales.

Evolución: Buena evolución en UCI, sin nuevos episodios de dolor precordial, sin eventos arritmogénicos, ni clínica de insuficiencia cardiaca.

Conclusiones

La angina es un concepto clínico, su diagnóstico se basa fundamentalmente en el interrogatorio del dolor. Cuando las características de éste sugieren su origen coronario, es necesario establecer el tipo de angina y, en consecuencia, la urgencia del tratamiento, así como las exploraciones indicadas para confirmar el diagnóstico.

Palabras clave

Pain, Angina, Heart

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal tras fecundación in vitro

Morato Lorenzo L¹, Hernández Marín F², Gárriga Sánchez L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Síncope y dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 32 años que acude al CS traída por su familia por 3 episodios sincopales en domicilio mientras defecaba, con náuseas y vómitos acompañante. Caída al suelo sin traumatismo cráneo-encefálico y pérdida de conocimiento de menos de 1 minuto, sin relajación de esfínteres, cefalea holocraneal y dolor abdominal intenso generalizado.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas. Menarquia a los 12 años. Aborto previo. Intervenciones: 3 punciones ováricas. No otros antecedentes de interés. En proceso de fecundación in vitro con transferencia de dos embriones el día anterior. Tratamiento actual: progesterona 200mg /8h, ácido fólico y yodo 200mg/24h, parches de estradiol 50mcg/24horas. Regular estado general, consciente, orientada, colaboradora. Buena coloración de piel y mucosas, afebril. Auscultación normal, *Exploración neurológica* anodina sin focalidad y signos meníngeos negativo activos con abdomen con significativa distensión, defensa generalizada y dolor intenso. Tras primera valoración en atención primaria se decide traslado hospitalario para valoración ginecológica urgente.

En el hospital se realiza analítica completa en la que destaca hemoglobina de 17, 5 g/dl, 27200 leucocitos, PCR 10, 3mg/l, 411000 plaquetas y fibrinógeno 751mg/dl. Se decide no realizar pruebas de imagen por posibilidad de

embarazo. Se hace interconsulta con Ginecología que valora a la paciente realizándose ecografía transvaginal donde se aprecia útero en retroversión de forma y tamaño normal, importante acumulo de líquido libre por la cavidad abdominal y anejos aumentados de tamaño por estimulación.

Enfoque familiar y comunitario: Sin hallazgos de interés.

Juicio clínico: Síndrome de hiperestimulación ovárica.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de ginecología para hidratación intravenosa y tratamiento con albumina y furosemida intravenosa. Se programa culdocentesis.

Evolución: Tras el tratamiento pautado y la culdocentesis se corrige la hemoconcentración y se consigue mejoría clínica importante retirando poco a poco la medicación, logrando alta hospitalaria.

Conclusiones

Presentamos este caso para motivar a nuestros compañeros en la formación de patologías relacionadas con la reproducción asistida. Ya que en los tiempos que corren, son muchas las pacientes que acuden a estos tratamientos de fertilidad y por ello su médico de referencia debe de estar a la orden del día y sospechar las patologías relacionadas con ellos puesto que alguna albergan gravedad importante.

Palabras clave

Ovarian Hyperstimulation Syndrome, Fertilization In Vitro, Syncope

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Ángor hemodinámico

Morato Lorenzo L¹, Hernández Marín F², Gárriga Sánchez L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico.

Historia clínica

Varón 63 años que acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo irradiado a miembro superior izquierdo, aumentando con el esfuerzo, acompañado de palpitaciones y cortejo vegetativo, que no ha cedido tras la toma de dos comprimidos nitroglicerina sublingual.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas conocidas. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia. Antecedentes cardiológicos: prótesis valvular mecánica aórtica por estenosis aórtica severa, cardiopatía isquémica crónica, enfermedad coronaria severa con lesión en arteria coronaria descendente anterior proximal y en la diagonal con revascularización percutánea (3 Stents farmacoactivos). Otros antecedentes de interés: anemia crónica con estudio digestivo negativo activo, probable anemia hemolítica. Tratamiento actual: acenocumarol según pauta, omeprazol 20mg/día, ivabradina 10mg/día, amlodipino 5mg/día, clopidogrel 75mg/día, atorvastatina 80mg/día, irbesartna/hidroclorotiazida 125/25 mg/día, parches nitroglicina 15mg /día, metformina 850mg/12h, eritropoyetina bimensual, sulfato de ferroglicina 100mg/día. Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador, palidez significativa de piel y mucosas, afebril. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos, sin rones, ni soplos, click metálico en foco aórtico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Electrocardiograma: Ritmo sinusal

a 90 latidos por minuto, eje normal, PR 200ms, QRS estrecho, infradesnivelación de ST en I, aVL y de V4 a V6 (ya descrito en previos). En analítica destaca: hemoglobina 5,6 g/dl, hematocrito de 16%, resto sin interés. Seriación enzimática de troponina T ultrasensible: 28-40-546-655-793 ng/l.

Enfoque familiar y comunitario: No tenemos datos puesto que el paciente no es de la zona.

Juicio clínico: Ángor hemodinámico.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de cardiología para transfusión de concentrados de hematíes, seriación enzimática y electrocardiográfica así como cateterismo programado.

Evolución: Tras la transfusión de 6 concentrados de hematíes, el paciente presenta mejoría clínica con descenso de los niveles de troponinas, normalización de los niveles de hemoglobina. No se evidencian modificaciones en los electrocardiogramas, con cateterismo sin cambios con respecto al último realizado en diciembre de 2017.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en el seguimiento del paciente por parte de su médico de atención primaria quien puede llevar un control estricto de su anemia, así como sospechar la patología por la exploración física y el aspecto del propio paciente dada la posibilidad de continuidad asistencial que nos ofrece nuestra especialidad.

Palabras clave

Chest pain, Anemia, Angina pectoris

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Miastenia Gravis en Atención Primaria

Morato Lorenzo L¹, Hernández Marín F², Vigo Muñoz M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Analítica, radiografía de abdomen y electrocardiograma sin hallazgos de interés.

Motivos de consulta

Astenia, dificultad para masticar y caída palpebral.

Enfoque familiar y comunitario: Sin relevancia.

Historia clínica

Varón de 67 años que acude al CS por astenia de una semana de *Evolución:* con caída palpebral bilateral y dificultad para masticar de dos días de evolución. La clínica empeora a lo largo del día.

Juicio clínico: Miastenia gravis generalizada.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de Neurología, administrándose primera dosis de piridostigmina.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas conocidas. Hipertensión arterial. Amigdalectomizado. No otros antecedentes de interés. Tratamiento habitual: Manidipino 20 mg/noche, Telmisartán 80mg/hidroclorotiazida 25 mg día, furosemida 40mg día. Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador, saturando al 95%. Buena coloración de piel y mucosas, afebril.

Evolución: El paciente ha presentado muy buena respuesta con el tratamiento con piridostigmina, realizándose durante el ingreso TAC de tórax sin alteraciones en región tímica ni otros hallazgos de interés. Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina positivos. Tras una semana de ingreso se decide alta con Piridostigmina 60mg cada 6h, respetando el sueño. El paciente recupera movilidad de miembros completa sin fatigabilidad facial.

Exploración neurológica: nistagmo agotable y ptosis bilateral más marcada en párpado derecho junto con claudicación mandibular. Resto exploración física sin hallazgos relevantes. Tras primera valoración en Atención Primaria se decide traslado hospitalario para valoración neurológica. En el hospital, además de lo ya citado, se aprecia fatigabilidad de miembros superiores e inferiores (el paciente ya no puede caminar lo que le obliga a ir en silla de ruedas). Radiografía de tórax sin ensanchamiento mediastínico. TAC de cráneo: signo de atrofia corticosubcortical no significativa para la edad del paciente.

Conclusiones

Es un caso clínico muy interesante ya que su sospecha viene dada de Atención Primaria, basándonos en una buena *Exploración neurológica* que a veces no realizamos exhaustivamente (generalmente por falta de tiempo) pudiendo así pasar por alto enfermedades tan graves como esta y que además tiene tratamiento efectivo.

Palabras clave

Myasthenia gravis, Blepharoptosis, Pyridostigmine Bromide

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cáncer de mama visible

Gárriga Sánchez L¹, Hernández Marín F², Morato Lorenzo L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Astenia y palidez de piel y mucosas.

Historia clínica

Mujer 59 años que acude al servicio de urgencias por astenia intensa de 15 días de evolución que le impide realizar actividades cotidianas.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas conocidas. Esquizofrenia. Amigdalectomizada. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Tratamiento habitual: Aripiprazol 10 mg día. Regular estado general, consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo. Marcada palidez de piel y mucosas, afebril. Exploración cardio-pulmonar: anodina, lo que realmente llama la atención es la presencia de una lesión necrótica en mama derecha de más de 5 cm de diámetro con bordes irregulares y sangrado al mínimo roce, con pérdida de la anatomía normal de la mama, además se palpan adenopatías axilares ipsilaterales. Se realiza analítica de urgencias objetivándose hemoglobina de 6,3 g/dl, resto normal. En radiografía de tórax se aprecia atelectasia lóbulo medio derecho con elevación de hemidiafragma derecho (efecto masa).

Enfoque familiar y comunitario: Relaciones familiares conflictivas en paciente frágil.

Juicio clínico: Cáncer mama. Anemia.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de medicina interna para estudio de extensión de la lesión con posibilidad de tratamiento activo, así como transfusión de hemoderivados.

Evolución: Durante su ingreso se transfunden 3 concentrado de hematíes con mejoría clínica de la paciente y se realiza estudio de extensión (TAC tóraco-abdomino-pélvico) con conclusiones de neoplasia mamaria primaria con metástasis ganglionares, pulmonares, pleurales y óseas y biopsia informada: carcinoma ductal infiltrante con receptores hormonales positivos, HER-2 positivo y Ki67 de 10%.

Conclusiones

Presentamos este caso clínico porque el diagnóstico de carcinoma de mama se realizó de forma visual, se trata de una paciente de riesgo que no había consultado por ese motivo con anterioridad durante los 3 años de evolución de la misma. Aquí el papel del médico de familia no fue solamente de los conocimientos sino basándonos en el aspecto integral del médico, al ser una paciente con actitudes negativas de la realidad en relación con su patología psiquiátrica de base.

Palabras clave

Breast Neoplasms, Neoplasm Metástasis, Anemia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Traumatismo craneoencefálico en neonato de 12 días

Gárriga Sánchez L¹, Hernández Marín F², Morato Lorenzo L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

derecha. No se aprecia desviación significativa de la línea media.

Motivos de consulta

Caída accidental por las escaleras.

Enfoque familiar y comunitario: Ambos padres sanos. A descartar situación de maltrato infantil.

Historia clínica

Varón neonato de 12 días que acude a urgencias hospitalarias tras traumatismo craneoencefálico por caída accidental de los brazos de su madre y rodando unos 15 escalones de una hora de evolución. Sin pérdida de conocimiento, llanto enérgico tras la caída, no vómitos, no pérdida de apetito.

Juicio clínico: Traumatismo cráneo-encefálico. Fractura parietal bilateral. Fractura temporal. Hematoma epidural/subdural.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso en cuidados intermedios para vigilancia neurológica a cargo de neurocirugía. Se mantiene lactancia artificial habitual. Actitud expectante.

Enfoque individual: Recién nacido a término, fruto de primera gestación, con ecografías normales y acordes a su edad gestacional. Serologías maternas negativo activas. No patología obstétrica. Periodo perinatal sin incidencias. Sin tratamiento habitual. Aceptable estado general. Buena coloración de piel y mucosas, eupneico en reposo. Fontanela anterior normotensa, activo y reactivo

Evolución: El paciente permanece ingresado 10 días en neurocirugía presentando en todo momento estabilidad neurológica con ecografía transfontanelar de control normal, así como Tac de control con reabsorción progresiva del hematoma. Tras llevar a cabo el procedimiento de detección de maltrato infantil se desestima el mismo.

A la exploración, succión positiva, neuroconducta adecuada. Cefalohematoma biparietal con consistencia blanda, no crepitación ni depresión ósea. Resto de la exploración sin hallazgos. Se realiza radiografía de cráneo objetivándose varias líneas de fracturas concluyentes en región parietal. Analítica sin hallazgos. Se decide realizar Tac de cráneo donde se aprecia fractura biparietal con hematoma epidural/subdural bilateral con leve acabalgamiento de fractura parietal derecha y varios tramos de fractura temporal

Conclusiones

Conocer la actitud a seguir ante traumatismo craneal infantil, además debemos conocer el modelo de notificación de maltrato infantil y el procedimiento a seguir en caso de posible maltrato, así como sospecharlo ante traumatismo de este tipo que no se correlacionan con el mecanismo de acción habitual.

Palabras clave

Child Abuse, Hematoma Cranial, Brain Injuries

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No siempre te fíes de la navaja de Occam

Chacón Coronado A, Suárez Pita J, Peña Salas C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mal control glucémico asociado a fallo renal (posteriormente anemia).

Historia clínica

Paciente varón de 49 años con Síndrome de Down, hipotiroidismo, celiacía (anticuerpos anti-transglutaminasa positivos) y diabetes mellitus tipo I (DMI) mal controlada con insulina detemir.

Enfoque individual: Cambiamos a insulina glargina y se deriva a Endocrinología para optimización de tratamiento de DMI. El endocrinólogo, a su vez, deriva al paciente al servicio de Nefrología por instauración de Síndrome Nefrótico, sin apreciar anemia en su momento (el paciente realiza vida normal). Al hacer analítica de control en su CS aparece Hemoglobina de 6'8 mg/dL, lo que lleva a su médico de cabecera a indagar sobre posibles pérdidas y confirmación de enfermedad celíaca. Se realiza colonoscopia en la que se obtiene biopsia negativo activa para celiacía, observándose hemorroides internas en grado III.

Enfoque familiar y comunitario: Los familiares realizaban constantemente avisos domiciliarios y elevado consumo de benzodiazepinas. Tras la mejoría del paciente, cesaron tanto los avisos como la necesidad de medicamentos por parte de los cuidadores.

Juicio clínico: Fallo Renal por hipovolemia.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía diabético

Tratamiento, planes de actuación: Hierro intravenoso.

Evolución: Al pautar tratamiento con hierro intravenoso, y una vez repuesta la volemia, la función renal se recupera paulatinamente hasta valores normales. Lo que parecía una lesión de órgano diana en riñón por un mal control glucémico resultó ser un fallo renal agudo de carácter prerrenal por hemorragia persistente, que fue detectada gracias al control rutinario del paciente por Atención Primaria.

Conclusiones

Cuando recibimos en consulta a un paciente con DMI y síndrome nefrótico, debemos tener en cuenta otras posibles causas del fallo renal. Los anticuerpos asociados a enfermedad celíaca pueden dar falsos positivos en situaciones especiales. Según estudios, el 3-16% de los pacientes con DMI puede presentar anticuerpos anti-transglutaminasa y anti-Endomisio positivos (1).

1. Fernández Pereira, L. and Plaza López, A. (2018). Diagnóstico y monitorización de las enfermedades autoinmunes. Barcelona: Elsevier, p.43.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Anemia, Proteinuria

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, estoy muy mareada

Palmero Olmo E¹, Quirós Rivero P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

consulta la maniobra de Epley. Se retiró el tratamiento con sulpiride.

Motivos de consulta

Mareo y náuseas.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos sanos. Su marido presenta hipertensión correctamente tratada y controlada.

Historia clínica

Mujer de 54 años que consulta por intenso mareo al levantarse de la cama con vómitos asociados. Le lleva pasando mucho tiempo pero no mejora con el tratamiento que le ha puesto su médico de familia, Sulpirida pautado.

Juicio clínico: Vértigo periférico paroxístico benigno. Neuritis vestibular. Trombosis de la arteria basilar. Trombosis de la arteria vertebral. Hemorragia subaracnoidea. Hematoma subdural y epidural.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2 y gastritis superficial. Refiere que desde hace dos años sufre mareo intenso al levantarse de la cama que le dura 1-2 horas con vómitos asociados y sudoración. Su Médico de Familia le pauta Sulpirida cada 8 horas pero eso no le mejora nada. Acude a su consulta y estoy yo sustituyendo a su Médico de Familia.

Tratamiento, planes de actuación: El diagnóstico se fundamenta en historia clínica típica, y la aparición de vértigo y nistagmo al realizar la maniobra de provocación, maniobra de Dix-Hallpike. Ésta será positiva si aparece un nistagmo paroxístico y transitorio, con una duración de unos 15-30 segundos, fatigable, con una latencia de 2 a 20 segundos, rotatorio, vertical hacia fuera y hacia arriba y que se acompaña de vértigo. La maniobra de Epley se utiliza para el reposicionamiento de los otolitos en sáculo y utrículo.

Exploración: buen estado general, algo sudorosa, con TA 125/82 mmhg. FC: 83 lpm. Glucemia: 130mg/dl. Apenas puede incorporarse por el mareo que presenta. ACP: sin hallazgos patológicos. Abdomen: anodino. No edemas en los pies. Se le realiza maniobras vestibulares que aprendí en el rotatorio de OtoNeurología. Cover test: negativo activo. Halmaghy positivo derecho. Dix- Hallpike positivo para la derecha con nistagmo típico rotatorio puro antihorario, fatigable. Tras valorar que se puede tratar de un vértigo periférico paroxístico benigno, se le realiza en

Evolución: La paciente se revisó a la semana, al mes y a los tres meses con mejoría completa de la sintomatología.

Conclusiones

Es importante conocer la naturaleza y la frecuencia del VPPB y su correcto tratamiento.

Palabras clave

Vértigo, Epley, Mareo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cefalea hemicraneal: no siempre es migraña

Barón Igeño I

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valdepasillas. Badajoz

Ámbito del caso

Atención primaria.

ocupante de espacio, malformación arteriovenosa, aneurisma, hipertensión intracraneal, disfunción ATM.)

Motivos de consulta

Cefalea.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta tratamiento con antiinflamatorios alterno con analgésicos. Dado que se trata de una cefalea hemicraneal de reciente comienzo, que no cumple criterios de cefalea primaria, se solicita TAC craneal preferente para descartar proceso expansivo intracraneal, que informa dos lesiones fronto-parietales con importante edema circundante que desplazan la línea media, sugestivas de glioblastoma multiforme vs lesiones metastásicas.

Historia clínica

Varón de 44 años que acude a consulta de AP por presentar cefalea de 20 días de evolución que no mejora con AINES.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin antecedentes de interés. Exfumador desde hace 6 meses. Bebedor de 3-4 UBE diarias.

Evolución: El paciente ingresa en Medicina Interna y posteriormente en Neurocirugía para estudio de extensión, siendo negativo activo. Se procedió a exeresis total por craneotomía con diagnóstico histológico de glioblastoma multiforme de alto grado.

Anamnesis: Presenta cefalea parietal derecha, constante, de intensidad moderada, opresiva, que no le interrumpe el sueño ni aumenta con maniobras de Valsalva. Refiere en los últimos días sensación de somnolencia diurna, con bostezos frecuentes, a pesar de correcto descanso nocturno. No foto ni fonofobia. Sin déficit visual. No náuseas, vómitos ni cuadro febril.

Conclusiones

El médico de AP debe realizar una correcta anamnesis y exploración física con el fin de identificar signos y síntomas de alarma en las cefaleas: cefalea de inicio súbito, holocraneal (excepto migraña y cefalea en racimos), focalidad neurológica, resistentes a tratamiento, que aumenten con esfuerzo físico o maniobras de Valsalva, etc. Si se identifican uno de estos signos, o bien existe alta sospecha de cefalea secundaria, debe derivarse de forma preferente a Atención Especializada y solicitar a su vez pruebas de imagen para descartar proceso expansivo intracraneal.

Exploración: TA 128/80. Afebril. Presenta buen estado general, vigil orientado y colaborador. Sin focalidad neurológica con fondo de ojo normal. Auscultación cardiopulmonar normal.

Pruebas complementarias: Se solicita TAC craneal preferente.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Cefalea con signos de alarma.

Diagnóstico diferencial: Cefalea primaria (tensional, migraña), secundaria (lesión

Palabras clave

Cefalea, Glioblastoma, Hemicraneal

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Anticoagulación de paciente con fa de duración incierta

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M², García Sardón P³

¹ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

³ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Entrega EKG rutinario anual.

Historia clínica

Paciente con FA conocida, sin tratamiento para control de frecuencia ni profilaxis tromboembólica.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, DM2, HTA. Tratamiento: metformina 850mgs/12hs, nifedipino/24hs, betahistina 8mg, AAS 100mg/24hs.

Anamnesis: Acude para entrega de EKG anual por FRCV, detectándose FA a 105lpm, que según refiere es conocida, pese a lo cual no tiene tratamiento que controle su FC, ni está anticoagulada.

Exploración: BEG CYC BHYP, Eupneica, NC, No tiraje. ACR: arrítmica a buena frecuencia, no soplos, BMV sin ruidos patológicos. Resto exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias: HG: Normal. BQ: FG 61, HBA1C 7.4, TSH normal, BQ orina normal. EKG: FA a buena frecuencia, no signos de isquemia aguda ni BAV.

Enfoque familiar y comunitario: Instruir a la familia sobre dieta y manejo de pautas de

Acenocumarol, así como el reconocimiento de signos y síntomas de taquicardia o bradicardia.

Juicio clínico: FA duración incierta.

Tratamiento, planes de actuación: Se calcula CHAD2VASC (5) y HASBLED (3). Dado que se desconoce posible origen valvular se anticoagula con acenocumarol 4mgs y enoxaparina hasta INR en rango (2-3), y se sustituye nifedipino por diltiazem 60mg/24hs. Solicitada cita para CCEE Cardiología.

Evolución: Mejor control de su FC y TA, con INR en rango y pendiente de valoración por CAR.

Conclusiones

Ante un paciente con FA de duración incierta hay que valorar los AP y la EF, para tratar de instaurar un tratamiento que controle la FC. Así mismo, podemos utilizar las escalas CHADS2VASC y HASBLED, que valoran el riesgo trombótico y hemorrágico respectivamente. Estas son dinámicas, dado que las circunstancias clínicas pueden variar modificando el resultado de ambas. Respecto del acenocumarol, los NACOS consiguen mayor porcentaje de pacientes en rango terapéutico, y más rápidamente, pero únicamente están indicados en FA no valvular.

Palabras clave

Atrial Fibrillation, Anticoagulants, Hemorrhage

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Bajo Nivel de Conciencia en paciente diabético

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M², García Sardón P³

¹ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

³ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

flavus. AngioTAC toracoabdominal: isquemia intestinal.

Motivos de consulta

Bajo nivel de conciencia.

Enfoque familiar y comunitario: Cabría asesorar a familiares en el reconocimiento de la sintomatología hipoglucemia y su manejo.

Historia clínica

Paciente con bajo nivel de conciencia en contexto de hipoglucemia y comorbilidades agravantes.

Juicio clínico: Cetoacidosis grave. Shock séptico secundario a neumonía grave de la comunidad por aspergillus flavus. Fallo multiorgánico (hemodinámico, respiratorio, renal y hematológico). Isquemia intestinal no subsidiaria de tratamiento quirúrgico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, DM2, fumador 30 cigarrillos/día.

Tratamiento, planes de actuación: SF, insulina, bicarbonato, amoxicilina-clavulánico. En UCI, soporte vasoactivo, respiratorio, TDRE y antibioterapia de amplio espectro con antifúngicos.

Anamnesis: cuadro gripal hace 8 días y adelgazamiento subjetivo 2-3 meses. Se avisa equipo médico por semiinconsciencia en domicilio, con desorientación y disartria, sin otra clínica. Se traslada a Urgencias, y tras pasar por Observación, ingresa en UCI.

Evolución: SF, insulina, bicarbonato, amoxicilina-clavulánico. En UCI, soporte vasoactivo, respiratorio, TDRE y antibioterapia de amplio espectro con antifúngicos.

Exploración Física: Mal estado general, Consciente, desorientado, disartria, Glasgow 13/15, PINLA, MOEC, pares craneales conservados, Fuerza y Sensibilidad distales normales. Restos hemáticos en boca, ACR roncus abundantes en ambos campos pulmonares. Abdomen normal. Pulsos pedios conservados. BMT: H. Hipotérmico, 110/70, FC 90lpm, Sat 97%(Fio2 21%).

Conclusiones

Ante un paciente en seminconsciencia, hay que valorar la glucemia y la *Exploración neurológica* para orientar el diagnóstico. Si es diabético, podría pensarse en una cetoacidosis, y en un más que probable origen infeccioso. Así, está indicado el tratamiento con SF, insulina rápida y antibiótico iv para traslado y evolución hospitalaria. Las neumonías por hongos son más infrecuentes. La cetacidosis es una complicación grave y requiere de valoración y manejo hospitalario.

Pruebas complementarias: BQ: glu 594, crt 2.47, urea 122, Na 125, K normal. HG: Leucocitos 3700 con metamielocitos, granulación tóxica de neutrófilos y linfocitos estimulados, Hb 17, resto normal. Orina: cuerpos cetónicos 80. GSV: pH 6, 79. TAC craneal normal. Fibrobroncoscopia: aislamiento microbiológico de Aspergillus

Palabras clave

Diabetic coma, Pneumonia, Multiple Organ Failure

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Deterioro cognitivo 2º a neurolues

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M², García Sardón P³

¹ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

³ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Hospitalaria).

Pruebas complementarias: BQ: Hormonas tiroideas normales, Vit B12 202, Ác Fólico3.2, Serología Luética +.

Motivos de consulta

Déficit Cognitivo.

Enfoque familiar y comunitario: Cabría aerología luética a contactos sexuales, y asesorar a su mujer sobre hábitos dietéticos y manejo de medicación oral.

Historia clínica

Paciente con deterioro cognitivo subagudo de causa tratable que se estudia y controlan Atención Primaria.

Juicio clínico: Déficit cognitivo de etiología multifactorial (Neurolues y déficit Vitamina B12).

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No RAM, Intolerancia a Atenolol (Bradycardia severa), HTA, Talasemia, EPOC, Cor Pulmonale, Cardiopatía Isquémica (angina estable), Probable FA. Tratamiento: AAS 100mg/24hs, Nitroglicerina parche 10mg/24hs, Omeprazol 20mg/24hs, Ramipril 2.5mg/24hs, Amiodarona 200mg/24hs, Ranolazina 375mg/12hs, Bromuro Aclidinio/Formoterol 396/11.8mcg/12hs, Hidroclorotiazida 25mg/24hs, Cianocobalamina 1000mcg/7días, Manidipino 10mg/24hs.

Tratamiento, planes de actuación: Cianocobalamina inyección semanal, Penicilina G Benzatina2.4 MU semanal 3 semanas. Serología Luética de pareja.

Anamnesis: Pérdida de memoria de 3 meses de evolución, con mayor torpeza en movimientos y temblor intencional en manos.

Evolución: Mejoría de ámbito cognitivo del paciente.

Exploración: Buen estado general, facies poco expresiva, deambulación con aumento de base de sustentación, PINLA; Fuerza y Sensibilidad distales conservadas. ACR: rítmico a 60-70lpm, Disminución generalizada de MV. Resto sin hallazgos.

Conclusiones

En el estudio inicial del déficit cognitivo, los Médicos de Familia debemos hacer una correcta anamnesis y exploración física, sobre todo neurológica, valorar el Test abreviado Mini Mental de Lobo, y valorar un origen secundario del mismo. Así, está disponible una analítica que incluye parámetros de función tiroidea y hepática, cuantificación de Vit B12, y serología luética. Aunque raros, los déficits cognitivos/demencias secundarias son tratables y su manejo es responsabilidad del Médico de Familia.

Palabras clave

Neurocognitive Disorders, Syphilis, Confusion

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Deterioro respiratorio 2º a edema supraglótico en paciente pluripatológico

Barbosa Cortés M¹, García Sardón P², Pérez Razquin E³

¹ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

² Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (primaria y hospitalaria).

vida saludables para fomentar control de FRCV del paciente y mejorar sus comorbilidades.

Motivos de consulta

Disnea alta progresiva.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria aguda por obstrucción vía aérea. Edema supraglótico de origen incierto. Neumonía asociada a ventilación mecánica. Colitis Pseudomembranas.

Historia clínica

Paciente con disnea alta y estridor que precisa ingreso y tratamiento intensivo.

Tratamiento, planes de actuación: Metformina/canagliflozina 1000/150 /12hs, omeprazol20/24hs, deflazacort24mg/24hs 5 días y pauta descendente, fenofibrato145/24 hs, enalapril/HCTZ 20/12.5/24hs.Tratamiento de Salud Mental igual.

Enfoque individual. Antecedentes personales: RAM a AAS, DM2, Hipertrigliceridemia, Esquizofrenia paranoide, Consumidor de tóxicos. Mal cumplimentador

Evolución: Tras Ceftriaxona y Clindamicina durante 10 días, la evolución del edema supraglótico ha sido satisfactoria. Ha presentado hipertermia de difícil control. Ha desarrollado neumonía por Pseudomona aeruginosa asociada a ventilador, y también episodio de bacteriemia, que se resuelven con antibióticos.

Anamnesis: Hombre 32 años, que acude a CS por odinofagia y fiebre con diagnóstico de amigdalitis pultácea al que se prescribe amoxicilina. Traído nuevamente por disnea alta y progresivo deterioro respiratorio, se traslada a Hospital. Dado el deterioro clínico y desaturación, se procede a IOT y paso a UCI.

Exploración: REG, C YC, BHYP, afebril, ACR normal, taquipnea, espiración alargada y estridor inspiratorio y espiratorio, resto exploración normal. Valorado por ORL: edema de base de lengua, paladar blando y úvula sin signos de absceso periamigdalino.

Conclusiones

El absceso laríngeo es excepcional fuera de los antecedentes de traumatismo, cirugía, o cuerpos extraños en la región, diabetes, LES, inmunosupresores o condiciones patológicas laríngeas previas. La localización suele ser supraglótica, presentándose con odinofagia, disfagia, faringolalia o disfonía. El diagnóstico, por contexto infeccioso agudo con fiebre, signos y síntomas inflamatorios faringolaríngeos evidentes. Exigen una alta sospecha diagnóstica, y tratamiento inmediato, siendo el TAC cervical el medio de certeza y el control de vía aérea la clave terapéutica.

Pruebas complementarias: HG: Leucocitos 17420(N76, 8 %). EC normal. BQ: glu 252, PCR: 176, 23, GSV: pH 7.2, pCO2 56, 4, HCO3 19, 6, TAC cervicotorácico: edema difuso de espacio mucosofaríngeo y laríngeo (de cavum a zona supraglótica). Inmunología, hormonas y serología negativa activas. Hemocultivo: A. baumannii y Morganelia Morgagni.

Palabras clave

Laryngeal Absces, Intratracheal Intubation, Diabetes

Enfoque familiar y comunitario: Asesorar a familiares en apoyo antitabáquico, y hábitos de

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diarrea crónica en niña acogida

Barbosa Cortés M¹, García Sardón P², Pérez Razquin E³

¹ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

² Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Cultivom y Microscopía de heces: + para antígeno Giardia Lamblia.

Motivos de consulta

Diarrea.

Enfoque familiar y comunitario: Informar a la familia sobre la etiología, manejo de tratamiento y terapia de hidratación.

Historia clínica

Niña saharauí acogida en campamento de verano con diarrea crónica y origen infeccioso.

Juicio clínico: Infestación por Giardia Lamblia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, 10 años, 30 kgs.

Tratamiento, planes de actuación: Metronidazol suspensión 6 cc/8hs 3 días. Consejos dietéticos y asegura hidratación correcta.

Anamnesis: Niña saharauí acogida en periodo estival por familia española, que acude por diarrea crónica sin fiebre con malestar abdominal intermitente, sin productos patológicos.

Evolución: Buena, con cese clínico.

Exploración: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Abdomen blando y depresible, no masas, no megalias, no dolor no defensa, Blumberg y Murphy negativo activos, no signos de deshidratación. Resto sin hallazgos.

Conclusiones

La giardiasis es una parasitosis cosmopolita y predominante en niños, que son generalmente asintomáticos y en los que la cronificación causa malabsorción, retraso del crecimiento y desnutrición. Da lugar a diarrea crónica amarillenta, maloliente y con moco, que se acompaña de cólicos. Puede originar cuadros urticariformes. Es importante la sospecha ante pacientes con diarreas crónicas y cólicos que proceden de otros países.

Pruebas complementarias: HG: eosinófilos 960(12%).BQ: normal. Orina: normal. Ac VHBag c: negativo activo. Parásitos en heces: Ag Giardia Lamblia +, Ag Cryptosporidium spp

Palabras clave

Diarrhea, Abdominal Pain, Giardia Lamblia

-.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diarrea crónica y adelgazamiento en anciano

Barbosa Cortés M¹, García Sardón P², Pérez Razquin E³

¹ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

² Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Diarrea crónica.

Historia clínica

Paciente en cuyo estudio por diarrea crónica, se detectan micetomas por asperillos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: RAM a Salicilatos, hernia inguinal intervenida, varicocele.

Anamnesis: Hombre de 67 años, que consulta por diarreas intermitentes de un año de evolución, con adelgazamiento de 15 kgs. Solicitada analítica se detecta elevación de CEA, por lo que se remite a Hospital, quedando ingresado en Digestivo.

Exploración: Sistemático por aparatos normal. Abdomen: discreto dolor en flanco e HC derechos.

Pruebas complementarias: HG: VCM 100, resto normal. EC: normal. BQ: GOT 55, CEA 7.29, resto marcadores tumorales y parámetros normales. PCR: normal. TSH normal. Orina: normal. SOGH negativo activa. TAC toracoabdominal: nódulo de márgenes espiculados en LSD de 12x11x10mm, signos de bronquiolitis LII, enfisema centrolobulillar en LLSS de probable origen tabáquico. Fibrobroncoscopia: sin hallazgos patológicos. Colonoscopia: extirpación de 2 pólipos pendientes de AP.

Enfoque familiar y comunitario: Orientar a familiares en el proceso diagnóstico y tranquilizarlos tras estudio y resolución del caso.

Juicio clínico: Probable Neoplasia LSD. Pólipos colónicos pendientes estudio histológico.

Tratamiento, planes de actuación: No

Evolución: Derivado a Neumología se solicita PET que confirma Nódulo Pulmonar derecho metabólicamente positivo, y adenopatías de posible etiología inflamatoria. Se consulta con Cirugía Torácica para resección mediante videotoracosocopia, obteniéndose una AP de micetoma con hifas micóticas concordantes con Aspergillus (Aspergiloma).

Conclusiones

Los aspergilomas se producen al colonizar saprofiticamente, y proliferar Aspergillus spp. En cavidades del parénquima pulmonar producidas previamente por otra enfermedad, generalmente Tuberculosis o Sarcoidosis. Cursa con hemoptisis en grado variable. El esputo positivo no es diagnóstico, no así las precipitinas séricas El diagnóstico se establece generalmente mediante pruebas de imagen (Rx, TAC). El diagnóstico definitivo se da con la demostración de invasión del tejido. El tratamiento es generalmente quirúrgico, sobre todo en casos de hemoptisis masiva. Si esta es submasiva o crónica, o la situación del paciente no lo permite, podemos utilizar Anfotericina B sistémica o intracavitaria, o Itraconazol.

Palabras clave

Chronic Diarrhea, Weight Loss, Mycetoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal en paciente reumatológica

García Sardón P¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente con dolor abdominal tras IQ, con Diagnóstico final sorprendente.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No RAM, Enfermedad Mixta Tejido Conectivo (Síndrome de Raynaud con ANA + Y RNP +), Celulitis mano izquierda e isquemia/necrosis 3º dedo 2º a fenómeno Raynaud. Hernia Hiato con ERGE intervenida mediante funduplicatura Niessen. Tratamiento: AAS 100/24HS, Omeprazol 20mg/24hs.

Anamnesis: Mujer de 56 años que solicita valoración domiciliaria por dolor abdominal brusco en Hcd, punzante, sin nauseas, vómitos, diarreas, ni fiebre que empeora con inspiración profunda, en contexto de convalecencia postquirúrgica. Se remite Urgencias Hospitalarias para valorar complicaciones postquirúrgicas.

Exploración: TA 104/72, FC 53 lpm, Sat 93% BEG, CYC, BHYP, afebril, ACR normal. Abdomen blando depresible, no masas no megalias, dolor epigástrico y FID sin defensa, Blumberg y Murphy negativo activos, EEII: normales.

Pruebas complementarias: HG normal. EC normal. BQ: LDH 372, CPK 542-460, TnT 95.98-91, resto normal. Marcadores tumorales

normales. Hormonas tiroideas, Ferritina y PCR normales. RX tórax y S Abd: sin hallazgos patológicos. EKG: RS buena frecuencia, BICRDHH, HBAIHH. TAC Abdominal: pequeño infarto esplénico con émbolo en arteria esplénica distal.

Enfoque familiar y comunitario: Orientar a familia durante el proceso y tranquilizarlos con diagnóstico

Juicio clínico: Infarto esplénico en paciente con Enfermedad Mixta Tejido Conectivo.

Tratamiento, planes de actuación: Omeprazol 40mg/24hs, AAS 100mg/24hs, Acenocumarol 4mg según pauta, Enoxaparina 60mg/12hs sc. Hasta control de INR, Paracetamol 1g/8hs si dolor.

Evolución: Asintomática tras control analgésico, queda ingresada en MIN. Solicitado estudio de Hipercoagulabilidad y Autoinmunidad, se da alta y cita en CCEE MIN.

Conclusiones

Dados los antecedentes podría pensarse en un síndrome de hipercoagulabilidad como causa del émbolo que originó el infarto esplénico, o una reactivación de su patología reumatológica. Se han descrito casos en los que la inadecuada técnica quirúrgica conlleva alteraciones vasculares a nivel esplénico que podrían derivar en infarto esplénico.

Palabras clave

Raynaud Disease, Abdominal Pain, Splenic Infarction.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Epigastralgia intensa en paciente con prácticas sexuales de riesgo

García Sardón P¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Epigastralgia intensa.

Historia clínica

Paciente derivado a SCCU por epigastralgia con elevación de parámetros de función hepática y aerología luética +.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, fumador.

Anamnesis: Varón de 49 años que acude a urgencias de CS por epigastralgia intensa de una semana, sin fiebre, con nauseas sin vómitos ni alteración hábito intestinal ni productos patológicos en heces. No relación a ingesta. Se deriva a Urgencias Hospitalarias quedando ingresado por alteración de enzimas hepatobiliares al reconocer prácticas sexuales de riesgo.

Exploración: TA 110/75, Sat 95%, 100lpm, afebril. Sistemática por aparatos normal. Abdomen: blando y depresible, doloroso a palpación epigastrio, mesogastrio y FID, Blumberg y Murphy negativo activos, no masas, hepatomegalia de 3 centímetros no signos de irritación peritoneal. RHA aumentados.

Pruebas complementarias: HG normal, BQ: GOT 270, GPT 372, LDH 342, GGT 913, FA 812, BrbT 3, 28 (D: 2.37). PCR 37, 35, Ceruloplasmina 42, ferritina 662. ANAs, Acs antimitocondriales, anti músculo liso, anti KLM

negativo activos. Ac CMV, VIH, VEB, VHB, VHC, VHA, VVZ negativo activos. Anticuerpos VHS IgM +, IgG +. Ac (IgG e IgM) treponema pallidum+, ecografía abdominal y doppler: imágenes sugestivas de hepatitis aguda. Colangio RM: norma.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de contactos sexuales.

Juicio clínico: Hepatitis sífilítica. Infección aguda por VHS.

Tratamiento, planes de actuación: Penicilina Benzatina 2, 4M UI im /semanales 3 semanas. Dexclorfeniramina 2mg/8hs si picor, Omeprazol 20mg/24hs.

Evolución: Durante el ingreso, presentó exantema macular pruriginoso que afectó tronco, palmas y plantas, y que mejoró con Penicilina Benzatina. Revisión en CCEE Digestivo y Enfermedades Infecciosas. Asintomático al alta.

Conclusiones

Ocasionalmente, puede darse el caso de un paciente con dolor abdominal subagudo, que en el estudio analítico presente alteración de función hepatobiliar. Habrá que valorar las prácticas sexuales de riesgo y la clínica acompañante, en el contexto epidemiológico, para tener presentes posibles infecciones virales o infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave

Abdominal Pain, Syphilis, Hepatitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Gingivitis secundaria tratamiento inmunosupresor

García Sardón P¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Gingivitis.

Historia clínica

Paciente en tratamiento inmunosupresor por psoriasis con efectos secundario infrecuente por el mismo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, HTA, DLP, Obesidad. Sd depresivo, Hipotiroidismo, Psoriasis en gota

Anamnesis: Tras empeoramiento de lesiones cutáneas, dolorosas, sin fiebre, se deriva Urgencias Hospitalarias por suberitrodermia pustulosa, pese a tratamiento tópico con calcipotriol, betametasona, y ac salicílico, quedando ingresada para tratamiento con ciclosporina. Con diagnóstico de Psoriasis con brote de eritrodermia, se da alta a domicilio con tratamiento inmunosupresor oral, antibiótico oral, y antibiótico, corticoide y calcipotriol tópicos. A los 2 días del alta solicita valoración domiciliaria por gingivitis, boca seca y labios resecos.

Exploración: BEG CYC BHYP, Eupneica, NC, No tiraje. ACR y resto aparatos normal. Constantes normales. Orofaringe hiperémica, seca y alguna llaga en contexto gingivitis, con labios secos.

Pruebas complementarias: No precisa.

Enfoque familiar y comunitario: Tranquilizar a familiares sobre las lesiones e instruir sobre manejo de las mismas para garantizar hidratación e ingesta adecuadas.

Juicio clínico: Gingivitis secundaria a tratamiento con ciclosporina.

Tratamiento, planes de actuación: Se explica naturaleza del problema, se aconseja ingesta de líquidos, dieta triturada, hidratación tópica con saliva artificial o spray de agua para aplicación pulverizada y aplicación de productos a base aloe vera/polivinil pirrolidona/ac glicirretínico.

Evolución: Mejoría progresiva de las lesiones bucales con tratamiento prescrito.

Conclusiones

Los ancianos polimedicados (>5 fármacos) son la mayoría, y es importante conocer perfectamente los fármacos que tienen, pues son muy frecuentes los efectos 2º y las interacciones. Así, evitaremos petición de pruebas complementarias o derivaciones innecesarias, redundando en una mayor eficiencia en el trabajo diario, y se generando así mismo, una mayor confianza del paciente en su Médico de Familia.

Palabras clave

Psoriasis, Inmunosuppressive Agents, Gingivitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Shock séptico, absceso hepático y empiema pleural tras perforación de víscera hueca

Hidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico EBAP. Consultorio Vva Castillejos. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Primaria y Especializada).

absceso/flemón hepático, colección purulenta subfrénica.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Enfoque familiar y comunitario:

Tranquilizar a familiares, e instruir en reconocimiento de signos y síntomas de alarma para nueva consulta médica.

Historia clínica

Paciente que acude por dolor abdominal siendo intervenida de perforación de víscera hueca. En postoperatorio presenta fiebre y malestar general con ingreso en UCI por shock séptico y empiema pleural.

Juicio clínico: Shock Séptico de origen pulmonar, empiema por prevotella buccae y Streptococcus anginosus en postoperatorio de perforación gástrica. Flemón/abscesos hepáticos. Colección subfrénica, SDR adulto. Delirio del paciente crítico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, fumadora medio paquete diario. Ansiedad, depresión. IQ urgente de perforación de víscera hueca asociada a consumo habitual de AINES hace 15 días.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia antibiótico iv y perfusión de dopamina en OBS. Valorada por CIA y UCI; se realiza toracocentesis diagnóstica y pasa a UCI.

Anamnesis: Dolor abdominal hipogástrico de 24 hs, que se generaliza y aumenta de intensidad con un vómito alimenticio, pico febril y sin alteración en hábito deposicional ni productos patológicos en heces, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Evolución: Mejoría progresiva. Tras alta, TAC abdominal de control y revisión en CCEE INF.

Exploración: 99/61, Sat 89%, 35.5°C, FC 115lpm, REG CYC BHYP, Eupneica, NC, No tiraje. ACR: hipoventilación en hemitórax derecho, crepitantes basales hemitórax izquierdo. Abd: doloroso a palpación, signos de irritación peritoneal, resto EF por aparatos normal.

Conclusiones

Ante un dolor abdominal, es importante la EF para valorar un hipotético abdomen agudo. La presencia de fiebre, y sobre todo el antecedente quirúrgico, orientan el cuadro hacia una probable complicación infecciosa, que requerirá de una prueba diagnóstica de imagen y una valoración quirúrgica. Si además hay inestabilidad hemodinámica tendremos que pensar en un shock de origen infeccioso.

Pruebas complementarias: HG: Hb 10.2, L10 (83%N). EC normal. BQ: crt 1.18, ALT 64, AST 71, PCR 334. TAC toracoabdominal: hallazgos compatibles con empiema pleural,

Palabras clave

Septic shock, Hepatic Abscess, Pleural Empyema

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome confusional por gripe B

Hidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico EBAP. Consultorio Vva Castillejos. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Hospitalaria).

Motivos de consulta

Síncope.

Historia clínica

Paciente con ingreso previo por síndrome confusional por gripe A que acude por síncope.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, DM2, fumador de 2 puros al día, Bronquitis crónica, Hernia Hiato, Artrosis, Trastorno adaptativo, ingreso por Infección respiratoria por Gripe A con presíncope en contexto fiebre alta.

Anamnesis: Presíncope con TCE y relajación esfinteriana, con somnolencia posterior, en contexto de catarro previo y febrícula de 37.8°C. Trasladado a Urgencias, ingresa en Cardiología para estudio.

Exploración: REG, Consciente, aunque somnoliento, orientado, poco colaborador, normocoloreado, BHyP, 113/78, Sat 97%, FC 89lpm, afebril, ACR normal, Abdomen normal, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias: EKG: RS a buena frecuencia, eje normal, BAV 1º grado, BICRDHH. HG, GSV Y EC normales. BQ: glu 301, resto normal. TAC craneal: sin hallazgos significativos. PCR Gripe B: +. PL: negativo activa. Orina: nitritos +.

Enfoque familiar y comunitario: Asesorar a familia durante el ingreso y enseñar en el manejo de cuadros febriles o sincopales.

Juicio clínico: Síncope en contexto síndrome febril por gripe B con síndrome confusional asociado. Rabdomiolisis. Shock distributivo de probable origen infeccioso (respiratorio). Se descarta meningoencefalitis.

Tratamiento, planes de actuación: Soporte respiratorio, antibiótico, fluidoterapia.

Evolución: Tras atragantamiento, parada respiratoria que precisa IOT e ingreso en UCI.

Conclusiones

Las viriasis por Influenza pueden ser potencialmente graves en pacientes crónicos (DM2). No son desdeñables las complicaciones neumónicas (neumonitis intersticial), ni las neurológicas en forma de síndrome confusional. Es importante valorar las constantes hemodinámicas en pacientes crónicos ante cuadros compatibles con viriasis en contexto epidemiológico de gripe, y hacer seguimiento de los mismos a corto plazo. Hay que hacer hincapié en el lavado de manos y una adecuada higiene para evitar la propagación de la viriasis.

Palabras clave

Neurocognitive Disorders, Influenza B virus, Confusion.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor torácico como presentación de neumotórax espontáneo

Fernández Zabala S¹, González Álvarez M², Gómez Rincón E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Santa Olalla. Sevilla

³ Enfermera de Familia. CS Santa Olalla. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Medicina rural.

Motivos de consulta

Dolor torácico y disnea en paciente de 21 años.

Historia clínica

Paciente de 21 años que se presenta en el CS comentando disnea de inicio brusco y dolor torácico atípico hace 48h. En ese momento se decidió traslado al hospital por sospecha de neumotórax. En el hospital fue dado de alta con el diagnóstico de dolor osteomuscular. Acude de nuevo por empeoramiento de los síntomas.

Enfoque individual: no presenta AP de interés. Paciente delgado y alto.

En la anamnesis nos comenta que mientras que estaba en un bar, comienza con disnea de aparición brusca que aumenta con la inspiración profunda y dolor torácico.

En la exploración, disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Tensión arterial: 120/60. Frecuencia cardiaca: 102lpm. Saturación de oxígeno: 97%. Electrocardiograma: sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: La patología que presentaba el paciente no necesitaba ningún estudio de la comunidad.

Juicio clínico: sospecha de neumotórax derecho.

Diagnóstico diferencial: dolor osteomuscular: no produciría disminución del murmullo. Síndrome coronario agudo: no presenta factores de riesgo cardiovascular y el dolor es atípico. Neumonía: puede producir disminución del murmullo vesicular pero el paciente no presentaba fiebre ni datos infecciosos.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide traslado a Hospital de referencia para realización de radiografía en inspiración y espiración forzada.

Evolución: Radiografía: neumotórax derecho del 30%. Se decide colocación de drenaje torácico y traslado a Hospital de referencia para tratamiento definitivo de resección de bullas de lóbulo superior derecho y pleurodesis física por videotoracosopia derecha

Conclusiones

Es muy importante las características físicas del paciente, su exploración y las pruebas complementarias. Por otra parte, es importante tener en cuenta el enfoque diagnóstico que nos hacen nuestro compañeros que trabajan en los centros de salud, ya que aunque no tengan muchos medios, cuando se decide el traslado a un hospital es por sospecha de una patología que necesita pruebas complementarias o tratamiento hospitalario.

Palabras clave

Pneumothorax, Dyspnea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Importancia de la exploración física sistematizada en niños con fiebre

Fernández Zabala S¹, Pérez Verdugo J², Crespo García M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

³ Enfermera de Familia. Hospital De Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalaria.

Motivos de consulta

Niño de 7 años que consulta por fiebre de 2 días de evolución asociada a cefalea, otalgia izquierda y lateralización cervical.

Historia clínica

Acude a urgencias por fiebre de 48 horas de evolución que cede de manera parcial con paracetamol. Desde hace 24 horas se ha asociado dolor y lateralización cervical.

Enfoque individual. Antecedentes personales: niño vacunado correctamente.

Anamnesis: fiebre de 48 horas de evolución. Como posible foco infeccioso, me comenta otalgia izquierda. Desde hace 24 horas, dolor cervical.

Exploración: niño reactivo y colaborador. Febril. Orofaringe hiperémica, sin objetivar asimetría de pilares faríngeos. Murmullo vesicular normal. Abdomen normal. Otoscopia: signo del trago negativo activo en ambos oídos. Oído izquierdo no valorable por cerumen en conducto auditivo externo. Lateralización cervical hacia el hombro izquierdo. Movilidad activa y pasiva reducida hacia el lado derecho y a la extensión.

Enfoque familiar y comunitario: Como antecedentes familiares, madre en tratamiento antibiótico por faringoamigdalitis hace una semana.

Juicio clínico: Absceso parafaríngeo

Diagnóstico diferencial: torticollis: no tiene por qué presentar fiebre. Fiebre de foco desconocido sin datos de alarma: en esta ocasión sí presentaba un signo de alarma como era la lateralización cervical.

Tratamiento, planes de actuación: Debido a sintomatología del paciente, se decide traslado a Hospital infantil para realización de analítica y pruebas de imagen para descartar complicación de otitis media.

Evolución: En el hospital se le realiza: analítica: leucocitosis de 23.000, proteína C reactiva 238. Ecografía doppler cuello: flujo arterial y venoso adecuado. TAC cuello: colección abscesificada centrada en adenoides izquierda. Es ingresado en planta para tratamiento intravenoso con cefotaxima y clindamicina.

Conclusiones

Como médicos de familia, en numerosas ocasiones tenemos que atender a niños tanto en las consultas de pediatría como en las urgencias de los centros de Salud. Por ello creo que es importante unas nociones básicas de la exploración física de niños con síndrome febril así como de las patologías más frecuentes a esta edad. En este caso, una exploración sistematizada permitió la detección de una de las complicaciones de la otitis media.

Palabras clave

Fever, Otitis media, Abscess

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Resfriado o bloqueo auriculoventricular completo?

Fernández Zabala S¹, Nieves Alcalá S², Caro Bejarano P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente de 83 años que acude refiriendo disnea y probable resfriado que no mejora con mometasona nasal y acetilcisteína. Refiere disnea de varios días de *Evolución*: con empeoramiento en los últimos días. No refiere fiebre, tos ni mucosidad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia, neoplasia prostática.

Anamnesis: disnea que ha empeorado en los últimos días hasta hacerse de moderados esfuerzos. El paciente comenta que está resfriado. No dolor torácico ni síncope.

Exploración: paciente disneico al habla y en reposo. Auscultación pulmonar limpia, sin ronus, crepitantes ni sibilantes. Ante la normalidad de la auscultación, se toman constantes vitales, objetivando saturación de oxígeno de 94% y frecuencia cardíaca de 30 latidos por minutos. Tensión arterial 120/80. Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular completo. Hemibloqueo anterior izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: No es necesario.

Juicio clínico: bloqueo auriculoventricular completo.

Diagnóstico diferencial: catarro de vías altas: aunque el paciente puede presentar cierta disnea, ésta no sería tan llamativa. Además presentaría otros síntomas como tos y mocos. Bronquitis: presentaría fiebre y ruidos respiratorios como ronus. Insuficiencia cardíaca: no presentaba edemas en miembros inferiores ni crepitantes a la auscultación.

Tratamiento, planes de actuación: Se contacta con el 061 para traslado inmediato del paciente al hospital para tratamiento.

Evolución: Una vez que llega al hospital y se confirma el bloqueo completo, se pauta tratamiento con aleudrina a la espera de implantación de marcapasos definitivo.

Conclusiones

Aunque lo que nos diga el paciente sea lo más importante en las urgencias hospitalarias, si la exploración no es concordante y además el paciente presenta síntomas o signos de alarma, debemos seguir investigando que es lo que le puede pasar para llegar al diagnóstico más correcto. En esta ocasión, el paciente nos comentaba que era porque estaba resfriado y necesitaba un aerosol. Como la exploración no era concordante, se decidió realizar más pruebas complementarias como el electrocardiograma y así ver el bloqueo cardíaco.

Palabras clave

Dyspnea, Heart block

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Las apariencias engañan

Martín Nicás C¹, Becerra Esteban P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

Ámbito del caso

Guardia de Urgencias Generales.

Motivos de consulta

Paciente trasladado por DCCU alegando pérdida de estabilidad en paciente bebedor habitual.

Historia clínica

El paciente se encuentra dando paseo en bicicleta cuando de repente comenta que se desestabiliza para el mismo lado en repetidas ocasiones, refiere que le lleva pasando varios meses y que hoy no ha consumido alcohol.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alcoholismo crónico la exploración es anodina salvo abdomen un poco globuloso y timpánico a la palpación en epigastrio hemograma, bioquímica y coagulación normales TAC cráneo: TAC con inyección de contraste. Tumor cerebral situado a nivel de los lóbulos parietal y occipital.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes de interés.

Juicio clínico: tumor cerebral.

Diagnóstico diferencial: linfoma primario SNC, toxoplasmosis, absceso cerebral, metástasis cerebral, enfermedad desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso en Neurología.

Evolución: Tras realizar estudio de extensión se filia tumor primario de células pequeñas pulmonar.

Conclusiones

Siempre hay que realizar una correcta anamnesis y no prejuzgar al paciente por sus antecedentes.

Palabras clave

Tumor, Malignant, Cerebral

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Disnea mixta súbita en paciente con hábitos de riesgo mal cumplimentador

Hidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³

¹ Médico EBAP. Consultorio Vva Castillejos. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Médico EBAP. Consultorio Alosno. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Hospitalaria).

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente con EPOC e IM de base, con hábitos tóxicos severos e incumpliendo terapéutico, con disnea grave súbita.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAM, Fumador 3 paquetes /día, EPOC leve fenotipo enfisema, alcohol diario severo, DLP, sobrepeso, Enfermedad Arterial Periférica, osteoartrosis, Insuficiencia Mitral severa. Incumplimiento terapéutico.

Anamnesis: Disnea progresiva de esfuerzos hasta hacerse súbita, de reposo, con insuficiencia respiratoria mixta grave, sin dolor torácico ni fiebre.

Exploración: MEG, trabajo respiratorio con tiraje supraclavicular, diaforesis, Sat 69%, FC 130lpm, TA 168/80, mala perfusión distal. Consciente, agitado, no focalidad neurológica. ACR: taquicárdico, Mala entrada bilateral de aire con crepitanes bibasales.

Pruebas complementarias: GSV: pH 7.089, pCO₂ 79.8, HCO₃⁻ 16.9. EGS; taquicardia sinusal a 140lpm, con signos de crecimiento de cavidades izquierdas, sin otros hallazgos. HG: Hb 15.4, Leucos 17780, plaquetas 220000. EC normal. BQ: glu 357, crt 1.23, urea30, PCR 20, PROBNP 2463. RX tórax: signos de broncopatía crónica con aumento de densidad bilateral y derrame pleural bilateral compatible con ICC.

Enfoque familiar y comunitario: Instruir en reconocimiento de síntomas de alarma, apoyo

en cambio de estilos de vida para conseguir conductas y hábitos saludables, así como cese de hábitos tóxicos.

Juicio clínico: IC descompensada con Insuficiencia respiratoria global mixta. Insuficiencia Mitral severa degenerativa con criterios de cirugía. EPOC leve fenotipo enfisema. Tabaquismo y enolismo severos activos. Incumplimiento terapéutico.

Tratamiento, planes de actuación: Cese de hábito tabáquico y enólico. AAS 100MG/24hs, Cilostazol 100mg/24hs, ramipril2.5mg/24hs, Ivabradina 7.5mg/12hs, Espironolactona 25mg/24hs, Atorvastatina 80mg/24hs, Omeprazol 20mg/24hs, Indacaterol/glicopirronio 85/43mcg/24hs

Evolución: Mejoría clínica con BiPAP, furosemida, metilprednisolona. Asintomático al alta, se deriva Cirugía Cardíaca para valorar intervención de IM.

Conclusiones

Es importante que médico de Familia, se insista en recomendar adecuados hábitos saludables (control de dieta, práctica de ejercicio), evitación de tóxicos (cese hábito enólico y tabáquico), y se supervise una adecuada cumplimentación terapéutica, en aras de mejor control de enfermedades tan prevalentes como EPOC, o descompensación de IC. Es de desear un cambio de actitud en pacientes que son malos cumplimentadores, una vez visto que sus actitudes imprudentes pueden conllevar consecuencias graves para su salud.

Palabras clave

Dyspnea, Heart Failure, Alcoholic Cardiomyopathy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Pero eso no era una especia?

Serrano Benavente R¹, Pérez Ruiz A¹, Ruiz Sánchez F²

¹ Médico de Familia. UGC Unidad de Cuidado Coronario. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Axarquía Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Intento autolítico.

Historia clínica

Paciente varón de 26 años que acude al servicio de Urgencias por intento autolítico tras ingerir 30g de nuez moscada en polvo hacía 8h tras buscar la información en internet. Reconoce ideación autolítica previa sin llegar al intento. Desde hace 3h presenta palpitaciones, visión borrosa y sequedad bucal.

Enfoque individual: antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes clínicos de interés, sin tratamientos crónicos ni hábitos tóxicos.

Exploración física: TA: 150/90, FC: 140lpm, FR: 16rpm, SO₂: 98%. T^a: 37, 1. Regular estado general, consciente. Sequedad de mucosas. Rubefacción facial. Temblor intencional en manos. Nerviosismo importante. Inyección conjuntival con midriasis bilateral. *Exploración neurológica* sin focalidad. No signos menígeos. Tórax: tonos rítmicos sin soplos a 140lpm. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. EEII: sin alteraciones.

Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal a 140lpm. Analítica normal. Tóxicos en orina negativo activos. Radiografía tórax normal.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo único; vive con sus padres con una relación dependiente.

Juicio clínico: Intoxicación aguda por nuez moscada en polvo con fines autolíticos.

Tratamiento, planes de actuación: Se procedió a colocación de sonda nasogástrica con lavado y 50g de carbón activo.

Evolución: En Urgencias se mantuvo con monitorización y fluidoterapia intensiva con recuperación a las 24h. Valorado por Equipo de salud mental y tras realizar autocritica fue dado de alta con seguimiento en su consulta.

Conclusiones

La nuez moscada es una sustancia con efectos psicomiméticos; algunos de sus componentes (miristicina, elamicina, safrol) son anfetaminoides con efectos alucinógenos similares al LSD. La sintomatología se observa tras la ingesta de 20-80 g a las 5h del consumo y con resolución del cuadro a las 24-36 h. Las manifestaciones clínicas pueden ser: ansiedad, sensación de muerte, alucinaciones visuales, agitación psicomotriz, taquicardia, hipertensión, shock, disminución de la salivación, rubefacción facial, retención urinaria e íleo paralítico. El tratamiento se basa en medidas de soporte (lavado gástrico y carbón activo postingesta, fluidoterapia intensiva y benzodiazepinas si agitación). Los médicos de familia debemos tener en cuenta el posible uso de nuez moscada en polvo como droga recreativa o tóxico ante un cuadro anticolinérgico o de agitación psicomotriz que acude a Urgencias.

Palabras clave

Nutmeg Intoxication, Anticholinergic Síndrome, Acute Poisoning

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctor, que no me encuentro bien! ¡De paso me mira este bulto!

Padial Berbel J¹, Padial Puy F², Alguacil Rodríguez M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Margarida de Montbui. Barcelona

² Médico de Familia. CTS Jaén

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Igualda Urbá. Barcelona.

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Mujer de 88 años, acude a consulta habitual por astenia, anorexia y disnea (mMRC 3) con dorsalgia en flanco izquierdo que atribuye a dolor mecánico. Niega fiebre. Fracaso del tratamiento deplectivo.

Antecedentes personales: cistitis de repetición, nefritis xantogranulomatosa con urolitiasis obstructiva y sepsis urinaria grave, IRA y anemia de trastornos crónicos, además de HTA, DM tipo II, DLP, IC y caídas de repetición en últimas semanas, por los que se desplaza en silla de ruedas.

Enfoque individual: Cistitis de repetición, nefritis xantogranulomatosa con urolitiasis obstructiva y sepsis urinaria grave, IRA y anemia de trastornos crónicos, además de HTA, DM tipo II, DLP, IC y caídas de repetición en últimas semanas.

Enfoque familiar y comunitario: A la EF destaca edemas con fóvea en MMII en aumento progresivo en las últimas 2 semanas así como un tumor en flanco dorsal izquierdo que se muestra caliente, de percusión mate, y dolor a la PPL. Rx tórax: derrame pleural bilateral. A/S: leucocitosis con neutrofilia, descenso progresivo de Hb con plaquetas, ferritina, PCR elevadas e hipoproteinemia. Se deriva a servicio de UR hospitalarias para realización de TAC abdominal: absceso de 9 cm retroperitoneal, componente SC con líquido y gas, en contacto

con colon descendente. Riñón izquierdo atrófico. Derrames pleural bilateral. Se realiza punción ecoguiada y drenaje terapéutico. TAC control: resolución de absceso retroperitoneal y de pared lumbar con persistencia de engrasamiento posible fistulización (CD-RI).

Juicio clínico: Sepsis grave abdominal. IRC agudizada. Anèmia multifactorial. Gonartritis derecha infecciosa. Hipoproteinemia por severa desnutrición.

Tratamiento, planes de actuación: Guiados por la clínica en AP y los hallazgos radiológicos se inicia tratamiento empírico (piperacilina-tazobactam 500mg/12h ajustado por función renal) con modificación según antibiograma posterior (para MRSA, E. coli, Actinomyces odontolyticus) con linezolid + amoxicilina/clavulánico + fluconazol durante 10 días. IC nefrología: evitar AINEs y sobrecarga hídrica, administrar seroalbúmina, EPO en fase aguda, monitorización función renal.

Evolución: La paciente evoluciona con lentitud durante 2 semanas de ingreso hospitalario con posterior control y tratamiento de mantenimiento desde AP.

Conclusiones

Destaca que pese a la ausencia de síntomas sistemáticos de etiología infecciosa, se trata de un absceso que ha fistulizado. La rápida colaboración interdisciplinar es esencial ante para la resolución del caso.

Palabras clave

Abscess/Microbiology, Pyelonephritis, Xantogranulomatous

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora, a mí nadie me escucha!

Rodríguez Vázquez A¹, Esteban Ortega C², Muriedas Fernández-Palacios M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Psiquiatra. Unidad de Servicios Médicos Dr Fleming. Sevilla

³ CS Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso

Psiquiatría y Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente en seguimiento crónico por salud mental tras derivación desde Atención Primaria por angustia que no mejoraba tras varias líneas e intensificación de tratamiento.

Historia clínica

Paciente de 52 años que refiere crisis de angustia de treinta años de evolución en relación a factores externos.

Enfoque individual: no presenta reacciones medicamentosas conocidas, ni factores de riesgo cardiovascular. Artromialgias generalizadas. Sin antecedentes familiares relevantes.

Exploración psicopatológica: lúcida, consciente, euproxésica con funciones superiores y juicio de realidad conservado, capacidades volitivas conservadas. No formación psicótica. Discurso centrado en su angustia por desencadenantes externos. Resto de EN normal. En primer plano de observaron rasgos disarmónicos de personalidad. Desde atención primaria se descartó organicidad tras exploración por aparatos y pruebas complementarias básicas (ECG, analítica con Hormonas tiroideas).

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, nulo apoyo familiar y planteándose la emancipación. Refiere tener un grupo reducido de amigos. Relación conflictiva laboral por incapacidad física para desarrollar las tareas exigidas.

Juicio clínico: Eje I: F41.0 T. de pánico. Eje II: F61. T. Mixtos de personalidad. T ansiosos-dependientes.

Tratamiento, planes de actuación: Ajuste de ISRS. Lorazepam 1 mg. Valorar solicitar grado de discapacidad. Terapia cognitivo-conductual.

Evolución: Revisiones periódicas en Salud Mental, sin mejoría a pesar de psicofármacos, por falta de red comunitaria. Se incluye en grupo socio-educativo (GRUSE), refiriendo gran mejoría. Reduce dosis de ISRS y BZD con éxito durante seis meses. Se da última cita de despedida y recapitulación para seguir en Atención primaria en coordinación con Salud Mental.

Conclusiones

Las intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual pueden ser abarcadas en atención primaria con objeto de evitar o reducir psicofármacos. Los GRUSE son un ejemplo de este tipo de intervención. Sirven para potenciar las habilidades personales de los pacientes y la utilización de los activos comunitarios disponibles en su entorno e incrementar su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana, sirviendo de sustituto o apoyo a psicofármacos. Gracias a este tipo de intervención, muchos pacientes pasan a patología susceptible de abordarse en Atención Primaria, en coordinación con Salud Mental si precisa. La principal limitación desde Atención primaria es la falta de tiempo para abordarlos.

Palabras clave

Psychotropic drugs, Anxiety, Therapy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Es normal tener la Tensión Elevada en el Embarazo?

Merino de Haro I¹, De Haro Romero M², Pérez Buendía I³

¹ Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

² FIR. Hospital Virgen De las Nieves. Granada

³ Médico de Familia. Complejo Hospitalario Granada. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Sensación de mareo.

Historia clínica

Paciente gestante de 29+6 semanas que acude a consulta, por sensación de mareo, sin cefalea, ni traumatismo, ni pérdida de conocimiento, sin fiebre, ni otra clínica. Se deriva a Urgencias de Hospital Materno-infantil.

Enfoque individual:

Antecedentes personales: Diabetes Gestacional. Monorrenal.

Exploración: Ta: 162/111 en Tratamiento con Labetalol. *Exploración neurológica,* sin alteraciones. Del informe del laboratorio de Urgencias destaca: Bioquímica: Creatinina 1.01mg/dL [0, 51-0, 95], Bilirrubina total 0.9mg/dL[0, 3-1, 2], LDH U/L[0-247]. Hemograma: Plaquetas 125x103/uL [120-145]. Orina micción aislada, bioquímica: Proteinuria 221.9mg/dL [0-15], Creatinina 268 mg/dL [28-217]. Ecografía Doppler, presentando un aumento de la resistencia en ambas arterias uterinas, (Uterina derecha 1.98, elevada). Desarrollo: Se decide su hospitalización para ampliar estudio, encontrando los siguientes hallazgos a la semana 30 de gestación: Bioquímica: Perfil de glucemia adecuados, función renal normalizada, con creatinina 0.84mg/dL[0, 51-0, 95] y sin hallazgos de hemólisis. Hemograma: Niveles normales de plaquetas. Orina de 24 horas, bioquímica: Diuresis 1900mL/24h, excreción de creatinina 1.11mg/dL [0, 75-3], excreción de proteína 1860.1mg/dL[50-80], excreción de albúmina 1110.6mg/dL[0-3].

Debido a los antecedentes de la paciente y los resultados anteriormente descritos, se solicitan

marcadores angiogénicos, obteniéndose un resultado del cociente sFlt-1/PlGF de 156.6, que teniendo en cuenta el algoritmo diagnóstico que tenemos a continuación, supone un riesgo alto de Preeclampsia al estar la paciente en un estadio temprano de gestación. Siguiendo el protocolo hospitalario establecido, se realizan sucesivos controles, obteniendo los resultados de la siguiente manera: Seguimiento: 30SG//30SG+ 4//31SG //31SG+3// 31SG+5. Cociente sFlt-1 / PlGF: 156.6//169.4//187//216.1/ 249.2. Estos resultados muestran una tendencia al alza de los valores del cociente sFlt-1/PlGF, por lo que el riesgo de Preeclampsia también va en aumento.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente en familia en etapa de formación, con buena red social, donde la relación con su madre es muy estrecha.

Juicio clínico: Preeclampsia. Diabetes Gestacional.

Tratamiento, planes de actuación: Labetalol y se deriva a Urgencias de Hospital.

Evolución: La paciente permaneció en seguimiento ginecológico hospitalario hasta semana 35 donde se procedió a maduración pulmonar, mediante corticoterapia, y a provocación del parto.

Conclusiones

La preeclampsia afecta del 2 al 5% de los embarazos, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Los nuevos marcadores angiogénicos sFlt-1 y PlGF se han convertido en una herramienta con gran potencial para la predicción y diagnóstico temprano de la preeclampsia.

Palabras clave

Pre-Eclampsia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Menudo tropezón!

Carrero Morera M, López Torres C, García Prat M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria, Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Tumoración y dolor lumbar de aparición lenta y progresiva tras traumatismo directo.

Historia clínica

Varón de 36 años que consulta con su Médico de Familia por dolor punzante y tumoración de aparición progresiva en región lumbar, de 14 días de evolución, que apareció tras un traumatismo directo por caída de las escaleras. Febrícula. Sin otros síntomas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Meningitis bacteriana en la infancia, Fractura vertebral de L3 sin lesión medular. Sobrepeso. Buen estado general. Tumoración caliente y dolorosa, de consistencia dura de unos 10cmx10cm en región sacrocoxígea derecha. Balance articular y pulsos presentes. Resto de exploración por aparatos sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: Radiografía lumbosacra: hemihundimiento de L3 compatible con fractura crónica. TAC lumbosacro: colección de 120 x 37 x 100mm localizada en tejido celular subcutáneo a nivel glúteo derecho. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones reseñables.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Dos hijos. Buena relación familiar. Agricultor.

Juicio clínico: Edema de Morell-Lavallée en región lumbosacra.

Diagnóstico diferencial: Necrosis grasa. Hematomas por coagulopatías. Sarcomas hemorrágicos de partes blandas. Linfocele.

Identificación de problemas: Su reconocimiento es importante pues puede ser causa de complicaciones como infección y necrosis cutánea.

Tratamiento, planes de actuación: AINES. Ciprofloxacino 500mg oral durante 7 días. Drenaje de la colección hemolinfática con buena evolución posterior y seguimiento por su Médico de Familia.

Evolución: lenta con resolución en 2 meses.

Conclusiones

El Edema de Morell-Lavallée se caracteriza por un crecimiento lento y progresivo tras un traumatismo, por lo que suele pasar inadvertida en la exploración inicial. No todas las caídas sin fracturas asociadas son banales, y aunque no asocien riesgo vital, sí que nos pueden dar complicaciones clínicas por lo que es importante su reconocimiento. Se produce como consecuencia del traumatismo en los tejidos blandos por lesión cizallante. Aunque se localizan más frecuentemente en la región troncantérica, también debemos pensar en él ante traumatismos en escápula, zona lumbar y prepatelar. Es una enfermedad reconocida por cualquier ortopedista pero poco mencionada en la literatura médica. Sin embargo su diagnóstico es muy sencillo si se reconoce, por lo que es importante darle visibilidad para evitar así valoraciones erróneas que puedan preocupar al enfermo y visitas innecesarias del paciente por las distintas especialidades hospitalarias.

Palabras clave

Edema, Trauma, Sacral Bone

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La importancia del ECG. A propósito de un caso

García Victori C¹, Peña Pinto M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Diagnóstico diferencial: IAM. Síncope neuromediado.

Motivos de consulta

Síncope.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente presenta buena evolución. Dada la sospecha diagnóstica y los antecedentes familiares de riesgo se deriva preferente a Cardiología para completar estudio: se realiza nuevo ECG con patrón de Brugada tipo II. Para la confirmación diagnóstica se realizó un test de provocación con Ajmalina, que resultó positivo al evidenciarse el paso del patrón ECG tipo II al tipo I.

Historia clínica

Varón de 42 años, acude a Urgencias tras episodio sincopal en la vía pública.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador de 10 cigarrillos/día desde hace 10 años, bebedor ocasional, sin antecedentes de interés. No alergias medicamentosas. Sin tratamiento.

Evolución: El paciente cumple criterios de implante de desfibrilador, que acepta, con buena evolución posterior. Se realizó estudio a sus familiares detectándose alteraciones ECG en su padre y en uno de sus hijos.

Anamnesis: El paciente niega haber presentado pródromos. No pérdida de control de esfínteres. Presentó recuperación completa. Refiere episodios sincopales previos en la infancia, que no fueron estudiados.

Conclusiones

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido. AC: tonos rítmicos, soplo sistólico mesocárdico II/VI. AP: MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. TA: 130/70 mmHg; FC: 94 lpm. *Exploración neurológica:* consciente orientado y colaborador, PINLA, MOEC. Romberg negativo activo, no pérdida de fuerza ni sensibilidad.

El síndrome de Brugada es una enfermedad poco frecuente y con alta mortalidad, por lo que es de gran importancia sospecharla en pacientes con clínica compatible. Es fundamental realizar un ECG a todos los pacientes que acudan por síncope tanto en urgencias como en atención primaria. Se han descrito 2 morfologías del segmento ST en precordiales derechas: una convexa y otra en forma de silla de montar. La primera asocia un fuerte potencial arritmogénico y la segunda a curso crónico. Es muy importante plantear un diagnóstico de sospecha al detectar este trazado, ya que nos permitirá el estudio no solo del paciente, sino también de sus familiares. Así, podremos conseguir una mejora en las estrategias de prevención y tratamiento, para tratar de disminuir la mortalidad.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica incluidas enzimas cardíacas y coagulación sin hallazgos. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha, elevación del segmento ST 2 mm y morfología en silla de montar de V1 a V3.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, Dos hijos sanos. Padre con antecedente de síncope y tío paterno con muerte súbita a los 35 años.

Palabras clave

Síncope, Death Sudden

Juicio clínico: síndrome de Brugada.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Y esa mancha que tiene usted ahí? La importancia de la exploración física en el diagnóstico diferencial

Mazón Ouviaña E¹, Salva Ortiz N², Martín Jiménez A¹

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Astenia y dolor en miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 65 años que acude por astenia de meses de *Evolución*: más acentuada en la última semana con dolor a nivel de miembros inferiores al caminar que ceden con el reposo. No dolor torácico ni disnea. No otra sintomatología referida.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, dislipemia. Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos conocidos. En tratamiento con 3 antihipertensivos y un hipolipemiente.

A la *exploración* destacaba palidez mucocutánea, con aceptable estado general. Tendencia a la hipotensión, resto de constantes normales. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos audibles. Pulmonar con murmullo vesicular conservado sin otros ruidos. Abdomen anodino sin masas ni megalias. Miembros inferiores con signos de insuficiencia venosa crónica sin edemas ni signos de trombosis venosa.

Se realiza electrocardiograma con un ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Analítica donde se evidencia una anemia microcítica e hipocroma: Hemoglobina: 6.7 g/dl, VCM 72.7 fL, HCM: 20.9 pg además de hiperpotasemia de 6.7 mmol /L con una creatinina de 2.6 mg/dl LDH: 150 U/L. Resto normal. Radiografía de tórax con múltiples

nódulos pulmonares, compatible con metástasis pulmonares. Radiografía abdomen sin signos de obstrucción intestinal. Se realiza ecografía abdominal en el punto de atención de urgencias donde no se evidencian lesiones abdominales de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con una hija que vive en nuestra área sanitaria, viviendo él y su mujer estaban de vacaciones.

Juicio clínico: Síndrome paraneoplásico de primario desconocido. Neoplasia pulmonar. Melanoma metastásico.

Tratamiento, planes de actuación: Se corrige hiperpotasemia, se inicia fluidoterapia con control de diuresis. Se realiza transfusión sanguínea previa solicitud de frotis y de estudio de anemia y se decide ingreso en medicina interna para estudio.

Evolución: Re-exploramos al paciente haciendo más hincapié dado que sospechábamos una neoplasia desconocida. Evidenciamos en la espalda lesión macular de bordes irregulares y distintas tonalidades sospechosa de melanoma. Dermatología confirma diagnóstico.

Conclusiones

La exploración exhaustiva es la base del diagnóstico. Inicialmente sospechábamos un síndrome paraneoplásico sin conocer el primario, cuando éste lo teníamos muy accesible, solo era cuestión de seguir explorando.

Palabras clave

Melanoma, Anemia, Astenia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome de Mondor mamario visto en Atención Primaria

C. Ballesteros Navarro; C. Ballesteros Navarro; M. Pardo Morán.

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

síndrome de Mondor para estudio en profundidad.

Motivos de consulta

Dolor pliegue submamario y palpación de un cordón fibroso.

Enfoque familiar y comunitario: Derivada a MI para descartar trastorno de coagulación por antecedentes familiares de mutación heterocigota de protrombina.

Historia clínica

Mujer de 51 años que acude a consulta atraída por dolor mamario y palpación de un cordón/estría fibrosa y dolorosa. Meses previos sometida a mamografía + biopsia con arpón (sospecha microcalcificaciones malignas mama derecha –MD-).

Juicio clínico: tromboflebitis superficial toracomamaria (síndrome de Mondor).

Diagnóstico diferencial: cáncer de mama.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora, colecistectomizada con 31 años, dislipémica y diabética, esteatosis hepática, estadificación mama BIRADS II (hiperplasia ductal usual –HDU-).

Identificación de problemas: estado ansioso de la paciente por posible cuadro maligno. Necesario descartar trastorno de coagulación.

Tratamiento, planes de actuación: Analgésicos y AINES. Calor local. Reposo mamario.

Anamnesis: paciente en seguimiento por PDPCDM (PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA) por sospecha de malignidad en microcalcificaciones en MD vistas en mamografía. Tras estudio con ecografía + BAG (biopsia aguja gruesa)/arpón se diagnostica de HDU. Meses más tarde acude a AP tras notar dolor/molestia + cordón fibroso bajo MD.

Evolución: Remite tras 1 mes de tratamiento sintomático.

Conclusiones

El síndrome de Mondor es una rara entidad caracterizada por una tromboflebitis de venas superficiales toracoepigástricas y toracomamarias, pudiendo darse también en pene. Normalmente su etiología es idiopática o bien ir precedida de un traumatismo, esfuerzo muscular, infección o intervención quirúrgica previa. Afecta a mujeres entre 20 y 50 años, a nivel mamario. Enfermedad benigna y autolimitada con posibilidad de ser tratada en consulta de atención primaria.

Exploración: cordón arrosariado discretamente doloroso en zona anterior del tórax, inframamario. Aumenta con la hiperextensión del miembro superior ipsilateral y con la elevación de la mama. No tumoración palpable. No adenopatías supraclaviculares ni axilares.

Palabras clave

Pruebas complementarias: derivada a Medicina Interna (MI) por sospecha de

Síndrome De Mondor, Mama, Trombosis Venosa

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

De un catarro, a la UCI

Serrano Baena C¹, Fernández Herrera D¹, López Segura F²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria con derivación a Urgencias Hospitalarias e ingreso en UCI.

Motivos de consulta

Síndrome catarral.

Historia clínica

Varón de 79 años de edad que consulta telefónicamente con CS por cuadro catarral (tos, expectoración y ligera disnea) de 2-3 días de evolución, solicitando atención sanitaria por nuestra parte. Al final de la consulta nos trasladamos a su domicilio para valorarlo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, EPOC, ateroma aórtico, osteoporosis.

Anamnesis: a la llegada su domicilio el paciente nos comenta aumento de expectoración y tos (no fiebre).

Exploración: Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular ligeramente disminuido con crepitantes débiles bibasales y sibilancias espiratorias. Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos con ligero soplo mitral. Bradicárdico. Pulsioximetría: Saturación oxígeno 96%, Frecuencia cardíaca 36 lpm.

Pruebas complementarias: ante estos hallazgos decidimos llamar al DCCU el cual al llegar practica un ECG que arroja BAV Mobitz I a 34 lpm.

Enfoque familiar y comunitario:

Antecedentes familiares: sin interés. Al llegar al domicilio la mujer del paciente nos recibe amablemente. Familia estructurada.

Juicio clínico: Bradicardia por BAV, de segundo grado, Mobitz I.

Tratamiento, planes de actuación: se procede a aplicar una ampolla de atropina y se decide conjuntamente derivar al paciente a Urgencias Hospitalarias para valoración.

Evolución: Al llegar a Urgencias le practican nuevo ECG confirmando el hallazgo anterior. El paciente no presenta clínica de mareo, aunque si ligera sensación disneica por lo que se le administran broncodilatadores. Analítica: leucocitos: 9620, coagulación y bioquímica sin alteraciones. PCR: 36.2. Troponina T: 0.01. Gasometría arterial (pH: 7.43. SatO₂: 99%). Se procede a su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para seguimiento estrecho. En la UCI el paciente presenta buena evolución del cuadro con situación clínica estable. Mantiene BAV 2º grado Mobitz I "poco sintomático". Por lo que finalmente se procede a dar de alta al paciente advirtiéndole que si presentase síntomas relacionados con la bradicardia acuda de nuevo y entonces valorar implante de marcapasos definitivo.

Conclusiones

Lo que parecía ser un simple cuadro catarral (que lo era) resultó estar asociado a una Bradicardia por BAV que necesitó ingreso en UCI aunque no tratamiento definitivo. De ahí la importancia de saber el manejo de este tipo de patologías ante la complicación potencial de la misma.

Palabras clave

Bradicardia, Atrioventricular Block

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Las benzodiacepinas tenían la culpa

Serrano Baena C¹, Fernández Herrera D¹, López Segura F²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Desorientación, somnolencia y astenia y lumbalgia.

Historia clínica

Mujer de 65 años que acude a urgencias por cuadro de desorientación, somnolencia y astenia de dos semanas de evolución, con lumbalgia invalidante de meses de evolución.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y estenosis de canal con laminectomía, artrodesis L4-L5 hace 2 años. Tratamiento activo: metformina, AAS, Losartán /hidroclorotiazida, paracetamol, furosemida, diazepam 10 mg cada 12 horas, fentanilo parches, metamizol, pregabalina.

Enfoque individual. Exploración física: Glasgow: 11, imposibilidad para bipedestación. ECG y RX abdomen y tórax sin hallazgos patológicos. Analítica sangre: leucocitos 18790/ μ l, neutrófilos 15580/ μ l, PCR: 10.9.

Enfoque familiar y comunitario: Sin interés en el caso actual.

Juicio clínico: pensamos en diferentes opciones diagnósticas: 1) una infección que haya descompensado a la paciente, 2) un accidente isquémico que como secuelas haya instaurado la situación actual, 3) sobredosificación de fármacos. Repetimos hemograma y solicitamos TAC cráneo. Tac-cráneo: sin hallazgos patológicos que hagan explicar la clínica. Segunda analítica: leucocitos 22580/ μ l,

neutrófilos: 18520 μ l, PCR: 49.9. Se le mide la temperatura de nuevo: 36.1°C.

Tratamiento, planes de actuación: ante la mala evolución clínico-analítica de la paciente decidimos ingresarla en planta, a cargo de Medicina Interna. Con el oportuno tratamiento antibiótico y cesando la toma de diazepam.

Evolución: a la mañana siguiente del ingreso, la paciente recobra la orientación y desaparece la somnolencia, por lo que esta parte del cuadro clínico se podría relacionar al exceso de medicación (benzodiacepinas) que la paciente tenía. La leucocitosis desaparece y la presentada en urgencias parecía ser más bien de estrés. Aún así la paciente continúa con dolor de miembros inferiores, invalidante. RMN que arroja importante estenosis de canal lumbar a nivel L3-L4. Se consulta con neurocirugía que desestima intervención por su parte. Finalmente se realiza interconsulta con Unidad del Dolor para introducir a la paciente en la lista de espera para someterla a Electro Estimulación Medular (EEM) de cordones posteriores, como tratamiento sintomático.

Conclusiones

El caso que presento nos hace ver hasta qué punto una sobredosificación de fármacos que deprimen las funciones cerebrales centrales, como es el caso de las benzodiacepinas, puede ser el responsable de la sintomatología que presentaba nuestro paciente.

Palabras clave

Disorientation, Benzodiazepines, Lumbar Stenosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lo que parecía un catarro y que acabó siendo un cáncer de pulmón

Serrano Baena C¹, Fernández Herrera D¹, López Segura F²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria con derivación a Urgencias e ingreso a cargo de Neumología.

Motivos de consulta

Paciente que acude a urgencias hospitalarias por derrame pleural.

Historia clínica

Paciente derivado de su Médico de Familia por detección de derrame pleural en radiografía reglada, practicada por cuadro de 2 meses de duración, consistente en tos insidiosa, inicialmente seca, posteriormente herrumbrosa y actualmente blanquecina. Desde hace unos días presenta dolor pleurítico basal derecho. Pérdida de 7 kg de peso en 2 meses, sin realizar dieta. Evolución tórpida del cuadro tras tratamiento antibiótico y sintomático.

Enfoque individual: en Urgencias: exfumador desde hace 28 años, habiendo fumado 40 cigarrillos al día durante 20 años. Profesión: camionero.

Exploración física: disminución murmullo vesicular en plano posterior basal derecho, semiología de derrame pulmonar basal-izquierdo en plano axilar. Resto sin hallazgos patológicos. Analítica: leucitos: 10.450/ml, dímero D: 723, PCR: 17.8. Gasometría arterial (pH: 7.45, ppO₂: 69.2 mmHg, ppCO₂: 36.7 mmHg, SatO₂: 94.9%). Se procede a su ingreso a cargo de Neumología para estudio. En planta, se le practica TAC torácico con contraste IV: "tumoración hilar derecha compatible con Carcinoma Broncogénico de pulmón en estadio radiológico T2aN2M1b.

Enfoque familiar y comunitario: Sin relevancia en el caso que presento.

Juicio clínico: tras realizarle la punción, biopsia y estudio de imagen completo con PET-TAC, se concluye que el paciente tiene un Carcinoma pulmonar de células grandes en estadio T2aN2M1b (derrame pleural, metástasis óseas en D11 y metástasis esplénica).

Tratamiento, planes de actuación: se procede a derivar al paciente a Oncología médica donde se le acaban de realizar determinación de marcadores tumorales, mutación EGFR, ALK, ROS1 y PDL, además de gammagrafía ósea. Dependiendo del resultado de los mismos, se decidirá un tratamiento u otro.

Evolución: Actualmente el paciente se encuentra en su domicilio a la espera de resultados. Y comienzo de tratamiento.

Conclusiones

Este caso nos muestra la importancia de la Atención Primaria en la detección de patologías de carácter grave gracias a la sospecha clínica. Lo que inicialmente parecía un mero catarro que no mejoraba, gracias a la astucia de su Médico de Familia, al pedirle una radiografía de control, acabó siendo diagnosticado de un carcinoma de pulmón. Debemos tener presente que somos portadores de la salud de nuestros pacientes.

Palabras clave

Catarrhal. Lung Neoplasm

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje Integral e intervención en una paciente de 51 años con patología psiquiátrica aguda y familia disgregada

Fernández Herrera D¹, López Segura F², Serrano Baena C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 51 años con mala relación familiar que ha presentado varios episodios delirantes en relación con episodios de cuadros depresivos y consumo de alcohol, y cuya familia acude para pedir consejo para manejo e ingreso de la misma.

Historia clínica

Paciente que ha presentado episodios delirantes con ideas de prejuicio hacia los vecinos en relación con consumo de alcohol y cuadro depresivo en tratamiento. La familia acude porque los vecinos los avisan por episodios de gritos, conductas de desinhibición y etilismo, encontrándola en la calle durmiendo y desvestida. Dos episodios en el último mes.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a penicilina. ENF: EPOC, hernia umbilical. Ansiedad en seguimiento en 2010. Fumadora de más de 60 cigarrillos al día. En seguimiento previamente por alcoholismo en CPD, aunque refiere abstinencia desde 2007. Niega consumo de otros tóxicos. ACR normal. Neurológica normal. Abdomen con masa herniaria. Blando y depresible. Escasa relación entre familia. Viuda y en situación de desempleo.

Pruebas complementarias: Hemograma: trombocitosis. Bioquímica: TSH 0, 204 y T4 libre 0, 73 ug/dl. RMN solicitada desde medicina interna que no se consigue realizar. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: Familia desestructurada, madre viva en domicilio independiente, fase VII del ciclo vital (Duval), con bajo apoyo social. Historia de adicción a alcohol, en seguimiento durante años por CPD. Marido fallecido. Víctima de maltrato.

Juicio clínico: Episodio delirante agudo. Hipotiroidismo 2º. Trombocitosis

Tratamiento, planes de actuación: Abordaje individual en consulta para abandono alcohol y adherencia terapéutica. Se pauta Xeplión desde salud mental. Continúa con Lorazepam y analgesia habitual para control de dolor herniario.

Evolución: Evoluciona favorablemente tras ingreso y tratamiento en salud mental, pendientes de captación por medicina Interna para estudio analítico y por imagen de Hipotiroidismo. Posteriormente acude en varias ocasiones para seguimiento, donde vemos actitud distraída y nerviosismo.

Conclusiones

Trastorno delirante agudo en el contexto de alcoholismo crónico con patología afectiva de base. Hipotiroidismo secundario a estudio Es necesaria la coordinación entre Trabajador Social, enfermería, enfermería de enlace y atención especialidad para el control y seguimiento de este tipo de casos.

Palabras clave

Hipotiroidismo, Trastorno Delirante

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Coordinación interniveles en paciente con ictericia

Fernández Herrera D¹, López Segura F², Serrano Baena C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente de 70 años que acude a su médico de familia por presentar coloración amarilla de la piel, de instauración rápida, junto con orinas oscuras y heces de color blanquecino.

Historia clínica

Paciente que, de forma brusca, presenta coloración amarilla de piel y mucosas, junto con acolia y coluria. Dolor leve en hipocondrio derecho irradiado, sin otra clínica asociada. Sin pérdida de peso. No astenia.

Enfoque individual: paciente con alergia a nolotil y amoxicilina. Enfermedades: HTA en tratamiento con enalapril 20mg. Analgesia ocasional para dolor. No hábitos tóxicos.

A la exploración, BEG, tinte icterico de piel y mucosas, sin deshidratación. Neurológicamente, hemodinámica y respiratoriamente estable, sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, doloroso en hipocondrio derecho, con hepatomegalia de 3 traveses de dedo. No adenopatías.

Pruebas complementarias: Hemograma: Neutrofilia 82%. Bioquímica: BR total 7, 10, 5, 13 en Analíticas seriadas de forma consecutiva. ECO: Hepatomegalia y LOEs hepáticas, de 9x6cm, dilatación de vía biliar intrahepática, adenopatías hiliares. TAC confirma LOEs y adenopatías, (probablemente metastásicas).

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltera con buena relación familiar con hermano y sobrino. Controles periódicos y confianza plena en su médico de familia, al cual consulta 2 veces antes de acudir a urgencias.

Juicio clínico: LOEs hepáticas de probable origen metastásico VS tumor primario hepático.

Tratamiento, planes de actuación: Derivada a hospital por su médico. Ingreso en Medicina Interna. Se realizan pruebas y estudio completo para filiar origen de lesiones. Niveles analíticos empeoran pero la paciente no presenta clínica significativa, salvo ictericia franca, durante días de ingreso. Se informa a la familia, pero la paciente no pide información. Solo pide que, al no encontrarse mal, se le dé el alta y la siga su médico de familia hasta resultados de pruebas.

Evolución: Paciente derivada a domicilio y con seguimiento periódico por su médico de familia. Derivada a cuidados paliativos para tratamiento de soporte. Actualmente, paciente continúa en domicilio

Conclusiones

Antecedentes personales: colangiocarcinoma con necrosis y fibrosis. Paciente actualmente en seguimiento por atención primaria y cuidados paliativos. Es importante la información sobre el pronóstico y la evolución para que el paciente decida. El modelo paternalista en casos de gravedad vital debe ser revisado.

Palabras clave

Colangiocarcinoma, Hepatocarcinoma, Ictericia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El deterioro cognitivo puede iniciarse con agresividad

Fernández Herrera D¹, López Segura F², Serrano Baena C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 80 años que acude a consulta para revisión programada, puesto que en visita anterior, a la que acude para renovación de prescripciones, se muestra agresiva y discute con su marido. Nos cuentan los familiares que lleva algún tiempo con cambios en el comportamiento, mal humor y algo más desmemoriada. La paciente lo niega en todo momento.

Historia clínica

Paciente que ha presentado cambios conductuales y cognitivos en últimos meses según la familia, con agresividad, pérdida de memoria, algo más dependiente para ABVD, no cocina ni maneja dinero. Reconoce a familiares y niega haberse desorientado cuando sale a pasear.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias. ENF: HTA, DM2, Osteoartrosis, dolor crónico. En tratamiento con enalapril, metformina y analgésicos.

Exploración física: sin alteraciones, con esfera hemodinámica, respiratoria y abdominal normal. Orientación temporal, espacial y personal conservada, con fallos puntuales. Neurológica: Sin focalidad. MMSE: 25/30. Hemograma: Sin alteraciones. Bioquímica: TSH y T4 libres, B12 y fólico sin alteraciones. TC: degeneración cortico-subcortical. Lesiones vasculares antiguas, propias de edad.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación familiar, con apoyo social conservado. Casada, convive con su marido, ambos jubilados, fase VIII del ciclo vital (Duvall). Dos hijas con las que mantienen contacto habitual.

Juicio clínico: Deterioro cognitivo primario. A descartar síndrome ansioso-depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: Se vuelve a citar a la paciente en unas semanas para ver evolución y control por test MMSE. Tras realizar TAC craneal, se deriva a Neurología para valoración. Abordaje familiar en consulta para valorar situación domiciliaria y recursos.

Evolución: Recitamos a la paciente, que vuelve a consulta con sus dos hijas. Refieren empeoramiento, aunque la paciente lo niega. Refiere no haberse desorientado y tener un ánimo estable, aunque las hijas cuentan preocupación por ella. Se repite MMSE en consulta, con 25/30.

Conclusiones

La agresividad puede ser una forma de presentación de deterioro cognitivo. La paciente presenta cambios conductuales en probable relación con deterioro cognitivo primario, probablemente Alzheimer, que será estudiado en Neurología y seguido en Atención primaria para control evolutivo. Importante una buena anamnesis y enfoque del caso, con realización de test de Lobo o MMSE para primera impresión.

Palabras clave

Deterioro Cognitivo, Agresividad

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Las aftas bucales en relación con inmunodeficiencia IgA. Caso clínico

Reyes Gilabert E, Bejarano Ávila G, Sánchez García M

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Mujer de 36 años acude a la consulta de su médico de familia por lengua dolorosa.

Historia clínica

Aftas bucales de repetición en bordes y punta lingual. Las aftas se repiten durante 6 meses intermitentemente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias.

Anamnesis: No fumadora, deposiciones diarreicas desde hace un mes.

Exploración: Lengua depapilada en papilas fungiformes y filiformes, aftas de 5-6 mm ovaladas en punta y borde lingual derecho. La duración es de 10 a 14 días remitiendo y volviendo a aparecer.

Pruebas complementarias: Analítica: inmunoglobulina A sérica disminuida: IgA 15 mg/dl, valores normales (70- 350mg/dl). Debido a las deposiciones diarreicas se realiza Ac antitransglutaminasa con resultado positivo. Derivación a consulta de digestivo para confirmación mediante gastroscopia de enfermedad celiaca con resultado positivo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos.

Juicio clínico: lesiones linguales compatibles con diagnóstico de aftas inmunitarias por

déficit de Ig A en paciente celiaca. Otras entidades asociadas con aftas bucales recurrentes que deben considerarse son aftas por ansiedad, déficit vitamínicos y de ácido fólico, hierro y vitamina B12, lupus eritematoso, alergias alimentarias.

Tratamiento, planes de actuación: Aplicación tópica de ácido hialurónico y corticoides acetónido de triamcinolona al 0, 5% en las úlceras bucales. Dieta estricta sin gluten por enfermedad celiaca

Evolución: Buena *Evolución:* a la dieta sin gluten con desaparición de las deposiciones diarreicas y de aftas bucales recurrentes.

Conclusiones

Es importante desde atención primaria el diagnóstico de este déficit inmunitario y relacionarlo con trastornos inmunitarios asociados como artritis reumatoidea, lupus eritematoso y la celiaquía. Las aftas bucales son una de las múltiples manifestaciones extradigestivas de la celiaquía. Las aftas bucales son lesiones que no deben pasar desapercibidas para los profesionales de la medicina, ya que aunque se desconoce la causa por la que se originan, sí se conocen algunas enfermedades asociadas a la aparición de las mismas, como es el caso de la celiaquía y de la sensibilidad al gluten no celiaca.

Palabras clave

Stomatitis, Aphthous, Celiac Disease, Immunoglobulin A

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome Extrapiramidal en Adulto Joven. A propósito de un caso

Franzón González M¹, Alcalde Molina ², Marín Relano J³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen De la Capilla. Jaén, Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cervicalgia y cortejo vegetativo.

Historia clínica

Paciente hombre de 22 años que refiere cervicalgia, sudoración profusa y movimientos cervicales involuntarios de varios minutos de evolución y que progresivamente aumentaba su intensidad, llegando a dificultarle el habla. Refería ingesta previa de dosis terapéutica de cleboprida sin exceder la misma ni con toma de otro antiemético concomitante.

Enfoque individual: el Paciente había sufrido un episodio de insuficiencia renal aguda con controles analíticos y ecográficos por Servicio de Nefrología posteriores sin alteraciones.

Exploración: buen estado general, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen no doloroso con ruidos gastrointestinales aumentando, *Exploración neurológica* sin focalidad, condistonías con predominio de flexión lateral izquierda cervical y desviación derecha la mandíbula. Analítica general sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: El Paciente es estudiante y se engloba dentro de una familia biparental en la etapa VI del ciclo vital de la familia de Duvall.

Juicio clínico: Síndrome extrapiramidal secundaria a antiemético. En el diagnóstico

diferencial se debería incluir cervicalgia mecánica o accidente isquémico transitorio, aunque dados los antecedentes, el tiempo de evolución y la clínica florida sugerían el cuadro extrapiramidal.

Tratamiento, planes de actuación: Tras la administración de biperideno intravenoso en dispositivo móvil remitieron las disfonías aunque se trasladó a urgencias hospitalarias para observación por posible recurrencia del cuadro.

Evolución: Tras remisión del cuadro diagnosticado se procedió a alta domiciliaria.

Conclusiones

En la Ficha Técnica de cleboprida se recoge la aparición de cuadro extrapiramidal de forma rara (>1/10000 a <1/1000). La manifestación de este cuadro puede verse incluida por la edad, dosis de medicamento y variabilidad idiosincrásica particular, siendo aun así más frecuente la aparición en persona jóvenes en las primeras 72 h., y más concretamente, la distonía cervical aparece en el 50% de los casos en las primeras 48h. El cuadro puede manifestarse tanto con dosis tóxicas como terapéuticas; ya que la potencia de la cleboprida es superior a otro antiemético, haciendo que las sobredosis relativas sean más fáciles de presentarse. Por ello en los jóvenes se debe reducir la dosis a la mitad e insistir en respetar la dosis prescrita.

Palabras clave

Primary Health Care, Neck Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hemorragia digestiva alta

Sousa Montero M, Cerezo Salmerón M, Santos Martín L

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico opresivo.

Historia clínica

Astenia de dos semanas de *Evolución*: junto con dolor torácico opresivo y deposiciones melénicas desde ayer.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a levofloxacino. No hábitos tóxicos. Obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, glucosa basal alterada. Bloqueo bifascicular, enfermedad de dos vasos revascularizados, estenosis aórtica degenerativa, fibrilación auricular (FA) paroxística autolimitada. Anillo de Schatzki, esofagitis. Hernioplastia inguinal derecha.

Anamnesis: Varón de 85 años que acude al Servicio de Urgencia Hospitalaria por la clínica anteriormente descrita.

Exploración: Aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo, palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos a 60 latidos por minuto, soplo sistólico aórtico III/IV. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados, no masas ni megalias, Murphy y Blumberg negativo activos. No edemas maleolares, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 6, 1 mg/dl, hematocrito 19.5%, volumen corpuscular medio 87, 4 fl. Coagulación: INR 1, 22. Bioquímica: urea 106 mg/dl, creatinina 1, 48 mg/dl, sodio 128 mEq/l, troponina T 44 ng/ml. Electrocardiograma: FA. Endoscopia digestiva alta (EDA) al sexto día del ingreso: mucosa gástrica con varias erosiones y sangre digerida en luz gástrica y duodenal.

AngioTAC al octavo día del ingreso: sangrado por divertículo duodenal en el tercer tramo.

Enfoque familiar y comunitario: Valoración social: Vive con su esposa. Valoración mental: No deterioro cognitivo. Valoración funcional: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta (HDA) de carácter severo, secundaria a lesión vascular en la tercera porción duodenal. FA. Insuficiencia cardiocirculatoria descompensada con movilización de enzimas cardíacas en contexto de angor hemodinámico.

Diagnóstico diferencial: HDA. Carcinoma de colon. Enfermedad intestinal inflamatoria. Isquemia mesentérica. Divertículo de colon derecho. Enfermedad celíaca.

Tratamiento: Tratamiento: Omeprazol 20mg/24h, ácido acetilsalicílico 100mg/24h, espironolactona 100mg/24h, atorvastatina 80mg/24h y pentoxifilina 600mg/24h.

Plan de actuación: Dieta cardiosaludable. Evitar consumir antiinflamatorios no esteroideos. Control por su Médico de Atención Primaria.

Evolución: Se traslada al paciente para repetir EDA, se visualiza en tercera porción duodenal sangrado activo secundario a lesión de Dieulafoy, que se trata con adrenalina y dos hemoclips. Se consigue estabilidad hemodinámica.

Conclusiones

Ante un paciente pluripatológico descompensado es fundamental determinar la causa detonante y solucionarla.

Palabras clave

Upper Gastrointestinal Bleeding

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Miastenia gravis en paciente anciana pluripatológica

Cuerva Gómez R, Rueda Illescas M

Médico de Familia. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dificultad para abrir los ojos.

Historia clínica

Cuadro de diez días de evolución y empeoramiento progresivo, con dificultad para abrir los ojos; a medida que pasan las horas del día los ojos se le van cerrando hasta no poder abrirlos. Le mejora tras descansar y al cabo de unas horas vuelve a sucederle. Además episodios de diplopía vertical; cierta dificultad para tragar alimentos líquidos, coincidiendo con el cuadro ocular. Cansancio de piernas. No alteraciones del habla, ni dificultad para respirar, no otra clínica sistémica.

Enfoque individual: mujer de 80 años.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, Síndrome artrósico, aplastamiento vertebral lumbar, Osteoporosis, cataratas, síndrome depresivo, portadora de marcapasos por bloqueo A-V completo, colecistectomizada.

Exploración: Neurológica: Ptosis bilateral de predominio en ojo derecho. Resto normal. Pruebas de fatigabilidad: no disartria, ni debilidad en musculatura cervical, ni fatigabilidad en ejercicios con miembros superiores e inferiores. Empeora la ptosis parpebral en maniobras de Cogan en especial el derecho y aparece diplopía binocular.

Pruebas complementarias: TC cráneo: normal. Ac. Antirreceptor de la acetilcolina: 9.3.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente anciana convive con su esposo también anciano, cuidador principal. Tiene dos hijos y la

hija más cercana vive en la vivienda de enfrente. Cuida del matrimonio.

Juicio clínico: Miastenia Gravis Ocular con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina positivos.

Diagnóstico diferencial: Distrofia muscular oculofaríngea. Estados de fatiga emocional. ELA. Miopatías mitocondriales. Miopatías por disfunción tiroidea. Parálisis agudas motoras (Botulismo). Polineuropatía aguda que afecta los pares craneales y la encefalopatía de Wernicke.

Identificación de Problemas: Paciente muy demandante y desconfiada, pero con dependencia de su equipo de salud. Con reacciones alarmantes y exageradas de sus patologías, tratándose en este caso de una enfermedad neurológica real y seria, y no una alteración más de su estado emocional.

Tratamiento, planes de actuación: Piridostigmina (no tolerada) por lo que se trata con Azatioprina y Prednisona.

Evolución: Favorable al segundo tratamiento.

Conclusiones

Es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por fatigabilidad y debilidad de la musculatura voluntaria. Predominio en mujeres. Es muy importante resaltar la presentación en personas de edad porque representa en estos momentos más del 50% de los pacientes nuevos y este es un dato muy significativo en un país como el nuestro, con una de las esperanzas de vida mayores del mundo.

Palabras clave

Ancianidad, Debilidad, Ocular

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, no veo bien...

Amaro García A, Zafra Olmo B, Zafra Romero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Alteraciones visuales.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a Amoxicilina, está en tratamiento con anticonceptivos orales. Mujer de 25 años que acude al servicio de Urgencias, porque desde hace 10 días presenta visión borrosa en ambos ojos, ella lo define "destellos" que se alternan en ambos ojos. Pero el motivo, que le preocupa más a la paciente es que desde hace dos días, ha aparecido varios episodios de diplopia vertical en ambos ojos (aunque ocurre con más frecuencia en el ojo izquierdo) de 15 a 20 minutos de duración, y tras el episodio presenta confusión, y a veces se acompaña de cefalea que suele durar horas. A su llegada a Urgencias, se encuentra asintomática y afebril.

Exploración física: Consciente, orientada, colaboradora, normoperfundida, normohidratada. ACR: Tonos rítmicos, Murmullo vesicular conservado. *Exploración neurológica:* Glasgow 15, PINLA y MOEC conservados, no signos meníngeos, no ataxia, no alteraciones de pares craneales. Fondo de ojo, normal. Después de la exploración, realizó una interconsulta con Oftalmólogo, para valorar patología oftalmológica, que descarta.

Solicito pruebas complementarias: Analítica: Sin alteraciones significativas. TAC craneal: Sin alteraciones significativas. Dado que la paciente, en el momento se encuentra

asintomática, con resultados de exploración y pruebas complementarias sin alteraciones, y con sospecha diagnóstica principal, decido que estudio y valoración se realice por parte de Neurología desde consulta.

Enfoque familiar y comunitario:

Juicio clínico: El signo de alarma, principal es Diplopia.

Diagnósticos diferenciales: lesiones estructurales. Miastenia gravis. Esclerosis Múltiple. Migraña con Aura. LES. Botulismo.

Juicio clínico: Aura migrañosa

Tratamiento, planes de actuación: EL tratamiento es Naproxeno, en caso de dolor, y si no aprecia mejoría puede tomarse un Triptán. Se inició tras la consulta con Neurología, tratamiento preventivo con topiramato.

Evolución: La chica ha evolucionado favorablemente, tras la adherencia al tratamiento y sin aparición de nuevas crisis.

Conclusiones

Ante un caso de diplopía de aparición reciente, el médico de familia debe tener cierta habilidad y conocimiento sobre ello para poder realizar una correcta orientación en la anamnesis y exploración física, así como ser capaz de discernir si presenta síntomas o signos de alarma.

Palabras clave

Diplopia, Cefalea, Signos de Alarma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal en paciente anticoagulado

Gárriga Sánchez L¹, Hernández Marín F², Díaz Romero A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC a Atalaya. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Bultoma doloroso en abdomen.

Historia clínica

Varón 72 años que acude a urgencias por bultoma doloroso en hemiabdomen derecho de una semana de evolución, que comenzó tras un proceso catarral con importante tos, así como febrícula, náuseas, vómitos y anorexia.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas a medicamentos. Hipertensión arterial. Hiperplasia benigna de próstata. Portador de prótesis mitral metálica desde hace más de 25 años, fibrilación auricular crónica y doble lesión aórtica reumática moderada asintomática. Tratamiento habitual: Acenocumarol según pauta, digoxina 250mcg ½ comprimido diario, lorazepam 1 mg cada 24 horas, Tamsulosina 0.4mg cada 24 horas, serenoa repens 160 mg 1 comprimido cada 12 horas, enalapril 10 mg un comprimido diario, pantoprazol 20mg un comprimido diario. Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo, afebril. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos y click metálico en foco mitral, auscultación pulmonar conservada. Exploración de abdomen donde se palpa masa dura desde hipocondrio derecho hacia zona inguinal, observándose leve hematoma subcutáneo. En la analítica destaca hemoglobina 11, 4 g/dl y coagulación con INR 3, 8 y actividad de protrombina del 20%. Radiografía de tórax con cardiomegalia, suturas de esternotomía y válvula metálica. Ecografía

de abdomen donde se aprecia un hematoma en pared abdominal anterior, con un volumen aproximado de 680 cm cúbicos. Hipertrofia de próstata. Valorado por cirugía general que descarta intervención urgente.

Enfoque familiar y comunitario: Sin datos de interés.

Juicio clínico: Hematoma subcutáneo en paciente anticoagulado.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de medicina interna para vigilancia estrecha de coagulación y hematoma, así como control del dolor.

Evolución: Al ingreso se retira la anticoagulación y pautamos vitamina K. Se realizan ecografías de control, con mejoría del tamaño del hematoma, sin datos de nueva anemia así como del dolor abdominal, procediéndose al alta.

Conclusiones

La importancia radica en la estrecha relación que debemos tener en el seguimiento de todo paciente anticoagulado, ya que múltiples factores pueden alterar el sensible balance de relación riesgo-beneficio en estos anticoagulantes; tales como algunos alimentos o medicamentos que pueden alterarlo. Por lo que el médico de atención primaria debe alertar a sus pacientes de estos efectos.

Palabras clave

Anemia, Hematoma, Abdominal pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Estomatitis nicotínica. A propósito de un caso de leucoplasia

Sánchez García M, Bejarano Ávila G, Reyes Gilabert E

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Paciente que acude por molestias en cavidad oral.

Historia clínica

Placas blanquecinas y lesiones verrugosas de varios meses de evolución.

Enfoque individual:

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 10cig/día desde hace más de 30 años. Trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con paroxetina 20mg al día.

Anamnesis: Mujer de 68 años que acude a consulta de Atención Primaria por molestias en el paladar duro y lesiones verrugosas y manchas en dicha localización.

Exploración: En el examen de la cavidad oral se objetivan placas, manchas y verrugosidades distribuidas en forma irregular de todo el paladar duro comprometiendo tercio anterior y medio, del lado izquierdo y derecho; con una coloración de tonalidad desde un blanco grisáceo hasta un blanco amarillo; tamaño aproximadamente 3×5 cm, superficie verrugosa y consistencia blanda, bordes definidos; no desprende al raspado.

Pruebas complementarias: Se deriva a cirugía Maxilo-Facial, para realizar el diagnóstico definitivo se programa biopsia incisional con resultado de queratosis sin displasia en mucosa palatina

Enfoque familiar y comunitario: Paciente viuda desde hace 15 años con hijo disminuido psíquico.

Juicio clínico: Leucoplasia oral.

Diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Con candidiasis oral, liquen plano y lupus eritematoso, lesiones traumáticas, lesiones blancas hereditarias y con otras lesiones blancas que intervienen en el diagnóstico diferencial como son la leucoplasia vellosa, la lengua geográfica, las quemaduras químicas, las verrugas vulgares u otras lesiones papilomatosas blancas de origen viral.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza intervención quirúrgica, y consejo breve para deshabituación tabáquica.

Evolución: Se realizan controles periódicos observando la desaparición casi total de la patología; sin embargo la paciente reporta que aún no ha dejado el hábito de fumar y, en el último control, se observa aparición nuevamente de las placas blancas.

Conclusiones

El tabaquismo es el factor etiológico más importante en el desarrollo de la leucoplasia oral con una relación dosis-respuesta. Nuestro papel como médicos de familia es considerar en el tratamiento de las lesiones precancerosas la supresión de los posibles factores relacionados con su etiología, excluir el tabaco y el alcohol.

Palabras clave

Leukoplakia, Precancerous Lesión, Epithelial Dysplasia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Varón de 72 años que acude por visión doble por linfoma cerebral primario

Aguilera García S¹, Carbajo Martín L², Sánchez Sánchez A³

¹ Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla

² Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

³ FEA Médico de Urgencias. HAR Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude por cuadro de visión borrosa desde ayer por la tarde.

Historia clínica

Varón que acude por presentar visión doble desde ayer, refiere otitis en tratamiento con gotas desde la semana pasada, con pérdida de apetito, no fiebre, no otra sintomatología.

Enfoque individual: nRAMC, Adenocarcinoma Acinar Gleason 3 + 3 (Estadio pT2c) tratada con RT, RTU-Prostática parcial, Hernioplastia Umbilical, Apendicectomía, Tabaquismo (20cig/24hs), No Bebe. Varón que acude por presentar visión doble desde ayer, refiere otitis en tratamiento con gotas desde la semana pasada le extrajeron un tapón de cerumen, También presenta pérdida de apetito y disminución brusca de la audición, no fiebre.

Exploración: Afebril. Estable hemodinámicamente. Pares craneales conservados. Sin déficit motores ni sensitivos. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible y no doloroso a la palpación. Sin masas ni organomegalias. No signos de peritonismo ni de ascitis. Extremidades: No edemas ni otras alteraciones. Pulsos periféricos simétricos y presentes.

Pruebas complementarias: TAC Cráneo con contraste iv: Presencia de lesiones ocupantes intraaxiales, con edema, en un paciente en esta

edad sugiere como primera posibilidad metástasis, no descartándose la posibilidad de un proceso infeccioso-inflamatorio, con formación de microabscesos. Analítica: - Bioquímica: Cr 1.03, Urea 41, Glu 132, -Perfil abdominal: GOT 59, GPT 180, GGT 943, FA 376, BT 1.81.

Enfoque familiar y comunitario: Sin interés.

Juicio clínico: Metástasis cerebral versus microabscesos cerebrales.

Diagnóstico diferencial: lesiones ocupantes intraaxiales con edema, compatibles con - metástasis cerebrales. Tumor primario cerebral. Proceso inflamatorio-infeccioso con formación de microabscesos.

Tratamiento: Se decide ingresar para estudio: se administra únicamente dexametasona iv y haloperidol si agitación.

Plan de actuación: Se pide RNM cerebral.

Evolución: El paciente se encuentra en sueño fisiológico. Según su esposa se pasa así la mayor parte del día, durmiendo, decaído

Conclusiones

El paciente presenta un linfoma cerebral primario. Los linfomas primarios del sistema nervioso central son una variedad poco frecuente de linfomas no hodgkinianos. Se manifiestan con deterioro cognitivo, cefalea y déficits neurológicos focales.

Palabras clave

Abcess, Lymphoma, Metastases,

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

A propósito de un paciente diabético con mala adherencia al tratamiento

Amaro García A, Zafra Olmo B

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Resultados de analítica.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: No Alergia a Medicamentos. DM tipo II desde hace 12 años. Hipercolesterolemia. Tratamiento: Simvastatina 10 mg, Vildagliptina 50 mg/Metformina 850 mg.

Anamnesis: Varón de 51 años, cocinero, que desde hace 12 años tiene Diabetes Mellitus tipo II, con muy mala adherencia al tratamiento y transgresiones dietéticas. A pesar de insistir cada vez que acude a consulta de la importancia de su enfermedad, y el control de la misma, el paciente no se toma tratamiento y no controla dieta. Esto ha producido que el paciente desde 2012 presente retinopatía diabética con hemorragia ocular masiva en OI.

En esta ocasión el paciente acude a consulta para recoger resultados de analítica, y EKG; en la última analítica presentaba HbA1c de 10%, no acudió a recoger resultados.

En esta ocasión analítica: Glu 221, Colesterol HDL 46, LDL 71, Triglicéridos 184, HbA1c 12, 3%.

EKG: Sin alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es varón ecuatoriano, lleva 10 años residiendo en

España, es diabético desde hace 12 años, es cocinero de profesión, esta es la excusa que siempre da, a la hora de las transgresiones dietéticas que realiza y del mal cumplimiento del tratamiento prescrito. Refiere que realiza las comidas principales a las 12 h de la mañana y 18 h de la tarde.

Diagnóstico diferencial: Diabetes Mellitus tipo II, con mal adherencia al tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Debido al mal control de su enfermedad y a los resultados, insistimos más que nunca en el cumplimiento terapéutico: cumplir con la dieta y con los horarios, además de pautar insulina lenta iniciando con 16 UI, y seguir con su tratamiento de Vildagliptina/Metformina.

Evolución: A los 3 meses, el paciente acude de nuevo a consulta refiriendo cumplimiento de tratamiento, como se puede observar en analítica con HbA1c de 8.1%.

Conclusiones

La función del médico de familia, es concienciar a la población que a pesar de que hay enfermedades como la diabetes que no se ven ni se notan, es muy importante cumplir el tratamiento, porque su mala adherencia pueden provocar consecuencias catastróficas.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Retinopatía Diabética, Adherencia Terapéutica

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje e intervención multidisciplinar tras un accidente de tráfico, con patología psiquiátrica de base y familia desestructurada

Sedeño Vidal A¹, Fernández Herrera D², Fernández Herrera C³

¹ Fisioterapeuta. Clínica Vitaudio. Jaén

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

³ Enfermero de Familia. Hospital Universitario Sanchinarro. Madrid.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 28 años que acude a consulta de atención primaria para revisión de cervicalgia por accidente de tráfico.

Historia clínica

Paciente que acude por dolor cervical, mareos con sensación rotatoria y vómitos tras accidente por colisión posterior con su vehículo. Presenta náuseas y vómitos, con sensación de mareo sin giro de objetos. Mala situación familiar y consumo de alcohol. Paciente víctima de abusos sexuales y violencia de género. Intentos autolíticos previos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipotiroidismo primario; esclerosis múltiple 4 años de evolución; migraña sin aura; síndrome ansioso-depresivo con alteraciones conductuales y desinhibición; hepatocarcinoma sin tratamiento por decisión del paciente.

Exploración física: BEG. Glasgow 15/15 sin focalidad neurológica. No nistagmo. Dolor a la digitopresión y marcada contractura muscular a nivel de ambos ECM y trapecios que aumenta con la movilización cervical. No déficit sensitivo ni motor en miembros. Romberg negativo activo. Uso de bastón para deambular por secuelas de esclerosis múltiple.

BIOQUÍMICA: Hb 12, 1, VCM 110fl. GGT 257, AST/ALT 2, 8. PCR 1, 7. Resto sin alteraciones. RX: rectificación de lordosis cervical. No se aprecian líneas de fractura.

Enfoque familiar y comunitario: Familia desestructurada, el padre falleció y la madre vive en domicilio independiente con nula relación y amenazas, ambas con bajo apoyo social. Pareja con gran diferencia de edad. Síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psiquiatría, con varios ingresos en salud mental por conductas autolíticas y agresivas. Se ofrece ayuda y atención por alcoholismo sin ser efectivo. La paciente niega consumo de alcohol y otros tóxicos. En seguimiento por Neurología, acudiendo periódicamente a sus citas. Tratamiento oncológico al que decide no someterse.

Juicio clínico: Cervicalgia postraumática.

Tratamiento, planes de actuación: Abordaje multidisciplinar e integral en colaboración con fisioterapia. Tratamiento aplicado: diacepam, Omeprazol, metamizol y dexketoprofeno asociado a tratamiento rehabilitador de columna cervical.

Evolución:

Paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento médico y fisioterapia. Se recita en sucesivas consultas para ver evolución. Derivación a Neurología y a salud mental para continuar seguimiento.

Conclusiones

Un abordaje integral en un contexto de alcoholismo y patología psiquiátrica de base nos permite una evolución controlada y favorable.

Palabras clave

Cervicalgia, Alcoholismo, Mareos

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Parálisis facial periférica. Parálisis de bell. Abordaje interdisciplinar

Sedeño Vidal A¹, Fernández Herrera D², Fernández Herrera C³

¹ Fisioterapeuta. Clínica Vitaudio. Jaén

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

³ Enfermero de Familia. Hospital Universitario Sanchinarro. Madrid.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 48 años que acude a consulta por otalgia derecha asociada a parálisis, con desviación de la comisura labial y asimetría facial derecha dese hace 24 horas.

Historia clínica

Paciente con los antecedentes abajo descritos que presenta otalgia derecha de varios días de evolución, con parálisis facial asociada que aparece de manera brusca posteriormente, notándose caída del párpado y desviación de comisura bucal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias. ENF: HTA, DM2, Osteoartrosis, dolor crónico. En tratamiento con enalapril, metformina y analgésicos.

Exploración física: T^a: 36, 2 o. FC: 80 lpm. TA: 130/70. Otoscopia: CAE normal bilateral, tímpano derecho normal. No acúfenos.

Exploración neurológica: parálisis facial derecha, desviación comisura labial hacia la izquierda, pérdida de arrugas y surcos faciales derechos, incapacidad para cerrar el ojo y levantar la ceja. Signo de Bell presente. Alteración secreción lagrimal. Disgeusia. Movilidad extremidades conservada. RX: sin alteraciones. Hemograma: Leucocitosis 14000 con linfocitosis.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación familiar, con apoyo social conservado. Casada, convive con su marido, ambos jubilados, fase VIII del ciclo vital (Duvall).

Juicio clínico: Paralipsis facial periférica. Paralisis de Bell.

Diagnóstico diferencial: se realiza en función de la clínica, anamnesis y exploración exhaustiva: asimetría facial, incapacidad para elevar la ceja y cerrar el ojo, signo de Bell presente, desviación de comisura bucal hacia el lado sano, otalgia y diferentes alteraciones de los sentidos dependiendo el trayecto del nervio lesionado. La parálisis facial central se diferencia de la periférica por la presencia de síntomas de afectación de otras estructuras del SNC, músculos frontales y orbiculares de los párpados no alterados.

Tratamiento, planes de actuación: Abordaje multidisciplinar en colaboración con fisioterapia. Tratamiento aplicado deflazacort 30mg, Valaciclovir 10 días y rehabilitación de músculos faciales.

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente, aunque de forma lenta, con mejoría en movilidad facial. Se recita en consulta para seguimiento y control evolutivo. Mejora en ABVD, no sequedad ocular ni ulceración.

Conclusiones

Una exploración física de integral, completa y minuciosa nos permite valorar y diferencia el origen de la parálisis que el sujeto presenta, siendo esta de gran valor diagnóstico. El abordaje multidisciplinar e integral del paciente nos permite una evolución controlada y favorable.

Palabras clave

Parálisis de Bell, Parálisis Facial, Tratamiento

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tratamiento interdisciplinar de la neuralgia de Arnold

Sedeño Vidal A¹, Fernández Herrera D², Fernández Herrera C³

¹ Fisioterapeuta. Clínica Vitaudio. Jaén

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

³ Enfermero de Familia. Hospital Universitario Sanchinarro. Madrid.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 31 años que acude a consulta por cefalea opresiva occipital con irradiación a temporal izquierdo desde hace un año.

Historia clínica

Paciente sin antecedentes médicos que acude a consulta refiriendo una cefalea opresiva, con dolor punzante paroxístico, que comienza en zona occipital y con irradiación homolateral hasta temporal, asociando hiperalgesia occipito-temporal, de un año de evolución. No episodios similares previos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias. No enfermedades ni tratamiento de interés.

Exploración física: hipersensibilidad del cuero cabelludo en región occipital y parietotemporal izquierdo. La compresión en zona de emergencia del nervio occipital exacerba la intensidad dolorosa. TA: 110/60 mmHg. *Exploración neurológica* normal.

Hemograma y bioquímica normales.. RMN cráneo-cervical: sin alteraciones; EMG-ENG de miembros superiores: no datos de neuropatía motora de nervio mediano ni sensitiva. Sin hallazgos de radiculopatía C5-C8 bilateral, ni denervación o lesión axonal aguda.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación familiar, apoyo social conservado. Casada, convive con su marido, situación activa, fase I del ciclo vital (Duvall).

Juicio clínico: Neuralgia del trigémino vs neuralgia de Arnold.

La Neuralgia de Arnold es un síndrome doloroso en la zona de recorrido de los nervios occipitales mayor, menor y tercer nervio occipital. El dolor puede desencadenarse con la presión en el punto de Arnold, la extensión del cuello o la rotación hacia el lado doloroso. Aparece dolor occipital unilateral que parte de la unión cervico-occipital e irradia hacia el vértex de forma continua o paroxística. Su diagnóstico diferencial con otros síndromes es clínico (criterios IHS)

Tratamiento, planes de actuación: Abordaje multidisciplinar e integral en colaboración con fisioterapia y Neurología. Amitriptilina 25mg/24h. Si no mejora. Infiltraciones con anestésicos locales.

Evolución: Inicialmente se trató con Amitriptilina 25mg sin evolución favorable. Posteriormente se realiza bloqueo anestésico con lidocaína, se infiltran nervios occipital mayor y menor. Mejora considerablemente el dolor. Posteriormente inicia fisioterapia, siendo bastante eficaz con disminución del dolor. Se recita en consulta para valorar evolución.

Conclusiones

Importancia de la medicina de familia como nexo de unión en un equipo multidisciplinar y abordaje integral del paciente, consiguiendo controlar exitosamente la sintomatología principal del paciente.

Palabras clave

Neuralgia, Occipital, Cefalea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Telederma

Sánchez Ramos M, Vera Soto Y, Toribio Onieva J

CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión pigmentada.

Historia clínica

Consulta por lesión pigmentada que cumple criterios de malignidad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia y diabetes. Tratamiento domiciliario: Metformina, Simvastatina, Losartán y Amlodipino.

Anamnesis y Exploración física:

Lesión pigmentada heterocrómica, asimétrica, de bordes irregulares, aumento de tamaño en 6 meses, en antebrazo derecho.

Pruebas complementarias: dermatoscopia: al visualizar la lesión podemos confirmar que: se trata de una lesión pigmentada asimétrica (bordes irregulares, varios colores), se aprecia un retículo pigmentado atípico y estructuras de color azul-blanquecino dentro de la lesión (crisálidas). En definitiva, nuestra lesión cutánea cumple los tres puntos de Soyer. Tras solicitar permiso al paciente se le realizan varias fotografías de la lesión y, a través de una nueva aplicación web instaurada en nuestro CS llamada TELEDERMATOLOGÍA, las hacemos llegar a Dermatología para valoración.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en fase de nido vacío y sin parientes próximos en la ciudad. Padre del paciente afecto de leucemia.

Juicio clínico: Se realiza diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas atendiendo a características clínicas, macroscópicas y datos de dermatoscopia; todas ellas indicativas de cáncer cutáneo.

Tratamiento, planes de actuación: Interconsulta con Dermatología mediante teledermatología.

Evolución: Dermatología contesta en menos de 24h confirmando sospecha diagnóstica. El paciente es citado en dicho servicio en menos tres días. Se procede a realizar biopsia cutánea. Anatomía patológica confirma diagnóstico: melanoma invasivo tipo extensión superficial en fase de crecimiento vertical. Se deriva a hospital de referencia donde se procede a cirugía de ampliación y linfadenectomía axilar derecha. Actualmente en espera de cita con Oncología (melanoma estadio IIIC).

Conclusiones

Es importante un entrenamiento y conocimiento básico en dermatoscopia que ayude al médico de familia en el despistaje de lesiones cutáneas. Los tres puntos de Soyer conforman un algoritmo dermatoscopia válido y reproducible con alta sensibilidad para la detección de lesiones malignas, y nos resulta de mucha utilidad para el médico de familia. Gracias a la teledermatología se ha conseguido acortar los tiempos de espera entre consulta en el CS y valoración inicial por dermatología lo cual lo cual permite mayor rapidez a la hora de diagnosticar y tratar.

Palabras clave

Telederma, Dermatoscopia, Melanoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cuidado con la medicina alternativa

Zafra Olmo B¹, Amaro García A¹, Espejo Jiménez I²

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

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Juicio clínico: Probable extensión de su enfermedad oncológica.

Motivos de consulta

Dorsalgia.

Tratamiento, planes de actuación: Una vez valorada en Urgencias Hospitalarias, se le propone ingreso para estudio y realización de SPECT-TC y gammagrafía ósea donde se diagnostica de afectación metastásica a nivel de raquis dorsal bajo (D10) con destrucción ósea.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: cáncer de mama localmente avanzado, diagnosticado hace dos años que no ha sido tratado ni se sigue por parte de Oncología por abandono de la paciente, que decide seguir tratamiento únicamente con medicina alternativa (productos de herbolario).

Evolución: Actualmente, la paciente ha aceptado comenzar un tratamiento con radioterapia para control de los síntomas.

Anamnesis: mujer de 54 años que refiere dorsalgia no irradiada desde hace unos meses sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo; *A la exploración* no se objetiva pérdida de fuerza en miembros inferiores ni otros signos. Se pauta analgesia domiciliaria y volver si no mejoría. A las dos semanas, la paciente acude de nuevo a consulta con persistencia de los síntomas, por lo que se reajusta el tratamiento y se deriva a hospital de referencia para realización de pruebas complementarias dados sus antecedentes.

Conclusiones

En los últimos años, el interés por la medicina alternativa ha experimentado un gran auge. Este tipo de terapias (acupuntura, yoga, fitoterapia...) pueden aliviar síntomas como náuseas, ansiedad, dificultad para dormir o dolor; pero no tienen la potencia necesaria para reemplazar los tratamientos oncológicos convencionales. Es importante para médicos y pacientes poder tener un diálogo franco sobre los planteamientos alternativos en el tratamiento del cáncer, sin que los pacientes sientan que se les juzga o que sus preguntas y preocupaciones se ignoran ya que muchos ocultan el uso de estas terapias porque piensan que su médico no está dispuesto a tratar el tema.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciada, vive sola. Tiene dos hijos con los que mantiene buena relación, a pesar de que están en desacuerdo en cuanto a la terapia alternativa que está siguiendo su madre. Acuden a consulta en varias ocasiones preocupados por la evolución natural de la enfermedad sin un tratamiento oncológico adecuado que la paciente siempre se ha negado a recibir.

Palabras clave

Alternative Medicine, Breast Cancer, Radiotherapy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Detección y manejo de la violencia de género en atención primaria: papel del profesional sanitario

Cabello López M

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Centro de Salud.

Motivos de consulta

La paciente acude a la consulta refiriendo padecer ansiedad por la situación familiar que está viviendo desde hace un tiempo. Cuenta episodios de malos tratos por parte del cónyuge, tanto físicos como psíquicos, así como humillaciones en público y agresividad verbal y física hacia su hijo de 17 años de edad.

Historia clínica

Acude una paciente mujer de 49 años casada con un hombre de 51 años de edad y con un hijo de 17 años. La paciente se muestra ansiosa. Acude al CS en busca de información. Realizamos una revisión de su historia de salud previa e informamos a la paciente de sus opciones.

Enfoque individual: encontramos consultas reiteradas a lo largo de estos años (de 2011 en adelante) por traumatismos menores en muñecas, codos...así como hematomas en los ojos y cadera. También está reflejado un episodio de violencia en el ámbito familiar en junio de 2017 en el que consta un parte de lesiones para el marido y otro para el hijo por una discusión.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente depende económicamente del marido, buena

red social. El marido padece colitis ulcerosa. El único hijo es sano y tiene problemas de adaptación al estudio.

Juicio clínico: Violencia de género. Violencia en el ámbito familiar. Ansiedad.

Tratamiento, planes de actuación: El médico responsable deja constancia en la historia de esta situación y realiza una derivación a salud mental así como insta a la paciente a que pida cita con la trabajadora social del centro para que ella la asesore y le informe de las vías de apoyo.

Evolución: Comprobamos que la paciente ha acudido a su cita con la trabajadora del centro. Se encuentra más tranquila y ya informada del procedimiento a seguir.

Conclusiones

Personalmente, creo que es un caso interesante porque engloba los principios básicos en los que se basa la atención familiar y comunitaria. Aborda un tema, por desgracia, de actualidad y me permite explicar el protocolo a seguir; en ocasiones desconocido, siendo una forma de ampliar nuestras propias competencias.

Palabras clave

Gender Violence, Social Worker, Primary Care

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Anticoagulación y anemia grave

Zafra Olmo B, Amaro García A, Zafra Romero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2; insuficiencia renal moderada; anemia microcítica hipocroma de larga data estudiada por Digestivo con diagnóstico de hemorroides internas congestivas; hipertensión arterial; insuficiencia cardíaca; precisó ingreso en Cardiología hace 3 meses por palpitaciones y disnea, diagnosticándose de fibrilación auricular (FA) paroxística instaurando tratamiento con Edoxabán 30mg desde entonces.

Anamnesis: mujer de 78 años que acude a consulta por presentar astenia intensa sin otra sintomatología acompañante y exploración física anodina; se solicita analítica en la que destaca hemoglobina de 4 mg/dL por lo que se deriva a Urgencias para transfusión. Después de este primer episodio, la paciente ha precisado hasta en tres ocasiones transfusión de hematíes así como hierro intravenoso.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, con 6 hijas. Hasta su último ingreso vivía sola y era independiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero desde entonces vive cada mes en el domicilio de una de sus hijas.

Juicio clínico: Síndrome anémico crónico acentuado por inicio de anticoagulación oral por FA.

Tratamiento, planes de actuación: Junto con la internista encargada del caso y valorando el riesgo/beneficio de anticoagulación oral de la paciente, se plantean dos opciones: intentar anticoagulación con Apixaban ya que produce menos sangrado a nivel Digestivo o suspender anticoagulación oral por anemizaciones más acentuadas tras el inicio del tratamiento y pautar ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg, informando a paciente y familiares de que esto último no protegería frente a un fenómeno tromboembólico.

Evolución: Tras explicar dicha información, tanto la paciente como su familia han decidido no seguir tratamiento con anticoagulante oral ni AAS. Desde la retirada de Edoxaban, las cifras de hemoglobina se han mantenido en torno a 9-10 mg/dL (similares a las que presentaba antes del inicio del anticoagulante).

Conclusiones

La expresión “empoderamiento del paciente” se ha popularizado en los últimos años. Un paciente empoderado es un paciente informado: ha de disponer de las nociones suficientes para entender la enfermedad y su tratamiento y, de esta manera, poder tomar decisiones junto con su familia (como en el caso presentado). Esta colaboración del paciente permite personalizar los tratamientos y adaptarlos a las condiciones de vida de cada individuo.

Palabras clave

Anemia, Anticoagulants, Erythrocyte transfusion

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora! Solo tengo 15 años pero ¡me duele el corazón!

Ruibérriz de Torres Fernández E¹, Canalejo González D², Roldán Guerrero R²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² FEA Pediatría. Hospital de Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico cuando jugaba al fútbol y de nuevo esta mañana al despertarse.

Historia clínica

Varón de 15 años y 7 meses. Desde hace 72 h presenta episodios mantenidos de dolor centrotorácico, no irradiado, sin cortejo vegetativo acompañante. Primer episodio de dolor mientras jugaba al fútbol. Esta mañana cuadro similar que lo despierta. Acude a su CS. El dolor mejora con la sedestación y cede con un ibuprofeno. Hace 10 días aprox., cuadro gastrointestinal con diarreas. Hace 5 días vómitos, malestar general, astenia, febrícula termometrada <38°C y escalofríos.

Enfoque individual: no RAMC.

Antecedentes Personales: Soplo inocente. IQ: Criptorquidia izquierda, herniorrafia inguinal izquierda. No realiza tratamiento.

Asintomático. BEG, COC, BHYP, normocoloreado, eupneico en reposo. No dolor torácico ni disnea. Estable hemodinámicamente, TA 110/55, FC 65lpm, SatO₂ 100% A/A. AC: TAC rítmicos a buena FC, sin soplos ni roce. AP: BMV bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen sin hallazgos patológicos. ORL normal. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos conservados. ECG: Elevación de ST de V3-V6. Descenso de ST en V1. Disminución QRS en derivaciones izquierdas. Rx Tórax: ICT normal. Mediastino centrado. No se observan condensaciones. Hemograma: 8750 Leucocitos sin neutrofilia.

Hb 16.4, Hto. 48. Plaquetas 234000. Bioquímica: Glucosa 103, urea 33, creat. 0.7, Na 139, K 5.3. PCR 9.4. TnT: 1649 – 1815 – 1928. CK: 1011 – 1104 – 921 – 444. Ecocardiograma: corazón estructuralmente normal. Serología: pendiente.

Enfoque familiar y comunitario: Padre: FA con ablación de venas pulmonares, en tratamiento con ACO. Madre: valvulopatía mitral de probable origen reumático. Reintervenida con prótesis mitral mecánica y anticoagulada.

Juicio clínico: Miopericarditis aguda de probable origen viral. Corazón estructuralmente normal.

Tratamiento, planes de actuación: Ibuprofeno durante 15 días. No realizar ejercicio en 6 meses. Revisión en Consulta de Cardiología en 2 meses.

Evolución: El paciente ingresa en UCI para monitorización y seriación de enzimas cardíacas, con buena evolución y resolución del cuadro, manteniéndose asintomático sin nuevos episodios de dolor.

Conclusiones

En todo paciente con sospecha de Pericarditis siempre realizar ECG y valorar la determinación de enzimas cardíacas para descartar complicaciones como la miopericarditis.

Palabras clave

Pericarditis, Electrocardiography, Myocarditis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Bultoma Supraclavicular. A propósito de un caso

Albusac Lendinez S¹, Lozano Prieto P², Martín Sánchez S³

¹ Médico de Familia. CS Cazorla. Jaén

² Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

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

Ámbito del caso

Mixto: Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Bultoma Supraclavicular de dos días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: Alergia a Pirazolonas. HTA. Glaucoma. Exfumador desde hace 15 años. Tratamiento actual: paracetamol, enalapril, omeprazol, timolol.

Anamnesis: Paciente de 75 años que consulta por bultoma en zona supraclavicular de dos días de evolución y fiebre. No presenta otra clínica.

Exploración Física: Normal salvo bultoma supraclavicular izquierdo de cinco cm.

Pruebas complementarias: Analítica Urgente con PCR y VSG elevadas con linfopenia. Ecografía cuello en nuestra consulta: Imagen líquida redondeada de 50mm. Ante esto realizamos derivación a Urgencias. El paciente es valorado por Medicina Interna la cual solicita un TAC de cuello y tórax: que informa de adenopatía necrótica supraclavicular izda, pautan antibiótico y realizan interconsulta a ORL. Valorado por ORL el cual solicita ECO-

PAAF preferente donde se diagnostica de Tromboflebitis Superficial de Vena Yugular Externa con probable trombosis venosa profunda yugulosubclavia izda de probable origen séptico.

Juicio clínico: Tromboflebitis Superficial de Vena yugular Externa.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza tratamiento con antibioticoterapia. Se inicia tratamiento con sintrom por parte de Hematología y Revisiones por parte de Medicina Interna.

Evolución: El paciente ha evolucionado favorablemente con el tratamiento instaurado. En la actualidad ausencia de adenopatía supraclavicular.

Conclusiones

Ante casos de enfermedades raras y poco frecuentes la rapidez con la que se solicitan las pruebas complementarias y se instaura el tratamiento mejora el pronóstico del paciente. La comunicación entre los distintos especialistas es vital para un Diagnóstico precoz.

Palabras clave

Adenopatía. Tromboflebitis Superficial de la Vena Yugular Externa.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Que mal veo, doctora

Gómez de la Mata Galiana R¹, Quinta Fernández S², Martínez Granero M¹

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Alteración visual e inestabilidad.

Historia clínica

Varón de 75 años que comienza a las 19 horas bruscamente con alteración de la visión que describe como “solo veo bultos” y leve inestabilidad. Dos horas después al ver que la sintomatología no cede consigue avisar a una hija con la que no se hablaba hace tiempo quien llama a 112. Trasladamos a Centro de urgencias hospitalario más cercano activando Código Ictus.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador y bebedor, Diabetes Mellitus, pancreatitis crónica, hipertrofia benigna de próstata.

Anamnesis: Varón de 75 años que comienza a las 19 horas de forma brusca con alteración de la visión y leve inestabilidad.

Exploración: Tensión arterial 200/90, Frecuencia cardíaca 60 lpm, SO₂ 97%, Glucemia 215 mg/dl. Aceptable estado general, consciente, alerta, obedece órdenes, neurológica destacar ceguera cortical, paresia del recto interno, leve disartria, resto sin alteraciones significativas. Escala NIHSS 5.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma ritmo sinusal a buena frecuencia sin alteraciones isquémicas agudas. Tac craneal: defecto de repleción en el top de la basilar sin áreas de isquemia establecidas. AngioTAC: defecto de repleción de la top de la basilar de 3-4 mm de longitud que sugiere la existencia de

trombo agudo acabalgado en el origen de ambas cerebrales posteriores.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, vive con su esposa y una hija, ambas enfermas, en pueblo cercano a una provincia. Independiente para sus actividades, activo. Nivel socioeconómico bajo.

Juicio clínico: Ictus isquémico vertebro-basilar por oclusión de la top de la arteria basilar.

Tratamiento, planes de actuación: Activación Código Ictus y traslado a Urgencias hospitalarias.

Evolución: A su llegada a Unidad de Ictus presenta cifras tensionales elevadas que contraindican realización de fibrinólisis, pero se realiza trombectomía mecánica. A las 24 horas asintomático con NIHSS 0. Posteriormente alta con seguimiento por su Médico de Familia

Conclusiones

El síndrome de top de la basilar se caracteriza por oclusión de la porción rostral de la arteria basilar o sus ramas originando isquemia simultánea en diferentes áreas cerebrales. Entidad clínica poco frecuente dentro de la patología cerebrovascular con gran variabilidad de síntomas, entre ellos ceguera cortical bilateral. Patología tiempo dependiente que requiere derivación urgente a una Unidad especializada para disminuir el daño cerebral irreversible.

Palabras clave

Blindness, Cortical, Brain Injuries, Thrombectomy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Una depresión diferente

Gómez de la Mata Galiana R¹, Quinta Fernández S², Sevilla Ramírez N³

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Depresión y alteración comportamiento.

Historia clínica

Varón de 49 años consulta en su médico de Atención Primaria por encontrarse con síntomas depresivos, se da baja laboral, al mes añade cuadro de mareos que ceden con betahistina poco después comienza con agresividad que se achaca a que está pendiente de ingreso en centro para deshabitación del alcohol. Unos 15 días posteriores presenta episodios de agitación y desorientación, es llevado a urgencias hospitalarias donde le cambian el tratamiento ansiolítico y recomiendan revisión por psiquiatra. A los 4 días sus familiares lo encuentran inconsciente, se traslada a Urgencias de Hospital donde realizan tac, Servicio de Neurocirugía deciden limitación del esfuerzo terapéutico y medidas paliativas debido a coma persistente del paciente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: enolismo crónico, Diabetes Mellitus, discopatía L5-S1.

Anamnesis: Varón de 49 años consulta en su médico de Atención Primaria por ánimo depresivo, se añade al mes cuadro de mareos y agresividad, unos 15 días después presenta agitación y desorientación.

Exploración: en consulta Tensión arterial 120/80, por aparatos y neurológica sin hallazgos significativos. De urgencias: Mal estado general, GSC 6/15, flexión patológica de miembros, pupilas poco reactivas, reflejos patológicos, resto anodino.

Pruebas complementarias: EKG, radiografía de tórax. Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa todos sin hallazgos significativos, Tac cráneo: Gran Lesión ocupante de espacio frontal derecha con invasión del hemisferio contra lateral con edema y efecto masa sugestiva de glioblastoma.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciado, hijo de 16 años, autónomo, en paro, vive con sus padres. Nivel socioeconómico bajo.

Juicio clínico: Gran Lesión ocupante de espacio frontal derecha con invasión del hemisferio contra lateral con edema y efecto masa sugestiva de glioblastoma.

Diagnóstico diferencial: con enfermedades que cursan con sintomatología depresiva: neoplasias, alteraciones tiroideas, vitamínicas, inflamatorias, autoinmunes y otras neurológicas.

Tratamiento, planes de actuación: Se traslada a Neurocirugía intubado y conectado a ventilación mecánica, con medicación anticomicial.

Evolución: Fallecimiento.

Conclusiones

Los pacientes con tumores cerebrales pueden tener una amplia variedad de síntomas psiquiátricos inespecíficos como patologías afectivas y cambios en la personalidad, pudiendo ser la primera o única manifestación, por lo tanto es importante tener presente la sospecha de tumor cerebral en pacientes con síntomas psiquiátricos mayores de 45 años, inicio brusco, resistencia al tratamiento y valora la necesidad de pruebas de imagen.

Palabras clave

Depressive Disorder, Mental Disorders, Brain Neoplasms

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Manejo de una tos recurrente en Atención Primaria

García Jiménez J¹, Zafra Iglesias L², Aparicio Gallardo V²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

ferina, enfermedades intersticiales pulmonares, neoplasia, secundarismo al enalapril.

Motivos de consulta

Tos persistente de seis semanas de evolución.

Diagnóstico definitivo: tos ferina.

Historia clínica

Mujer, 64 años. Consulta por tos irritativa pautándose codeína y paracetamol. A las seis semanas reconsulta: la tos no desaparece y ocasionalmente termina en vómito. No malestar general, fiebre, cuadro constitucional ni otra sintomatología acompañante.

Tratamiento, planes de actuación: Consistente en ir descartando causas de tos persistente: Enfermedades intersticiales pulmonares o neoplasia: se solicita RX de tórax y espirometría, ambas normales. Asma alérgico: se pauta loratadina 10 mg/ 24 horas, sin resultado. Secundarismo farmacológico: se sustituye IECA (enalapril 10 mg/ 24 horas) por ARA-II (Losartán 50 mg/24 horas). Tuberculosis: además de la radiografía, se solicita Mantoux, que es positivo (10 mm). Niega contacto con tuberculosis. Se consulta el caso con epidemiólogo de zona, que indica que con una RX negativo activa se puede excluir tuberculosis, aunque recomienda solicitar las tres muestras de esputo. No recomienda iniciar quimioprofilaxis hasta resultados, siendo las muestras negativo activas. Se trata de un contacto antiguo. Tos ferina: se solicita cultivo nasofaríngeo con IgA específica. Se pauta azitromicina 500 mg/ 24 horas durante 5 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer de mama con Linfedema de miembro superior derecho residual. Tratamiento habitual: enalapril 10mg/24 horas, simvastatina 10 mg/24 horas.

Exploración física: buen estado general, eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Orofaringe irritada, sin exudado.

Evolución: Tras azitromicina, mejoría clínica significativa. Cultivo positivo para Bordetella pertussis.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax, espirometría, Mantoux, cultivo de esputo y nasofaríngeo.

Enfoque familiar y comunitario: Fase de contracción familiar o de nido vacío: vive en vivienda familiar con su marido (67 años, ya jubilado). 2 hijos casados fuera del hogar, 3 nietos. Escasa red social, centrada en familia.

Juicio clínico: Se plantea en consulta diagnóstico diferencial de posibles causas de tos persistente: Catarro de vías altas, asma, tuberculosis pulmonar, infecciones como tos

Conclusiones

Es fundamental saber realizar correctos diagnósticos diferenciales de las diferentes enfermedades frecuentes en Atención Primaria. Se expone el caso como ejemplo de actuación en Primaria ante una tos persistente.

Palabras clave

Tos Ferina, Diagnóstico Diferencial

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tiroiditis aguda

Carrey Doblas E, García Victori C, Peláez Tercedor A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Juicio clínico: Se diagnostica a la paciente de tiroiditis de Quervain y se cita para revisión.

Motivos de consulta

Fiebre y dolor en la parte anterior del cuello.

Diagnóstico diferencial: se realiza con una tiroiditis aguda, en la que la función tiroidea suele ser normal.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático y revisión a los 5 días.

Historia clínica

Mujer de 38 años sin antecedentes de interés que consulta en nuestro CS por mialgias intensas, fiebre, dolor en la parte anterior del cuello y nerviosismo.

Evolución: A los 5 días se revisa a la paciente que refiere que los síntomas se han controlado con AINEs. Al mes se repite la analítica siendo todos los parámetros normales.

Enfoque individual: mujer de 38 años sin antecedentes de interés que consulta en nuestro CS por mialgias intensas, fiebre, dolor en la parte anterior del cuello y nerviosismo. En la exploración se constata orofaringe normal, otoscopia normal, ACR ligeramente taquicárdica, aumento difuso de la glándula tiroidea de consistencia firme y dolorosa. Se solicita analítica de rutina con perfil tiroideo que refleja aumento de la VSG, aumento de T3 y T4 y TSH baja. La paciente se había realizado una analítica un mes antes con perfil tiroideo normal. Se realiza ecografía tiroidea en el CS sin hallazgos patológicos.

Conclusiones

La patología tiroidea es motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, ante un dolor en anterior del cuello debemos sospechar las tiroiditis y tener siempre en mente las tirotoxicosis. Ahora con los ecógrafos en Atención Primaria tenemos la oportunidad de hacer una valoración rápida e indolora de la patología tiroidea. Importante siempre hacer analíticas de control después de alteraciones tiroideas porque podemos encontrar hiper/hipotiroidismos secundarios, aunque lo normal es que tras las tiroiditis la función tiroidea sea normal.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares.

Palabras clave

Tiroiditis, Vírica, Dolor

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor torácico en paciente joven

Carrey Doblas E, García Victori C, Peláez Tercedor A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria, Urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Historia clínica

Febrícula de 37.8°, dolor centrotorácico no irradiado que aumenta con los esfuerzos y la inspiración profunda y cede parcialmente con el decúbito lateral izquierdo.

Diagnóstico diferencial: se debe hacer con el infarto de miocardio principalmente.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático.

Enfoque individual: paciente de 27 años, consumidor habitual de cannabis, que acude a consulta por dolor torácico de unas 22h de evolución. El paciente refiere sintomatología catarral en las semanas previas con tos no productiva a la que el paciente achacaba el dolor torácico. Actualmente refiere febrícula de 37.8°, dolor centrotorácico no irradiado que aumenta con los esfuerzos y la inspiración profunda y cede parcialmente con el decúbito lateral izquierdo. El paciente presenta BEG, COC, ligeramente taquipnéico. En la ACR se aprecia pulso rápido, sin otros hallazgos de interés. Se solicita EKG donde se constata elevación del STcncavo en I, II, III, avF, avL, y de V2 a V6, onda T ligeramente aplanada. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración, allí se realiza analítica con discreta leucocitosis, CK y troponinas elevadas. RX de tórax normal. Es dado de alta con tratamiento antiinflamatorio y juicio clínico de pericarditis.

Evolución: A los dos días vuelve a consultar por malestar general. Destaca mal aspecto general con hipotensión de 85/55. En la ACR destacan tonos cardiacos apagados y estertores en ambas bases. En EKG destaca la disminución de voltaje de los QRS. Ante la sospecha de taponamiento cardiaco se avisa a los servicios de emergencias y se deriva al hospital de referencia. EL paciente tuvo que ser ingresado en la UCI para la realización de pericardiocentesis.

Conclusiones

Las pericarditis son frecuentes tras cuadros virales y deben sospecharse ante dolores torácicos que mejoran con la flexión del tronco. Suelen ser benignas pero las complicaciones pueden ser muy graves. Debemos siempre sospecharlas y tratar de hacer un diagnóstico precoz.

Palabras clave

Pericarditis, Cardiac Tamponade

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pseudotumor cerebrii

Carrey Doblas E, García Victori C, Peláez Tercedor A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria, Atención especializada.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes de interés.

Motivos de consulta

Cefalea.

Juicio clínico: Hipertensión intracraneal benigna.

Se debe hacer el *diagnóstico diferencial* con migraña con aura visual o hemorragia subaracnoidea.

Historia clínica

Cefalea acompañada de náuseas y visión borrosa de 2 meses de evolución. Papiledema bilateral.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es diagnosticada de hipertensión intracraneal benigna y es dada de alta con tratamiento con diuréticos y recomendación de medidas higiénico dietéticas.

Enfoque individual: paciente mujer de 28 años, obesa, sin antecedentes de interés, solo toma tratamiento anticonceptivo. Acude a consulta por cefalea acompañada de náuseas y visión borrosa de 2 meses de evolución. En el último episodio presentó además diplopia por lo que consultó en Urgencias realizándose analítica y TAC normal. En consulta se encuentra asintomática con *Exploración neurológica* normal. Se deriva a Neurología con sospecha de migraña con aura visual. Tras dos semanas la paciente acude a valoración por Neurología, donde observan papiledema bilateral procediéndose al ingreso y solicitud de RMN urgente. En el informe de la RMN nos informan de la ausencia de hallazgos patológicos, procediéndose a realizar una punción lumbar con LCR normal a excepción de un aumento de la presión.

Evolución: Un año después y tras una dieta equilibrada y ejercicio físico moderado la paciente se encuentra sin crisis de cefalea y se retira tratamiento farmacológico.

Conclusiones

No siempre las medidas farmacológicas son las más importantes, también las higiénico dietéticas deben tenerse en cuenta porque en muchas patologías son las más eficaces. Los médicos de Atención Primaria somos los encargados de hacer hincapié en estas medidas y de difundir medidas de prevención a la comunidad.

Palabras clave

Pseudotumor Cerebri

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Qué puede esconder una tos?

Cueto Camarero M¹, Sánchez Vico A², Beltrán Gallego Á³

¹ Médica de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

³ Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos seca desde hace 1 mes.

Historia clínica

Mujer de 50 años que acude por tos seca desde hace un mes, aumenta al acostarse y al levantarse pero no por la noche. No antecedentes de interés. Solo ha venido anteriormente a realizarse una citología.

Enfoque individual: mujer de 50 años, no fumadora, sin antecedentes de interés. Presenta tos seca desde hace un mes, no congestión nasal, afebril, muy ligera pérdida de peso. BEG. Eupneica en reposo. AC: tonos rítmicos no taquicárdicos. AR. murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Sat 98%. Iniciamos tratamiento con codeína y la paciente vuelve a los 3 meses, ha consultado varias veces en urgencias porque no mejoraba. Allí se le realizó RX tórax y Analítica de sangre sin encontrar alteraciones. Espirometría no obstructiva, no respuesta a la broncodilatación.

Enfoque familiar y comunitario: Casada desde hace 30 años con muy buena relación con su marido. Tiene dos hijas, una se casa dentro de 3 meses y la otra continua en el hogar. Sus padres y sus dos hermanos viven en la misma ciudad. Actualmente no está trabajando.

Juicio clínico: Linfangitis carcinomatosa.

Diagnóstico diferencial: Goteo nasal posterior, ERGE, asma, neumopatía intersticial.

Tratamiento, planes de actuación: Probamos con codeína, omeprazol y corticoide nasal sin mejoría. Derivamos a Neumología para estudio quien solicita nueva radiología donde se aprecia patrón microdulillar bilateral por lo que completan el estudio con un TAC donde se duda si es una neumopatía intersticial o una linfangitis carcinomatosa por lo que se solicita Biopsia para confirmar.

Evolución: La evolución no es buena, ante la espera de la biopsia la paciente comienza con disnea a mínimos esfuerzos motivo por el cual al final tiene que ser ingresada. Durante el ingreso se le realiza broncoscopia donde no se encuentra ninguna anomalía. Al realizar la biopsia se confirma la causa, nos encontramos con una linfangiocarcinomatosis extensa causado por un tumor primario gástrico.

Conclusiones

Ante un síntoma tan común como la tos en un paciente sin antecedentes y aparentemente sano puede esconderse enfermedades tan graves como la de este caso. Tenemos que prestar atención a cada detalle de la historia clínica para poder realizar un buen diagnóstico.

Palabras clave

Tos, Neoplasia, Linfangitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Manifestaciones orales primarias de una leucemia aguda en un niño

Bejarano Ávila G, Reyes Gilabert E, Sánchez García M

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Niño de 6 años que acude a la consulta de odontología de AP acompañado de sus padres por presentar sangrado y agrandamiento de las encías.

Historia clínica

Desórdenes periodontales de reciente aparición sin mejoría tras aplicar medidas de higiene oral básicas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas.

Anamnesis: adelgazamiento, anorexia, palidez, fiebre, artralgias, aumento del tamaño de los ganglios, hemorragias e hiperplasia gingival de reciente aparición.

Exploración oral: agrandamiento de las papilas interdentes y de la encía marginal con petequias y cubriendo prácticamente las coronas dentales. Aumento del tamaño de ganglios cervicales. Índice de placa bajo. Ante la sospecha de un proceso neoplásico agudo fue derivado a su médico de familia (MDF) quien solicitó analítica.

Pruebas complementarias: Realizamos biopsia incisional de la encía objetivándose un infiltrado de células leucémicas en la lámina propia que se extiende desde la capa de células basales de la encía alterando la anatomía de los vasos sanguíneos. Los resultados de la analítica fueron: anemia normocítica y normocrómica con volumen corpuscular medio normal (83 fl), sideremia con ferritina normal y el índice de

saturación de transferrina normal. Leucocitosis (más de 10.000 leucocitos/mm³) y plaquetopenia (40.000/mm³). Fue derivado con carácter urgente al servicio de Hematología realizándose mielograma, reacción de mieloperoxidasa negativo activa y radiología confirmándose el infiltrado linfocitario.

Enfoque familiar y comunitario: Familia convencional de cuatro miembros siendo el primogénito.

Juicio clínico: Leucemia aguda linfoblástica.

Diagnóstico diferencial: con otras leucemias agudas no linfocíticas, linfoma, leucemia linfocítica crónica, linfocitosis de mononucleosis, etc.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento quimioterápico y autotransplante de médula ósea. A nivel oral se pautaron recomendaciones específicas sobre higiene oral con cepillados suaves dos veces por día con dentífrico con flúor, evitándose enjuagues con alcohol y dieta blanda, templada, baja en azúcares y rica en vitamina D y calcio.

Evolución: Remisión completa de la enfermedad a medio plazo y desaparición de los síntomas.

Conclusiones

Es necesario que el odontoestomatólogo de AP reconozca las manifestaciones primarias de las leucemias. Un diagnóstico y plan de tratamiento precoz es de vital importancia en las leucemias agudas en edades pediátricas.

Palabras clave

Oral Manifestations, Leukemia, Child

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Toxicidad de fármacos habituales en atención primaria

López Díaz J¹, Hinojosa Fuentes F², Ramírez Sánchez D³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. CS Trigueros. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Juicio clínico: Rabdomiólisis de origen farmacológico.

Motivos de consulta

Calambres y mialgias.

Diagnóstico diferencial: Rabdomiólisis de otro origen. Miopatía inflamatoria.

Historia clínica

Mujer de 51 años de edad, hipertensa y dislipémica, sin otros antecedentes de interés. En tratamiento con enalapril 20mg/24h y simvastatina 20mg/24h.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició sueroterapia intensiva con la administración de 2000 ml de SSF. Se retiró simvastatina de su tratamiento habitual. Se solicitó analítica de control en dos semanas con normalización de los niveles de CK.

Enfoque individual: acude a consulta por presentar mialgias generalizadas y calambres, desde hace 20 días. Hacía un mes que había iniciado tratamiento con simvastatina por cifras elevadas de colesterol.

Evolución: Los síntomas habían mejorado en el momento de la analítica de control y habían desaparecido posteriormente, en una nueva cita, al mes de la primera consulta.

A la exploración presentaba buen estado general. TA 121/70 mmHg, FC 78 lpm, saturación de O₂ 98%, temperatura 36,2°C. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular bilateral. No presentaba edemas de miembros inferiores ni signos de TVP. Dolor a la palpación de musculatura de forma generalizada, movilidad conservada pero dolorosa.

Conclusiones

Las estatinas utilizadas como fármacos de primera línea en la prevención de la enfermedad cardiovascular son habitualmente seguras, aunque en algunos casos pueden desarrollar toxicidad muscular, manifestándose como mialgias, miositis o rabdomiólisis. Es recomendable realizar una analítica con valores de CK antes de empezar el tratamiento con estatinas, por si posteriormente aparece sintomatología muscular. Es muy importante conocer los efectos secundarios de los fármacos, aunque sean poco frecuentes, ya que pueden aparecer en los pacientes que atendemos habitualmente.

Pruebas complementarias: Se solicitó analítica que mostraba valores de CK de 927 UI/l, resto de la analítica sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar estable con esposo y dos hijos, en entorno urbano. Nivel socio económico alto.

Palabras clave

Rhabdomyolysis,
Hydroxymethylglutaryl-CoA
Inhibitors

Myalgia,
Reductase

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, me pica el cuerpo...

Justicia Gómez L¹, Salazar Bruque I², Rivera Ríos I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Prurito y lesiones en piel.

Historia clínica

Varón de 21 años. Acude a consulta por prurito generalizado de predominio nocturno y lesiones en la piel desde hace 2 semanas. Niega toma de fármacos, viajes o relaciones sexuales de riesgo en los últimos meses.

Enfoque individual: alergias medicamentosas: betalactámicos. Antecedentes médicos: Sobrepeso. Hábitos tóxicos: bebedor social. Profesión: torero. Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado. Eupneico. Cabeza y cuello sin alteraciones. Ausencia de adenopatías. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Piel y mucosas: Buena coloración. Se aprecian vesículas, surcos y lesiones de rascado distribuidas por manos (espacios interdigitales), antebrazos, abdomen, genitales y miembros inferiores.

Pruebas complementarias: No precisa de momento.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en un piso compartido con otro compañero. Refiere tener una relación cordial y niega que éste haya referido ningún síntoma. Generalmente pasa el día en el campo, puesto que se está formando como torero y acude a una finca para practicar.

Juicio clínico: Escabiosis.

Diagnóstico diferencial: Escabiosis, urticaria, exantema alérgico medicamentoso, tinea corporis, sífilis secundaria.

Identificación de problemas: Se comenta con el paciente, que es recomendable tratar a su compañero de piso, aunque esté asintomático. En estos casos se realizaría una única aplicación del producto. Comenta que prefiere mantenerlo en secreto, ya que no tiene demasiada confianza con su compañero. Se explica que en caso de que comenzara con algún síntoma, lo invitara a acudir a su médico.

Tratamiento, planes de actuación: Permetrina 50mg/g, aplicar 40g por la noche en todo el cuerpo. Al día siguiente ducharse y lavar toda la ropa a altas temperaturas. Repetir mismo procedimiento 1 vez a la semana durante 3 semanas.

Evolución: El paciente acude a revisión tras tres semanas. Refiere mejoría total de los síntomas y desaparición de las lesiones. Su compañero de piso se fue de casa tras descubrirlo realizando el ritual de tratamiento.

Conclusiones

A pesar de parecer una enfermedad inusual y característica de zonas poco salubres, es más frecuente de lo que pensamos. Debemos sospecharlo siempre que el paciente acuda con síntomas similares, especialmente si vive en condiciones de hacinamiento o contacto con animales.

Palabras clave

Scabies, Pruritus, Dermatitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Usted consume algún tipo de tóxico?

Boullosa Pérez I¹, Fernández Gervilla N², Borge Hierro M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. HGB Santa Ana. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Este. HGB Santa Ana. Granada

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Centro. HGB Santa Ana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Alucinaciones visuales (zoonopsias).

Historia clínica

Paciente con alucinaciones visuales de una semana de *Evolución*: en contexto de infección respiratoria leve y antecedentes de alteraciones visuales que presenta drogas de abuso en orina positivo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: exfumador desde 2014, síndrome metabólico de larga data, cardiopatía isquémica en 2014, parálisis del VI par craneal derecho aterotrombótico en 2017 y desprendimiento de retina.

Anamnesis: paciente de 61 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar episodio de alucinaciones visuales de una semana de evolución con conciencia de irrealidad y una infección respiratoria leve concomitante. El paciente niega el consumo de sustancias ilegales.

Exploración: anodina. Valoración psiquiátrica excluyente.

Pruebas complementarias: drogas de abuso en orina positivo para metanfetaminas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear. Red social informal de baja densidad. Acontecimientos vitales estresantes: no refiere.

Juicio clínico: Cuadro alucinatorio visual por drogas de abuso Vs Síndrome de Charles-Bonnet.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la reiterada negativa activa del paciente del consumo actual de tóxicos se revisa tratamiento pautado por facultativo en días previos para el tratamiento del cuadro infeccioso activo.

Evolución: Tras búsqueda bibliográfica se corrobora que la carbocisteína Prometazina pautada en días previos está relacionada con falsos positivos a metanfetaminas.

Conclusiones

Recordar la importancia de realizar una buena anamnesis preguntando de manera directa por las posibles adicciones de nuestros pacientes, sin olvidarnos que debemos crear un ámbito adecuado para que la respuesta sea la más veraz posible. La búsqueda bibliográfica corrobora que múltiples fármacos empleados en nuestro día a día pueden ser causa de falsos positivos en drogas de abuso, por lo que debemos tenerlo muy en cuenta a la hora de análisis positivos para ello ya que clasificar de consumidor a un paciente puede provocar una mala relación médico-paciente así como un componente social importante para el usuario.

Palabras clave

Methamphetamine, Promethazine, Substance abuse

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal que mejora sin gaseosa

Fons Cañizares S¹, Benítez Jiménez L², Pérez Sánchez S³

¹ Médico de Familia. CS Ronda Norte. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

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

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal suprapúbico intermitente.

Historia clínica

Valoración de un cuadro de malestar abdominal, algo inespecífico, en atención primaria, que al pasar dos meses necesitó abordaje en hospital.

Enfoque individual: Varón de 72 años, hipertenso, EPOC, hipercolesterolemia, hiperplasia de próstata. Acude por dolor abdominal suprapúbico intermitente, que mejora al dejar de tomar gaseosa y empeora con ella. Lo achaca a gases.

Anamnesis y exploración: anodina se pide analítica y radiografía (Rx) simple de abdomen, destacando PSA 4.33 y fracción libre 32 (con dos biopsias de próstata negativo activas previas), Hemoglobina 15.2, Proteína C Reactiva 6.3, perfil hepático normal y en RX aumento de meteorismo. Recomendamos alimentación para evitar meteorismo, y volver en 2 semanas si no mejora.

Dos meses después acude con aumento de peristaltismo, dolor abdominal y estreñimiento intermitente y al preguntarle por las heces dice que salen como cintillas. Buen estado general, sin pérdida de peso. El abdomen con peristaltismo muy aumentado, de lucha, sensible más en epigastrio. Se deriva por Proceso Colorrectal, para rápida valoración, y recomendamos dieta blanda y seguir evolución en próximos días. Al día siguiente va a

urgencias de hospital por más dolor, ruido intestinal y distensión, presentando obstrucción intestinal y en TAC masa sigma que obstruye válvula ileocecal, imagen en corazón de manzana.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con esposa, jubilado anticipado hace 13 años por hombro congelado (pintor), con dos hijos, cuidando a veces dos nietos.

Juicio clínico: Neoplasia de colon estadio IV T3N1M1.

Tratamiento, planes de actuación: Quirúrgico con resección de tumor colocación de bolsa de ileostomía definitiva, y quimioterapia.

Evolución: Adaptado a nueva realidad, pero no sabe que tiene 6 lesiones hipodensas en Hígado sugestivas de metástasis, que han aumentado de tamaño tras quimioterapia.

Conclusiones

Nos gustaría identificar antes los signos y síntomas que nos hagan sospechar una enfermedad grave, como en el caso del cáncer colorrectal así, un dolor abdominal intermitente que mejoraba al dejar de beber gaseosa nos desvió al diagnóstico de meteorismo. Mejorar nuestra práctica clínica al ser autocrítico, estudiar, reflexionar y reconocer la incertidumbre en el inicio de algunas enfermedades.

Palabras clave

Primary Care, Cancer Diagnosis, Colorectal Cancer

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Del tórax al abdomen...

Becerra Esteban P¹, Martín Nicás C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta de urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Varón de 14 años que consulta por dolor centro-torácico de tipo opresivo de dos meses de evolución haciéndose más evidente en las últimas semanas y dolor en epigastrio intermitente, autolimitado con reflujo gastroesofágico nocturno.

Enfoque individual: Sin antecedentes de interés, no hábitos tóxicos, deportista habitual. Describe que el dolor no se modifica con medidas posturales, no refiere catarro ni fiebre en días previos, no se irradia y aumenta con la actividad física necesitando tiempo de recuperación tras los esfuerzos.

Exploración: Constantes dentro de la normalidad. Consciente y orientado, coloración de piel terrosa, AUCR: A buena frecuencia con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, levemente doloroso a la palpación de epigastrio, Blumberg y Murphy negativo activos.

Se realiza ECG que muestra ritmo sinusal a 75 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización y RX tórax sin alteraciones. Analítica: Hemoglobina 5.3 g/dl, VCM 76 fl HCM 15.80 pg, coagulación sin alteraciones. Ecografía abdominal: Sin hallazgos patológicos. Endoscopia digestiva alta: Erosión milimétrica fibrilada a nivel prepilórico que responde a test de ureasa positivamente.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante vive con sus padres con los que tiene buena relación, buena relación social.

Juicio clínico: Anemia normocítica e hipocroma severa en rango transfusional. Erosión gástrica asociada a Helicobacter Pylori. Probable angor hemodinámico en contexto de anemia.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, Pericarditis, TEP, Dolor mecánico.

Tratamiento, planes de actuación: Se transfunde de urgencias y se procede a tratamiento de la infección.

Evolución: El paciente se recupera sin incidencias tras tratamiento.

Conclusiones

La infección por H. Pylori puede estar asociada a hemorragia que puede variar desde brusca y masiva hasta pérdida sutil con anemia inexplicable o síntomas dispépticos. La mayoría de las personas infectadas tienen, sin embargo, solamente una gastritis crónica que no suele asociarse con hemorragia gastrointestinal. En este caso prevalecen los síntomas derivados de la anemización por encima de los dispépticos. El hecho de haber presentado anemia en rango transfusional es motivo suficiente para plantearnos buscar la causa de la pérdida. La cura de la infección determina la desaparición de la anemia con una restauración progresiva de las concentraciones de ferritina en los 12-24 meses subsiguientes.

Palabras clave

Helicobacter Pylori, Anaemia, Hemorrhage

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Una infección venérea inesperada: a propósito de un caso

Justicia Gómez L¹, Franquelo Hidalgo B¹, Franco Larrondo Y²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Odinofagia, cansancio.

Historia clínica

Varón de 34 años. Acude a urgencias por odinofagia, astenia y exantema en tronco de 1 semana de evolución. Está en tratamiento con amoxicilina/clavulánico desde hace 2 días. Asocia sensación distérmica, anorexia y pérdida ponderal de 5kg en dos semanas. No viajes al extranjero. Confiesa relación sexual de riesgo hace 1 mes.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. Sin antecedentes médicos relevantes. Hábitos tóxicos: fumador hachís.

Exploración: Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado. Eupneico. Cabeza y cuello: Aftas bucales en pilares amigdalinos sin exudado. No adenopatías cervicales. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Genitales: Úlcera oval de 1cm no dolorosa en glande. Adenopatías inguinales bilaterales. Piel: Exantema eritrodérmico en tronco. No lesiones en palmas ni plantas.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre y orina sin alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su madre. Desempleado. Tiene una relación

sentimental aunque confiesa que de vez en cuando realiza escapadas al club de alterne.

Juicio clínico: Sífilis primaria y VIH.

Diagnóstico diferencial: Sífilis, VIH, herpes genital, chancroide, linfogranuloma venéreo.

Identificación de problemas: Se comenta con el paciente la necesidad de que informe a su pareja y al resto de contactos sexuales, para realización de pruebas. El paciente se muestra reticente al inicio, aunque finalmente acepta.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento empírico con ceftriaxona 500mg intramuscular dosis única, doxiciclina 100mg/12h 7 días; metamizol 575mg/8h si dolor o fiebre. Uso de métodos de barrera. Derivación a consulta especializada.

Evolución: En consulta especializada se corroboró diagnóstico de VIH estadio B1 y se inició tratamiento antiviral. Las pruebas treponémicas y reagínicas fueron negativo activas al inicio, sin embargo se positivizaron 2 meses después, corroborándose el diagnóstico de sífilis primaria y tratándose a posteriori.

Conclusiones

La historia clínica cobra un papel fundamental en la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual. Es importante identificar estos casos de forma precoz para iniciar un tratamiento efectivo y evitar más contagios.

Palabras clave

Sexually Transmitted Diseases, AIDS Serodiagnosis, Chancro

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Anticonceptivos orales, electro estimulación muscular y trombosis venosa profunda

Pérez Ruz R¹, Sevilla Ramírez N², Nieves Alcalá S³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias Generales y Neumología.

Motivos de consulta

Dolor.

Historia clínica

Mujer 29 años que acude por dolor en MS derecho de 15 días de evolución presentando aumento del perímetro, rubor y calor local. Orientado como tendinitis refractaria a tratamiento médico acude a consulta. Realiza electro estimulación muscular 30 minutos 3 veces por semana y juega a pádel. Toma anticonceptivos orales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC, Ex fumadora, Espina bífida oculta, SOP. Tratamiento: anticonceptivos orales.

Exploración: BEG, COC. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica. Afebril. Hemodinámicamente estable TA117/82mmHg. ACR: buen murmullo vesicular. No ruidos patológicos. Rítmica 73lpm. No soplos, roces ni extratonos. No precordalgia. SaO₂ 99%. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Pulsos conservados y simétricos. MMSS: aumento de temperatura y volumen con edema sin fovea en MS derecho. Doloroso a la movilización. No alteración sensitiva ni motora. No palpación de cordón venoso.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal 88lpm, QRS estrecho, PR normal. No signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. No SIQIIITIII. RxTórax: Índice cardiotorácico agrandado a expensas de cavidades izquierdas. Hiperclaridad pulmonar simétrica. No imagen de condensación parenquimatosa. Senos normales. Analítica: Dímeros D 800 mcg/L. Resto normal. Eco-

doppler MSD-cardíaca: Trombosis del sistema venoso profundo del MSD, que compromete vena basílica, axilar y subclavia en todo su trayecto evaluable. Se descarta presencia de trombo en aurícula derecha. Sin cardiopatía estructural. AngioTAC: descarta tromboembolismo pulmonar (una vez en hospital).

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en fase de procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital familiar). Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: Trombosis del sistema venoso del miembro superior derecho.

Tratamiento, planes de actuación: Se traslada a la paciente a Urgencias Hospitalarias para continuar con estudio de pruebas complementarias. Se contacta con el servicio de Neumología.

Evolución: Se consensua alta con Heparina bajo peso molecular a dosis terapéuticas tras 24 horas de observación y se cita días después para completar estudio en Consultas de Enfermedad Tromboembólica Venosa llevando a cabo control evolutivo y del tratamiento en consulta de Atención Primaria.

Conclusiones

Una buena exploración orienta un juicio clínico casi en su mayoría aunque puede ser ayudada con pruebas complementarias. Con la introducción de la ecografía en consultas de atención primaria y la formación en ella, ampliamos el campo de abordaje y diagnóstico.

Palabras clave

Thrombosis, Subclavian Artery, Contraceptive Agents

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Masa abdominal, ¿derivar o estudiar en primaria?

Fons Cañizares S¹, Pérez Sánchez S², Benítez Jiménez L³

¹ Médica de Familia. CS Ronda Norte. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

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

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Molestia en zona costal izquierda.

Historia clínica

Tres meses con molestia costal, sensación de plenitud y distensión abdominal.

Enfoque individual: mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés, salvo cirugía de hernia umbilical, con molestias costales, abdominales que acude un día que no está su médico y le piden una radiografía. Vuelve a la semana, a recoger resultado (la radiografía de parrilla costal es normal), e insiste en la sintomatología, y al ser explorada en esta segunda visita palpo una masa en hipocondrio izquierdo que parece ser bazo muy agrandado, y confirmo masa con ecógrafo en CS, y pedimos ecografía urgente y analítica con causas de esplenomegalia. Recoge la analítica normal y al reexplorarla la masa no parece bazo, más centrada, dura, de 12 cm, no dolorosa, pensamos que podría ser un sarcoma de partes blandas o un linfoma, que es lo que nos confirma la ecografista (gran masa sólida retroperitoneal más a la izquierda de 17cmx17cmx15 cm). Ésta nos llama desde el hospital, nos envía a la paciente a consulta y gestionamos ese mismo día ingreso en medicina interna para biopsia, siendo diagnosticada de sarcoma.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, con hijo de 17 años, trabaja en estudio de

delineación. Madre y dos hermanas muy apegadas a la paciente. Todos ellos en el mismo cupo médico, satisfechos con la atención recibida.

Juicio clínico: Leiomiomasarcoma mixoide retroperitoneal.

Tratamiento, planes de actuación: Recibe previamente radioterapia neoadyuvante para disminuir tumor y realizar cirugía, en donde se reseca encapsulado pero por englobar estructuras se realiza esplenectomía, nefrectomía izquierda, resección parcial de páncreas.

Evolución: Mejoría lenta tras cirugía, pérdida de 20 kg, sensación de plenitud gástrica rápida y necesita batidos hiperproteicos. Sigue de baja laboral.

Conclusiones

Retrasamos el diagnóstico y tratamiento al pedir pruebas en atención primaria, ya que si derivamos a urgencias de hospital probablemente pueden realizarse y adelantar en tiempo. Manejar ecografía en Atención primaria necesita requisitos imprescindibles de formación específica y ecógrafos de calidad. Por ahora, los usamos de apoyo diagnóstico, necesitando confirmación del radiólogo.

Palabras clave

Primari Care, Leiomyosarcoma Myxoid, Diagnosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Manejo de urgencias pancreatitis grave

Ramírez Sánchez D¹, López Díaz J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria urgencias.

Motivos de consulta

Dolor epigástrico.

Historia clínica

Varón 35 años. No Reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Cólicos nefríticos de repetición. No otros antecedentes de interés

Enfoque individual: mal estado general y dolor abdominal intenso de 24 horas de evolución focalizado en epigastrio (punzante) e irradiado a hipocondrio derecho acompañado de vómitos alimenticios hasta en 7 ocasiones. No fiebre, no dificultad respiratoria. No dolor torácico ni disnea.

Exploración: Regular estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas. Sequedad de mucosas. Tinte icterico de conjuntivas. Estable hemodinámicamente con TA 140/75 mm/Hg. Abdomen distendido, blando doloroso a la palpación en epigastrio. Murphy y Blumberg negativo activos. No hepatomegalia. Si discreta esplenomegalia. RHA presentes pero escasos.

Analítica: Leucocitosis con neutrofilia. Destacan: Lipasa 1096; amilasa 722; LDH 1089; Función renal e iones dentro de la normalidad. Hipertransaminasemia moderada; CK 280; Glucosa 241; PCR 319. Ecografía abdominal: Vesicula biliar distendida con litiasis en su interior. TAC abdomen: Necrosis pancreática del 90% aproximadamente. Estadío E de Balthazar, Índice de Severidad por TAC 10/10.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar estable con esposa. Entorno urbano. Clase social media-baja.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda necrotizante de origen biliar.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda. Cólico biliar. Gastroenteritis aguda. Coma hiperglucémico hiperosmolar. Cáncer pancreático. Isquemia intestinal.

Tratamiento: Sueroterapia, dieta absoluta. Analgesia. Al alta pancreatina e insulina.

Planes de actuación: Seguimiento compartido tanto por Endocrinología, Atención Primaria y Cirugía General (para tratamiento quirúrgico: Colectomía).

Evolución: Mala evolución: en 24 horas. Tras dieta absoluta y perfusión de meperidina el paciente no mejora. Se realiza TAC donde se aprecia pancreatitis aguda necrotizante pasando a cargo de UCI. En UCI a base de sueroterapia evoluciona favorablemente. Ingresos en Planta de Digestivo. Se realiza TAC de control con escasa mejoría. Posteriormente buena evolución. Se decide colectomía dado el origen biliar de la pancreatitis.

Conclusiones

La pancreatitis aguda es una enfermedad grave que puede complicarse con una necrosis de la glándula con consecuencias que pueden llegar a ser mortales. Por eso es importante solicitar pruebas complementarias ante un dolor abdominal que no mejora con marcadores alterados. Importante saber comunicar a la familia la gravedad y actitud a seguir.

Palabras clave

Pancreatitis, Abdominal pain, Necrosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cuando no siempre es “un bulto de grasa”

Quinta Fernández S¹, Gómez de la Mata Galiana R², Sevilla Ramírez N³

¹ Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Masa en cara posterior de muslo izquierdo.

Historia clínica

Paciente de 82 años que refiere masa en cara posterior de muslo izquierdo, no doloroso.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, HBP, DM II.

Anamnesis: Refiere masa en cara posterior de muslo izquierdo, no doloroso, de crecimiento progresivo.

Exploración: Masa en cara posterior de muslo, de unos 4 cm, adherido a planos profundos, de consistencia elástica.

Pruebas complementarias: Rx pierna izquierda: aumento de densidad de partes blandas. RNM: lesión en espesor de músculo semitendinoso. Hemograma, bioquímica y TAC torácico sin hallazgos. Biopsia intraoperatoria: tumor fusocelular maligno de alto grado. Macro: tumoración ovoide de superficie lisa pardusca de 9⁵5cm. Micro: lesión que contacta con márgenes. Estudio inmunohistoquímico: expresión de vimentina, actina y caldesmón por las células tumorales.

Enfoque familiar y comunitario: vive en un barrio de nivel socioeconómico alto, con su esposa. Torero hasta su jubilación.

Juicio clínico: Leiomyosarcoma de alto grado.

Diagnóstico diferencial: tumores de tejidos blandos benignos: desmoides, lipoma atípico y

neuroma, así como otros tumores malignos como el liposarcoma, rabdomiosarcoma, fibrosarcoma y angiosarcoma

Tratamiento, planes de actuación: Escisión completa del tumor con ampliación de márgenes, seguido de radioterapia con intención radical.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Los leiomyosarcomas son sarcomas agresivos de partes blandas derivados de células del músculo liso. Los sarcomas son tumores malignos que surgen de líneas de células mesenquimales y representan el 0, 7% de tumores malignos. De ellos, 5-10% son leiomyosarcomas. Más incidencia en mujeres y en la quinta-sexta década de la vida. Los leiomyosarcomas de tejido blando con frecuencia presentan una masa creciente e indolora. El control local se consigue con una resección quirúrgica. La radioterapia es un tratamiento adicional importante para mejorar las tasas de control local cuando los márgenes son ajustados, en particular en los sarcomas de alto grado. Los factores asociados con un peor pronóstico incluyen edad superior a 62 años, tamaño superior a 4 cm, necrosis tumoral, invasión vascular o cirugía intralesional previa. La supervivencia general se encuentra en un intervalo del 50% a 3 años y 64% a 5 años, haciendo de estos tumores uno de los sarcomas de tejido blando más agresivos. Un diagnóstico preciso, clasificación y tratamiento multimodal son esenciales para un resultado favorable.

Palabras clave

Leiomyosarcoma, Sarcoma, Soft-Tissue Sarcoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Isquemia arterial crónica: a propósito de un caso.

Quinta Fernández S¹, Gómez de la Mata Galiana R², Martínez Granero M²

¹ Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Paciente de 64 años que refiere dolor en miembro inferior derecho, que se reproduce con los movimientos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: bocio multinodular normofuncionante.

Anamnesis: Refiere dolor en miembro inferior derecho, de meses de evolución, que se reproduce con los movimientos y se alivia con el reposo.

Exploración: Pulsos carotídeos y radiales presentes sin soplos. Miembro inferior derecho sin pulso femoral, poplíteo y distal. Miembro inferior izquierdo con pulsos a todos los niveles.

Pruebas complementarias: Índices de 80/140 en MID y de 100/140 en MII. AngioTAC: trombosis iliaca común derecha con ocupación prácticamente completa de la luz arterial, dejando paso a un flujo mínimamente filiforme.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en un barrio de nivel socioeconómico alto. Estructura familiar nuclear íntegra, con paciente viuda con un único hijo varón. Según el modelo de la OMS, y modificado por De la Revilla, la paciente se encuentra en la fase V o de final de la contracción del ciclo vital.

Juicio clínico: Isquemia arterial crónica grado II miembro inferior derecho.

Diagnóstico diferencial: tromboangitis obliterante, coartación de aorta, arteritis de Takayasu, atrapamiento arteria poplíteo, aneurisma arteria poplíteo, displasia fibrosa de la arteria iliaca externa.

Tratamiento, planes de actuación: Andar 1 hora diaria. No fumar. Cilostazol 100mg/12h, AAS 100mg/24h.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La isquemia arterial crónica consiste en la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos de las extremidades inferiores a consecuencia de una reducción crónica del flujo sanguíneo. Según la clasificación de Fontaine, se distinguen 4 estadios. La estrategia de tratamiento se individualiza en función de la fase de la enfermedad, el estado general, la edad del paciente, el nivel de actividad, la profesión y la comorbilidad. El tratamiento incluye la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares y el tratamiento sintomático, que incluye tratamiento farmacológico o tratamiento invasivo. Es fundamental insistir, desde la consulta de atención primaria, en el control de los factores de riesgo: abandonar el tabaco, control de colesterol, tensión arterial y glucemia, así como realizar ejercicio físico, para disminuir el riesgo de complicaciones de esta patología.

Palabras clave

Peripheral Arterial Disease, Intermittent Claudication, Cilostazol

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, ¡veo doble!

López Torres C, Carrero Morera M, Rodríguez Villadeamigo G

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria (AP), Atención hospitalaria (AH).

Motivos de consulta

Inestabilidad, visión borrosa y diplopía.

Historia clínica

Varón de 63 años que consulta en AP por mareo con sensación de inestabilidad, visión borrosa y diplopía de ojo izquierdo de 24h de evolución. Tras ser evaluado se deriva a AH para estudio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Bebedor. HTA, DM tipo 2, retinopatía diabética, dislipemia, IAM con STENT e insuficiencia cardíaca. Tratamiento domiciliario: bisoprolol, furosemida, atorvastatina, ramipril, insulina, empaglifocina/metformina. Buen estado general, consciente y orientado. TA 160/80mmHg. ACP: tonos rítmicos. Murmullo conservado. Cuello: sin soplos.

Exploración neurológica: pupilas mióticas y reactivas. Afectación de pares craneales (PC) III y IV bilaterales, imposibilidad para elevación y descenso de la mirada y para la convergencia. Resto PC conservados. Romberg lateralizado a la derecha. Marcha inestable, talones y puntillas normales. Sin alteraciones de fuerza ni sensibilidad. Analítica: función tiroidea normal, serología negativo activa. TAC cráneo: probable infarto previo en hemisferio cerebeloso izquierdo. Se descartan lesiones ocupantes de espacio (LOEs), sangrado, isquemia aguda. RMN cráneo: atrofia cerebral y cerebelosa. Áreas de isquemia crónica por encefalopatía microvascular. Ecodoppler TSA: placas de ateroma en carótidas, completas, sin estenosis significativa.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Un hijo. Buena relación familiar. Desempleado.

Juicio clínico: Parálisis de la verticalidad, de perfil vascular, en territorio vertebrobasilar.

Diagnóstico diferencial: Parálisis por etiología vascular, infecciosa o LOEs.

Identificación de problemas: Es importante discernir la etiología por la repercusión que supone tratar algunas de ellas.

Tratamiento, planes de actuación: Continuar con su tratamiento habitual.

Evolución: Permanece estable y actualmente casi asintomático.

Conclusiones

La parálisis vertical de la mirada es la incapacidad para mover ambos ojos en una única dirección, en este caso hacia arriba y/o hacia abajo. La lesión se puede producir por diversas causas, las más frecuentes son: LOEs, vasculares, traumatismos, neurolépticos e infecciones como la sífilis. Para su identificación es necesaria una historia detallada, incidiendo sobre las posibles causas. Las técnicas de neuroimagen, especialmente la RMN, son esenciales para localizar la lesión y determinar la etiología. El tratamiento es sintomático y la evolución depende de la etiología, pudiendo ser permanente en algunos casos. Lo más importante es lograr un correcto Diagnóstico etiológico, dada la repercusión que puede tener no diagnosticar procesos potencialmente letales.

Palabras clave

Diplopia, Vascular, Magnetic Resonance

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje de una mujer de 38 años que acude por parestesias, pérdida sensibilidad en Miembros inferiores y región glútea

Barreno Benítez P¹, Lendínez Sánchez S², Lorite Ruíz C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

Ámbito del caso

Área de urgencias, Neurología y Urología.

Motivos de consulta

Dolor en zona lumbar irradiado hacia glúteos con acorchamiento y pérdida de sensibilidad hasta periné. Retención urinaria y fecal.

Historia clínica

Paciente de 38 años con dolor lumbar, parestesias y pérdida de sensibilidad en zona lumbar, raíz de muslos y región glútea. Retención urinaria y fecal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a Ibuprofeno. Astigmatismo. Hernia discal L5-S1. Intervenciones Quirúrgicas: Apendicectomía. Hernia inguinal derecha.

Anamnesis: Paciente de 38 años acude por dolor lumbar, sensación de acorchamiento en región lumbar y abdominal. Pérdida de sensibilidad abdomen, espalda y raíz de ambos muslos mayor en izquierdo y extensión a glúteos y periné de 24 horas de evolución. Retención fecal y urinaria habiendo requerido sondaje vesical.

Exploración: Pérdida de sensibilidad dolorosa zonas anteriores de muslos más en izquierdo. Lassegue negativo activo. Fuerza 5/5. Anestesia en silla de montar. Reflejos osteotendinosos presentes y algo exaltados en cuatro miembros, simétricos salvo aquileo derecho que se encuentra abolido.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma, bioquímica, coagulación, vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas, VSG, PCR, CK, proteinograma, serologías, factor reumatoide y LDH normales. Radiografía lumbosacra: Disminución espacio L5-S1 con acuñaamiento posterior. RMN lumbosacra: Gran hernia paracentral derecha de L5-S1 que disminuye de forma significativa el canal raquídeo y se extiende

hacia el foramen derecho con contacto y compresión de la raíz S1 derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Familia Nuclear Biparental sin parientes próximos. Etapa V del Ciclo Vital: Hijos adolescentes.

Juicio clínico: Síndrome de Cola de Caballo. Hernia discal L5-S1 derecha extruida.

Diagnóstico diferencial: Mononeuropatías. Polineuropatías. Radiculopatías. Mielopatías. Síntomas sensitivos transitorios. Trastornos funcionales.

Identificación de problemas: Necesidad de pruebas diagnósticas para orientar el diagnóstico de la paciente. Dificultad para el seguimiento.

Tratamiento, planes de actuación: Hemilaminectomía derecha y extirpación.

Evolución: Moderada respuesta clínica permaneciendo infecciones del tracto urinario, apareciendo dispepsia, incontinencia fecal que evoluciona lentamente. Rigurosa con tratamiento y sus revisiones en Atención Primaria, Neurología y Urología. Además, acude a sesiones de rehabilitación.

Conclusiones

Fundamental realización de una detallada anamnesis y *Exploración neurológica*. El médico de familia mantenga adecuada formación y alto índice de sospecha para enfermedades potencialmente graves que se presenten con síntomas inespecíficos y aparentemente banales.

Palabras clave

Hernia discal, Síndrome de cola de caballo, Parestesias

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hipertensión arterial producida por consumo excesivo de antiinflamatorios no esteroideos

Pimentel Quezada Y¹, Guzmán Regalado M², Cabrera Colmenero I³

¹ Médico EBAP. CS Martos. Jáen

² Médico de Familia. DA Zona Básica de Estepona. Málaga

³ Enfermería de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Me duele la espalda y el cuello.

Historia clínica

Contraindicación: Acetilcisteína, sulpiride, Amitriptilina, Tietilperazina. AMC: Rinosinusitis crónica, condromalacia rotuliana, asma, hernia discal intervenida, vértigo recurrente, migraña. Tratamiento: Omeprazol 20 mg, tramadol 50 mg, metamizol 575 mg, betahistina, paracetamol, furoato de fluticasona.

Enfoque individual: acude al CS mujer de 46 años de edad con historia de cervicalgia y lumbalgia de 24 horas de *evolución* se inicia tratamiento con metamizol 1 cada 24 horas y naproxeno 550 mg 1 cada 12 horas por 4 días. (La paciente utilizó durante dos semanas por no mejoría del dolor). Al mes siguiente la paciente consulta por visión doble. Neurológico: Limitación de la mirada conjugada hacia la derecha, con nistagmo, que aumenta con la dextroversión. Dolor a nivel de columna cervical y lumbar, contractura paravertebral, resto normal. TA: 180/96 mm/hg. satO₂: 97% FC: 85 lpm.

Pruebas complementarias: Hematimetría: leucos 9.700 (75.20%N, 17.80% L, 5.80%M) Hb: 13.2; Hcto: 40.5; Plaquetas 297.000 Coagulación Normal. Bioquímica Glucosa 117. PCR 1, 3.

TAC de cráneo: Estudio sin alteraciones significativas. RMN: Neumatización de cajas timpánicas y senos paranasales, resto normal. Angio-RM: Normal.

Enfoque familiar y comunitario: Acude acompañada de su esposo e hija sin antecedentes de interés.

Juicio clínico: Hipertensión arterial secundaria a consumo de AINES. Probable neuropatía del sexto par derecho, etiología microangiopática.

Diagnóstico diferencial: lesión del tronco cerebral: isquémica, desmielinizante, parálisis oculomotora IV par craneal, miastenia gravis, esclerosis múltiple.

Identificación de problemas: El efecto no deseado de la elevación transitoria de la presión arterial.

Tratamiento, planes de actuación: Suspender el consumo de AINES. Como analgésico puede tomar tramadol o paracetamol. Modificación del estilo de vida. Seguimiento por médico de atención primaria, control de niveles tensionales.

Evolución: Cuadro de diplopía binocular de seis días de evolución, con pico hipertensivo. Se deriva a hospital para completar estudio. Durante su estancia hospitalaria ha mejorado la diplopía en la mirada hacia la derecha; la presión arterial se ha normalizado tras suspender el naproxeno y dieta hiposódica.

Conclusiones

Dada la importancia del consumo de analgésicos no opiáceos, es nuestro papel evitar o disminuir el consumo, informando de las posibles complicaciones por su mal uso.

Palabras clave

Anti-Inflammatory Non-Steroidal

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, esto ya no puede ser normal...

Zafra Romero M, Zafra Olmo B, Amaro García A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, servicio de urgencias y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Heces negras.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes de interés. Toma de AINEs por traumatismo en rodilla.

Anamnesis: Paciente de 20 años que acude al servicio de urgencias por segundo día consecutivo por vómitos oscuros en posos de café. Junto con los vómitos presenta dolor abdominal intermitente, localizado en epigastrio, fijo, que no cede ni mejora con los vómitos ni se modifica con la ingesta. El cuadro comienza hace un mes y evoluciona de forma intermitente hasta hacerse más intenso en los últimos días. Heces negras y de mal olor. No mareo ni síncope acompañantes. No episodios previos similares. No bebedor. Fumador de 6 cigarrillos al día. En atención primaria ya se pautó ranitidina y levosulpirida ante las molestias en epigastrio, pero que al no mejorar e impresionar el malestar y palidez, se derivó a urgencias.

Exploración: Paciente consciente, orientado y colaborador. Leve palidez de piel y mucosas y bien perfundido. Eupneico en reposo. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, sin dolor a la palpación. Tacto rectal: No masas. Dedil con heces de coloración negativo. Ruzca.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemoglobina 9.9, hematocrito 29.7. Radiografía tórax y abdomen sin hallazgos

patológicos. Endoscopia digestiva alta: esófago y estómago sin lesiones. Duodeno edematoso, estenosado con lesión ulcerosa en cara anterior, fibrinada con leve sangrado al roce.

Enfoque familiar y comunitario: Huérfano de padre, vive con su madre.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta (HDA). Úlcera duodenal Forrest IIa. Anemia secundaria a HDA.

Diagnóstico diferencial: Úlcera gástrica, lesiones esofágicas, enfermedad diverticular colónica, enfermedad inflamatoria intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza esclerosis endoscópica, cesando el sangrado, administración de hierro intravenoso y se pautan omeprazol, bismuto subcitrato/tetraciclina/ metronidazol. Se informa al paciente que no debe de tomar medicación gastrolesiva.

Evolución: Actualmente el paciente está tomando su medicación y en espera de nueva consulta con el servicio de digestivo para revisión y realización de test del aliento.

Conclusiones

Como médicos de familia debemos tener una buena comunicación con nuestros pacientes, así como asegurarnos de que entienden perfectamente las pautas de tratamiento para evitar posibles efectos secundarios derivadas de su mal uso.

Palabras clave

Gastrointestinal Haemorrhage, Gastric Ulcer, Melena,

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La importancia de la Historia clínica. A propósito de un caso

Peña Pinto M¹, Becerra Esteban P², García Victori C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, vómitos y diarrea.

Historia clínica

Varón que acude por vómitos “oscuros”, junto con mareos, epigastralgia y estreñimiento de 4 días de evolución. Relaciona vómitos con estreñimiento “me ha pasado ya 3 veces”. Refiere periodos diarreicos intermitentes. Consultó ese día por mismo motivo, aunque sin hacer mención a estreñimiento con periodos de diarrea, y se dio de alta por mejoría tras medicación. Pérdida de 15 kilos de peso en 4 meses. En estudio por Medicina Interna por síndrome constitucional. TAC abdominal previo: adenopatías axilares y retroperitoneales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, DM2 no insulino dependiente, Fibrilación auricular paroxística, obesidad con IMC de 32,3. No Intervenciones quirúrgicas previas. Aceptable estado general, palidez mucocutánea; no focalidad neurológica. Abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación de epigastrio, ruidos hidroaéreos apagados. En tacto rectal, ampolla vacía, no hemorroides, dedil sin restos hemáticos o de heces. No dolor.

Solicitamos: Analítica: bioquímica normal; PCR 0.88; leucocitos 26.84 con 17.41 leucocitos; actividad de protrombina 14.3s, INR 1.23. RX abdomen: estomago ampliamente distendido, gas distal.

Enfoque familiar y comunitario: Varón, 75 años, dos hijos, jubilado y viudo. Independiente para actividades de la vida diaria.

Juicio clínico: Cuadro oclusivo funcional; HDA; Neoplasia tubo digestivo o extrínseca que comprima al mismo, GEA.

Identificación de problema: Cuadro obstructivo y su causa.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia 4º porción de duodeno.

Tratamiento, planes de actuación: Colocación de sonda nasogástrica. Dieta absoluta. Analgesia y antieméticos. Laparotomía exploradora: resección tumoral.

Evolución: Paciente supera proceso quirúrgico. Valorado por Oncología, con estudio de extensión en el que presenta 3 metástasis hepáticas irresecables y una metástasis pulmonar. Se decide tratamiento paliativo.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena historia clínica. Si no hacemos las preguntas correctas el paciente puede no dar importancia a un síntoma fundamental, aquel que guíe nuestra asistencia. En el primer episodio de consulta paciente no refiere estreñimiento. El simple hecho de referirlo después, junto con las características del vómito y el cuadro por el que estaba siendo estudiado, permitió sospechar otras causas y llegar a un diagnóstico. Es fundamental crear un ambiente de confianza donde el paciente se sienta cómodo y nos cuente todo aquello que le ocurra.

Palabras clave

Constipation, Duodenal Neoplasms

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Importancia de la determinación de presión arterial bilateral

Sánchez García M¹, Lebrero Ferreiro R², Moreno Torres G²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

² Médico de Familia. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

HTA con hipo e hipertensiones frecuentes.

Historia clínica

Paciente de 54 años, diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) en 2014, en tratamiento con Enalapril.

Enfoque individual: Fumador desde los 18 años de 30 cigarrillos/día, padece gastritis crónica y hernia de hiato. Desde el diagnóstico de la hipertensión, consulta frecuentemente en atención primaria y hospitalaria por hipotensiones y crisis hipertensivas posteriores ante la modificación del tratamiento. Durante estos años no se registran tomas de tensión en ambos brazos (MMSS) hasta marzo de 2018, evidenciándose tensión arterial de 190/100 en MSD y de 140/100 en MSI.

ACR: tonos rítmicos, sin soplos y un buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. ECG ritmo sinusal a 70spm, sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Se contacta con internista de referencia para ampliar estudio. En medicina interna se detecta soplo sistólico aórtico y pulso radial izquierdo débil. Se solicita Angio TC.

Juicio clínico: Oclusión de la arteria subclavia izquierda con repermeabilización e HTA.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de robo de la subclavia, disección aórtica, malformaciones congénitas y diferentes tipos de vasculitis.

Tratamiento, planes de actuación: Se mantiene enalapril. Control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

Evolución: Actualmente asintomático. Pendiente de control de FRCV.

Conclusiones

La estenosis de arteria subclavia (EAS) se caracteriza por oclusión parcial o completa debido principalmente a placas de ateroma. La toma simultánea de la TA en ambos brazos de forma rutinaria es imprescindible para el diagnóstico precoz de la EAS y para prevenir la progresión de la arteriopatía a otros niveles. Diferencia de TA de ≥ 10 mmHg sugiere el diagnóstico. FRCV para la EAS: tabaquismo, diabetes, HTA y dislipemia. El diagnóstico clínico se basa en medida de TA simultánea en ambos MMSS, auscultación y evaluación de pulsos periféricos. El control de FRCV es obligado ya que asocia frecuentemente con arteriopatía. Coronaria, obstrucción de carótida y arteriopatía de extremidad inferior. Se recomienda revascularización en pacientes sintomáticos y en asintomáticos en determinadas situaciones.

Palabras clave

Blood Pressure, Subclavian Artery

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor en fosa renal izquierda: algo más que un cólico renoureteral

García Jiménez J¹, Zafra Iglesias L², Aparicio Gallardo V²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Cirugía General.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda (FRI) e hipogastrio.

Historia clínica

Paciente que acude en numerosas ocasiones al CS por dolor en FRI, flanco izquierdo e hipogastrio, irradiado a zona genital, acompañado de náuseas y vómitos ocasionales. Niega clínica miccional, afebril. Sin cambios en el hábito intestinal. Anorexia y pérdida de peso no cuantificada. Dado los antecedentes de litiasis, se diagnostica como cólico renoureteral izquierdo, se pautan dexketoprofeno/8h, metamizol/8h de rescate y diazepam 5 mg/24h. Dado el empeoramiento progresivo, se decide derivación a urgencias para pruebas complementarias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: varón, 53 años. Alergia a penicilina. Fumador de 15 cigarrillos/día. Dislipemia en tratamiento con simvastatina 20 mg/24h. Cólicos renoureterales previos (catéter doble J en 2015).

Exploración física: regular estado general. Afectado por el dolor. Palidez mucocutánea. Auscultación normal. Abdomen blando, doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Se palpa masa dura en vacío izquierdo. Puño percusión renal izquierda dudosa.

Pruebas complementarias: En Atención Primaria, analítica completa previa normal. Sangre oculta en heces negativo activa. Tira de orina y urocultivo negativo activo. En Urgencias: analítica con PCR 93, creatinina 0.8,

leucocitos 21350, 19300 neutrófilos, hemoglobina 9, 1. Orina normal. TC abdomen: tumoración necrosada de colon descendente que infiltra polo inferior de riñón izquierdo. Infiltración del primer asa yeyunal. No datos de metástasis. Ingreso en Cirugía General: colonoscopia: a 50 cm se objetiva masa que ocupa toda la luz intestinal, pétreo y friable que se biopsia.

Enfoque familiar y comunitario: Electricista, cabeza de familia. Nivel socio-económico medio. Vive con su mujer e hija pequeña. Hija mayor estudiante en Universidad. Buena red familiar y de amigos.

Juicio clínico: Adenocarcinoma bien diferenciado e infiltrante de colon.

Diagnóstico diferencial: con cólico renoureteral.

Tratamiento, planes de actuación: Hemicolecotomía izquierda-nefrectomía y resección de asas duodeno-yeyunal en bloque. Adherencias secundarias. Quimioterapia.

Evolución: Tras varios ciclos de quimioterapia, progresión de la enfermedad. Se suspende tratamiento. Actualmente, en cuidados paliativos.

Conclusiones

Importante reconocer como dato de alarma la no mejoría de un paciente y mirar más allá del diagnóstico inicial planteado. En este caso, un posible nuevo cólico renal escondía un grave carcinoma de colon.

Palabras clave

Neoplasias Colorrectales, Cólico Renal

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, tengo fiebre

Milia Pérez F¹, Arroyo Morales R², Muñoz Galán D³

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre de hasta 39.1°C de cuatro días de evolución de predominio vespertino que no cede con antitérmicos, acompañada de mialgias y artralgias.

Historia clínica

Paciente con antecedentes de enfermedad autoinmune que acude por fiebre y malestar general.

Enfoque individual: mujer, 23 años, estudiante, en seguimiento por Nefrología hasta los 14 años por patología renal asociada a reflujo vesicoureteral. En 2015 presentó un cuadro de adenopatías múltiples diagnosticado de Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. En el estudio analítico realizado se diagnosticó gammapatía monoclonal y se detectaron ANA+. No refiere alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Tratamiento actual: Valsartán 80mg y ACHO.

A la exploración presenta adenopatías submandibulares ya conocidas, auscultación cardiorrespiratoria con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos, sin otros hallazgos significativos. Combur test: Leucocitos+.

Enfoque familiar y comunitario: Tía materna fallecida por Lupus Eritematoso Sistémico. Padres y hermana sanos.

Juicio clínico: Si bien los datos clínicos apuntan hacia un proceso infeccioso, sus

antecedentes personales y familiares hacen necesario descartar un cuadro autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: Es derivada a Urgencias para descartar proceso infeccioso agudo.

Evolución: En Urgencias, tras realizar radiografía de tórax y estudio analítico, sin hallazgos relevantes, consultan con Medicina Interna, que lo diagnostica como un brote de su enfermedad de base, prescribe Deflazacort 30mg y cita en consulta. Dos días más tarde la paciente regresa a Urgencias por reaparición de fiebre de hasta 39°C acompañada de úlceras genitales y orales. Dada la evolución de los síntomas y ante la sospecha de cuadro autoinmune compatible con Enfermedad de Behçet, su Médico de Familia se pone en contacto con Medicina Interna para confirmación diagnóstica y seguimiento. Desde Medicina Interna se solicita analítica completa con autoinmunidad y se prescribe prednisona 50mg.

Conclusiones

La fiebre acompañada de artralgias y mialgias es un síntoma muy frecuente en las consultas de Atención Primaria. Se debe realizar una buena anamnesis, prestando especial atención a los antecedentes personales y familiares, sobre todo si éstos son autoinmunes. La comunicación con el segundo nivel es esencial para el correcto diagnóstico de estos pacientes.

Palabras clave

Autoimmune Disease, Fever, Primary Care

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Telorrea en un varón

Sánchez Vico A¹, Beltrán Gallego Á², Cueto Camarero M¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 47 años que consulta por inflamación de mama derecha en las últimas semanas. Tres años antes había sido estudiado en Atención Especializada por telorrea y nódulo de pezón derecho. No refiere traumatismo ni síndrome constitucional.

Historia clínica

Consulta por telorrea del pezón derecho de una semana de *Evolución*: sin evidencia de tumoración mamaria. Con sospecha de mastopatía inflamatoria realizó tratamiento con antibiótico y antiinflamatorio durante una semana sin mejoría. Fue derivado de forma preferente a la Unidad de mama del Hospital de referencia. Siguió revisiones durante 2 años por nódulo de 4 milímetros en unión de cuadrantes externos, sin novedad. A los 3 años el paciente consulta por aumento de volumen de la mama derecha en las últimas semanas.

Enfoque individual: neumonía hace 10 años y apendicectomía en adolescencia. No fumador. Buen estado general, apreciándose tumoración de unos 3x2 centímetros retroareolar derecha. El resto de exploración física resultó anodina, no evidenciándose adenopatías. Mamografía y ecografía: nódulo sólido hipoecogénico de bordes lobulados de unos 22x18 milímetros en unión de cuadrantes externos. Biopsia: proliferación papilar intraductal con metaplasia apocrina sin franca atipia citológica. Resultado anatomía patológica: carcinoma papilar encapsulado.

Enfoque familiar y comunitario:

Antecedentes familiares: Hermano fallecido con leucemia a los 45 años. Familia nuclear, fase nido lleno del Ciclo Vital Familiar. Red social con alto apoyo emocional. Despido laboral hace 1 año.

Juicio clínico: Cáncer de mama derecha papilar encapsulado con dudosa infiltración linfovascular. Ginecomastia, absceso, lipoma, fibromatosis o metástasis.

Tratamiento, planes de actuación: Se realizó mastectomía simple derecha y biopsia selectiva del ganglio centinela que resultó negativo activa.

Evolución:

Actualmente en seguimiento en servicio de Oncología, incluido en estudio de plataforma genómica.

Conclusiones

El cáncer de mama en el hombre es poco frecuente, aunque su incidencia parece estar aumentado. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios más avanzados debido a la falta de conciencia de que esta enfermedad también puede desarrollarse en varones. Actualmente no existen protocolos estandarizados para el cribado de cáncer de mama en el varón, de ahí la importancia de una correcta valoración y seguimiento de estos casos en Atención Primaria y Atención Especializada.

Palabras clave

Cáncer de Mama, Varón, Atención Primaria

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

In Memoriam

Ruiz Ojeda I¹, Rueda Rojas M², Martín Sánchez S¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cuando mejor se encuentra de su patología mental, acude a consulta por vómitos, mal estado general y fiebre. Impresiona de gravedad, pero la paciente no tiene tal sensación dado que su umbral de "enfermedad" era elevado.

Historia clínica

Llegamos a un cupo nuevo y un compañero nos comunica que tenemos una paciente de 47 años con riesgo de autolisis. Apenas acudía a consulta, analíticas ni citas médicas de hospital, habiendo tenido un ingreso involuntario en psiquiatría por deterioro nutricional por autoabandono. Tras meses de medicación y trabajo en equipo la paciente empieza a acudir a consulta, normalmente ansiosa y preocupada por su situación familiar. En la consulta abordamos sus problemas de salud, metrorragias que ocasionan anemias que precisan transfusiones frecuentes, es derivada hasta en diez ocasiones a ginecología por pérdida de cita, y la depresión mayor. Pero sobretodo la escuchábamos y se sentía escuchada. La paciente fue mejorando de su patología mental, ginecológica y su relación familiar.

Enfoque individual: Depresión Mayor. Trastorno anancástico de la personalidad. Metrorragias, anemia en rango transfusional, histerectomía total.

Exploración Física: Consciente y orientada, palidez mucocutánea, sudoración profusa,

pulso no palpable y TA no detectable, FC 130lpm, SatO₂ 80%. AR: Crepitantes hasta campos superiores. Es derivada a urgencias, pasando algo inadvertida durante su estancia en observación dada su patología mental y su poca conciencia de enfermedad. Pasadas tres horas precisa ingreso en unidad de cuidados intensivos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 50 años que vive sola, está divorciada, tiene dos hijos de los que tiene la custodia su ex marido, el cuál padece un trastorno psicopático de la personalidad. Mala relación familiar con sus progenitores, con discusiones habituales. Regular relación con hermana que padece esclerosis múltiple y finalmente fallece de cáncer de mama. Apgar familiar 10 puntos: disfunción moderada.

Juicio clínico: Edema Agudo de Pulmón / Shock Cardiogénico. Probable Miocarditis Fulminante

Tratamiento, planes de actuación: Hospitalario.

Evolución: En cuidados intensivos sufre parada cardiorrespiratoria que recupera, pero finalmente a las pocas horas fallece por bradicardia con asistolia.

Conclusiones

La importancia de este caso nos lleva a la reflexión sobre la estigmatización de los pacientes con patología mental.

Palabras clave

Disfunción Familiar, Depresión Mayor, Miocarditis Fulminante

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mi marido no es el mismo

Polo Torres E¹, Roldán Gómez I², Salazar Bruque I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cala del Moral. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, Servicio de Urgencias.

espacio (LOE) en núcleo caudado izquierdo con hidrocefalia asociada.

Motivos de consulta

Alteración del comportamiento.

Enfoque familiar y comunitario: Hermana con trastorno depresivo, padres fallecidos hace un año. Vive con su esposa, único apoyo familiar.

Historia clínica

La esposa del paciente refiere que desde hace 48 horas tiene una marcha inestable, comportamiento errático y postración.

Juicio clínico: Deterioro cognitivo secundario a causa orgánica. Descartar patología de origen infecciosa, tumoral, isquémica o inflamatoria subyacente.

Enfoque individual: varón de 57 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja como administrativo. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Servicio de Neurocirugía y biopsia de LOE: el informe anatomopatológico confirma tratarse de una lesión isquémica evolucionada. Se le realiza una derivación ventrículo-peritoneal (DPV) e inicia tratamiento con enoxaparina, dexametasona y Levetiracetam.

Antecedentes personales: deterioro cognitivo de 6 meses de evolución, ánimo depresivo desde hace 1 semana iniciando tratamiento con sertralina. Apendicectomía en 2012. Colectomía en 2010. Hábito tabáquico: 50 cigarros/día. Hábito enólico hasta hace 3 años.

Evolución: 16 días post-intervención, el paciente presenta fiebre y malestar general. Las pruebas complementarias concluyen la existencia de una meningitis postquirúrgica debida al fallo valvular distal por la salida del catéter de la cavidad abdominal. Se retira la DVP, colocando una derivación ventricular en frontal derecho seguida de antibioticoterapia parenteral.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado en persona y espacio pero no en tiempo. Facies inexpresiva. Bradipsiquia. Fiebre de 38.4°C. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica y regular, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis. *Exploración neurológica:* anodina salvo nervio facial y glossofaríngeo dudosamente afectados. Marcha inestable.

Conclusiones

El deterioro cognitivo es un proceso frecuente en la población añosa. Sin embargo, ante la aparición de esta clínica en pacientes de edad intermedia debemos descartar causa orgánica que pudiera ocasionarlo. En este caso, el seguimiento del médico de familia, que conoce el estado basal de paciente, es fundamental para un adecuado abordaje precoz.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre (hemograma, bioquímica y coagulación), de orina y radiografía de tórax con resultados anodinos. TAC craneal: Lesión ocupante de

Palabras clave

Cognitive Dysfunction, Mental Disorders

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Disnea persistente

Sánchez Vico A¹, Beltrán Gallego Á², Cueto Camarero M¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Consulta por tos seca de dos semanas de evolución, sin fiebre, expectoración ni otra sintomatología asociada. Posteriormente presentó cuadro de disnea persistente.

Historia clínica

Varón de 73 años que consulta por tos seca de dos semanas de evolución, sin fiebre, expectoración ni otra sintomatología asociada. Disnea persistente y progresiva.

Enfoque individual: Dislipemia en tratamiento. Exfumador de hasta 40 cigarrillos al día, con un consumo acumulado de unos 20 paquetes-año. Buen estado general, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: buen murmullo vesicular. Miembros inferiores sin edemas. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Analítica sin hallazgos destacables. Electrocardiograma en ritmo sinusal a buena frecuencia sin alteraciones agudas de la repolarización. Espirometría: FEV1/FVC 77, FEV 1 98%, FVC 92%. Radiografía Tórax: Patrón radiológico de broncopatía crónica con engrosamiento peribronquio vascular, patrón intersticial retículo nodulillar, posibles bronquiectasias bilaterales, silueta cardiomedial normal y aterosclerosis aórtica. Fue derivado a consulta de Neumología del hospital de referencia para estudio. TAC tórax: Adenopatías mediastínicas, algunas calcificadas. Patrón reticular de predominio subpleural con áreas de fibrosis, afectación predominante en bases, con bronquiectasias basales como hallazgos sugestivos de neumopatía intersticial. Sin embargo presenta como característica

inconsistente de patrón de neumopatía intersticial micronódulos dispersos bilaterales. Se realizó biopsia pulmonar. Resultado Anatomía Patológica: Neumopatía granulomatosa de tipo tuberculoide, no necrotizante (Sarcoidosis pulmonar). La enzima conversiva de la angiotensina (ECA), utilizada en el seguimiento como marcador de actividad de enfermedad, fue normal.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en fase de disolución. Red social con escaso apoyo emocional. Convive con un hijo soltero que se encuentra en situación de desempleo desde hace 4 años.

Juicio clínico: Sarcoidosis pulmonar. Infecciones, neumonía por aspiración, neumonitis por hipersensibilidad o enfermedad tumoral.

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona 20 miligramos / día durante 3 meses, en pauta descendente.

Evolución: El paciente evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra estable con mínima disnea sin tos ni expectoración.

Conclusiones

Importancia de una adecuada valoración en Atención Primaria, utilizando las pruebas diagnósticas que tenemos a nuestro alcance. La prueba de imagen se debe valorar en el contexto particular del caso, teniendo en cuenta la clínica del paciente y completar en su caso el estudio en Atención Especializada.

Palabras clave

Tos, Disnea, Sarcoidosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Caída accidental y deterioro neurológico progresivo

Sánchez Vico A¹, Beltrán Gallego Á², Cueto Camarero M¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención Especializada.

Motivos de consulta

Aviso domiciliario urgente por traumatismo craneoencefálico, presentando en días posteriores incapacidad para caminar, parestia de mano derecha, disartria y disfagia a líquidos.

Historia clínica

Mujer de 65 años valorada de forma urgente en domicilio por traumatismo craneoencefálico tras resbalarse y golpearse con una puerta, sin pérdida de conocimiento. Fue derivada al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia donde se le realizó TAC craneal que resultó normal. En las siguientes semanas solicitó asistencia en domicilio por aparición de incapacidad para la bipedestación y para caminar, por lo que fue derivada al servicio de Urgencias e ingresada en el servicio de Neurología. Posteriormente presentó dificultad para hablar y disfagia a líquidos que fue empeorando progresivamente. Finalmente apareció dificultad respiratoria, precisando ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

Enfoque individual: Obesidad. Poliartrosis. Destaca una hiperreflexia bilateral con signo de Babinski y cierto grado de espasticidad y pérdida de fuerza en miembros inferiores. TAC craneal: normal. TAC tórax: No ocupación del mediastino anterior ni adenopatías mediastínicas. RM cráneo: lesiones aisladas a nivel supratentorial de aspecto isquémico crónico. RM columna cervical: normal. Electromiografía: compatible con enfermedad de motoneurona.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, etapa V Contracción completa del ciclo vital familiar. Red social con buen apoyo emocional.

Juicio clínico: Esclerosis Lateral Amiotrófica. Enfermedad neurológica, tumoral o reumatológica.

Tratamiento, planes de actuación: No existe en la actualidad un tratamiento curativo para esta enfermedad. Soporte familiar desde Atención Primaria.

Evolución: Se trató de un caso de rápida evolución, produciéndose el exitus a los 4 meses del inicio de los síntomas.

Conclusiones

El diagnóstico de esta enfermedad es sobre todo clínico por lo que es necesario conocer adecuadamente los síntomas de inicio así como la *Evolución:* para poder hacer un correcto diagnóstico diferencial y descartar otros procesos potencialmente tratables. Resaltar la importancia de la anamnesis, la exploración física adecuada y las pruebas diagnósticas a nuestro alcance para poder descartar enfermedades neurológicas graves que precisen una derivación urgente. El abordaje de casos como el descrito resalta la importancia del médico de Atención Primaria tanto en la sospecha diagnóstica y derivación, como en el acompañamiento del paciente y su familia.

Palabras clave

Esclerosis Lateral Amiotrófica, Neurona Motora, Atención Primaria,

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora tengo inflamación en la cara. A propósito de un caso

Luque de Ingunza M¹, Moreno Morales M², Domínguez Fernández Y³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Jerez de la Frontera. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Jerez. Cádiz

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias Generales.

Motivos de consulta

Inflamación cara.

Historia clínica

Varón de 20 años que acude a Urgencias por presentar inflamación en zona preauricular izquierda acompañada de fiebre (38.5°C) y malestar general de 4 días de evolución. Nos cuenta que hay un grupo de amigos de la facultad con síntomas similares. Correctamente vacunado a su edad.

Enfoque individual: nO RAMC. No enfermedades de interés. No tratamiento habitual.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado. Eupneico en reposo. No signos meníngeos. Faringe hiperémica sin hipertrofia amigdalar ni exudados. Adenopatías laterocervicales bilaterales. Tumefacción entre borde posterior de la mandíbula, levemente dolorosa a la palpación. No eritema en superficie. ACP: Rítmica, sin soplos. Buena ventilación, sin ruidos añadidos. Abdomen: Anodino. Zona testicular normal.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante universitario. Independizado. Convive con 3 compañeros. Buena relación familiar.

Juicio clínico: Serología positiva para virus parotiditis. En el diagnóstico diferencial hay que destacar sialolitiasis por ser unilateral, infecciones dentarias, óticas o respiratorias.

Tratamiento, planes de actuación: Control de síntomas con antitérmicos y antiinflamatorios. Aislamiento respiratorio una semana.

Evolución: Tras tratamiento pautado, la evolución de nuestro paciente fue excelente.

Conclusiones

Con respecto a la inflamación de la glándula parótida, la realización de una anamnesis y examen físico nos podrán orientar al tipo de patología: inflamatoria aguda o crónica, traumática o neoplásica. La parotiditis o paperas es una infección poco frecuente gracias a la introducción de la vacuna triple vírica en nuestro país. Esta vacuna produce anticuerpos en el 90% de los vacunados, probablemente para toda la vida. Es importante que el médico de atención primaria conozca que durante los años 1982-1987 y 1992-1997 se utilizó una cepa Rubini para la vacunación. Se ha comprobado que esa cepa resultó poco inmunógena, quedando una cohorte de personas mal inmunizadas. Teniendo en cuenta esto, el largo periodo de incubación y la elevada tasa de contagio, han aumentado el número de casos de parotiditis. Ante esta situación de alarma social, se creó un protocolo de actuación, que consiste en confirmar el diagnóstico por serología en sangre y saliva. Se ofrece vacunación a personas susceptibles del entorno de casos confirmados. Por último decir que la parotiditis es una enfermedad de declaración obligatoria.

Palabras clave

Mumps, Fever

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Es siempre correcto el diagnóstico más obvio?

Beuzón Ocaña A¹, Toledo García D², Torres Guerrero E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria: urgencias y consultas externas de Enfermedades Infecciosas (EI).

Motivos de consulta

Fiebre de duración intermedia.

Historia clínica

Paciente varón de 32 años, que acude a Urgencias hospitalarias por presentar fiebre de 38, 5-39°C de una semana de evolución. Se acompaña de malestar general, vómitos y deposiciones diarreicas sin productos patológicos y dolor en fosa renal e hipocondrio derechos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas; fumador de 5 cigarros al día; no patologías previas de interés; trabajador de arrozal.

En la exploración presenta buen estado general, eupneico, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, afebril (36.2°C). Consciente, orientado y colaborador; Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar y *Exploración neurológica* anodina. Abdomen blando, depresible, indoloro sin organomegalias y puño percusión negativo activa. No lesiones en piel.

Se realizan Electrocardiograma, Elemental de orina y analítica con perfil renal, digestivo, iones y hemograma sin hallazgos destacables. Se solicita serología para fiebre intermedia: hepatitis B, C, leptospirosis...

Enfoque familiar y comunitario: En este paciente por la clínica y el antecedente laboral

se sospecha una leptospirosis. Se trata de una enfermedad contagiosa con gran repercusión sistémica y complicaciones si no se diagnostica y se trata correctamente a tiempo.

Juicio clínico: Síndrome febril de duración intermedia sin diagnóstico etiológico confirmado. Se descarta leptospirosis.

Diagnóstico diferencial: colecistitis, pielonefritis aguda, gastroenteritis, hepatitis A...

Tratamiento, planes de actuación: Desde urgencias se pauta penicilina intramuscular 5 dosis. Se deriva a Consultas externas de EI para resultados de serología y tratamiento específico.

Evolución: Desde las consultas externas se cambió el tratamiento a Doxiciclina 100 miligramos cada 12 horas durante 7 días. Posteriormente la serología dio negativo activa para todos los parámetros solicitados, incluido leptospira. El paciente no volvió a consultar por misma sintomatología.

Conclusiones

Es importante enfocar un diagnóstico de sospecha a partir de la clínica y antecedentes personales del paciente, pero no siempre lo más obvio es lo correcto, por lo que no hay que olvidar la importancia del diagnóstico diferencial. Asimismo, no siempre vamos a llegar a un diagnóstico etiológico concreto.

Palabras clave

Leptospirosis, Fever

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Más allá de una contusión

Adrada Bautista A¹, González López A², Aguado de Montes M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

³ Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en hipocondrio izquierdo.

Historia clínica

Paciente que previamente consultó en urgencias tras caída por tropiezo accidental en su domicilio, con contusión abdominal y en antebrazo izquierdo (con una mesa), que reconsulta dos días después en consulta a demanda de su CS por persistencia de dolor en hipocondrio izquierdo, siendo constante, de intensidad moderada, que empeora con la inspiración profunda y cede parcialmente con analgesia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 73 años, sin alergias a medicamentos ni hábitos tóxicos, hipertensa, dislipémica, en tratamiento con enalapril, simvastatina, alopurinol.

Exploración física: Aceptable estado general, consciente y orientada. Discreta palidez cutánea. Tensión arterial 100/55 mmHg, frecuencia cardíaca 100 lpm. Corazón rítmico, sin soplos, buen murmullo vesicular. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin datos de peritonismo, ni palpación de masas o megalias. Dada la sospecha clínica, se decide derivación hospitalaria. A su llegada, la paciente ingresa en observación hospitalaria y se realizan las siguientes pruebas

complementarias: Analítica: destaca hemoglobina 10 g/dl (previas en torno a 13 g/dl). Radiografía de abdomen: normal. TAC abdominal urgente: se visualiza rotura esplénica intraparenquimatosa, pequeña cantidad de líquido libre periesplénico.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente mujer, casada, jubilada, con una hija independiente. Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Rotura esplénica traumática.

Tratamiento, planes de actuación: Dados los hallazgos, se contactó con Cirugía de Urgencias. La paciente presentó empeoramiento de su estado general de forma rápida, con aumento de la frecuencia cardíaca, descenso de la tensión arterial. Se decidió intervención quirúrgica se forma urgente, con ligadura de vasos y esplenectomía.

Evolución: Buena evolución clínica posterior. El paciente continuó seguimiento a través de su médico de atención primaria.

Conclusiones

La ruptura esplénica puede generar un sangrado potencialmente mortal dentro de la cavidad abdominal. Es muy importante que el médico de atención primaria sospeche esta patología, ya que es el primer eslabón de la atención sanitaria.

Palabras clave

Dolor abdominal, Rotura esplénica

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Coxalgia derecha en mujer joven tras inmovilidad prolongada. A propósito de un caso

Franquelo Hidalgo B, Franco Larrondo Y, López Muñoz M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivos de consulta

Coxalgia bilateral.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta por coxalgia bilateral persistente, más intensa en cadera derecha desde hace 2 meses, tras alta hospitalaria prolongada con reposo absoluto, que no mejora con tratamiento sintomático.

Enfoque individual: mujer de 38 años. No alergias medicamentosas. No patologías previas. Intervenida de pólipos endometriales y mioma uterino submucoso. Miomectomía.

Antecedentes obstétricos: Cuatro gestaciones previas y tres abortos tardíos. Ingreso hospitalario prolongado de 4 meses por incompetencia y acortamiento cervical progresivo durante la gestación con necesidad de cerclaje cervical.

Exploración: Movilidad de articulación conservada sin limitación funcional significativa. Dolor en ambas zonas inguinales a la rotación interna y externa de ambas caderas, especialmente en derecha. No hernias.

Pruebas complementarias: Radiografía de ambas caderas, en la cual, no se observan alteraciones. Espacio articular simétrico y conservado.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en zona de transformación social con buena relación y convivencia familiar. Nivel socio-económico aceptable. Estudios de Formación Profesional de Grado Superior.

Juicio clínico: dolor osteomuscular secundario a reposo prolongado.

Diagnóstico diferencial: Bursitis psoas. Artrosis de cadera. Necrosis avascular de cabeza femoral en fase inicial. Sinovitis coxo-femoral.

Tratamiento, planes de actuación: Reinicia ejercicio físico dirigido a recuperación muscular, junto a tratamiento antiinflamatorio. Se cita en consulta en un mes para reevaluación.

Evolución: Tras reevaluación en consulta, la paciente continua con dolor en cadera derecha a pesar de inicio de deambulación y recuperación de masa muscular. Ante la persistencia de sintomatología se deriva a Cirugía Ortopédica y Traumatología para valoración y continuar con estudio complementario con resultado en resonancia magnética de foco de necrosis avascular en la superficie antero-superior de la cabeza femoral derecha de 25 mm junto a edema óseo en el hueso trabecular de la cabeza-cuello femoral. Actualmente a la espera de decisión de actuación terapéutica.

Conclusiones

El Médico de Familia tiene la posibilidad de realizar un seguimiento del paciente en Atención Primaria con reevaluaciones posteriores. De esta manera, podemos abordar al paciente de forma integral, valorar el comportamiento sintomático y orientar un adecuado diagnóstico diferencial. En este caso, la posibilidad de reevaluar a la paciente ha sido fundamental, dado la fase inicial de la patología con resultados radiológicos no concluyentes, lo que nos ha permitido adoptar otras posibles alternativas terapéuticas incluyendo la derivación al siguiente escalón asistencial, actitud destacable en el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras clave

Femur Head Necrosis, Clinical Evolution

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Fracaso renal agudo secundario

Santos Calonge A¹, Porras Martín P²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Varón de 56 años con aumento progresivo de su disnea desde hace 3-4 días, asociado a aumento de tos con expectoración verdosa y fiebre de hasta 39°C. Además, ortopnea y aumento de edemas en MMII.

Enfoque individual: Vivía con su madre hasta hace unos años que falleció. Tras un ingreso prolongado perdió su casa por unos ocupas, por lo que fue acogido por vecinos. No RAM. Exfumador y exbebedor. ExADVP. HTA y DM tipo 2. Obesidad mórbida. Hepatitis B pasada. EPOC con afectación funcional moderada y sospecha de SAHS. Ingreso en 2017 por insuficiencia respiratoria aguda por virus gripe A que precisó VMNI y traqueostomía con complicaciones por neumonía asociada a ventilación mecánica y polineuropatía del paciente crítico. ACR con hipoventilación generalizada y crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo sin signos de peritonismo. MMII con edemas hasta rodillas. Rx tórax sin cambios respecto a previas. Analítica: Cr 1, 78 mg/dl, Urea 59 mg/dl, Hb 12 g/dl, leucocitos 15110.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero y sin hijos. Padres fallecidos. No tiene hermanos.

Juicio clínico: Reagudización EPOC y descompensación de IC en paciente con obesidad mórbida. FRA secundario.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento deplectivo y antibioterapia y se cursa ingreso en Neumología.

Evolución: Se confirma antígeno de legionella positivo y se descarta afectación cardiaca. Buena evolución en cuanto a su patología pulmonar, sin embargo, empeoramiento progresivo de la función renal. Se decide traslado a Nefrología. Se amplía estudio, con ecografía abdominal normal y analítica con proteinograma con IgA elevada. Biopsia renal que confirma que se trata de una nefropatía IgA. Se ha iniciado tratamiento con corticoides.

Conclusiones

La nefropatía IgA o enfermedad de Berger es la glomerulopatía primaria más frecuente en el mundo. Puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en la 2ª y 3ª décadas de la vida. Para su diagnóstico es necesaria la biopsia renal que muestre depósito mesangial de IgA. Se produce con frecuencia tras una infección, ya que hay patógenos que favorecen la formación y depósito de los inmunocomplejos. Requieren seguimiento y tratamiento por parte de Nefrología, y en la mayoría de los casos tiene buen pronóstico.

Palabras clave

Nefropatía IgA, Enfermedad de Berger, Fracaso renal agudo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hallazgo de empiema pleural en paciente con dolor costal

López Pérez A¹, Hernández García R¹, Marín Serrano I²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Dolor hemitórax izquierdo.

Historia clínica

Varón de 69 años que acude a Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Dislipemia, EPOC severo. Alergia a Betalactámicos. Exfumador desde hace 4 años, CA de 100 paq/año, bebedor moderado. Acude por dolor en costado izquierdo a punta de dedo relacionado con los movimientos y la respiración profunda sin traumatismo previo. Refiere además aumento de edemas en MMII de 20 días de evolución (coincidiendo con infección respiratoria), niega recorte de diuresis o síndrome miccional. No aumento disnea basal o u ortopnea. Tos con expectoración herrumbrosa desde ayer.

A la exploración buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo con oxígeno en gafas nasales a 2.5 litros. ACR hipoventilación generalizada mayor en base izquierda con crepitantes en base derecha, rítmico, no soplos. Abdomen globuloso, blando, depresible no doloroso. No masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo activos. RHA conservados. MMII: edemas con fovea hasta pantorrilla, no signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitos 12.740, Neutrófilos 11.050, PCR 317.7. RX tórax: múltiples masas con niveles hidroaéreos en hemitórax izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente y su mujer conviven desde hace un tiempo con la menor de sus tres hijas, ya que requieren ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria como hacerse la comisa o asearse.

Juicio clínico: Empiema pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Absceso pulmonar, neumonía, quiste hidatídico.

Tratamiento, planes de actuación: En urgencias se administran analgésicos para mejorar el dolor, pero ante el hallazgo se consulta con Internista de guardia para cursar ingreso y realizar tratamiento antibiótico.

Evolución: En Medicina Interna le realizan TAC de tórax con el resultado de múltiples colecciones ovaladas compatibles con empiemas pulmonares. Se programa traslado a Cirugía Torácica del hospital de referencia donde le administraron tratamiento antibiótico, y le realizaron una decortización pleural y posterior drenaje. Tras 12 días de ingreso el paciente presenta mejoría clínica y se procedió al alta hospitalaria.

Conclusiones

En pacientes con infecciones respiratorias persistentes que no mejoren tras tratamiento sintomático es importante realizar pruebas de imagen para descartar infecciones neumónicas u otras complicaciones. En caso de encontrarnos abscesos pulmonares es necesario el ingreso hospitalario para realizar tratamiento antibiótico intravenoso.

Palabras clave

Lung, Abscess, Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cardiopatía infecciosa

Galindo Román I¹, Fernández García P², Delgado Gil V³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

² FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

³ FEA Neurología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Historia clínica

Mujer de 62 años de edad, boliviana, que acude a consulta por de palpitaciones paroxísticas además de notarse que en ocasiones “le falta el aire” y aumento de tamaño de miembros inferiores.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Hiperuricemia con crisis gotosas. Hipotiroidismo subclínico.

Anamnesis: Refiere palpitaciones autolimitadas con cese brusco. Disnea de esfuerzos moderados y edemas progresivos en miembros inferiores. Sin dolor torácico.

Exploración física: TA 135/65mmHg, No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: rítmica con soplo II/VI en foco mitral. Edemas con fóvea pretibiales.

Pruebas complementarias: Datos analíticos: normal, incluyendo función tiroidea. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm con aparición de bloqueo de rama izquierda. Radiografía de tórax con cardiomeglia y datos de congestión pulmonar. Serología IgG positiva para Trypanosoma cruzi.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera con bajo apoyo. Familia en su país natal. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Enfermedad de Chagas con afectación cardíaca. Palpitaciones sin arritmia objetivada.

Planes de actuación: Con el diagnóstico de Enfermedad de Chagas y probable afectación cardíaca, la paciente es derivada al Servicio de Cardiología para estudio. Se realiza ecocardiografía que muestra dilatación de cavidades cardíacas con disfunción sistólica moderada así como insuficiencia mitral moderada. En una de sus crisis de palpitaciones se objetiva paroxismo de fibrilación auricular.

Tratamiento: Betabloqueantes. IECas. Amiodarona. Benznidazol. Anticoagulación.

Evolución: La paciente es ingresada a cargo de Enfermedades Infecciosas iniciándose tratamiento con benznidazol a pesar de la baja tasa de curación en fase crónica de la enfermedad. Se estabiliza la paciente desde el punto de vista cardiológico sin curación de la infección.

Conclusiones

La Enfermedad de Chagas (EC) es una enfermedad infecciosa endémica en numerosos países de América Latina continental. España es el país europeo más afectado, como consecuencia de la migración. Durante años puede permanecer asintomática, pero cuando se manifiesta clínicamente puede ser grave. La detección precoz en embarazadas tiene una alta prioridad ya que en este caso, las tasas de curación de los niños afectados es del 100%. La tasa de curación en la fase crónica es baja. Creemos se trata de un caso interesante al tratarse de un problema de Salud Pública.

Palabras clave

Trypanosoma Cruzi; Miocardiopatía Dilatada, Benznidazol

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hay vida tras las TVP

Molero del Río M¹, Álvaro Calero A², Sánchez de León Cabrera M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Coria del Río. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas de San Juan. Alcázar de San Juan. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Dolor, hinchazón y calor en miembro inferior izquierdo.

Enfoque individual: antecedentes: fibromialgia, histerectomizada y acromioplastia izquierda.

Anamnesis: Mujer de 70 años que acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo que prácticamente impide la deambulación, aumento de tamaño del mismo. No fiebre. No refiere contusión. Se encuentra en tratamiento anticoagulante porque 3 días previos había acudido a urgencia dándose de alta con juicio clínico trombosis venosa profunda (TVP) y estaba pendiente de valoración en consultas de TVP para realización de ecografía en unos días.

Exploración Física: Miembro inferior izquierdo (MII) aumentado de diámetro con respecto al contralateral. No aumento de temperatura. Miembro empastado. Homans positivo. En zona perimaleolar se objetivan 2 hematomas perimaleolares. Marcha muy dificultosa por el dolor.

Pruebas complementarias: Analítica con hemograma y coagulación en rango y Dímeros-D: 400. Radiografía de tobillo izquierdo: no se aprecian fracturas. Ecografía miembros inferiores (se aportan imágenes): Sin evidencia de TVP por el momento. Colección de contenido heterogéneo con dimensiones

aproximadas de 92 x 35 x 47 mm localizado en su mayoría entre el músculo gastrocnemia medial y sóleo en su extensión caudal. Este hallazgo sugiere como primera posibilidad quiste de baker complicado sin poder descartarse por completo otras opciones.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear simple. Medio-alto nivel sociocultural. Buen apoyo familiar.

Diagnóstico diferencial: TVP, absceso, hematoma, quiste de baker complicado.

Juicio clínico: quiste de baker complicado.

Tratamiento, planes de actuación: Tras conocer probable diagnóstico se contacta con traumatología de guardia.

Evolución: Se ingresa en observación hospitalaria, se inician medidas físicas (frío local y elevación de miembro), antiinflamatorios y retirada de heparina, se le solicita resonancia magnética y si no mejoría probablemente se realizaría una intervención quirúrgica. La paciente mejora progresivamente con el tratamiento pautado por lo que a las 48h es dada de alta.

Conclusiones

Es importante replantearse el paciente desde el primer momento haciendo una anamnesis correcta y que cuando hay una mala evolución de un cuadro clínico hay que realizar un diagnóstico diferencial más amplio y pensar en patologías menos frecuentes.

Palabras clave

Popliteal cyst, Deep Venous Thrombosis, Ultrasonography Doppler

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, mi madre no es la misma persona desde hace un mes

Zafra Iglesias L¹, Aparicio Gallardo V¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Deterioro cognitivo y apatía.

Historia clínica

Mujer de 67 años que acude a urgencias por deterioro cognitivo de un mes de evolución y apatía. Sus familiares refieren torpeza con tareas domésticas, y en ocasiones imposibilidad de reconocer a las personas de su entorno y nominar objetos. El cuadro comenzó tras observar indiferencia emocional al recibir una mala noticia (separación de su hija). Acudió a su médico de cabecera por la misma sintomatología hace unas semanas, siendo diagnosticada de síndrome ansioso-depresivo e instaurándose tratamiento.

Enfoque individual: Sin alergias.

Antecedentes personales de hipertensión arterial y fibrilación auricular. Tratamiento: Bisoprolol, Enalapril, Dabigatran y Sertralina.

Exploración: Glasgow 14/15. Afasia motora nominativa. Incapaz de realizar test del reloj y del pentágono. Resto de exploración por órganos y aparatos sin interés.

Analítica de urgencias sin hallazgos de interés. ECG con FA a 70 latidos por minuto. Radiografía de tórax normal. TAC de cráneo: lesión ocupante de espacio en lóbulo frontal izquierdo con edema vasogénico, efecto de masa, compresión del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo y desplazamiento de la línea media de unos 10 milímetros en probable relación con glioblastoma multiforme.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Casada y con dos hijas.

Etapa del ciclo vital: fase V o de contracción completa. Estilo familiar centrípeto. Test de Apgar: familia normofuncional.

Juicio clínico: Glioblastoma multiforme.

Diagnóstico diferencial: absceso cerebral, hemorragia cerebral, astrocitoma, meningioma, craneofaringioma, adenoma hipofisario, metástasis.

Identificación de problemas: la paciente fue diagnosticada erróneamente de un cuadro depresivo, a pesar de los síntomas de alarma que presentaba.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso en Neurocirugía, que completa estudio con RMN cerebral, confirmándose el diagnóstico de sospecha. Durante el ingreso, se administraron corticoides y furosemida, con estabilización clínica de la paciente.

Evolución: Se plantean posibilidades terapéuticas (incluida intervención quirúrgica) y beneficios/riesgos dadas las características de la lesión, pero la familia prefiere actitud conservadora.

Conclusiones

El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario más frecuente en adultos, con tasas de supervivencia de 3 meses sin tratamiento desde el momento del diagnóstico, y de 1-2 años con el mismo. Destacar que la clínica dominante se explica por la lesión en área frontal izquierda, encargada de la actividad motora y las conductas sociales.

Palabras clave

Glioblastoma, Apatía, Afasia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal y febrícula en mujer de 17 años: a propósito de un caso

Zafra Iglesias L¹, Aparicio Gallardo V¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 17 años que acude a urgencias por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 4 días de evolución. Náuseas sin vómitos. Febrícula de hasta 37,5 °C. Refiere además disuria, aunque lo achaca como típico al final de cada menstruación.

Enfoque individual: Sin alergias.

Antecedentes personales: de infecciones urinarias de repetición. No intervenciones quirúrgicas. Sin tratamiento farmacológico. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y FID. Blumberg positivo. No megalias. Puñopercusión renal derecha positiva. Leve dolor a la movilización cervical y anexial *A la exploración*. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.

Analítica de urgencias con 13000 leucocitos, 83% PMN, actividad protrombina 48%, PCR 313, procalcitonina 10, 5, pH 7, 32, ácido láctico 12, 5, urianálisis con leucocitos ++ y nitritos +. Ecografía abdominal: imagen tubular en FID terminada en fondo de saco ciego sugestiva de apéndice de características normales. Leve cantidad de líquido libre con ecos internos móviles y aumento de atenuación de grasa zonal, inespecíficos. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Estilo familiar centrípeto. Test de Apgar: familia normofuncional.

Juicio clínico: Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda, pielonefritis aguda, endometriosis, embarazo ectópico, enterocolitis, gastroenteritis, diverticulitis.

Identificación de problemas: la paciente retrasó su visita a urgencias por encontrarse de viaje, lo que agravó el cuadro.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Enfermedades Infecciosas ante la sospecha de pielonefritis aguda. Sin embargo, a pesar de antibioterapia empírica, la paciente empeora. Se solicita TAC abdominal, que sigue descartando apendicitis aguda, con persistencia de líquido libre perivesicular, bolsa de Morrison, gotieras paracólicas (fundamentalmente la derecha) y a nivel de pelvis.

Evolución: Ante el empeoramiento clínico, se decide laparoscopia exploradora, evidenciándose cavidad pélvica tapizada por fibrina, con moderada cantidad de material purulento y trompas con cambios secundarios a proceso inflamatorio con características de enfermedad pélvica inflamatoria.

Conclusiones

El dolor abdominal bajo, sordo e intenso y la fiebre son los síntomas más frecuentes de EPI, junto con el dolor a la movilización cervical y anexial *A la exploración*. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Destacar como factores favorecedores la promiscuidad sexual, el DIU, EPI previa, edad joven y manipulación diagnóstica; como factores protectores se encuentran los anticonceptivos orales.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Fiebre, Enfermedad Inflamatoria Pélvica

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, me duelen los hombros

Cueto Camarero M¹, Sánchez Vico A², Beltrán Gallego Á³

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

³ Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en ambos hombros y caderas desde hace 3 meses.

Historia clínica

Paciente de 80 años varón que presenta dolor en ambos hombros y caderas de 3 meses de evolución que no mejora con tratamiento analgésico y que le impide realizar su actividad normal.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias conocidas. Bocio multinodular. Diabetes Mellitus en tratamiento con metformina 850 /8horas e insulina. Presenta dolor en cintura escapular y pélvica que le impide peinarse, levantarse de la silla y caminar tras el reposo desde hace 2 meses. No claudicación mandibular. No cefalea. Afebril. Exploración sin alteaciones. Arterias temporales laten simétricas, no dolorosas. En analítica destaca una VSG de 81 mm/h y una PCR 77 mg/L. TSH, hemograma y bioquímica sin alteraciones. Tensión arterial 130/85.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo con su mujer, sus dos hijos están todos casados y viven en la misma ciudad. Es el cuidador principal de su mujer que padece Alzheimer. Tiene muy buena relación con sus hijos, casi a diario lo visitan. Él se encarta de realizar la

compra y la comida, tienen ayuda a domicilio durante un par de horas al día.

Juicio clínico: Polimiálgia reumática.

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide, osteoartritis, hipotiroidismo, osteoporosis.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento con 15 mg d prednisona durante cuatro semanas, tuvo una buena respuesta clínica pero descompensó su diabetes por lo cual tuvimos que reforzar su tratamiento. Ante la mejoría disminuimos la dosis a 10 mg de prednisona otras cuatro semanas y continuamos disminuyendo paulatinamente sin necesidad de volver a subir al no haber sufrido ninguna recaída.

Evolución: Clínicamente mejoró al iniciar el tratamiento, en la Analítica de control observamos una disminución importante de VSG y PCR. Se derivó el caso a medicina interna para seguimiento.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta el diagnóstico de polimialgia reumática en dolor de hombros en mayores de 50 años. La VSG y la mejoría tras tratamiento con corticoide nos puede ayudar a no demorar el diagnóstico definitivo y comenzar con el tratamiento precozmente.

Palabras clave

Polimialgia Reumática, Corticoides, Dolor

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diplopía en mujer de 43 años: a propósito de un caso

Zafra Iglesias L¹, Aparicio Gallardo V¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Diplopía.

Historia clínica

Mujer de 43 años que acude a consulta por diplopía de dos semanas de evolución. Refiere que lo ha achacado a un mayor estrés laboral, ya que empeoraba con el esfuerzo pero mejoraba con el sueño. Ha decidido acudir a consulta porque su familia ha notado uno de los párpados más caído.

Enfoque individual: Sin alergias.

Antecedentes personales: de síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento: Lorazepam.

Exploración: ptosis palpebral izquierda que se incrementa con el mantenimiento de la mirada hacia arriba. Resto de pares craneales normales. No disfonía. Fuerza muscular conservada simétricamente, sin fatigabilidad a las elevaciones repetidas de miembros superiores. Sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos simétricos. Marcha normal. Romberg negativo activo. No temblor, dismetría ni disdiadococinesia. No signos de patología extrapiramidal. Resto de la exploración por órganos y aparatos normal. Analítica de urgencias normal. Radiografía de tórax y TAC de tórax y cráneo normales. Analítica de planta normal salvo anticuerpos antirreceptores de acetilcolina positivos. Test de tensilón no concluyente. Electromiografía de fibra aislada con incremento del jitter.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Casada y con dos hijos.

Etapa del ciclo vital: fase III o de extensión completa. Estilo familiar centrípeto. Test de Apgar: familia normofuncional.

Juicio clínico: Miastenia gravis ocular.

Diagnóstico diferencial: oftalmoplejía internuclear, Eaton-Lambert, neurastenia, esclerosis múltiple, hipertiroidismo, botulismo, lesión intracraneal ocupante de espacio, fármacos (penicilamina, aminoglucósidos...)

Tratamiento, planes de actuación: La paciente fue derivada al servicio de urgencias. Tras valoración por Oftalmología, se descartó patología ocular y se cursó ingreso en Neurología, donde las pruebas complementarias confirmaron el diagnóstico de miastenia gravis. Se realizó TAC de tórax para descartar timoma/hiperplasia tímica. Se administró Piridostigmina y corticoides a dosis bajas en planta.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente tras el tratamiento administrado, no presentando progresión de la enfermedad.

Conclusiones

A pesar de no estar presente en la paciente, la miastenia gravis se acompaña en un 75% de los casos de alteraciones tímicas y hasta un 10% enfermedades autoinmunes. Los músculos faciales suelen ser los primeros en afectarse, con ptosis y diplopía, debilidad en la masticación, voz nasal, disartria y disfagia, pudiendo generalizarse en un 85% de los casos y afectar a la musculatura de miembros.

Palabras clave

Diplopía, Blefaroptosis, Miastenia Gravis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, las vesículas no se van...

Cueto Camarero M¹, Sánchez Vico A², Beltrán Gallego Á³

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

³ Médico de Familia EBAP. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesiones vesiculosas aisladas en manos, rodillas, codos y cuello.

Historia clínica

Mujer de 36 que consulta por lesiones vesiculosas aisladas en manos, rodillas, codos y cuellos que evolucionan a lesiones hemorrágicas. No historia de diarrea. Intenso prurito. No se alivia con corticoides.

Enfoque individual: mujer de 36 años sin antecedentes de interés. Trabajadora de la industria textil. Presenta desde hace meses lesiones aisladas vesiculosas en manos, rodillas, codos y cuello que evolucionan a lesiones hemorrágicas. No historia de diarrea. Intenso prurito. No alivio con corticoide.

Se solicita analítica con pruebas celiacia, pruebas epicutaneas. Ac (IgA) antigliadina >250 U/mL, anti transglutamisas >250 U/mL, Anti transglutamisas 1.7 U/ml. Pruebas epicutaneas negativo activas.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con un hijo de 5 años. Trabaja en industria textil.

Padres y hermanos viven en la misma ciudad con los que mantiene muy buena relación.

Juicio clínico: Dermatitis Herpetiforme. Enfermedad celiaca.

Diagnóstico diferencial: eccema. Porfiria.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta sin gluten y Dapsona 50 mg /24. El caso fue llevado por dermatología y digestivo.

Evolución: Tras iniciar la dieta sin gluten presenta una mejoría clínica y analítica (Ac antitransglutamisasa IgA 80) a los 3 meses. Se intenta retirar Dapsona pero tiene una nueva recaída por lo que se mantiene. Tiene seguimiento anual en dermatología y digestivo.

Conclusiones

La dermatitis herpetiforme se relaciona en más de un 90% con la enfermedad celiaca. Es una enfermedad muy poco frecuente por lo que dificulta el diagnóstico. Una dieta exenta de gluten mejora la clínica.

Palabras clave

Enfermedad Celiaca, Dermatitis Herpetiforme, Vesículas

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome del Desfiladero Cérvico-Torácico

Morales Viera A¹, Molero del Río M¹, Álvaro Calero A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Coria del Río. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospital.

Motivos de consulta

Edema de partes blandas.

Historia clínica

Enfoque individual: Contraindicación a pregabalina, Migraña y Tratamiento domiciliario: anticonceptivos orales.

Mujer 43 años que desde hace una semana refiere astenia generalizada e inflamación cervical izquierda por lo que acude a su CS. Se deriva a urgencias. Allí se le pauta metilprednisolona ante la sospecha de reacción alérgica a Enantyum que había estado tomando por una lumbalgia, sin embargo a las horas el edema se extiende hacia región pectoral y cara acudiendo de nuevo. La paciente niega en todo momento fiebre, Dolor torácico, Tos, expectoración, ortopnea, síncope u otra sintomatología añadida.

Exploración: Buen estado general. Eupneica. Estable hemodinámicamente. Afebril. Auscultación normal. No focalidad neurológica. Ligeramente edema de partes blandas cervicales y torácicas derechas.

Pruebas

complementarias: Electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica sin hallazgos significativos salvo mínima leucocitosis. Ecografía de hombro izquierdo: signos de TVP de subclavia proximal con importantes cambios del tejido graso de planos profundos y tejido celular subcutáneo. TC con contraste de cuello: extensa celulitis latero cervical izquierda, pared torácica anterior y lateral ipsilateral, con edema muscular-miositis, con derrame pleural de predominio izquierdo. Probable trombosis parcial de vena subclavia izquierda. AngioTC de

tórax: ausencia de signos de tromboembolismo pulmonar.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para las actividades básicas.

Juicio clínico: Trombosis vena subclavia izquierda. Celulitis laterocervical izquierda. Sde desfiladero cervico-torácico.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso con mejoría de edema a nivel de partes blandas, Tumefacción y circulación colateral desde que se inició tratamiento con heparina y antibioterapia.

Evolución: Seguimiento en consultas de enfermedad tromboembólica para estudio decidiéndose anticoagulación permanente. La paciente refiere llevar una vida normal, salvo que nota frialdad, pérdida de fuerza y hormigueo al elevar el miembro superior izquierdo. Dejó el tratamiento teniendo una recidiva. Tras fin de estudio se diagnostica de Síndrome del Desfiladero Cérvico-Torácico siendo valorada por Cirugía Torácica que propone intervención (resección de primera costilla). La paciente se niega y continúa anticoagulada.

Conclusiones

Con en este caso clínico vemos la importancia de la anamnesis y sobre todo en la exploración física de una paciente con mala evolución clínica de una patología. También creemos necesario conocer una patología infrecuente como es este síndrome y la posible clínica que puede dar, trombosis y clínica neurológica en miembros superiores por compresión del plexo braquial.

Palabras clave

Superior Vena Cava Syndrome, Upper Extremity Deep Vein Thrombosis, Edema

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cervicalgia y lumbalgia crónica en mujer de 73 años

Orcera López M¹, Frutos Muñoz L², Lucena León M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cervicalgia y lumbalgia crónica.

Historia clínica

Paciente mujer de 73 años con antecedentes personales de cervicalgia y lumbalgia crónica, trastorno ansioso-depresivo, hipoacusia, litiasis renal recurrente que ha precisado de litotricia en varias ocasiones, infecciones urinarias recurrentes sin respuesta a quimioprofilaxis con distintos tratamientos antibióticos ni a la vacuna prescrita por Urología.

Enfoque individual. Exploración: cuello corto con gran cifosis dorsal, dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical, dorsal y lumbar, limitación a los movimientos del cuello de rotación, flexión y lateralización, contractura muscular en ambos trapecios. No aparece disminución de fuerza ni en miembros superiores ni en inferiores, con reflejos osteotendinosos conservados. Dada la cronicidad y empeoramiento del cuadro se solicita radiografía cervical y lumbar donde es informada por Radiología como Síndrome de Klippel Feil.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, vive sola. Tiene una hija con relación distante que vive en un pueblo cercano. Mala relación con sus vecinos. Por tanto, se trata de una familia monoparental sin parientes próximos, en estadio V o final de contracción del ciclo vital familiar

Juicio clínico: Síndrome de Klippel Feil.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza valoración por Cardiología y Medicina Física y Rehabilitación que descartan anomalía cardíaca y afectación medular o cerebelosa y se intensifica tratamiento analgésico.

Evolución: Buena respuesta con analgésicos de segundo escalón terapéutico y ejercicios de rehabilitación.

Conclusiones

Se desconoce la etiología del síndrome de Klippel Feil, pero se han asociado factores ambientales y genéticos que provocan un defecto en el desarrollo embrionario entre la tercera y octava semanas de gestación, que inducen la falta de segmentación de las metámeras cervicales y, como consecuencia, los cuerpos vertebrales de la columna cervical no se separan y permanecen fusionados. Es común la presencia de alteraciones sistémicas y esqueléticas; entre las más importantes se encuentran: elevación de la escápula, escoliosis, así como malformaciones cardíacas, renales y sordera. Nuestra paciente presenta litiasis renal recurrente de fosfato cálcico apatítico con infecciones urinarias recurrentes, hipoacusia, escoliosis lumbar, fusión de cuerpos vertebrales cervicales. Se descarta la presencia de malformaciones renales y cardíacas mediante pruebas complementarias correspondientes: urografía, ecocardiograma.

Palabras clave

Cervical Vertebrae, Pain, Spinal Column

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, pero si me dijeron que no era importante

Galindo Román I¹, Fernández García P², Navarro Osuna C³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

² FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

³ FEA de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo.

Ámbito del caso

Servicio de urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Historia clínica

Paciente de 83 años de edad que comienza con sensación de palpitaciones bien toleradas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. DM tipo2. Dislipemia. ERC estadio 3 secundaria a nefroangioesclerosis. Wolf Parkinson White sin ablación de la vía accesorio por ausencia de palpitaciones.

Anamnesis: Refiere palpitaciones súbitas de inicio hace dos horas, rápidas, con sensación disneica y angustia.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Ligeramente taquipneica. Tonos arrítmicos, taquicárdicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: ritmo irregular, rápido a 180lpm, QRS ancho y aberrado. Todo ello compatible con FA con RVR preexcitada.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: fibrilación auricular preexcitada. Sd Wolf Parkinson White. Taquicardia ventricular.

Tratamiento, planes de actuación: En área de observación la paciente presenta pérdida de

conciencia con ritmo de fibrilación ventricular, desfibrilándose a una carga de 150 julios. EKG basal: Ritmo sinusal a 70lpm, PR corto a 0, 8 mseg, onda delta positiva en DI y negativo activa en V1, siendo positiva en el resto de precordiales. QT corregido normal. La paciente queda ingresada en UCI bajo tratamiento con propafenona oral 150 mg/12h sin más recurrencias aritmológicas. Tras contactar con unidad de arritmias del hospital de referencia, se decide programar al paciente para estudio electrofisiológico y ablación de la vía accesorio. Tratamiento: Desfibrilación. Propafenona oral. Ablación de vía accesorio.

Evolución: La paciente es valorada posterior al alta, sin complicaciones secundarias al procedimiento y con desaparición de preexcitación en electrocardiograma de control.

Conclusiones

La fibrilación auricular en el contexto de un WPW debe de ser considerada como una urgencia y ser tratada rápidamente. Si no hay inestabilidad hemodinámica el fármaco de elección es la procainamida, si la hubiera, lo indicado es la CVE. Es importante recordar que en una FA conducida por vía accesorio (preexcitación) no se deben administrar frenadores del nodo. Tampoco está indicada la amiodarona. La paciente había rechazado previamente la posibilidad de ablación de la vía accesorio planteada por su MAP precisamente para evitar esta situación ya que presentaba, por la edad, hipertensión arterial, sexo femenino... una alta posibilidad de desarrollar FA.

Palabras clave

Fibrilación Auricular, Preexcitación, Fibrilación Ventricular

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora me ahogo

Gómez Sánchez L¹, Fernández Domínguez M², Pérez Pérez A³

¹ Médico de Familia. CS Los Barrios. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria. Enfoque multidisciplinar.

Juicio clínico: Anillo de Schatzki con impactación alimentaria. Probable esofagitis eosinofílica.

Motivos de consulta

Disfagia y dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, neumotórax, pericarditis.

Historia clínica

Varón de 54 años que acude a su CS por disfagia y dolor en epigastrio.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la persistencia de la sintomatología se administra 3 puff de nitroglicerina sublingual sin mejoría. Se envía a Urgencias Hospitalarias para valoración, donde le realizan analítica con enzimas cardiacas negativo activas, glucosa 89 mg/dl, creatinina 0.90 mg/dl sodio 139 mmol/L, potasio 3.5 mmol/L, PCR < 2.9mg/L, Hb 15.4 gr/dL hematocrito 46.3 VCM 92.9 fl leucocitos $11.3 \times 10^9/l$ neutrofilos $7.8 \times 10^9/l$ eosinofilos $0.3 \times 10^9/l$ linfocitos $2.2 \times 10^9/l$ plaquetas $181 \times 10^9/l$). Se añade pantoprazol y primperam iv con discreta mejoría.

Enfoque individual. Antecedentes personales: reflujo esofágico sin tratamiento. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: disfagia y dolor epigástrico de 3 horas de evolución como "si le apretaran" con náuseas que comenzó después de comer y en reposo, no irradiado. No otra clínica acompañante.

Evolución: Permanece la clínica con mejoría parcial, por lo que se ingresa en Medicina Interna con posterior gastroscopia con biopsias: Anillo de Schatzki con impactación de bolo alimenticio por probable esofagitis eosinofílica. Al alta se pauta omeprazol 20 mg/12 horas. Se controlan de los síntomas y realiza el seguimiento su médico de familia para evitar posibles complicaciones.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado y colaborador, normocoloreado, nomohidratado y eupneico. Auscultación cardio-pulmonar rítmico sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible con dolor a la palpación profunda en epigastrio, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal negativo activa. Extremidades: No edemas. Pulsos distales conservados.

Conclusiones

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad cada vez más reconocida para el médico de familia, por lo que debe realizar adecuada anamnesis, usar herramientas diagnósticas disponibles en el CS y poder descartar causas vitales. Se debe conocer esta entidad y su manejo adecuado.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal 54 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: no signos de condensación, no alteraciones diafragmáticas. No masas.

Enfoque familiar y comunitario: Casado y buen apoyo familiar. Nivel socio cultural medio

Palabras clave

Disfagia, Anillo Schatzki

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El héroe contra el aburrimiento

Oliva Márquez M¹, Bohórquez Hermoso L², García Fraile M¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Alteración del nivel de conciencia.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias a medicamentos conocidas. Rinitis alérgica. No antecedentes quirúrgicos. Hábitos tóxicos: fumador de 10 paquetes/año. Bebedor social. Se desconoce consumo de otras sustancias. No realiza tratamiento habitual.

Anamnesis: Varón de 27 años que es encontrado inconsciente en la vía pública tras la llamada de sus amigos al Servicio de Urgencias. Es trasladado al Hospital. A su llegada el paciente se encuentra con mal estado general y 10 puntos en la escala de Glasgow. Se habla con los padres para obtener más información. Nos cuentan que había pasado la noche de fiesta con unos amigos, pero no sabían que había podido ocurrir. Posteriormente se consigue interrogar a los amigos, los cuáles nos indican que ha consumido alcohol y una droga que no saben precisar. Nos entregan un frasco opaco y vacío con una etiqueta dónde aparece: "BOTEMAN, el héroe contra el aburrimiento". Tras su exploración se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Exploración: Inconsciente con tendencia a la agitación, pupilas midriáticas normorreactivas. Hemodinámicamente estable: Tensión arterial 120/60mmHg, frecuencia cardíaca 100lpm. Perfusión conservada. Abdomen normal. Miembros normales. No se observan lesiones.

Pruebas complementarias: Análisis sangre: Hemograma con las tres series normales. Bioquímica con función renal, iones, transaminasas, bilirrubina y función pancreática normales. Gasometría rigurosamente normal incluidas meta y carboxihemoglobina. Coagulación normal. Análisis tóxicos en orina: positivo cocaína. Electrocardiograma: ritmo sinusal 85lpm. PR normal. QRS estrecho. No alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax sin hallazgos. TAC de cráneo sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: No deterioro cognitivo previo. Es hijo único y vive con sus padres, los cuáles le mantienen económicamente.

Juicio clínico: Intoxicación con gamma-butirolactona (GBL), cocaína y alcohol.

Diagnóstico diferencial: Otras drogas. Procesos orgánicos (infecciosos, traumáticos, metabólicos...). Procesos psíquicos.

Tratamiento, planes de actuación: Ventilación mecánica invasiva. Lavado gástrico + carbón activado. Perfusión con azul de metileno y vitamina C. Se envía frasco a Toxicología.

Evolución: Evoluciona favorablemente recuperando el nivel de conciencia previo.

Conclusiones

A la hora de realizar un buen diagnóstico y tratamiento nunca debemos olvidar que el entorno del paciente nos puede ofrecer información de gran importancia.

Palabras clave

Drugs, Butyrolactone, Toxic

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El origen de un vértigo

Beltrán Gallego Á¹, Cueto Camarero M², Sánchez Vico A¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

² Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria, urgencias y atención especializada.

Motivos de consulta

Cuadro de mareo, tipo vértigo, de varios días de evolución.

Historia clínica

Acude a consulta de AP con mareo con giro de objetos a la movilización cervical y náuseas de varios días. Por no mejoría con tratamiento indicado desde AP, acudió en varias ocasiones a urgencias hospitalarias, modificando tratamiento sin haber mejoría y con empeoramiento de síntomas, por lo que la paciente es ingresada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: depresión, ERGE, artrosis de manos. La paciente refiere cuadro de mareo con giro de objetos y sensación nauseosa a la movilización. La *Exploración neurológica* sin focalidad. Auscultación C-R normal. Constantes normales.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es viuda y vive sola. Es independiente para todas las actividades de la vida diaria. Tiene más hijos/as, pero guarda mayor relación con una hija que vive en el mismo municipio.

Juicio clínico: Hidrocefalia 2^a a obstrucción en zona pineal con colocación de derivación. Metástasis pineal de carcinoma pulmonar estadio IV.

Diagnóstico diferencial: síndrome de Ménière, neuritis vestibular, VPB, vértigos vasculares, síndromes vertiginosos centrales.

Tratamiento, planes de actuación: Desde AP y urgencias se indica tratamiento con sulpiride, betahistina y metoclopramida oral.

Evolución: Por mala respuesta al tratamiento, tras varias consultas por urgencias hospitalarias, en estudio con TAC craneal se diagnosticó de tumor pineal e hidrocefalia. Se hizo derivación ventricular y se dejó ingresada. Se decide realizar ventriculostomía y biopsia de la lesión. Se retira drenaje, en TAC de control hay resolución de hidrocefalia. A los pocos días comienza con vómitos, cefalea, sensación de mareo, dolor en HD y se solicita TAC toraco-abdominal. El resultado de la biopsia es compatible con metástasis de carcinoma pulmonar indiferenciado. En el TAC se aprecia masa pulmonar en LID. Pendiente de estudio por parte de oncología para posible tratamiento con RT, de nuevo empeoramiento, con cefalea, vómitos y diplopía. En nuevo TAC craneal aparece hemorragia con dilatación del cuarto ventrículo. Se desestima tratamiento neuroquirúrgico y se mantiene tratamiento sintomático.

Conclusiones

Destacar lo amplio en diagnósticos que puede ser el mareo como síntoma y la dificultad que conlleva para el Diagnóstico final de la patología que causa ese síntoma.

Palabras clave

Vértigo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mediastinitis necrotizante por absceso amigdalino

Ríos Carrasco M¹, Narváez Martín A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre de hasta 39.5°C de 4 días de evolución y odinofagia.

Historia clínica

Mujer de 57 años que acude por presenta odinofagia de 4 días de evolución, fiebre de hasta 39.5°C que cede parcialmente con antitérmicos, desde el cuarto día empeoramiento con disfonía, malestar general, inflamación laterocervical derecha y dolor costal bilateral.

Enfoque individual: no antecedentes personales de interés. Constantes bien, temperatura 38.2°C, decaimiento, consciente, orientada, colaboradora.

Auscultación cardiorrespiratoria: disminución generalizada de murmullo vesicular. Orofaringe con hipertrofia amigdalina, exudativo amigdalina derecho y ligera desviación de úvula, ingurgitación yugular a 45°. Electrocardiograma: extrasístoles ventriculares aislada, sin otros hallazgos. Analítica: leucocitosis leve con neutrofilia ascendente, proteína C reactiva 389.9mg/L, pro-Péptido natriurético cerebral 3283 pg/mL, insuficiencia renal aguda. Radiografía (Rx) de tórax: derrame pleural bilateral. Ecografía de miembros inferiores y gammagrafía pulmonar sin datos de trombosis. Ecocardiografía: pleuropericarditis aguda. Hemocultivos: empiema. TAC de cuello-tórax: absceso parafaríngeo derecho, que drena a mediastino anterior y posterior, receso cardiofrénico y receso traqueoesofágico, con empiemas pleurales bilaterales.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido y una hija de 27 años, buen ambiente familiar, en un pueblo. Ayudada por ellos y sus dos hermanas que viven en el mismo pueblo.

Juicio clínico: mediastinitis necrotizante.

Diagnóstico diferencial: enfermedad sistémica, sepsis, neoplasia pulmonar, infección por pneumococo o klebsiella.

Tratamiento, planes de actuación: Antibioterapia y corticoides intravenosos, cirugía con toracocentesis evacuadora, colocación de tubos en tórax, toracotomía lateral derecha y traqueotomía.

Evolución: La paciente permaneció ingresada durante 42 días, realizándose analíticas, TAC y RX de control, con buena evolución (reexpansión del pulmón derecho tras drenaje de 3000ml de líquido seroso y resolución de neumotórax, afebril, con retirada de cánula y pequeño derrame pleural derecho) e inicio de tolerancia oral.

Conclusiones

La mediastinitis necrotizante es poco frecuente, desencadenada por la formación de un absceso en región bucofaríngea por infección amigdalina o dental, que se extiende hacia mediastino, dado la comunicación anatómica existente con éste. Es un cuadro clínico grave, con elevada mortalidad a pesar de tratamiento antibiótico intravenoso, suele requerir cirugía con toracotomía cervical. Importante realizar pruebas complementarias, entre ellas, TAC de tórax.

Palabras clave

Descending Necrotizing Mediastinitis, Peritonsillar Abscess

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Un caso de dolor costal: carcinoma pulmonar

López Cordero E¹, Caballero Morgado J², Ambrona García E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS Lepe. Huelva

Ámbito del caso

Mixto: Atención Primaria, Urgencias y Atención Especializada.

Motivos de consulta

Dolor dorsolumbar.

Historia clínica

Acude a Urgencias del Hospital, derivado desde Urgencias del CS, por dolor dorsolumbar de 2 meses de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón de 45 años, no alergias medicamentosas, sin antecedentes médicos de interés. Procedente de Marruecos. Es fumador de un paquete al día desde hace 20 años (fumador de 20 paquetes/año, sin otros factores de riesgo cardiovascular).

Anamnesis: Acude refiriéndonos que presenta dolor dorsolumbar derecho desde hace dos meses, de forma intermitente y con crisis de dolor intenso, que aumenta con los movimientos. No refiere traumatismos, aunque sí esfuerzos en su trabajo en el campo. En tratamiento con paracetamol, oxicodona/naloxona y diazepam, que alivia parcialmente el dolor. Solicitó asistencia en el CS en varias ocasiones en los días previos, teniendo que administrarse medicación intramuscular e intravenosa.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado y colaborador, buena perfusión e hidratación. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Buen murmullo vesicular. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Con limitación funcional para movimientos de dorsiflexión de región dorsal por dolor. No apofisalgia, sin dolor a la palpación de musculatura paravertebral dorsolumbar. Lasegue y Bragard negativo activos.

Pruebas complementarias: Analítica normal. Radiografía de tórax: dudosa imagen nodular en lóbulo superior derecho. Resto sin alteraciones. Radiografía de columna dorsolumbar y parrilla costal: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, vive con su esposa.

Juicio clínico: dolor dorsolumbar a estudio.

Diagnóstico diferencial: tromboembolia pulmonar, neoplasia pulmonar, nódulo pulmonar solitario, dolor osteomuscular.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Medicina Interna para estudio y control del dolor.

Evolución: Durante su ingreso se realizó analítica, que fue normal, con TAC toracoabdominal: masa pulmonar de bordes algo lobulados que contacta con pleura posterior del lóbulo superior derecho. Lesión focal adrenal de grandes dimensiones, compatible con metástasis adrenal. Neoplasia pulmonar primaria como primera posibilidad diagnóstica. Actualmente se encuentra ingresado, con diagnóstico de carcinoma pulmonar con metástasis suprarrenal derecha y metástasis cerebral supratentorial, pendiente de histología.

Conclusiones

Es muy importante realizar en Atención Primaria una exhaustiva anamnesis, una completa exploración física y pedir pruebas complementarias. Ante un dolor de perfil osteomuscular, que no cede con analgésicos, es imprescindible la filiación del dolor, para llegar a un diagnóstico certero.

Palabras clave

Thoracolumbar Pain, Lung Cancer, Adult

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Vengo por sospecha de apendicitis!

Rodríguez Vázquez A¹, Álvaro Calero A², Toledo García D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Coria del Río. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor de abdomen.

Historia clínica

Paciente de 41 años que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen derecho desde hace 3 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NRAMC. Fumador de 1 paq/día, sin otros FRCV. En tratamiento con Escitalopram ½ comp/día. Refiere dolor en hemiabdomen derecho, focalizado en fosa ilíaca derecha con síndrome miccional consistente en polaquiuria y disuria de 3 días de evolución. Afebril.

A la exploración, presentaba aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Funciones superiores conservadas. Auscultación cardiorrespiatoria con tonos rítmicos a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, Blumberg positivo. RHA presentes. Puño percusión renal bilateral negativo activo. Dolor en el trayecto ureteral derecho hasta hipogastrio. MMII: pulsos femorales simétricos.

HG: serie roja normal. Serie blanca con discreta leucocitos a expensas de neutrófilos. Bioquímica con creatinina 1.3. Resto normal. Plaquetas en rango. EO: 500 Leucocitos. Resto negativo activo. Rx abdomen: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario:

Antecedentes familiares: niega antecedentes familiares medicoquirúrgicos relevantes.

Juicio clínico: apendicitis.

Diagnóstico diferencial: cólico renoureteral. Infección del tracto urinario. Diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra Ketorolaco 30 mg + Ranitidina 50 mg IV + Diazepam 5 mg IM. Ante ausencia de mejoría, Petidina 50 mg SC. Tras interconsulta con Cirugía, se solicita ecografía abdominal en la que se encuentran riñones en herradura con leve dilatación pielocalicial derecha. Imagen compatible con litiasis de 6 mm en uréter derecho proximal. No se puede visualizar apéndice cecal dado superposición del riñón derecho, como variante anatómica. El dolor cede. Alta con Ciprofloxacino, analgesia y cita con urología de zona.

Evolución: Acude al día siguiente por persistencia del dolor. Se repite la analítica, en la que persiste la leucocitos. Creatinina en descenso. Afebril. Pasa a observación para control del dolor y nueva ecografía en la que se evidencia una ureterohidronefrosis leve del riñón derecho. Tras control del dolor, se procede a alta, añadiendo al tratamiento: Tamsulosina 1 comp al día. Cita con urología con carácter preferente.

Conclusiones

Importancia del diagnóstico diferencial del dolor abdominal y de la precocidad de actuación en patologías tiempo-dependientes. El paciente pasó un gran número de horas en urgencias para valoración por urología y cirugía.

Palabras clave

Renal colic, Apendicitis, Dysuria

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Polineuropatía diabética?

Martínez Fernández M¹, Lozano Prieto P², Cárdenas De la Rosa F³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

³ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente diabético de 64 años que acude a consulta de atención primaria por parestesias en guante y calcetín junto con alteraciones en los controles del nivel glucemia.

Historia clínica

Paciente con mal control glucémico que se queja de hormigueos en manos y pies.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo LADA en tratamiento con insulino terapia, Carcinoma de próstata con metástasis óseas en tratamiento con bloqueo androgénico completo y quimioterapia (docetaxel).

Anamnesis: Paciente de 64 años diabético mal controlado que acude a consulta por parestesias continuas en manos y pies desde hace unos meses sin variación durante el día que comenzaron en la zona distal. Se encuentra en el tercer ciclo de docetaxel y refiere no haber tenido esta clínica hasta entonces.

Exploración: A la exploración con el diapasón se aprecia déficit sensitivo en pie y mano izquierda con disminución en la percepción de la vibración y temperatura. No se aprecia pérdida de fuerza. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Maniobras de Tinnel y Phalen negativo activas.

Pruebas complementarias: Analítica: Destaca mal control glucémico. Glucemia 258 mg/dl, HbA1c 8, 6%, PSA 0, 59. Electromiograma por sospecha de polineuropatía diabética: compatible con afectación polineuropática

sensitivo-motora de predominio distal y de características desmielinizantes.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, jubilado, con dos hijos, en fase del nido vacío. Con cuidado de anciano en domicilio durante 6 meses al año.

Juicio clínico: Polineuropatía sensitivo-motora distal desmielinizante no compatible con neuropatía diabética.

Diagnóstico diferencial: Un paciente con la clínica descrita nos hace pensar en una polineuropatía. Dado los antecedentes de diabetes mal controlada, en primer lugar debemos descartar que esta sea su causa, siendo el electromiograma el gold standar para diagnosticarla. En nuestro caso se descartó esa causa y se consideró toxicidad asociada al docetaxel. Pendiente de valoración por su oncólogo.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de valoración por su oncólogo.

Evolución: Continúa con parestesias.

Conclusiones

Se valora la importancia de tener en cuenta varios diagnósticos diferenciales y no pensar sólo en las complicaciones más frecuentes que conllevan tener las cifras de glucemia mal controladas en el paciente diabético. Es importante valorar el entorno del paciente y englobar sus antecedentes personales así como fijarnos en su tratamiento actual y conocer las posibles reacciones adversas más frecuentes para realizar un correcto diagnóstico.

Palabras clave

Polineuropatía, Diabetes Mellitus, Docetaxel

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Paciente con resistencia a iniciar tratamiento oral de su Diabetes

Cárdenas De la Rosa F¹, Martínez Fernández M², Rueda Rojas M³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

³ Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 71 años, con dolor en talón derecho. Revisando su historia clínica cifras elevadas de glucemia.

Historia clínica

Paciente que no conocemos (reparto por vacaciones), cifras de glucemia elevadas que controla con ejercicio, se insiste en que no parece suficiente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, Hepatitis B, DM tipo 2, Tumor vesical intervenido

Anamnesis: Paciente con talalgia y cifras elevadas de glucemia, reticente a actitud terapéutica salvo ejercicio. Se exploran sus creencias. Analítica: HbA1c de 8.7%, aunque ofrece resistencia a tratamiento oral finalmente acepta.

Exploración: consciente y orientado, auscultación cardiorrespiratoria normal, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias: Primera analítica: HbA1c: 8, 7%, durante 2 años glicada alrededor de 6.5%. En Abril 2018 elevación de glucemias, dolor abdominal y leve pérdida de peso.

Enfoque familiar y comunitario: Actualmente en fase de nido vacío, siempre acude con su esposa, que ayuda a vencer las resistencias del paciente.

Juicio clínico: DM2 mal controlada, resistencias del paciente, dolor abdominal, carcinoma de cabeza pancreático.

Diagnóstico diferencial: Falta de cumplimiento terapéutico, dolor abdominal, patología pancreática, neoplasia.

Identificación de problemas: DM2 mal controlada, resistencia del paciente, dolor abdominal, pérdida de peso.

Tratamiento, planes de actuación: educación en diabetes, Metformina 850 mg, Sitagliptina 50 mg y Simvastatina. En Abril 2018 elevación de glucemias y Ca 19.9: se cambia Sitagliptina por Insulina.

Evolución: En Abril 2018 presenta elevación de glucemias desde hace un mes, molestias abdominales, estreñimiento y leve pérdida de peso. Exploración normal. Se solicita analítica: HbA1c 7, 4% y Ca 19.9: 155. Derivación a Digestivo preferente, endoscopia, colonoscopia y TAC sin alteraciones pero el paciente no mejora. En última visita no se encuentra mejor, ictericia franca, se solicita analítica. Esa tarde salta la alarma del laboratorio por valores de Bilirrubina de 5. Ingresado en Medicina Interna se practica Colangio-Rm: neoformación pancreática. Se le realiza intervención quirúrgica.

Conclusiones

Valorar al paciente en su conjunto y hacer captación activa cuando acude por cualquier motivo de consulta. Ayudar al paciente a vencer posibles resistencias, creencias, sobre su patología. Destacar la importancia del seguimiento de los pacientes, del control evolutivo de las patologías crónicas y de la alteración de las mismas de forma aguda.

Palabras clave

DM, Cancer Pancreas

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Patología respiratoria en el paciente joven. Diagnóstico diferencial

García Victori C¹, Peña Pinto M², Carrey Doblas E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea, fiebre.

Historia clínica

Varón de 34 años que acude a Urgencias hospitalarias por disnea, tos y febrícula. Ha realizado dos ciclos de antibioterapia con amoxicilina/clavulánico, sin mejoría.

Enfoque individual. Antecedentes personales: asma bronquial en la infancia, no hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas. Sin tratamiento habitual.

Anamnesis: Varón de 34 años que acude a Urgencias hospitalarias por cuadro de dos semanas de evolución consistente en tos con expectoración mucosa no purulenta y febrícula. El paciente refiere además astenia y discreta disnea, que se intensifica con los esfuerzos.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: disminución de MV en base izquierda, sibilantes bibasales. TA: 180/100 mmHg, FC: 90 lat/min. Sat O₂: 91%

Pruebas complementarias: Control analítico con hemograma, bioquímica, Gasometría y coagulación sin hallazgos salvo PCR 19.8. ECG: Ritmo sinusal a 95 lpm, sin alteraciones de la repolarización agudas. Rx tórax, engrosamiento de ambos hilos pulmonares, sin imágenes que sugieran condensación ni neumotórax. TAC tórax: múltiples adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas sin alteraciones parenquimatosas ni pleurales.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, sin hijos, trabajador en astillero desde hace 10 años.

Juicio clínico: sarcoidosis.

Diagnóstico diferencial: síndrome linfoproliferativo, Tuberculosis.

Identificación de problemas: El paciente presenta evolución tórpida, Manteniendo saturaciones en torno 92% a pesar de oxigenoterapia y aerosolterapia. Se corrigen cifras TA tras administrar furosemida. Se realiza TAC tórax, detectándose múltiples adenopatías mediastínicas. Se cursa ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Durante su ingreso se realiza estudio incluida toracoscopia por mínimo acceso con toma de biopsia ganglionar donde se confirmó el diagnóstico de sarcoidosis. Se inició tratamiento con corticoides (prednisona).

Evolución: Buena evolución clínica con el tratamiento pautado. Se repitió la radiografía de tórax a los 6 meses evidenciándose mejoría radiológica.

Conclusiones

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. El pronóstico de la enfermedad depende mucho de la forma clínica y la rapidez del diagnóstico. En nuestro caso el paciente solo presentaba afectación pulmonar al diagnóstico y tuvo muy buena respuesta al tratamiento por lo que su pronóstico será presumiblemente favorable con altas posibilidades de remisión. La radiografía de tórax está alterada hasta en el 90% de los pacientes, por lo que resulta fundamental realizar una lectura e interpretación correcta de las pruebas de imagen, evitando que pasen desapercibidos estos casos dada la importancia de un diagnóstico precoz.

Palabras clave

Dyspnea, Sarcoidosis, Lymphadenopathy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Persiste la cefalea

Rodríguez Vázquez A¹, Martínez Díaz J², Codina Lanaspá A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. UGC La Candelaria. Sevilla

³ Médico de Familia. UGC La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea persistente.

Historia clínica

Paciente de 20 años con antecedentes de migraña en seguimiento durante un mes en consultas de atención primaria por aumento de su cefalea basal en cuanto a intensidad y frecuencia. De carácter pulsátil. Sin síntomas visuales ni desencadenante. Refractaria a toma de Naproxeno.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NRAMC. Obesidad. No hábitos tóxicos. Migraña. Toma ACHO desde hace 1 año.

Exploración: EN: PIRLA. MOEC. Sin nistagmus. Pares craneales sin alteraciones. Campimetría por confrontación normal. Fuerza y sensibilidad y marcha normal. Signos meníngeos negativo activos.

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC. Abdomen: blando y depresible no doloroso. EEII: sin edemas ni otras alteraciones. PPCC en urgencias: TA: 140/55 100 spm. Analítica: serie roja, blanca y plaquetas en rango. BQ normal. TAC de cráneo: sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: presión de cierre 18 mmHG. Muestras para BQ, serología y microbiología. AV OD: 1 OI: 1 DEPAR BMN sin alteraciones. FO: edema de papila bilateral.

Enfoque familiar y comunitario: Niega antecedentes familiares medicoquirúrgicos relevantes.

Juicio clínico: Migraña.

Diagnóstico diferencial: Migraña. LOE. Arteritis de la temporal. Meningismo. Hipertensión intracraneal idiopática.

Tratamiento, planes de actuación: Amitriptilina 25 mg 1 comp/día. Revisión en 15 días.

Evolución: Persistencia de la cefalea más mareos, dolor en zona occipital y trapecio. Relacionamos con inicio de Amitriptilina, que suspendemos. Añadimos Diazepam. Revisión en 15 días. Acude a urgencias por intensificación de cefalea, náuseas, fotobia y visión borrosa del ojo izquierdo. Le despierta por la noche. Tras pruebas complementarias se diagnostica de Hipertensión intracraneal idiopática. Se cita en consultas de Neurología tras angio RM. Iniciar Acetazolamida 250 mg cada 8 horas y suspender ACHO. A los 5 días acudea urgencias por persistencia del dolor. Neurología intensifica el tratamiento de Acetozamida.

Conclusiones

Desde AP se realizó correcta anamnesis y seguimiento estrecho para comprobar efectividad de medicación y/o aparición de datos de alarma (aumento de la frecuencia, pérdida de coordinación, despertar, edema de papila, crisis de HTA..). No se hizo FO, analítica y fallamos en el diagnóstico diferencial. Dado que la HTIC idiopática constituye una causa infrecuente de cefalea y que afecta generalmente a mujeres jóvenes con sobrepeso, deberíamos haberlo incluido en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Woman, Headache, Obesity

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Un caso de hipotiroidismo clínico severo

López Cordero E¹, Miguel Moreno M², Ambrona García E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Acude a Urgencias del Hospital, derivada desde consulta de Atención Primaria por malestar general y debilidad generalizada, de dos meses de evolución, progresiva.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

Hipertensión. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Anemia ferropénica. Cáncer de mama, dada de alta del servicio de Oncología hace dos meses. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Tratamiento habitual: simvastatina 20 mg/24h, metformina 1g/sitagliptina 50 mg/12h, irbesartan 300 mg/hidroclorotiazida 25mg/24h, hierro 800 mg/24h.

Anamnesis: paciente de 73 años, acude acompañada de un familiar, refiriéndonos disminución de fuerza de ambas piernas, con decaimiento, astenia intensa y progresiva, desde hace dos meses. Recientemente empezó con habla enlentecida, mareos y dificultad para mantener la bipedestación.

Exploración: bien hidratada y perfundida, palidez mucocutánea. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. Buen murmullo vesicular. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. *Exploración neurológica:* Con tendencia al sueño, bradipsiquia. Pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores. Inspección y palpación de tiroides normal.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma con Hemoglobina 9, 9 g/dL,

Hematocrito 30,7%. Coagulación normal. Bioquímica: glucosa 222 mg/dL, tiroxina < 0, 02 ng/dL, resto sin alteraciones. ζ Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su hija. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: hipotiroidismo clínico.

Diagnóstico diferencial: anemia, síndrome ansioso-depresivo, descompensación diabética.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó a su Médico de Atención Primaria.

Evolución: Mejoró su sintomatología considerablemente después de dos semanas de tratamiento con levotiroxina. Se solicitó una analítica completa, detectándose tirotrópina >100 UI/ml, con tiroxina 0, 03 ng/dL, con anticuerpos antiperoxidasa elevados y ecografía tiroidea normal, considerándose el diagnóstico de Tiroiditis de Hashimoto. Actualmente se encuentra con un buen control tiroideo y asintomática, en tratamiento con levotiroxina 125 mcg/24h.

Conclusiones

El hipotiroidismo primario es la forma más frecuente de hipotiroidismo, afecta al 1-3% de la población general, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Es importante en Atención Primaria tener en cuenta la posibilidad de disfunción tiroidea ante un caso de astenia.

Palabras clave

Hypothyroidism, Asthenia, Adult

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Descubrimiento Casual de Metástasis Ósea

Portillo Guerrero M, Velasco Doña E, Moreno Sánchez J

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

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención Hospitalaria: Digestivo, Oncología.

Motivos de consulta

Lumbalgia que no cede con tratamiento analgésico.

Historia clínica

Dolor lumbar que actualmente no remite ante ningún tratamiento impuesto, que comienza con ictericia de origen desconocido y se procede a investigación sobre su origen.

Enfoque individual: paciente de 53 años con antecedentes de Padre con CA Colon con 56 años, hepatopatía crónica etílica, VHC y en estudio por lumbalgia que no cede con tratamiento. Acude a consulta de atención Primaria para revisión de su dolor lumbar y se le aprecia tinte icterico, por lo que se realiza analítica con resultado significativo de elevación de bilirrubina, GGT y transaminasas. En seguimiento por digestivo por hepatopatía, por lo que se deriva nuevamente para nueva revisión ecográfica sospechando posible hepatocarcinoma o Loes, ya que la clínica colestásica era inexistente. Se suspende hábito etílico y ggt y transaminasas disminuyen sensiblemente, nueva analítica con VHC en replicación y elevación de CEA y AFP. Tras ello lo primero consistió en repetición de ecografía abdominal para contrastar con el último control, y descartar de la misma manera las causas más factibles y frecuentes, con resultado de hepatopatía crónica con hipertensión portal. Analítica Marzo: Bilirrubina total 4.2, BD 1.4, GGT 1020, GOT 185, GPT 69. Analítica Mayo: BT 3.1, BD 1.1, GGT 668, GOT 125, GPT 61,

Ceruloplasmina y alfa-1 normales. CEA 13, AFP 10.9, CA 125 y Ca 19.9 normales. ARN VHC 636568 con resto serología normal. TAC abdomen-pelvis: Desestructuración y lisis ósea de L3 con invasión del canal vertebral sugestiva neoplásica. Gastroscopia y colono normales. TAC tórax: masa en LSI de 32x38x56 mm con adenopatía prevascular de 0.8 mm. Biopsia: tumor no microcitico de Pulmón T2 N1 M1.

Enfoque familiar y comunitario: Padre con CA Colon con 56 años.

Juicio clínico: Tumor pulmonar con metástasis óseas. Hepatocarcinoma, Colelitiasis, Tumor Colon.

Tratamiento, planes de actuación: Actualmente en tratamiento Quimioterápico.

Evolución: Sin cambios en el estado actual.

Conclusiones

En la asistencia diaria observamos multitud de síntomas que no tienen correlación entre si la mayoría de veces, pero debemos estar atentos para cuando así sea como en este caso, ya que la manifestación única en un principio era dolor lumbar. Si no se hubiese realizado marcadores tumorales por los antecedentes del paciente probablemente no se habría llegado al diagnóstico. La sociedad actual que consulta constantemente dificulta enormemente esta tarea ya que en ocasiones nos hace dudar y ello conlleva a una medicina defensiva para evitar errores, por síntomas sin importancia.

Palabras clave

Lumbalgia, Ictericia, Pulmón

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Debut diabético asintomático

Merino Jiménez M¹, Vidal Adan J², Marmol Vidal M³

¹ Médico de Familia SCCU. Complejo Hospitalario de Jaén

² Enfermero de Familia. CS Úbeda Este. Jaén

³ Enfermera de Familia.

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta asintomático, derivado desde mutua, tras control de salud laboral. En el informe aparecen cifras altas de glucemia, colesterol, transaminasas.

Historia clínica

Hombre de 47 años. Fumador 6 cigarrillos/día. Asintomático. Derivado por resultados analíticos alterados.

Enfoque individual. No antecedentes personales previos al examen de salud laboral.

Antecedentes familiares: madre diabética e hipertensa, padre hiperuricemia, hipertensión, obesidad.

Exploración Física: Cavidad oral: piezas cariadas, y otras ausentes. Auscultación cardiopulmonar normal. Pulsos y sensibilidad en miembros inferiores conservada. Cifras tensionales: 140/80 mmHg. Peso: 82Kg. Talla 174 cm. IMC: 27.084.

Pruebas complementarias: ECG ritmo sinusal a 60 lpm no alteraciones repolarización, y espirometría normal. Se realiza glucemia: 384g/dL, por lo que se pauta insulina rápida. Analítica: Glucosa 305mg/dL, ácido úrico 8mg/dL, colesterol 447mg/dL, HDL 59MG/DL, triglicéridos 912, LDL no calculable. Microalbuminuria /orina 51mg/dL. Hemoglobina glicosilada 9,9 %, El riesgo coronario (Framingham) es de 19%. Se ajusta el tratamiento: enalapril 20mg /hidroclorotiazida 25mg por la mañana, Metformina 850mg /8 horas, atorvastatina 80mg por la noche. Se remite a retinografía.

Enfoque familiar y comunitario: Vida sedentaria. Pertenece a familia nuclear en fase IV ó de contracción. Normofuncionante (según test de APGAR). HTA de inicio reciente sin complicaciones asociadas.

Juicio clínico: Diabetes Mellitus.

Tratamiento, planes de actuación: Valorado por Servicio Endocrinología, que mantiene tratamiento.

Evolución: Retinografía normal. Ha cambiado sus hábitos de vida, hace deporte moderado al menos 3 días en semana y una dieta más equilibrada. El riesgo cardiovascular ha disminuido a un 8%. Analítica de control aparece mejor control de lípidos, HbA1c en 4.6%, riesgo cardiovascular 6%. Pese a un buen control metabólico al realizar retinografía a los 2 años del diagnóstico, se observa retinopatía diabética por lo que es derivado a Oftalmología donde se trata isquemia perimacular con láser de Argon. Actualmente sigue sus revisiones en Atención Primaria según programa de Diabetes y en Oftalmología de forma periódica, permaneciendo estable con buen control.

Conclusiones

La diabetes es una enfermedad muy prevalente, complicaciones frecuentes y comorbilidades asociadas. La realización de cribado de diabetes mellitus es importante para diagnosticar pacientes asintomáticos pudiendo realizar así un tratamiento y seguimiento adecuado desde nuestras consultas de A. Primaria, disminuyendo su RCV.

Palabras clave

Diabetes Mellitus

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diagnóstico diferencial de crisis convulsivas en atención primaria

Luque Barberán T, Cossi Torrejón J, Narváez Gómez L

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

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Mujer de 34 años que acude a consulta de atención primaria de urgencias por clínica de temblores y notar rigidez en miembros superiores, dos días previos desencadenante estresante.

Historia clínica

No pérdida de conocimiento en ningún momento, no relajación de esfínteres. Estando en consulta sufre un cuadro convulsivo tónico generalizado, por lo que tras estabilizarla se envía en ambulancia al servicio de urgencias hospitalaria.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. En seguimiento por psiquiatría hace seis años por trastorno de ira. Abandonó el tratamiento con Pregabalina y Topiramato por intolerancia al mismo. En seguimiento por Neurología por migraña sin aura.

Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar sin patologías. Abdomen: blando, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. Neurológica mente: consciente y orientada en tiempo y espacio, cierta tendencia al sueño. Pupilas isocóricas normorreactivas, no alteraciones de pares craneales. Balance muscular en miembros superiores cuatro/cinco probablemente como consecuencia de la abundante medicación sedante. Miembros inferiores sin alteración de la fuerza motora. No alteración de la sensibilidad algésica ni vibratoria. Reflejo cutáneo plantar Flexor. Dismetría y marcha no valorables. Hemograma, coagulación y bioquímica dentro de rangos

normales todos los valores. Triaje de tóxicos en orina: positivo para benzodiazepinas, resto negativo activo.

Enfoque familiar y comunitario: Es muy importante desde atención primaria realizar una buena anamnesis para poder realizar a posteriori las derivaciones oportunas.

Juicio clínico: trastorno conversivo reactivo.

Diagnóstico diferencial: crisis convulsivas, intoxicación medicamentosa, Ictus isquémico.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza tac craneal donde no se aprecia hallazgos agudos significativos. Realizamos electroencefalograma donde no se aprecian ondas que nos orienten a diagnóstico de crisis epilépticas, teniendo un nuevo episodio de cuadro de rigidez generalizada durante la realización del mismo.

Evolución: Llama a la atención que la paciente sufre nuevos episodios de crisis tónica generalizada cada vez que algún sanitario va a visitarla. Psiquiatría tras valorarla decide poner tratamiento con Topiramato y lorazepan. Refiere trastorno conversivo reactivo en un paciente con trastorno de la personalidad límite.

Conclusiones

En este caso se realizó interconsulta a salud mental para seguimiento de esta paciente. Ante esta situación se debe aconsejar terapia por parte de algún psicólogo y añadir algún tipo de tratamientos si precisa.

Palabras clave

Convulsiones, desencadenante, psiquiatría.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor referido abdominal

Aparicio Gallardo V¹, Zafra Iglesias L¹, García Jiménez J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 45 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, de aparición brusca localizado en fosa ilíaca izquierda. Náuseas y dos vómitos alimenticios. Hábito intestinal conservado. Afebril.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: de diverticulosis. Buen estado general, normal coloración de piel y mucosas. Auscultación cardio-respiratoria sin hallazgos. Dolor abdominal difuso, de mayor intensidad en fosa ilíaca izquierda, sin peritonismo. Blumberg y Murphy negativo activo. No edemas en miembros inferiores.

Analítica con 15400 leucos y 12300 neutrófilos, coagulación y bioquímica normal. PCR 11, 5. Ante la sospecha de diverticulitis se realiza TAC de abdomen con contraste donde se observan hallazgos compatibles con apendicitis aguda no complicada.

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear íntegra. Casada y con un hijo.

Etapa del ciclo vital: fase III o de extensión completa. Estilo familiar centripeto. Familia normofuncional.

Juicio clínico: Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial con diverticulitis, patología ginecológica aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta analgesia y se realiza apendicectomía.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La paciente presentaba dolor en fosa ilíaca izquierda y tenía antecedentes de diverticulosis, por lo que la primera sospecha fue de diverticulitis. En el TAC se describe una formación tubular en fondo de saco ciego, que se proyecta hacia hemiabdomen izquierdo, provocando dolor referido en fosa ilíaca izquierda. Debemos conocer que el dolor referido esta originado en una viscera y es percibido como si procediera de una región localizada a distancia, por afectación de alguna estructura anatómica o por irritación de un nervio, por lo que la semiología clínica puede no corresponder con la sospecha diagnóstica.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Apendicitis, Diverticulitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Actualización médica y sus implicaciones en la atención al paciente

García Victori C¹, Carrey Doblás E¹, Peña Pinto M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia, síndrome constitucional.

Historia clínica

Varón de 72 años que acude a CS por astenia progresiva, febrícula disnea y edema en MMII de dos meses de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: exfumador desde hace 15 años, bebedor moderado. DM2, HTA, Dislipemia, aCVA por malformación arteriovenosa troncoencefálica, FA no anticoagulada. Antiagregado con AAS.

Anamnesis: Astenia progresiva, pérdida de 10 kg en 6 meses, febrícula vespertina persistente. Acude a consulta porque cada vez tiene más dificultad para realizar ABVD. Se solicitan pruebas complementarias, Rx normal, analítica Hb 8.10, SOH negativo activa. Se decide derivar a urgencias dada la duración del cuadro y el empeoramiento clínico para valorar ingreso y estudio complementario. En urgencias se decide ingreso en Medicina Interna debido al deterioro clínico.

Exploración: REG, palidez cutánea. AC: tonos arrítmicos, soplo mitral. AP: MVC, sin ruidos patológicos. SatO₂: 97%.

Pruebas complementarias: Ecocardiografía: imagen nodular en válvula pulmonar y velo anterior mitral sugestiva de endocarditis. Hemocultivos: e.Faecalis. Colonoscopia: carcinoma colorrectal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, Dos hijos, jubilado, buen soporte familiar, independiente ABDV.

Juicio clínico: Endocarditis por E.Faecalis. Carcinoma colorrectal. *Diagnóstico diferencial:* neoplasias, IC descompensada.

Identificación de problemas: Dada la clínica de disnea y AP de FA no anticoagulada se realiza ecocardiografía durante el ingreso detectándose hallazgos compatibles con endocarditis. Se solicitan hemocultivos, siendo positivos para E.Faecalis. Dado los recientes estudios que relacionan este patógeno con el cáncer de colon en pacientes sin foco aparente se solicita colonoscopia detectándose carcinoma colorrectal localizado.

Tratamiento, planes de actuación: Se contacta con cirugía para valoración. Se plantea intervención programada una vez completado tratamiento antibiótico para endocarditis.

Evolución: Buena evolución clínica con el tratamiento, sin precisar intervención valvular. Se valoró al alta cirugía de resección de cáncer de colon, quedando programada, con buenos resultados postquirúrgicos.

Conclusiones

E.Faecalis es la tercera causa más frecuente de endocarditis infecciosa. Según estudios recogidos en la revista española de Cardiología debe recomendarse colonoscopia a todos los pacientes con EIEF sin foco identificado. Aunque la relación entre la EI por E.Bovis y el cáncer colorrectal es bien conocida, la interrelación entre EIEF y neoplasias colorrectales no se ha estudiado hasta la fecha. Se produce principalmente en pacientes ancianos, sin origen identificado. En pacientes pluripatológicos, con síndrome constitucional debemos plantear un estudio completo de forma preferente para descartar origen neoplásico y garantizar un tratamiento precoz que mejore la supervivencia. La actualización continua sobre literatura médica nos permite una atención de calidad a nuestros pacientes, por lo que no podemos perder de vista este objetivo.

Palabras clave

Endocarditis, Neoplasms, Anemia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Rectorragia intensa en paciente con antecedentes de carcinoma colorrectal. A propósito de un caso

Matamoros Contreras N¹, Hernández Marín F², Solís Ceballos C³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Rectorragia abundante.

Historia clínica

Paciente de 50 años de edad, es traído a Urgencias hospitalarias por cuadro sincopal tras rectorragia abundante. El paciente se había realizado horas antes una colonoscopia de seguimiento, dado sus antecedentes, y en la misma se describe la resección de pólipo plano próximo a ciego de 10mm que precisa de colocación de dos clips, además de otros pólipos milimétricos.

Enfoque individual: antecedentes personales: sin alergias, hipertensión arterial, hiperuricemia, carcinoma colorrectal a nivel de ángulo esplénico en 2014, tratado con cirugía y quimioterapia.

Exploración: mal estado general, consciente y orientado, con tendencia a la hipotensión pese a sueroterapia intensa y palidez. A la auscultación, tonos rítmicos, a buena frecuencia. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Durante su estancia en Observación, el paciente presenta dos episodios de rectorragia intensa, con coágulos. Ante la inestabilidad hemodinámica, se indica transfusión de dos concentrados de hematíes y se contacta con endoscopista de guardia.

Pruebas complementarias: 1ª Analítica Urgencias: Hemoglobina 14, 5g/dl, discreto deterioro de la función renal. INR1, 2.

2ª Analítica (hemograma): Hemoglobina 10, 9g/dl. Colonoscopia Urgencias: se identifica la escara de pliepectomía realizada en colonoscopia previa con un gran coágulo adherido, se intenta desprender sin éxito por lo que se inyecta adrenalina 1: 10000 alrededor del mismo, a la retirada se lava y aspira en gran parte, sin identificar otras posibles lesiones; anastomosis colocolonica en buen estado.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: rectorragia post-polipectomía. En el caso de nuestro paciente con antecedentes de carcinoma colorrectal, es necesario averiguar el origen de la rectorragia y tratarlo, pero también investigar sobre posible recidiva del tumor.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresó a cargo de Digestivo. Se realiza transfusión de hemoderivados y posteriormente tratamiento con Hierro intravenoso

Evolución: Favorable. Sin nuevas exteriorizaciones de sangrado.

Conclusiones

Una rectorragia puede ser debida a múltiples causas, entre ellas el carcinoma colorrectal, que habría que descartar. En el caso de una rectorragia intensa hay que tener en cuenta la inestabilidad hemodinámica, puesto que es criterio para valoración urgente y, si es necesario, de colonoscopia urgente para averiguar el origen; si no es posible, intervención quirúrgica.

Palabras clave

Rectorragia, Colonoscopia, Cáncer

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No todo cólico renoureteral lo es

Rodríguez Salas F¹, Merchan Cruz M¹, Sepúlveda Muñoz J²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal derecha (FRD).

Historia clínica

Varón de 57 años que acude a consulta de primaria por persistencia de dolor en FRD tras ser tratado como cólico renoureteral no complicado en consulta no demorable.

Enfoque individual: No alergias, ex-ADVP, fumador de 50 paquetes/año y bebedor severo. Apendicetomizado y sin tratamiento habitual. Hace 1 mes que comienza con el dolor en fosa renal derecha, siendo manejado con tratamiento sintomático y respuesta positiva a antiinflamatorios. En las últimas 48h comienza con sensación distérmica, polaquiuria y oligoanuria sin hematuria y con incremento del dolor, extendiéndose a ambas fosas renales. Ante exploración y pruebas complementarias en CS, se deriva a Urgencias.

Exploración física y pruebas complementarias: Regular estado general. Febrícula, 37.5°C. Resto de constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho e hipogastrio. Blumberg y Murphy-. Puñopercusión renal bilateral-. Tacto rectal con palpación de próstata adenomatosa volumen II a expensas izquierda. No palpación nodular. No signos de trombosis venosa profunda o edemas en miembros inferiores. Analítica sanguínea: Leucocitos 11.900. Urea 128. Creatinina 7.36 (previas normales). Filtrado Glomerular: 8. Potasio 6.7. PCR 65. pH venoso 7.1. Bicarbonato 14. Análisis orina: negativo activo.

Ecografía abdominal: Uropatía obstructiva bilateral III/IV con cambio de calibre a nivel de la desembocadura vesical. Colección retroperitoneal que se extiende desde espacio perirrenal derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Acude solo a consulta.

Juicio clínico: Uropatía obstructiva secundaria a Carcinoma de células transicionales de vejiga supratrigonal de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral. Síndrome del tracto urinario inferior. Tumor renal.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita valoración por Urología. Se realiza doble nefrostomía percutánea, cistoscopia y UroTC con biopsia.

Evolución: Tras diagnóstico histopatológico de Carcinoma vesical estadio IV, el paciente desestima actitud y se incluye en Paliativos. Durante ingreso, presenta mejoría de la función renal y equilibrio hidroelectrolítico.

Conclusiones

El cólico renoureteral es un motivo de consulta frecuente. Aunque su sintomatología es característica, no debemos olvidar el cáncer vesical: patología maligna más frecuente que involucra a las vías urinarias. El tabaquismo y el alcohol suponen el principal factor de riesgo evitable.

Palabras clave

Kidney Neoplasm; Nephrolithiasis; Acute Renal Colic; Transitional Epithelial Cells.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Disnea de origen desconocido y atipia familiar

Leyva Alarcón A, Molina Hurtado E, Poyato Zafra I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Se atiende un aviso domiciliario referido a una mujer de 75 años de edad, polimedicada, hiperfrecuentadora, independiente para actividades básicas de la vida diaria y cuidadora principal de su hija discapacitada psíquica. Refiere disnea de pequeños esfuerzos "más de lo habitual" astenia y artralgias generalizadas.

Historia clínica

La paciente padece asma persistente grave en tratamiento con LABA/Corticoide inhalado cada 12 horas y Salbutamol como tratamiento de rescate.

Enfoque individual: Como antecedentes personales, TBC pulmonar con 14 años, esteatosis hepática, bocio multinodular, diverticulosis y microangiopatía cerebral. No fumadora. Ha trabajado 40 años en una empresa de limpieza. Lleva una vida sedentaria sin salir del domicilio.

A la exploración, presenta buen estado general, eupneica en reposo. En la auscultación se aprecian sibilancias espiratorias que en ocasiones provoca la propia paciente. La saturación de oxígeno es 95%. Se le realiza el Test de Yesavage, donde obtiene un resultado de 8 puntos sobre 15 (depresión moderada).

Enfoque familiar y comunitario: Se realiza el genograma de la paciente, donde se muestra una familia mononuclear con atipia, ya que la

paciente quedó viuda con 36 años y vive con sus dos hijas mayores: una mujer de 54 años, retraso mental y asma y la hija menor de 50 años separada con una hija que ahora ha vuelto al hogar. Tiene una tercera hija con problemas de alcoholismo. No tiene otro apoyo ni familiar ni social y no tiene problemas económicos.

Juicio clínico: El juicio clínico es asma intrínseco bronquial reagudizado y depresión. Se plantean como diagnósticos diferenciales neumopatía intersticial crónica por inhalación de tóxicos y disnea psicógena.

Tratamiento, planes de actuación: Se revisa medicación y se añade Citalopram 20mg/24h además de aconsejar actividad física diaria progresiva acompañada.

Evolución: La paciente comienza a seguir tratamiento pautado hasta nuevas revisiones.

Conclusiones

La principal dificultad del caso radica en la discordancia entre la exploración física y pruebas complementarias, que no están en relación con la sintomatología que presenta la paciente. Destacar la importancia de la entrevista clínica para conocer su ámbito social, familiar, preocupaciones, estado de ánimo y comprender el motivo de sus múltiples avisos domiciliarios por un síntoma subjetivo, que no es más que una llamada de atención.

Palabras clave

Disnea, Depresión, Asma, Psicossomático

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Parkinsonismo atípico. A propósito de un caso

Martín Sánchez S¹, Martínez Fernández M², López Segura F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente de 47 años que consulta por alteración motora braquial izquierda.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial, asma, ulcus duodenal, protrusión discal C4-C5, síndrome ansioso depresivo. Tratamiento actual: sertralina 100mg, clonazepam 2mg, omeprazol 20mg, pregabalina 25mg, enalapril 20mg, alprazolam 500mcg.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente que presenta debilidad y torpeza motora tras cuadro de tendinitis del supraespinoso. Tras realizar rehabilitación presenta mejoría del dolor, y leve empeoramiento de la torpeza motora. El cuadro persiste durante un año con empeoramiento de la clínica y cambios en la exploración física. Se realiza derivación a Neurología y se solicita TAC craneal y analítica completa. *Exploración neurológica:* Rigidez en rueda dentada de miembro superior izquierdo con hiperreflexia de dicho miembro y micrografía, discreto temblor de intención.

Pruebas complementarias: Estudio analítico normal, RMN y TAC de cráneo sin alteraciones, en DATSCAN disminución del radiotrazador bilateral, más severa en lado derecho con mayor afectación putaminal.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casado y con dos hijos menores de edad, uno de ellos dependiente por parálisis cerebral. Es una familia aglutinada, con gran control materno,

en una etapa del ciclo vital familiar de consolidación o según la escala de Duval una familia en la quinta etapa. El paciente tiene un nivel socioeconómico medio-alto.

Juicio clínico: Parkinson atípico.

Diagnóstico diferencial: temblor esencial, degeneración corticobasal, atrofia multisistémica.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con levodopa 50mg/carbidopa 12.5mg, ropinilol 8mg y rasagilina 1mg.

Evolución: El paciente presenta empeoramiento de la clínica precisando ajustes de dosis farmacológicas. Se produce además empeoramiento de su estado anímico e insomnio precisando seguimiento tanto por Salud Mental como por Atención Primaria.

Conclusiones

Las enfermedades neurodegenerativas son un reto al que a menudo tenemos que enfrentarnos en la consulta de Atención Primaria. Una de las principales ventajas de la Atención Primaria es el contacto estrecho con nuestros pacientes y su entorno. Esto favorece el hacer un seguimiento evolutivo de sus síntomas y en caso como estos ver los cambios de exploración que nos permiten orientar el diagnóstico. Además el abordaje integral del mismo hace que podamos actuar también sobre la esfera biopsicosocial que rodea al paciente.

Palabras clave

Parkinsonian Disorders, Hypokinesia, Depressive Disorder

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Omalgia. No siempre el dolor es tendinoso

Sánchez de León Cabrera M¹, Párraga Vico B², Gracia Baena I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas de San Juan. Alcázar de San Juan. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomelloso II. Ciudad Real.

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Omalgia.

Historia clínica

Omalgia de larga evolución.

Enfoque individual: mujer de 33 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos, consulta por dolor en hombro izquierdo de cuatro años de evolución. El dolor se inició tras un accidente de tráfico con contusión en hombro izquierdo. Fue valorada y tratada en el servicio de Rehabilitación, con fisioterapia e infiltración, ante la sospecha clínica síndrome subacromial izquierdo, con escasa mejoría del dolor. A lo largo de los cuatro años se realizaron dos radiografías hombro izquierdo sin hallazgos patológicos. Actualmente la paciente refiere continuar con dolor en mismo hombro sin claras características mecánicas.

A la exploración la paciente presentaba balance articular de hombro izquierdo conservado, dolor a la palpación subacromial anterior con maniobras de impingement dolorosas, reflejos presentes y simétricos bilaterales, fuerza y sensibilidad conservada, no atrofia muscular. Ante la persistencia del dolor pasados cuatro años del traumatismo se solicitó Resonancia Magnética.

Resonancia Magnética (se aporta imagen): Tumoración sólida de 4 cm de diámetro en cara anteroinferior con refuerzo denso y uniforme, compatible con Schwannoma. Punción-aspiración con aguja fina ecoguiada de la tumoración. Anatomía patológica: Schwannoma evolucionado.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para todas las actividades básicas.

Juicio clínico: Schwannoma.

Tratamiento, planes de actuación: Resección quirúrgica del tumor.

Evolución: En posteriores consultas presenta dolor con la abducción y anteversión, *A la exploración* física presenta cicatriz adherida en cara anterior hombro izquierdo, retracción de pectoral y debilidad en los músculos dependientes de C6, pinza radial 3/5 sin rigidez articular, bíceps y braquial déficit motor 4-/5.

Conclusiones

Aunque infrecuentes, los tumores de plexo braquial pueden ser causa de dolor referido a la articulación del hombro. En el diagnóstico de la patología dolorosa del hombro se deben tener en cuenta, sobre todo, ante pacientes jóvenes que no presentan mejoría con tratamiento conservador.

Palabras clave

Neurilemmoma, Shoulder Pain, Tendinopathy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Quiste de baker complicado. A propósito de un caso

Matamoros Contreras N¹, Hernández Marín F², Castillo Calvo G¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

gastrocnemios. Sistema venoso profundo de miembro inferior derecho permeable.

Motivos de consulta

Dolor e inflamación en pierna izquierda.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar.

Historia clínica

Paciente de 43 años de edad, que acude a Urgencias por dolor que se inicia de forma brusca en miembro inferior izquierdo (MII) e inflamación a nivel gemelar. No refiere traumatismo previo ni sobreesfuerzo. No comenta intervención quirúrgica previa ni reposo. Niega episodios previos similares.

Juicio clínico: Quiste de Baker complicado. Ante la anamnesis y exploración física de la paciente, debemos descartar otras causas, entre ellas Trombosis venosa profunda (TVP), aneurisma arteriovenoso o celulitis.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia a pirazonas, artritis psoriásica en tratamiento con leflunomida.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta analgesia, reposo con pierna elevada y compresión suave. Citación en consultas de Traumatología para ver evolución.

Exploración: La paciente presenta buen estado general, normotensa, bien hidratada y perfundida. En cuanto *A la exploración* de la rodilla, no se encuentra ocupada, flexión limitada, sin signos de inestabilidad y maniobras meniscales negativo activas. Presenta aumento de diámetro a nivel de la pantorrilla del MII con respecto al contralateral de unos 2-3cm, tumefacción y aumento de temperatura. Pulsos distales presentes.

Evolución: Favorable. Mejoría del cuadro clínico de la paciente. En Resonancia magnética realizada posteriormente se aprecia afectación degenerativa articular y ligero derrame articular.

Pruebas complementarias: -Radiografía rodilla: sin alteraciones. Analítica: ligera leucocitosis, dímero D 2203ng/mL. Doppler de pierna izquierda (dada la elevación del DD): A nivel de hueso poplíteo se observa lesión quística compatible con quiste de Baker complicado que presenta medidas aproximadas de 6, 5x2, 3cm, y se extiende a planos musculares profundos entre ambos

Conclusiones

El quiste de Baker se puede presentar de varias formas, siendo la más común la presencia de una masa palpable, sin dolor. Si hay un quiste, conocido o no, y aparece un dolor brusco, se debe pensar en ruptura. Normalmente el tratamiento es médico, incluyendo la reducción de la producción de líquido tratando la enfermedad articular de base. El tratamiento quirúrgico raras veces es necesario y puede consistir en la aspiración del contenido del quiste si produce mucho dolor o compresión, o puede ser necesaria la excisión por cirugía convencional.

Palabras clave

Quiste, Dolor, Trombosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mixoma como causa de síncope cardiogénico

Pérez Ruz R¹, Sevilla Ramírez N², Pérez López E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

³ Médico Adjunto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias Médicas Generales y Cirugía Cardíaca.

Motivos de consulta

Síncope.

Historia clínica

Mujer 67 años que acude a consulta del CCSS tras síncope con TCE. Se descarta patología intracraneal urgente tras *Exploración neurológica* normal. Refiere su marido que, tras despertarse, se ha caído. Cuando acudide a socorrerla, se la encuentra con ronquidos y pérdida de control de esfínteres, con recuperación espontánea en escasos minutos sin periodo poscrítico. Refiere amnesia episódica. Niega otra sintomatología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC. No HTA, DM, ni DL. Histerectomía.

Exploración: BEG, COC, Bien hidratada y perfundida. Palidez cutaneomucosa. Eupneica. Afebril Hemodinamicamente estable TA80/55mmHg. Glucemia 158. ACR: buen murmullo vesicular. No ruidos patológicos. Rítmica a 100 lpm. Soplo diastólico II/VI modificable con la postura, plop mitral. No roces audibles. No precordalgia. EN: Glasgow 15/15. Pupilas normocóricas isorreactivas a la luz. No nistagmos. No dismetría. No alteración motora ni sensitiva. No disartria, ni afasias. Pares craneales conservados. No alteraciones en la marcha. Romberg negativo activo

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal 110lpm, QRS estrecho, PR normal, BIRDHH. Signos HVI. No signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. RxTórax: Índice cardiotorácico agrandado a expensa de cavidades izquierdas. Hiperclaridad pulmonar

simétrica. No imagen de condensación parenquimatosa. Senos normales. Ligera escoliosis. Analítica: normal. Troponinas 6'1. Ecografía: gran masa isoecoica ocupando casi la totalidad de la aurícula izquierda sin evidenciar refuerzo acústico posterior con captación de doppler compatible con lesión tumoral cardíaca.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel sociocultural medio, buen apoyo social.

Juicio clínico: Mixoma auricular izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: Se traslada a la paciente al Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se contacta con el servicio de Cirugía Cardíaca para valoración de la paciente y programación de cirugía preferente. Se consensúa ingreso en UCI para control de la paciente y monitorización hasta cirugía.

Evolución: La paciente fue intervenida por la Unidad Tumores Cardíacos con resultados satisfactorios y tras un posoperatorio exitoso fue dada de alta.

Conclusiones

El abordaje del síncope constituye una alerta en los profesionales que lo asisten teniendo que descartar diferentes causas para realizar un diagnóstico de certeza. Una buena exploración orienta un juicio clínico casi en su mayoría aunque puede ser ayudada con pruebas complementarias. Con la introducción de la ecografía en consultas de atención primaria y la formación en ella, ampliamos el campo de abordaje y diagnóstico.

Palabras clave

Syncope, Myxoma, Ecography

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, llevo un mes con fiebre

Molina Ruiz C¹, Peinado Villén F², Collado Montávez S³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Enfermedades infecciosas en Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre prolongada.

Historia clínica

Varón de 23 años que acude por fiebre de 21 días de evolución.

Enfoque individual: Varón de 23 años sin alergias a fármacos y sin patologías de interés. Acude a consulta por presentar febrícula de 37.5-37.6°C desde hace veinte días y 38° en varias ocasiones, asintomático sin clínica neurológica, respiratoria, digestiva, urológica ni sexual junto a aparición el día previo a la consulta de lesiones maculares-eritematosas en tronco y brazos.

Exploración: BEG. COC. Normohidratado y normoperfundido, eupneico en reposo. ACR Rítmico sin soplos. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación. Tronco y brazos con lesiones maculares-eritematosas. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas

complementarias: Hemograma 10000 leucocitos con fórmula normal. Hb 14. Plaquetas 370000. Coagulación Fibrinógeno 5.63 resto normal. Bioquímica: glucosa, función renal, iones, transaminasas normales. PCR 5.8 Orina normal RX tórax: No imagen de condensación, cardiomegalia ni pinzamiento de senos. Mantoux negativo activo. Serologías: Ac treponema pallidum positivo. Ac reaginínico positivo, titulación 1/32. Citomegalovirus, mononucleosis, VIH, VHC y VHB negativo activos.

Enfoque familiar y comunitario: Tras conocer serología positiva para sífilis se contacta con paciente y con epidemiólogo de la zona realizándose anamnesis completa para estudio de contactos sin obtenerse resultados satisfactorios ya que el único caso positivo coincidente en tiempo y lugar no presenta relación con nuestro paciente.

Juicio clínico: Sífilis.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, brucelosis, leishmania, prostatitis, uretritis, lupus eritemoso sistémico, tiroiditis subaguda, neoplasias

Tratamiento, planes de actuación: De entrada, solo con el dato de la fiebre prolongada se pauta tratamiento con Doxiciclina 100mg/12h 14 días. Tras confirmación analítica de sífilis se pauta tratamiento con Benzetacil 2.4 millones de UI con repetición de dosis semanal durante dos semanas. Recomendación de vacunas de VHB y VHA por parte de Medicina Interna y valoración por su parte.

Evolución: Paciente con buena evolución, asintomático, pendiente de revisión en consultas externas de Medicina Interna para realización serologías de control.

Conclusiones

Se considera importante aprovechar casos no habituales en consulta de Atención Primaria para revisar ambos temas: fiebre de origen desconocido y enfermedades de transmisión sexual. Fundamental como médicos de atención primaria insistir a la población, sobre todo joven, en la importancia de mantener relaciones sexuales seguras.

Palabras clave

Fiebre Prolongada, Sífilis, Exantema

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Una alteración analítica no valorada

Chamorro Borrego L, Morcillo Sillero I, Matas Hernández D

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Control anual de Hipertensión Arterial.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude a nuestra consulta para la revisión anual de su hipertensión arterial. Al preguntarle sobre su situación nos refirió buenas cifras tensionales en los controles que se realiza, aunque le preocupaba la presencia de estreñimiento, astenia, somnolencia y embotamiento de meses de evolución.

Enfoque individual: Durante la entrevista observamos que la paciente presentaba una facies abotagada con edema palpebral y ronquera. Al comprobar los resultados de la analítica detectamos cifras de TSH de 96.9 μ UI/mL y T4 de 0.13ng/dL, así como un Colesterol Total de 401mg/dL y un LDL de 285mg/dL. Revisando analíticas anteriores observamos una previa de 2016 solicitada por un servicio de cardiología privado en la que presentaba cifras de TSH de 0.01 μ UI/mL y una T4 de 1.7ng/dL que no habían sido valoradas.

Juicio clínico: Tiroiditis de Hashimoto.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo primario por déficit de yodo, hipotiroidismo secundario, tiroiditis subaguda de Quervain, tiroiditis infecciosas.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento con Levotiroxina de 75mcg y Simvastatina de 20mg, indicando nuevo control analítico en dos meses.

Evolución: Al revisar a la paciente a los dos meses nos refiere mejoría de su sintomatología asténica y del estreñimiento. Al comprobar el nuevo control analítico apreciamos unas cifras de TSH de 15.7 μ UI/mL y de T4 de 1.43, detectando la presencia de anticuerpos antiperoxidasa tiroidea con cifras superiores a las 600 μ UI/mL, y habiéndose normalizado las cifras de Colesterol (Total de 178mg/dL y LDL de 97mg/dL). Aumentamos la Levotiroxina a 88mcg e indicamos nuevo control a los tres meses.

Conclusiones

El médico de cabecera debe tener una visión global de sus pacientes, por lo que es importante revisar todos los informes realizados por profesionales de otras especialidades. Esto nos permite ajustar el plan de actuación según las necesidades y las comorbilidades del paciente, a la vez que nos ayuda a detectar eventos que otros compañeros pueden haber pasado por alto. Esto puede verse dificultado cuando el paciente acude a servicios de medicina privados ya que, en estos casos, el único acceso que tenemos a dichos informes es a través del propio paciente.

Palabras clave

Autoimmune Thyroiditis, Hashimoto's Disease, Primary Hypothyroidism

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Inocente hasta que se demuestre lo contrario. La importancia de seguir las guías clínicas

Merchan Cruz M¹, Díez de Baldeón Chicón P¹, Orellana Lozano F²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Síncope y cefalea.

Historia clínica

Paciente de 29 años que acude a urgencias por un cuadro sincopal acompañado de una cefalea intensa holocraneal de 30 minutos de duración.

Enfoque individual: La paciente no tiene alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos y, como antecedentes personales, presenta un síndrome ansiosodepresivo en tratamiento con Citalopram.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. *Exploración neurológica* completa sin hallazgos significativos. Analítica sanguínea completa sin valores alterados. ECG: Ritmo sinusal a 75 latidos sin alteración de la conducción o de la repolarización. El diagnóstico fue de crisis conversiva ante lo que se decide tratar con Diazepam 5 mg sublingual. En su evolución en urgencias la paciente continua con cefalea a pesar del tratamiento acompañándose de disartria, hemiparesia izquierda y desviación de la comisura bucal derecha de nueva aparición. Ante esto se decide ampliar las pruebas complementarias con una TAC Craneal con el siguiente resultado: presencia de hematoma intraparenquimatoso agudo a nivel de la ínsula/región temporal anterior derecha de 48x30mm de diámetros axiales. Ejerce efecto masa con borramiento de surcos y desplazamiento de la línea media hacia contralateral.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares relevantes para el caso.

Juicio clínico: Malformación arteriovenosa con rotura espontánea de arteria cerebral media derecha con morfología irregular.

Diagnóstico diferencial: Síndrome ansiosodepresivo. Síndrome conversivo. Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento endovascular de la malformación arteriovenosa sin complicaciones.

Evolución: La paciente permanece 14 días en UCI tras lo cual es trasladada a planta donde evoluciona favorablemente. Posteriormente se reinterviene para una craneoplastia con hueso autólogo.

Conclusiones

Nos enfrentamos constantemente en el ámbito de urgencias a prejuicios originados por los antecedentes personales de los pacientes, sobre todo cuando se relacionan con patologías psiquiátricas. Por ello es importante no perder la sistemática en nuestra labor, descartando organicidad en aquellos casos que, aunque parezca que no, puedan esconder una urgencia tiempo-dependiente. Tampoco hay que restar importancia a la evolución y reevaluación de estos pacientes cuando se presentan con cuadros a priori banales o inespecíficos.

Palabras clave

CVA, Conversion Disorders, Intracranial Arteriovenous Malformation

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No es artrosis todo lo que reluce

Polo Barrero P, Méndez Ramos M, Martín Bravo L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Omalgía derecha de 4 meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 52 años, NAMC. Entre sus antecedentes personales destaca una tromboflebitis, patología discal en columna lumbar (L4-L5) y colon irritable, en tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico únicamente. Intervenida quirúrgicamente por una ligadura tubárica y túnel carpiano bilateral. Exfumadora de 20paq/año desde hace un año.

Enfoque individual: paciente que consulta en Atención Primaria por omalgía derecha de unos 3-4 meses de evolución, que empeora por las noches y se irradia a todo el miembro superior derecho, columna cervical y hombro contralateral. La paciente no recuerda caída ni traumatismo relacionado. Además, el dolor no mejora con AINEs, lo que le provoca gran impotencia funcional en su vida diaria.

En la exploración del hombro derecho no palpamos puntos dolorosos, el balance articular tanto activo como pasivo fue completo aunque los últimos grados con dolor y las maniobras subacromiales fueron positivas. Para evaluar la posibilidad del síndrome del desfiladero torácico realizamos las maniobras de Adson y la hiperextensión del cuello que fueron positivas.

Ante estos hallazgos, solicitamos radiografía de columna cervicodorsal y hombro izquierdo, en la que se aprecia una costilla cervical derecha, sin otras alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Abordaje de las limitaciones funcionales que puede causarle a la paciente la sintomatología.

Juicio clínico: síndrome del desfiladero torácico, artrosis, tendinitis del manguito de los rotadores.

Tratamiento, planes de actuación: analgesia con AINEs y relajantes musculares, derivación a Medicina Física y Rehabilitación y Cirugía Torácica.

Evolución: mejoría de la sintomatología tras ajuste de tratamiento analgésico y realización de ejercicios de rehabilitación. Además, pendiente de realización de TAC cervical.

Conclusiones

La sintomatología osteoarticular es muy frecuente en AP. Normalmente se debe a patología degenerativa, pero no por esto debemos dejar de pedir pruebas complementarias cuando están indicadas, ya que pueden aparecer otras causas menos frecuentes que puedan justificar los síntomas.

Palabras clave

Arthralgia, Shoulder, Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Qué es eso blanco de la boca?

Molero del Río M¹, Morales Viera A¹, Villalba Benavent C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesión en boca.

Historia clínica

Lesión nodular blanquecina en suelo de boca.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Etilismo. Ex-fumador. Hepatopatía crónica virus hepatitis C con últimas viremias negativo. ativizadas. Colelitiasis asintomática. Claudicación intermitente. Tratamiento: paracetamol, bupropion, enalapril, omeprazol, ácido acetilsalicílico y pentoxifilina.

Enfermedad actual: Paciente de 46 años que acude a Urgencias Hospitalarias derivado por odontólogo por presentar lesión blanquecina en suelo de la boca de dos meses de evolución, a veces sangra por ésta. También refiere la aparición de otra lesión de características similares aunque más pequeña al lado.

Exploración física: Lesión nodular blanquecina de consistencia dura y rugosa de un 1 centímetro de diámetro en el suelo de la boca zona derecha. En zona central de suelo de boca una lesión de mismas características aunque de unos 0, 5 centímetros. No se palpan adenopatías. Se contacta con cirujano maxilofacial de guardia, que realiza toma de biopsia de ambas lesiones y solicita TAC con contraste intravenoso de cuello-cara. TC cuello y cara: lesiones de partes blandas con hipercaptación muy mal delimitada en la región anterior de suelo de la boca a ambos lados de la línea media que se correlaciona con hallazgos

de exploración física. No hay signos de afectación ósea ni signos radiológicos que sugieran adenopatías metastásicas. Lucencia periapical en relación con las raíces de la pieza 17 que condiciona cambios inflamatorios en seno maxilar derecho. Anatomía patológica: Ambas lesiones: Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e infiltrante que contacta con márgenes de resección.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado de encía.

Tratamiento, planes de actuación: Disección cervical funcional más mandibulectomía segmentaria más reconstrucción con placas de osteosíntesis y colgajo pediculado pectoral. Traqueostomía. Radioterapia.

Evolución: El paciente ha presentado una recidiva loco-regional del Carcinoma de encía mandibular derecho así como metástasis cervicales en cuello izquierdo.

Conclusiones

Creemos que la importancia de este caso radica en el seguimiento de lesiones en mucosa bucal que no desaparecen o que tienen mal aspecto, precisando valoración especializada. Además, tener en cuenta los antecedentes personales de riesgo como fumador o bebedor de alcohol.

Palabras clave

Mouth diseases, Ulcer, Stomatitis aphthous

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Las malas noticias en Atención primaria

Poyato Zafra I, Molina Hurtado E, Leyva Alarcón A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente varón de 42 años, que acude a consulta de atención primaria por astenia y pérdida de peso de varios meses de evolución.

Historia clínica

Acude preocupado por una pérdida de peso más que aparente (no sabe especificar exactamente pero entre 12 y 15 kg) no relacionándolo con un déficit en la ingesta diaria ni un ejercicio excesivo que lo justificase.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial (tratada con Enalapril 20mg, un comprimido diario) y DM2 (tratada con Metformina 850mg, 2 comprimidos diarios).

Anamnesis: paciente con buen estado general. Ligera palidez mucocutánea y frialdad de miembros inferiores.

Exploración física: ACR: normal sin soplos ni extratonos. Abdomen: blando depresible sin masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal

Pruebas complementarias: Analítica: anemia microcítica con ligera hiponatremia e hiperpotasemia. Resto sin hallazgos de relevancia. Derivación a Aparato Digestivo: tras la primera consulta le pide TAC abdominal donde se descubre carcinoma ductal de páncreas

Enfoque familiar y comunitario: Se indagó en antecedentes familiares no encontrando ninguna relación con el caso.

Juicio clínico: Carcinoma ductal de páncreas. Anemia microcítica: descubierta en analítica se planteó posibilidad de que fuese en parte causante del cuadro, antes del hallazgo en TAC del carcinoma

Tratamiento, planes de actuación: Comienzo con sesiones de quimioterapia más radioterapia adyuvante. Seguimiento desde Atención primaria y oncología.

Evolución: El problema que nos aborda principalmente este caso clínico es la dificultad de transmitir las malas noticias desde atención primaria tanto a paciente como familia. Entre los problemas que encontramos observamos: Dada la juventud del paciente y sus estudios previos, un alto conocimiento de la enfermedad lo cual nos dificultó en parte la transmisión de la información. En este caso la importancia de la familia como apoyo fue crucial. En todo momento en consulta nos pudimos apoyar en ellos para transmitir la información al paciente. Por nuestra parte se le ofreció nuestra entera disposición para cualquier duda que surgiese sobre su enfermedad. Programamos un seguimiento mensual en consulta para ver como evoluciona el paciente.

Conclusiones

Es muy importante la comunicación con el paciente. Se debería implantar en primaria seminarios en los que se enfocase como dar las malas noticias por parte de los residentes. La comunicación es una de las mayores armas que poseemos en primaria y debemos aprovecharlo.

Palabras clave

Carcinoma, Comunicación, Astenia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dependencia inducida por opioides

Frutos Muñoz L¹, Orcera López M², Lucena León M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Emisión de receta de fentanilo en pulverización nasal de forma repetida.

Historia clínica

Varón de 62 años diagnosticada en 2011 de carcinoma basal epidermoide en lengua con infiltrante con extensión linfovascular y perineural. Por este motivo se realiza una hemiglossectomía con vaciamiento funcional y recibe tratamiento de quimioterapia y radioterapia. En unas de la consulta de oncología radioterápica se prescribe fentanilo en pulverización nasal para control del dolor. Posteriormente realiza seguimiento en sus consultas, en atención primaria y unidad del dolor, donde se renueva el fármaco continuamente.

Enfoque individual: Habitualmente sus consultas consisten en renovación de la medicación y cada más frecuente el opioide, a pesar de subir dosis de morfina oral retardada. Utiliza fentanilo como alivio del dolor y para evitar enfrentarse al cuidado de su nieto y su suegra.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en estadio III, final de la extensión, con parientes próximos y ampliada con agregados. En el domicilio convive su mujer y su hijo menor.

Durante la jornada laboral de su hija asumen el cuidado del nieto con retraso psicomotor. Además su suegra empeora la salud, y es llevada a su casa generando conflicto entre el paciente y su mujer que como cuidadora está claudicando.

Juicio clínico: Dependencia inducida por opioides.

Tratamiento, planes de actuación: Tras identificar el problema se comunica al paciente y su familia. Se plantea un plan de deshabitación en el cual su hija administrara la medicación y se la llevara del domicilio. Tras fracaso del mismo se deriva a un CPD, que finalmente indica ingreso en CPD de otra provincia en 2016.

Evolución: Actualmente se encuentra deshabitado. Ya no realiza tratamiento con metadona.

Conclusiones

Tras identificar el caso realizamos una revisión de la historia para identificar posibles causas del retraso en identificar el problema. Observamos que el paciente había sido visto en diferentes consultas de reparto además de las consultas hospitalarias.

Palabras clave

Opioide, dependencia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, estoy hinchado

Martín Marcuartu P¹, Martín Acedo T¹, Real Campaña M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

por enolismo crónico. Natural de un pueblo, vive en medio urbano.

Motivos de consulta

Edemas generalizados.

Juicio clínico: Debut insuficiencia cardiaca.

Historia clínica

Varón de 41 años que consulta en el SUH por hinchazón generalizado tras inicio de nueva medicación antitusígena por tos de 2 meses de evolución que no termina de resolverse pese a diferentes tratamientos. Además recorte de la diuresis en los últimos días.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Reacción adversa a medicamento. Cirrosis hepática.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento deplectivo en el servicio de urgencias y posterior ingreso a cargo de cardiología por mal control sintomático y necesidad de estudio

Enfoque individual. Antecedentes personales: ICAT 22 paquetes/año y bebedor de 2L de cerveza diarios, con consumo de mayor cantidad los fines de semana. RGE en tratamiento con omeprazol, HTA tratada con losartan, hidroclorotiazida y nebivolol. DM2 tratada con metformina. Obesidad.

Evolución: Mejoría de la disnea sin total resolución en el SUH. Durante el ingreso desaparecen la disnea y los edemas. Se diagnostica IC severa de probable origen enólico.

Exploración: BEG, COC, BHyP. Disnea de mínimos esfuerzos con SatO₂ 96%. TA 158/92, FC 100lpm. T^a 36'5°C. ACP: corazón rítmico, sin soplos, a buena frecuencia; MV globalmente disminuido con crepitantes bibasales. Abdomen globuloso, blando y depresible sin hallazgos de interés. MMII edematizados con fóvea hasta zona supracondílea, sin signos de TVP. Zona genital con edematización de testículos y pene. Analítica de sangre: creat 1'3, ProBNP 4577. Ecocardiografía: disfunción sistólica moderada VI con datos de presiones telediastólicas elevadas y posibles trastornos de la contractilidad en territorio de la DA. AI dilatada.

Conclusiones

Nos encontramos ante un paciente que acude verbalizando que cree que la edematización generalizada es una reacción adversa a un medicamento recientemente introducido. En una primera impresión diagnóstica el paciente parece sufrir una descompensación hidrónica por posible cirrosis hepática no diagnosticada. Sin embargo con una HC exhaustiva y evaluando los FRCV llegamos a la conclusión de sospecha clínica de debut de IC. Esto denota la importancia de una buena historia clínica basada en datos objetivos a pesar de el enfoque subjetivo que realiza el paciente sobre su propia patología.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero sin hijos, buen apoyo familiar pero mala relación

Palabras clave

Heart Failure, Dyspnea, Cough

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, doctora, me mareo

Bedmar Estrella J¹, Martos Martínez R¹, Cano Cano E²

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

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

Ámbito del caso

Urgencias Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Recibimos llamada para valorar a paciente varón de 85 años, con mareo desde esta mañana, sin pérdida de control de esfínteres, sin caídas ni pérdida de conocimiento. No dolor torácico ni otra sintomatología. No le había ocurrido con anterioridad. Diagnosticado en Octubre de 2017 de disfunción sinusal asintomática y FA paroxística con Holter ECG.

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM, HTA, FA paroxística, Hiperuricemia, EPOC, portador de CPAP nocturna en tratamiento con: rivaroxabán, candesartan, spiriva, metformina, torasemida, inhaladuo inhalador, alopurinol, ventolin, paracetamol, omeprazol.

Oxígeno domiciliario a 1.5 lpm durante 18 horas al día. Consciente, orientado, colaborador. Glasgow 15/15. TA: 110/70 Glucemia 134. ACR: Murmullo vesicular conservado, con roncus dispersos. Corazón arritmico, sin soplos, ni roces, a unos 40 lpm. Abdomen y MMII: anodinos. EKG: FA a 55 lpm, sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda. Analítica: Hemograma y bioquímica: sin alteraciones. Coagulación: INR 1.23, fibrinógeno 620. Gasometría arterial: pH 7.39, Po₂ 65, Pco₂ 47.9, HCO₃ 27.5, ácido láctico 8.9.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, DABVD. 2 hijas que acuden a su domicilio para sus cuidados. Ciclo vital familiar: etapa V.

Juicio clínico: FA lenta. Presíncope.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular mal tolerada, Flutter auricular, Bloqueo auriculo-ventricular, Vértigo periférico, Accidente cerebrovascular, Hipotensión, Hipoglucemia. No conocíamos que tenía una FA paroxística ni disfunción del nodo sinusal ya que no constaba en la hoja de problemas.

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos a Urgencias Hospitalarias desde donde se contacta con UCI dados los antecedentes personales del paciente, la clínica y el hallazgo de una FA lenta en EKG para valoración por su parte; decidiéndose finalmente implante de marcapasos. Resto de tratamiento como venía realizando.

Evolución: Recuperación posterior completa, con estabilidad clínica. Alta a las 48 horas.

Conclusiones

La presencia de una bradicardia asintomática en un paciente con FA, aunque nos debe alertar, es perfectamente manejable desde Atención Primaria. Hemos de plantearnos tres grandes grupos nosológicos: a) reversión espontánea a ritmo sinusal; b) intoxicación digitálica; c) alteración de la conducción. Sin embargo, si es sintomática sería criterio de valoración urgente hospitalaria. El marcapasos no trata la fibrilación auricular en sí sino la bradicardia.

Palabras clave

Mareo, Fibrilación Auricular, Bradicardia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pérdida de peso: ¿Es sinónimo de alarma tumoral?

Gómez Gómez G, Piury Pinzón J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal asociado a pérdida de peso.

Historia clínica

Varón de 68 años que acude a consulta por dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda de dos días de evolución. El dolor viene acompañado de una pérdida ponderal de 20 kilos en 4 meses, que el paciente relaciona con que ha empezado a andar en bicicleta 150 km semanales. No presenta fiebre, astenia ni disuria. Acudió al servicio de urgencias el día anterior por el mismo motivo, en donde se realizó una analítica con hipertransaminasemia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: operado en el 2009 de hemorroides, padece hipertensión arterial y no toma medicación en el momento actual. No presenta hábitos tóxicos. Padece de estreñimiento crónico.

Exploración abdominal: ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas, no hernias, hepatomegalia de tres traveses de dedo.

Pruebas complementarias: Hemograma: sin datos fuera de los rangos de la normalidad. Bioquímica: Gamma Glutamyltransferasa: 101, Aspartato transaminasa 95. Resto de parámetros hepáticos normales. Marcadores tumorales

negativo activos. Serología del virus de la hepatitis B y C negativo activa. Tirotropina normal. Sangre oculta en heces negativo activa.

Enfoque familiar y comunitario: Jubilado, vive con su esposa, no tiene hijos ni antecedentes familiares de interés.

Diagnóstico diferencial: Tumor hepático primario o metastásico. Patología biliopancreática. Hepatitis vírica. Ejercicio intenso. Dada la evolución del paciente observada en visitas posteriores parece reforzarse la hipótesis de un cuadro biliar agudo en el contexto de una pérdida ponderal importante en el curso de un ejercicio físico intenso.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide realizar un tratamiento analgésico y una derivación al servicio de digestivo con una nueva analítica en vistas de realizar una ecografía abdominal.

Evolución: El paciente en la posteriores visitas a consulta está asintomático, con una reducción progresiva de las transaminasas.

Conclusiones

Ante un cuadro de dolor abdominal y pérdida de peso, debemos estar alerta y descartar patología tumoral ya que no es patognomónico.

Palabras clave

Dolor en Hipocondrio Derecho, Hipertransaminemia, Pérdida de Peso

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Correlación clínica y radiológica en paciente con vómitos de retención en el servicio de urgencias

Franquelo Hidalgo B, Justicia Gómez L, López Muñoz M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

dependiente para las actividades diarias. Camina habitualmente con ayuda de andador.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Juicio clínico: Pseudo-obstrucción intestinal. Coledocolitiasis.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias por molestias abdominales de forma generalizada y vómitos intermitentes de 4-5 días de evolución, de características fecaloideas. Estreñimiento habitual con 2-3 deposiciones de menor cuantía en días previos. Ventosea. No fiebre.

Diagnóstico diferencial: Íleo biliar. Patología hepatobiliar. Neoplasia del tracto digestivo.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en el área de Observación, donde se detecta fibrilación auricular a 130 lpm precisando de impregnación farmacológica con amiodarona intravenosa, con buen control de frecuencia.

Enfoque individual: mujer de 92 años. No alergias medicamentosas.

Evolución: Tras observación, la paciente experimenta una buena evolución clínica. Se revisa imágenes radiológicas, observándose imagen radiopaca de 1-1.5 cm, redondeada y bien limitada, superpuesta en zona pélvica derecha. Se realiza TAC de abdomen por sospecha de pseudo-obstrucción intestinal con litiasis de unos 12mm en íleon terminal que condiciona una dilatación proximal. Vesícula colapsada, mal definida con signos de fístula colecisto-duodenal. No liquido libre. No neumatosis intestinal.

Antecedentes personales: HTA, diverticulosis, hernia de hiato. Prolapso vesical. Tratamiento habitual: Enalapril 5mg. Ingreso en A.Digestivo hace 2 meses por colangitis y coledocolitiasis sin necesidad de CPRE por buena evolución clínica. En seguimiento actualmente.

Exploración física: Buen estado general. TA: 130/85. Saturación oxígeno 95%. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: Distensión abdominal, blando a la palpación con leve dolor generalizado. Murphy negativo activo. Percusión timpánica. No signos de irritación peritoneal. Contenido gástrico de retención de unos 300 ml. No hematemesis.

Conclusiones

La correlación clínica-radiológica es fundamental en el servicio de urgencias, donde es importante una lectura sistemática radiológica y un abordaje integral del paciente. En este caso, aunque no existen signos evidentes de obstrucción intestinal, la sintomatología intestinal y la imagen sugerente de litiasis en zona inusual hace necesario completar el estudio diagnóstico, lo que hace imprescindible una búsqueda de un juicio clínico adecuado dada la persistencia de sintomatología clínica.

Pruebas complementarias: No leucocitosis. PCR 150. Creatinina 2.2, FG 38. Resto de analítica normal. Radiografía abdominal: Cámara gástrica distendida sin signos significativos de obstrucción intestinal con aumento de heces en marco cólico. Ampolla rectal visualizada.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su hija. Buen apoyo familiar. Parcialmente

Palabras clave

Intestinal Obstruction, Biliary Fístula

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lo que esconde una diarrea

Beltrán Gallego Á, Cueto Camarero M, Sánchez Vico A

Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Consulta AP y consulta especializada.

ingesta de fármacos, intoxicación por metales pesados.

Motivos de consulta

Cuadro de diarrea y febrícula.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático con paracetamol, suero oral, dieta blanda.

Historia clínica

Acude a consulta por deposiciones diarreicas y febrícula, se trata como un cuadro vírico de GEA. A la semana vuelve a consultar por prurito generalizado, ictericia y orina oscura. Tras confirmar hiperbilirrubinuria se deriva a urgencias hospitalarias para continuar estudio. Es diagnosticada en principio de hepatitis aguda A probablemente y se deriva para estudio de serología en AP y tratamiento sintomático. A la semana, persiste mayor ictericia y prurito, y serología de hepatitis aguda negativo activa, por lo que se vuelve a derivar a urgencias para seguir estudio.

Evolución: En el hospital es diagnosticada de ampuloma en estadio T2N0Mx. Se interviene con duodenopancreatectomía cefálica más derivación biliodigestiva. No se realiza tratamiento con QT siguiendo seguimiento por oncología con prueba de imagen y analítica con marcadores cada 3 meses, sin sospecha de recidiva. A los 15 meses vuelve a consultar por dolor abdominal y febrícula, que se trata de forma sintomática como un cuadro vírico. A los 3 días acude con ictericia. Se deriva a urgencias e ingresada se realiza RNM abdominal y aparece recidiva tumoral que ocluye la vía biliar. Se realiza drenaje biliar externo. Tras estabilización se realiza embolización portal derecha para favorecer la hepatectomía parcial posteriormente. En angioTAc hay trombosis portal y se inicia tratamiento con HBPM. Se interviene de hepatectomía derecha con complicación postquirúrgica con disfunción multiorgánica con shock séptico por abscesos hepáticos.

Enfoque individual: Sin AP de interés.

En exploración dolor abdominal difuso a la palpación, sin defensa ni megalias. Signos de irritación peritoneal negativo activos. Constantes normales. A la semana acude con ictericia cutáneo-conjuntival.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 59 años, que vive en el domicilio con su marido. Acude siempre acompañada de él. Sus hijos viven fuera.

Juicio clínico: Ampuloma.

Diagnóstico diferencial: infecciones, alergia alimentaria, trastorno absorción/digestión,

Conclusiones

Creo en la necesidad de hacer un buen Diagnóstico diferencial desde que un cuadro clínico de sospecha no mejora con el tratamiento adecuado y de intentar ser agresivos en el tratamiento desde un principio.

Palabras clave

Ictericia, diarrea, ampuloma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Carcinoma de cavum en paciente inmunodeprimido

Cerezo Salmerón M, Santos Martín L, Sousa Montero M

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

receso posterolateral derecho de cavum nasofaríngeo

Motivos de consulta

Adenomegalia laterocervical.

Enfoque familiar y comunitario: Valoración social: vive junto a su esposa en Valverde del Camino (Huelva), siendo esta localidad el segundo foco más importante de Enfermedad de Andrade en España. El motivo de este foco se desconoce actualmente, se piensa que puede ser por la cercanía con Portugal (principal foco endémico de la enfermedad). Valoración mental: no deterioro cognitivo. Valoración funcional: independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Historia clínica

Varón de 38 años que consulta por presentar adenopatía en región cervical izquierda de 1 mes de evolución.

Enfoque individual: antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Actualmente niega hábitos tóxicos (exfumador desde hace 8 años). No HTA, no DM, no dislipemia. Asma bronquial alérgica. Polineuropatía amiloidótica familiar (enfermedad de Andrade). No cardiopatía conocida. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, amigdalectomía, trasplante hepático en octubre de 2014 (por amiloidosis familiar), stent en conducto biliar.

Juicio clínico: carcinoma indiferenciado de cavum

Diagnóstico diferencial: síndrome proliferativo

Identificación de problemas: paciente ansioso por probable cuadro maligno

Anamnesis: Paciente en seguimiento por Medicina Interna por Polineuropatía Amiloidótica Familiar (PAF) y por el servicio de Cirugía, por trasplante hepático, que acude a consulta tras notar la presencia de adenomegalia en región cervical izquierda de 1 mes de evolución acompañado de pérdida de peso no cuantificada.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al servicio de Oncología. Tras descartar alteraciones analíticas se procede a iniciar QT (Carboplatino AUC 1, 5 semanal).

Evolución: Tras seguimiento por Oncología Radioterápica durante 6 meses, se solicita RMN, no visualizándose enfermedad. Se decide continuar con controles.

Exploración: adenopatía cervical izquierda, no dolorosa a la palpación. No disfagia.

Conclusiones

El cáncer de cavum asociado a VEB asienta generalmente en nasofaringe y debuta con frecuencia con adenopatías metastásicas. Es muy importante el estudio de un paciente que consulte por una adenopatía, más aún, si es inmunodeprimido.

Pruebas complementarias: Biopsia adenopatía: metástasis carcinoma. Estudio inmunohistoquímico: inmunotinción para CK5/6 y p450 mostrando señales para EBER (VEB). TAC tórax-abdomen: no imágenes compatibles con síndrome proliferativo post trasplante ni otras neoplasias. TAC cuello: extensa masa tumoral con epicentro en el

Palabras clave

Epstein Barr Virus, Cancer Of Nasopharynx, Amyloid Neuropathies

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El futuro en la insuficiencia cardíaca

Galindo Román I¹, Delgado Gil V², Fernández García P³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

² FEA Neurología. Hospital Clínico. Málaga

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Varón de 69 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria tras nuevo reingreso por insuficiencia cardíaca descompensada.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias conocidas. Beta talasemia. Dislipemia. IRC estadio 3a. Infarto inferoposterior antiguo con doble bypass coronario. Fracción de eyección severamente deprimida. Fibrilación auricular permanente anticoagulada.

Anamnesis: Presenta disnea a mínimos esfuerzos y síndrome depresivo reactivo a su enfermedad.

Exploración física: Tensión arterial 135/70 mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria arritmica con disminución del murmullo en las bases. Edemas pretibiales con fóvea.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: pinzamiento de senos costofrénicos. Infiltrado alveolointersticial perihiliar.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca descompensada. Cardiopatía isquémica crónica.

Diagnóstico diferencial: Taquimiocardiopatías; infección intercurrente; hepatopatía crónica...

Tratamiento, planes de actuación: Ante la mala evolución clínica del paciente y mala calidad de vida decidimos iniciar tratamiento con sacubitrilo/valsartán consultando con Cardiología. En analítica nos aseguramos que el filtrado glomerular es mayor de 60 ml/min y el potasio basal menor 5, 5mmol/L así como TAS >100mmHg. Tras un periodo de lavado de IECAS de 72 horas, iniciamos tratamiento de sacubitrilo/valsartán 49/51mg/12h. Tto: sacubitrilo/valsartán 49/51mg/12h.

Evolución: Citamos en consulta a las dos semanas notando mejoría clínica sin sufrir el efecto secundario más común, la hipotensión. En analítica de control sí se objetiva ligero empeoramiento de la función renal con FG 52ml/min pero sin hiperpotasemia. Tal es la mejoría que nos permite la reducción progresiva de diuréticos hasta mantenerlo a una dosis de 20mg diarios.

Conclusiones

La insuficiencia cardíaca crónica es una enfermedad con una mortalidad alta. Es una combinación de sacubitril (inhibidor de la neprilisina) y valsartán (ARAII). Los beneficios cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) se atribuyen básicamente al aumento de los péptidos natriuréticos (PN) degradados por la neprilisina por parte de sacubitril, y la inhibición simultánea de los efectos de la angiotensina II por el valsartán. Tras el estudio PARADIGM-HF se abre la puerta a un nuevo escenario en el tratamiento de la IC con fracción de eyección reducida.

Palabras clave

Insuficiencia cardíaca; sacubitrilo; neprilisina.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Angioedema corticorresistente indagando en el complemento

Moral Villar F¹, Moreno Sánchez J²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Centro de Salud.

Motivos de consulta

Hinchazón y prurito en la cara, que no cede a la corticoterapia oral.

Historia clínica

Paciente de 48 años con poliartralgias, glucemia basal alterada y espondiloartritis HLA B27 positiva. Niega factor precipitante, ingesta de alimento o fármacos no habituales, ni traumatismo previo o factor físico ambiental.

Enfoque individual. Anamnesis: Paciente de 48 años que de forma súbita nota hinchazón y prurito en la cara, que no ha cedido a corticoterapia oral.

Exploración: edema facial que se extiende a pabellones auriculares asociado a eritema malar, doloroso a la palpación, sin otros síntomas asociados. Analítica: Hemograma, Bioquímica y Coagulación con parámetros normales.

Pruebas complementarias: Proteinograma: IgA, IgE y Beta 2 microglobulina normales. Factor reumatoride normal. HLA B27 positivo. ANA positivo 1/320, anti DNA negativo activo, ANCA negativo activo. Complemento C1 estearasa inhibidor 38.1 mg/dL (22-34), C1q 7.2 mg/dL (10-25), C3 155 mg/dL (75-140), C4 32.2 mg/dL (10-40).

Enfoque familiar y comunitario: La paciente trabaja como hujier de instituto. Ha precisado baja laboral durante periodos de varias semanas y meses por dolor articular. Se encuentra casada y tiene tres hijas. Recibe apoyo laboral por parte del marido y sus tres hijas.

Juicio clínico: Angioedema Corticorresistente secundario a patología reumática (dada la ausencia de déficit del complemento).

Diagnóstico diferencial: angioedema hereditario (en especial el tipo 3 que cursa con Complemento normal) y angioedema idiopático. Se descarta el de tipo alérgico ante la ausencia de precipitantes.

Tratamiento: Se administraron sucesivamente corticoides orales, antiH1, Icatibant e inhibidor de C1 durante su estancia en urgencias. Así mismo se administró adrenalina iv. Que produjo taquicardia, dolor torácico y elevación de troponinas que produjo su ingreso en UCI

Planes de actuación: Filiar la etiología del cuadro. Establecer una relación entre la Historia Natural de su enfermedad reumatológica y el cuadro de angioedema.

Evolución: Ha acudido en dos ocasiones a la consulta de Atención Primaria, una por algias derivadas de su patología de base, que se han controlado satisfactoriamente con medicación y sesiones de fisioterapia. Ha sido vista por Alergología, Medicina Interna y Reumatología siempre con el juicio clínico de Angioedema resistente a tratamiento (reumatología no especifica claramente que se deba a su patología reumática)

Conclusiones

La enfermedad se ve marcadamente influida por la situación laboral y familiar de la paciente.

Palabras clave

Corticoesteroids, Resistance, Angioedema

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cefalea aguda en Urgencias. Valoración de gravedad

López Gómez M¹, Morales Rodríguez C², López Martos G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjayar. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, sin hijos.

Motivos de consulta

Cefalea.

Juicio clínico: Hematoma subdural agudo espontáneo.

Historia clínica

Varón de 52 años que consulta por cefalea intensa de inicio súbito que le ha despertado, hemicraneal derecha retroorbitaria, continua, tipo opresiva. Asocia náuseas intensas y disminución de agudeza visual.

Diagnóstico diferencial: hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural, ictus, disección a. cervical.

Tratamiento, planes de actuación: Evacuación del hematoma por Neurocirugía, rehabilitación.

Enfoque individual. Antecedentes personales: insuficiencia renal crónica en diálisis, diabetes mellitus 2, HTA, dislipemia. Tratamiento: triflusal, candesartán, rosuvastatina, furosemida, insulina, lixisenatida, alopurinol.

Evolución: Permaneció ingresado en UCI 6 días y posteriormente Neurocirugía, presentando buena evolución clínica con buena recuperación neurológica.

Exploración: somnoliento, palidez mucocutánea y sudoración fría. TA: 180/109 61lpm 34.2°C SpO2 96% Glucemia 137. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Neurológica: Glasgow 13. Pupilas reactivas anisocóricas, midriasis derecha; no afectación de pares craneales, fuerza, sensibilidad ni lenguaje; no rigidez de nuca. Se solicita TAC craneal, durante la realización de TAC disminución de nivel de conciencia con Glasgow 7, se avisa a UCI, precisa de intubación orotraqueal.

Conclusiones

La causa principal del hematoma subdural (HSD) es la ruptura de venas y senos venosos duros, produciéndose el sangrado entre duramadre y aracnoides; el origen arterial ocurre en un 20-30% de los casos. La mayoría tras traumatismos de alta energía, con traumatismos más leves tienen mayor riesgo la población anciana, pacientes anticoagulados y pacientes con historia de alcoholismo. El HSD espontáneo ocurre en el 2.6% de los casos relacionándose con hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma arterial, muy raramente se produce de forma aislada como en este paciente. En Urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias debemos tener en cuenta estas entidades que sin traumatismo previo pueden llevar al paciente a una situación de extrema gravedad precisando su derivación inmediata al medio hospitalario.

Pruebas complementarias: Analítica: bioquímica con creatinina 8.79 (similar a previas) y urea 95. Resto sin alteraciones. Gasometría con pH de 7.28 HCO₃ 19.5 ác. láctico 3. Hemograma y coagulación sin alteraciones. TAC Craneal: extenso hematoma subdural agudo hemisférico derecho con importantes efectos compresivos sobre el parénquima, que asocia herniación subfalciana y transtentorial descendente.

Palabras clave

Headache, Subdura, Hematoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La importancia del tiempo en un dolor torácico

Torres Palma P¹, Pedrosa García C², Molina Anguita M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

² Médico de Familia. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Mixto: Atención Primaria y Hospitalario.

Fibrinólisis con 9000U de TNK. ACTP de rescate.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Evolución:

Tras diagnóstico de IAM, informamos al centro coordinador para avisar a 061, pero éstos refieren que por distancia, seamos nosotros los que trasladamos al paciente al hospital. Durante el traslado, hay cambios en el ECG: ascenso en II-III-aVF, con imagen especular posterolateral. Pasadas unas horas, tras comprobar reducción del dolor y del ST más del 50%, el paciente comienza nuevamente con sobre elevación del ST. Se avisa a hemodinámica y el paciente es trasladado, sufriendo taquicardias de complejo estrecho. Se pauta 300gr de amiodarona. Posteriormente PCR en asistola que se recupera con RCP, Adrenalina, IOT y ventilación mecánica. En hemodinámica, nueva PCR, se administra 250 ml de bicarbonato y se inicia cateterismo en shock cardiogénico, donde se observa oclusión completa de arteria circunfleja y de descendente anterior. El paciente sufre nueva PCR donde la reanimación fue ineficaz.

Historia clínica

Paciente de 52 años que avisa a DCCU por dolor torácico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador de un paquete diario y bebedor de 2 UBE/día.

Anamnesis: Paciente de 52 años con dolor torácico punzante en zona paravertebral izquierda por debajo de escápulas irradiado hacia brazo derecho.

Exploración: Buen estado general, consciente orientado, colaborador. Eupneico en reposo. Bien perfundido e hidratado. TA: 100/70. Saturación oxígeno: 99. AC: tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. AP: Buen murmullo vesicular bilateral, no ruidos patológicos. ECG: Ritmo sinusal a 77 lpm. Descenso del ST en V2-V4, con ascenso en III. Analítica: troponinas: 385. Resto sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en etapa III, (final de la expansión del ciclo vital familiar). No antecedentes familiares de interés. Vive en casa con su mujer e hijo.

Juicio clínico: Infarto Agudo de Miocardio.

Tratamiento, planes de actuación: AAS 300 mg, Clopidogrel 300mg, Nitroglicerina sublingual, ampolla de morfina en 10 SSF.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria radica en la importancia de una buena coordinación que ha de darse entre Atención Primaria y Hospital, mediante el 061, para evitar desigualdades respecto a tiempo de actuación con personas que viven en zonas alejadas de hospitales y presentan cuadros potencialmente salvables si se actúa rápido

Palabras clave

Atención Primaria

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Sospecha de candidiasis submamaria que no mejoraba

Beltrán Gallego Á, Cueto Camarero M, Sánchez Vico A

Médico de Familia. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Diagnóstico diferencial: psoriasis invertida, intertrigo bacteriano, dermatofitosis, intertrigo candidiásico.

Motivos de consulta

Exantema eritematoso pruriginoso submamario.

Tratamiento, planes de actuación: Se trata inicialmente con ketoconazol tópico cada 12h 2-4 semanas. Posteriormente por no mejoría se trata también con brentan tópico.

Historia clínica

Paciente con erupción dérmica recidivante submamaria bilateral.

Evolución: Tras recidiva y no resolución completa del cuadro se remite a dermatología. El diagnóstico del dermatólogo es de liquen plano ruber. Solicitan analítica control y pautan prednisona 50 vo a dosis descendente y clovate tópico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fibromialgia. Úlcera péptica. Paciente que consulta en varias ocasiones por erupción eritematosa, pruriginosa, húmeda submamaria.

Conclusiones

Pensar siempre en otras posibilidades diagnosticas, aunque por sintomatología y localización ese Diagnóstico sea el más frecuente.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 53 años, casada, en el domicilio aún conviven los hijos.

Juicio clínico: Liquen ruber plano.

Palabras clave

Liquen

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Creo que estoy perdiendo la fuerza

Contreras Espejo J, Cantueso García de Vinuesa M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Atención Mixta.

Motivos de consulta

Debilidad miembros inferiores.

Historia clínica

Mujer de 39 años que consulta por empeoramiento progresivo de la fuerza en ambos miembros inferiores desde que tenía 21 años. Ha consultado en varias ocasiones por similar sintomatología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumadora de 4 cigarrillos/día. Anorexia en la juventud. Ooforectomía derecha. Tratamiento domiciliario: No actualmente.

Anamnesis: Refiere debilidad en miembros inferiores de años de evolución. Actualmente no es capaz de incorporarse de la postura de "cuclillas". Necesita ayuda para subir escaleras. Caídas frecuentes. La debilidad la localiza en muslos. Sensación de cansancio que fluctúa por días, mucho peor tras hacer un esfuerzo físico. Niega mialgias. Sensación de hormigueo por las noches. Inestabilidad al caminar (no usa tacones por miedo). En los brazos (nivel proximal) nota algo menos de fuerza (no puede sostener mucho tiempo a su hija recién nacida). Esta situación le está generando mucha ansiedad.

Exploración: Muy nerviosa, llanto fácil. *Exploración neurológica* sin alteraciones salvo hiporreflexia asimétrica (ambos miembros inferiores con respecto a los superiores) y signo de Gowers positivas. Analítica con parámetros normales.

Enfoque familiar y comunitario: En trámites de separación con hija recién nacida. Ha tenido que volver a casa de sus padres. Desempleada. Nivel sociocultural alto.

Juicio clínico: Nos orientó a una miopatía proximal por lo que derivamos a servicio de Neurología para completar estudio. Tras las pruebas realizadas diagnosticaron de distrofia de cinturas, posible enfermedad de Bethlem.

Diagnóstico diferencial: con trastorno somático.

Tratamiento, planes de actuación: Continuar con seguimiento por Neurología. Por nuestra parte organizamos sesiones de psicoterapia para ayudarla en el proceso y planteamos tratamiento sintomático una vez acabe la lactancia. Nos ponemos en contacto con trabajadora social.

Evolución: La paciente presenta buena actitud para afrontar la situación. Ha mejorado la situación en domicilio. Ha encontrado un trabajo. Programamos sesiones, a petición de la paciente, para conocer la evolución y los sentimientos que genera su enfermedad.

Conclusiones

Este tipo de enfermedades son muy invalidantes y generan, en la mayoría de los casos, ansiedad en nuestros pacientes. Es importante establecer una buena relación médico-paciente para poder ayudar a la paciente en el transcurso de la enfermedad, ya que no todos los síntomas necesitan medicación farmacológica.

Palabras clave

Muscle Weakness, Dystrophy, Anxiety

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Debut diabetes mellitus tipo 1 - trabajo en equipo frente a la diabetes

Velasco Doña E, Moreno Sánchez J, Portillo Guerrero M

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

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y atención especializada hospitalaria.

Motivos de consulta

Visión borrosa.

Historia clínica

Episodio de visión borrosa asociado a síntomas cardinales como polidipsia, poliuria, astenia y pérdida de peso.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia al olivo.

Varón de 23 años que acude a consulta de atención primaria por episodio de visión borrosa de segundos de duración mientras trabajaba. Al interrogar al paciente refiere, desde hace dos semanas, cansancio, polidipsia (de 5-6 litros de agua), poliuria, nicturia y pérdida de 4-5 kg de peso. Buen estado general. Sequedad de piel y mucosas. Consciente y orientado. ACR: rítmicos sin soplos ni extratonos con murmullo vesicular conservado.

Se realiza DTX con resultado HI (glucemia es superior al rango 500-600 mg/dl). Por lo que se deriva a Urgencias: Analítica: Hemograma y coagulación sin alteraciones significativas. Bioquímica: Glucosa 803 mg/dl, Creatinina 1.01 mg/dl, Na 126 mEq/L. Gasometria venosa: pH: 7, 328, pO₂: 49, 5 mmHg. Sedimento de orina: glucosa 1000mg/dl, cuerpos cetónicos 20mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario: Hermano con DM 1, debut a los 18 años sin complicaciones.

Juicio clínico: Debut DM 1 con hiperglucemia grave y cetosis sin acidosis.

Diagnóstico diferencial: cetoacidosis diabetica, síndrome hiperglucémico hiperosmolar.

Tratamiento, planes de actuación: Tras el inicio de perfusión de insulina de 5 ml (50 UI) en 500 ml SSF a 60ml/h se registran glucemias de 411mg/dl tras la primera hora y 211 mg/dl tras la segunda hora por lo que se corta la perfusión y se pasa a suero glucosalino al 5% para mantener la hidratación.

Evolución: Es ingresado en Endocrinología donde inician tratamiento domiciliario con insulina lenta y rápida. Explican al paciente la regulación de las unidades y de la dieta.

Conclusiones

En un principio el paciente acudió a consulta asustado por un episodio de visión borrosa autolimitado sin darle importancia al resto de síntomas que arrastraba desde hacía dos semanas. Es por ello que es imprescindible un enfoque global del paciente y no solo redirigirnos al motivo principal por el que consulta. En segundo lugar es innegable que un buen seguimiento de estos pacientes favorece a una mejor adhesión la tratamiento y a la dieta. En este aspecto la colaboración con enfermería es esencial ya que son ellos los que se ocupan de la enseñanza del paciente en este ámbito.

Palabras clave

Hiperglucemia, Polidipsia, Diabetes Mellitus

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

ACV y factores de riesgo cardiovascular

Hurtado Olmo M¹, Sánchez Durán M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril-Centro. Granada

² Médico de Familia. CS Motril-Centro. Granada

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Código Ictus.

Historia clínica

Mujer de 30 años que acude a Urgencias por código ictus con clínica de focalidad neurológica aguda. La paciente comenzó con cefalea. Posteriormente, sufrió mareo al agacharse, cayéndose sin perder la conciencia pero con pérdida de fuerza en hemisfero izquierdo.

Enfoque individual. Antecedentes personales y tratamiento habitual: No Alergias Médicas Conocidas. Ex-fumadora desde hace 3 meses (anteriormente fumadora de 10 paquetes/año). Toma de anticonceptivos orales combinados

Antecedentes familiares: Cáncer de mama en abuela materna.

Anamnesis: Mujer de 30 años con clínica de focalidad neurológica aguda con pérdida de fuerzas en hemisfero izquierdo.

Exploración: Consciente y orientada. Eupneica. Afebril. Glasgow 15. No rigidez nuchal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Escala NHSS= 18 puntos: desviación conjugada de la mirada hacia la derecha, hemianopsia completa con ojo izquierdo, paresia facial completa inferior, disartria leve. Hemiplejía miembro superior e inferior izquierdo: no levanta miembros contra gravedad. Anestesia completa de miembros paréticos. Extinción de la sensibilidad en hemisfero parético..

Pruebas complementarias: Se solicita hemograma, bioquímica, coagulación, ECG y TAC craneal.

Enfoque familiar y comunitario: Ingresada en UCI, nuevo NHSS 18 puntos, con analítica normal, y TAC

craneal sin colecciones hemáticas, se contacta con Neurólogo que establece indicación de fibrinólisis. Se explica a la paciente y a los padres el tratamiento con Alteplasa. Entienden y firman el CI.

Juicio clínico: Infarto isquémico establecido.

Diagnóstico diferencial: Estado postconvulsional, migraña complicada, alteración metabólica, ACV isquémico, encefalopatía hipertensiva, ACV hemorrágico. traumatismo craneoencefálico previo, meningoencefalitis, tumor intracraneano

Identificación de problemas: Infarto isquémico agudo asociado a factores de riesgo cardiovascular: anticonceptivos orales combinados, fumadora.

Tratamiento, planes de actuación: Código ictus. Protocolo: canalización de vía venosa periférica, extracción de muestras de sangre, hemograma, bioquímica y coagulación, ECG, TAC. Dextetoprofeno iv, paracetamol iv 1 g. Fibrinólisis, monitorización, protección gástrica

Evolución: Ante la sospecha de ACV isquémico por disección vs ACV isquémico trombotico se contacta con Neurólogo que autoriza la fibrinólisis. tras la cual no se aprecia mejoría en los síntomas neurológicos. En UCI se realiza AngioTC preferente para descartar disección arterial cerebral.

Conclusiones

Es fundamental detectar en Atención Primaria los factores de riesgo cardiovascular modificables como el tabaquismo y los anticonceptivos orales combinados. Una adecuada actitud preventiva puede evitar acontecimientos adversos como un accidente cerebrovascular cuyas secuelas pueden ser irreversibles.

Palabras clave

Stroke, Oral Contraceptives, Smoker

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tumor fantasma en disnea de un mes de evolución

López Gómez M¹, López Martos G², López Salas M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjayar. Granada

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias.

Buen soporte socio familiar. Independiente para ABVD.

Motivos de consulta

Disnea.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria parcial subaguda en contexto de debut de insuficiencia cardiaca (IC).

Historia clínica

Varón de 74 años que consulta por aumento progresivo de disnea de un mes de *Evolución:* hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No otra clínica asociada. Ante la baja saturación a pesar de O₂ se deriva a Urgencias.

Diagnóstico diferencial: derrame encapsulado, patología neoplásica tumoral o pleural.

Tratamiento, planes de actuación: Furosemida 120mg diarios.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, Diabetes mellitus 2, Fibrilación auricular, EPOC moderado. Exfumador hace 17 años (ICAT 80 paquetes año). Tratamiento: tiotropio, budesonida, digoxina, diltiazem, acenocumarol, metformina.

Evolución: Fue ingresado en Medicina Interna y, tras tratamiento diurético, la disnea mejoró hasta llegar a ser de moderados-grandes esfuerzos. Se repitió la RX y se valoró una disminución del derrame pleural encapsulado hasta desaparecer por completo. Se realizó ecocardiografía que evidenciaba una fracción de eyección de ventrículo izquierdo moderadamente deprimida.

Exploración: TA 157/85 FC 90lpm SpO₂ 87% con O₂. Afebril. Taquipnea de 28rpm sin emplear musculatura accesoria. Tolera decúbito. Cianosis central labial. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos arrítmicos, crepitantes bibasales. Abdomen anodino. Mínimos edemas maleolares.

Conclusiones

Aunque la radiografía nos pudiera hacer dudar con patología tumoral, durante su hospitalización se optó por una estrategia diagnóstica conservadora sin una hiperutilización de pruebas, valorando la evolución del paciente con un tratamiento de forma justificada, que nos acerca al modo de actuación en Atención Primaria. Se derivó al paciente a Urgencias por su situación de insuficiencia respiratoria pero de haber presentado una disnea en menor grado se podría haber optado por un diagnóstico y seguimiento en el CS

Pruebas complementarias: Analítica: bioquímica sin alteraciones. BNP 846. Gasometría arterial con pH 7.47, pO₂ 44mmHg, pCO₂ 33.2mmHg, HCO₃⁻ 25.4, SO₂ 79%. Hemograma sin alteraciones. ECG: FA a 93 lpm. RX Tórax: ICT >0.5, ocupación bilateral de senos costofrénicos, no signos de condensación, aumento hilio derecho, protrusión pleural basal izquierda (signo de la embarazada).

Enfoque familiar y comunitario: Jubilado. Vive con su mujer. Tiene 2 hijos ya independizados.

Palabras clave

Dyspnea, Effusion, Pleural

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Me duele el pecho, ya no puedo más

Bedmar Estrella J¹, Martos Martínez R¹, Cano Cano E²

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

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

Ámbito del caso

Mixto.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa IV del ciclo vital. Último hijo abandona el hogar.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Historia clínica

Varón de 50 años que acude a consulta en dos ocasiones por dolor torácico continuo, no irradiado, de horas de duración que aumenta con la inspiración y con los cambios de posición (más al tumbarse). No cortejo vegetativo asociado. No disnea. No refiere ningún antecedente sospechoso de infección vírica. No dolor torácico previo con la deambulación. Buena clase funcional.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, disección aórtica, tromboembolia pulmonar, neumotórax a tensión, pericarditis seca, neumonía, derrame pleural, prolapso válvula mitral, dolor muscular.

Identificación de problemas: Aunque la sospecha diagnóstica es una pericarditis aguda se decide poner tratamiento con ibuprofeno y mandar a Urgencias para la realización de una analítica y ecocardiograma si procede.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alérgico a sulfamidas. No fumador. No factores de riesgo cardiovascular conocidos.

Tratamiento, planes de actuación: En Urgencias Hospitalarias se contacta con Cardiología que lo valora y pauta tratamiento con AAS 1000mg cada 8 horas durante 2 semanas, 500mg/ 8 horas la tercera semana y 250 mg/ 8 horas la cuarta semana + Omeprazol.

Consciente y orientado. Algo sudoroso. TA: 124/67 mmHg. FC: 60 lpm. ACR: Tonos rítmicos con soplo sistólico. MV conservado sin estertores. MMII: No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP.

Evolución: Se encontraba hemodinamicamente estable y sin dolor.

Pruebas complementarias: 1º EKG: Ritmo sinusal, eje a 60º, elevación del punto J en V2-V4, HBRD.

2º EKG: Ritmo sinusal, eje a unos 60º, elevación difusa y cóncava del ST. Rx tórax: No cardiomegalia ni condensación, ni signos de derrame. Analítica: Hb 14.4, no leucocitosis, Ur 51, potasio 4.1. Troponinas y mioglobinas seriadas normales. Ecocardiograma transtorácico: Aurícula izquierda dilatada, insuficiencia mitral y tricuspídea leve. No derrame pericárdico.

Conclusiones

Ante la llegada a nuestra consulta de paciente con dolor torácico agudo hay que tener en cuenta los antecedentes personales y los factores de riesgo cardiovascular y descartar, en primer lugar, los procesos potencialmente graves como puede ser una cardiopatía isquémica, disección aórtica, neumotórax realizando para ello las PPCC que estén a nuestro alcance como EKG y RX tórax.

Palabras clave

Pericarditis, Dolor Torácico, Factores de Riesgo Cardiovascular

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje completo de una hipoglucemia con hipopotasemia

Moreno Sánchez J, Velasco Doña E, Portillo Guerrero M

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

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias,
Endocrinología, Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipoglucemia sintomática.

Historia clínica

Paciente de 17 años traída por el Dispositivo de Cuidados Críticos al servicio de Urgencias Hospitalarias por hipoglucemia sintomática iniciada en el Centro donde está institucionalizada.

Enfoque individual: Con antecedentes personales de Esquizofrenia paranoide, Anorexia nerviosa y Bulimia, desde la adolescencia, y varios intentos autolíticos; en tratamiento con Aripiprazole, Sertralina y Lormetazepam. Hija de padre diabético insulín dependiente. Refiere inicio de síntomas adrenérgicos, estando en reposo, sin ejercicio, consumo de fármacos ni falta de ingesta previos. Asocia cefalea holocraneal opresiva, visión borrosa y náuseas. Con *Exploración neurológica* y cardio-respiratoria anodinas. Se realiza glucemia capilar (45mg/dL), similar en resultado analítico. La bioquímica aporta potasio de 3. Se procede a corrección vía oral de la glucemia e intravenosa del potasio. Se reservó un tubo de sangre para determinar a posterior: Insulina (5.4uU/mL), Péptido C (0.12uU/mL), Proinsulina (3.6uU/mL).

Enfoque familiar y comunitario: La paciente presenta tanto factores que pueden orientar hacia una ideación o intento autolítico (sexo femenino, menor de 65 años, estado civil soltera, sin antecedentes familiares de suicidio)

como hacia un intento de suicidio que no llegó a consumarse (raza blanca, disponibilidad de medios, antecedentes personales de intentos autolíticos, enfermedades psiquiátricas), destacando en estos últimos un claro estresante vital: la separación del núcleo familiar y su institucionalización. Cabe destacar que el 90% de los suicidios se producen en pacientes con un trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos afectivos (mayoritariamente depresión), alcoholismo y toxicomanías, trastornos de la personalidad y esquizofrenia.

Juicio clínico: Hipoglucemia por: Insulina exógena vs. Insulinoma, Agentes orales, Autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó posteriormente a la paciente al servicio de Endocrinología, así como a Salud Mental y Unidad de Atención Primaria, recibiendo atención continuada por estos dos últimos.

Evolución: Durante el seguimiento, la paciente reconoció haberse tratado de un intento de autolisis usando la medicación de un compañero de su Centro.

Conclusiones

El abordaje de urgencia de la Hipoglucemia tiene pautas muy claras a seguir, pero es la historia clínica, con una buena anamnesis, y las circunstancias que rodean al paciente las que nos deben orientar sobre estas pautas de actuación.

Palabras clave

Hypoglycemia, Suicide, Hypokalemia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Paciente diagnosticado de enfermedad celíaca del adulto

Gines Ramírez E¹, Fernández Viñes J²

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias CS Chana. Granada

² Médico de Familia. DA de Armilla. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dispepsia y astenia.

Historia clínica

Paciente con patología digestiva de larga data con tratamiento sintomático que comienza con astenia.

Enfoque individual: pcte de 33 años sin antecedentes de interés, consulta por dispepsia, pirosis y regurgitaciones ácidas con mejoría parcial con inhibidores de bomba de protones. Acompaña pesadez postprandial, distensión abdominal tras la ingesta, abundante meteorismo de larga data, con hábito intestinal estreñido.

Exploración física: Consciente y orientada, buen estado general, normohidratada y normoperfundada. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas, ni visceromegalias, ruidos intestinales presentes.

Pruebas complementarias: analítica con anticuerpos Ig A antitransglutaminasa +, ferropenia, disminución de ferritina y del índice de saturación de transferrina. Vit b12 y coagulación normales. Endoscopia digestiva alta con biopsia duodenal: duodenitis crónica y atrofia vellositaria severa. Biopsia gástrica con Helicobacter pylori negativo activo.

Enfoque familiar y comunitario: Se estudia a los familiares de primer grado que presentan patología digestiva como la madre y la hermana con analítica con anticuerpos antitransglutaminasa que resultan negativo activos.

Juicio clínico: Enfermedad celíaca del adulto.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia funcional, reflujo gastro-esofágico, síndrome intestino irritable, estreñimiento crónico.

Tratamiento, planes de actuación: El único tratamiento es seguir una dieta sin gluten, bien equilibrada.

Evolución: Se consigue mejoría de los síntomas en 2 semanas, normalización serológica entre 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades tarda de 2 a 3 años en adultos.

Conclusiones

El mejor conocimiento de los médicos de familia de las distintas formas de presentación en el adulto, proporcionará una mayor identificación de posibles pacientes con el correspondiente incremento de su diagnóstico además de una disminución de los tiempos de demora diagnóstica. El diagnóstico se lleva a cabo por digestivo pero el seguimiento puede ser abordado desde atención primaria por pediatras o médicos de cabecera adiestrados, el primer año de forma trimestral o semestral y el resto de forma anual. Se valorará en el seguimiento tanto síntomas digestivos, extraintestinales o por enfermedades asociadas o complicaciones con analític con hemograma, reactantes de fase aguda, perfil férrico y vitaminas B12 y fólico, bioquímica general con glucosa, perfil férrico y hepático, ionograma, perfil lipídico, proteinograma con IgA total e IgE total, ac antitransglutaminasa tisular IgA, hormonas tiroideas y sedimento de orina.

Palabras clave

Celiac Disease, Gluten Sensitive

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La mentira tiene las piernas muy cortas

Torres Palma P¹, Pedrosa Garcia C², Santiago Quintanilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

² Médico de Familia. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

³ Enfermera de Familia. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalario.

Motivos de consulta

Mioclónías.

Historia clínica

Mujer de 29 años que acude a consulta por movimientos tónico clónicos en miembro superior e inferior izquierdos y blefaroespasma facial izquierdo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin interés.

Antecedentes familiares: Padre con EPOC precisando oxígeno domiciliario. Diabético con amputación de pie.

Anamnesis: Mujer de 29 años que acude a consulta por presentar mioclónías en miembro superior e inferior izquierdos asociado a hemiespasma facial izquierdo sin otra clínica

Exploración: Buen estado general. Consciente, orientada. Eupneica en reposo. Sin otra sintomatología.

Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación, movimientos extraoculares conservados. No afectación de pares craneales. Hiperreflexia osteotendinosa generalizada. Hipoestesia en miembro inferior izquierdo. Marcha limitada por dolor en miembros inferiores. Fuerza 4/5 en ambos miembros inferiores. Romberg negativo activo. No alteraciones esfinterianas.

Analítica: Sin alteraciones. Ac.Anti JC negativo activos. RNM: No se aprecian lesiones en sustancia blanca, ganglios basales ni tronco del encéfalo. EEG con clonía presente: actividad normal

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en etapa IV (contracción) del ciclo vital familiar. Acontecimientos Vitales Estresantes: Padre dependiente debido a su enfermedad. Vive en domicilio con sus padres y dos hermanas.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple remitente - recidivante.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia parcial motora vs pseudocrisis

Tratamiento, planes de actuación: Se inicio Interferón betal-b sin éxito, por lo que se cambió a Natalizumab. Rehabilitación.

Evolución: Durante el transcurso de la enfermedad, presentó brotes recurrentes de mioclónías en extremidades izquierdas precisando tratamiento intravenoso con Metilprednisolona. En sus últimos brotes vimos que la sintomatología tenía una intensidad variable y que cambiaba por segundos al estar o no presentes, desapareciendo la clínica justo al iniciar la sueroterapia, lo que nos hizo sospechar que estaba simulando los síntomas. Para comprobarlo, la siguiente vez se le pautó suero sin medicación, desapareciendo la clínica al inicio del tratamiento, lo que confirmó nuestra sospecha.

Conclusiones

La relevancia de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria radica en como experiencias tempranas de enfermedad crónica pueden afectar al desarrollo de una persona. Además, nuestra especialidad nos permite un trato cercano con nuestros pacientes, facilitando el diagnóstico, o en este caso, el "no diagnóstico" de patologías que en ocasiones precisan el uso de pruebas complementarias innecesarias

Palabras clave

Hipoestesia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síncope en paciente joven

Oualy Ayach Hadra G¹, Hernández García R², García Martín M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

³ Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

DCCU, UCI.

Motivos de consulta

Síncope con caída al suelo.

Historia clínica

Paciente de 18 años de edad sufre una pérdida de conocimiento después de almorzar. A la llegada del DCCU el paciente se encuentra en PCR evidenciándose fibrilación ventricular. Se realiza maniobras de RCP durante 45 minutos, tras administrar 2 choques de 360 J, presenta asistolia. Se administra adrenalina, se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, continuando con maniobras de RCP durante 30 min, consiguiendo pulso. Se traslada al servicio de urgencias hospitalarias, ingresando posteriormente en UCI.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales ni familiares de interés, fumador ocasional. La familia niega otros hábitos tóxicos. TA: 70/30, FC 115lpm. Pupilas midriáticas débilmente reactivas. Coma GCS 3/15. Auscultación cardiaca y respiratoria: tonos rítmicos sin soplos, roncus abundantes bilaterales. El abdomen estaba blando sin ruidos y las EEII con pulsos débiles sin edemas.

ECG a la llegada al hospital: ritmo sinusal, PR: 0.12 seg, QTc: 539mseg. Analítica: Hemograma: leucocitos 6420, hematocrito 49%, Hb 15.9. Coagulación: DD 27791. Bioquímica: glucosa 316, creatinina 1.39, Na140, K3.6. Troponina T (alta sensibilidad): 24. Gasometría venosa: PH 6.97, pO₂ 22.3, PCO₂ 76.8, bicarbonato: 17.7, Ex bases: -14.4. Drogas de abuso en orina: negativo activas

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es el pequeño de tres hermanos y vive con los

padres. El ciclo vital familiar considerando el modelo de la OMS y modificado por el De Revilla, se encuentra en la etapa IV o de contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último). Buena dinámica familiar.

Juicio clínico: PCR probablemente secundaria a arritmia maligna (QT largo). Encefalopatía post anoxica severa.

Diagnóstico diferencial: Síncope vagal. Alteraciones eléctricas cardíacas. Alteraciones metabólicas. Fármacos.

Tratamiento, planes de actuación: El ecocardiograma confirmó una disfunción biventricular severa. En ECG persistía un QTc prolongado. *La Evolución:* neurológica fue hacia la pérdida de reflejos de tronco con desaparición de reflejos pupilares y oculocefálicos junto con rigidez de descerebración y posterior pérdida completa de actividad cerebral. TAC craneal confirmó la existencia de edema cerebral difuso con compresión del tronco.

Evolución: Defunción por muerte cerebral.

Conclusiones

El SQTl puede ser congénito o adquirido. El congénito es una alteración de los canales del potasio y sodio. Los individuos con QT largo tienen predisposición a sufrir síncope, taquicardia ventricular polimórfica y muerte súbita. Es importante la historia familiar y personal. En ausencia de clínica sospechosa, un QTc prolongado puede ser un valor atípico en una persona sana, salvo que el QTc alcance los 500 ms.

Palabras clave

Síncope, Long QT Syndrome

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje Interdisciplinar: viaje del CS a la planta de Hematología

Moral Villar F¹, Moreno Sánchez J²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Centro de Salud y Hospital.

Motivos de consulta

Astenia intensa, fiebre y sudoración profusa nocturna.

Historia clínica

Paciente de 37 años sin AP de interés que acudió a su CS. por los síntomas descritos. Ante lo cual se derivó a urgencias hospitalarias ese día. Tras la exploración y el hemograma que presentó en urgencias, se decidió su ingreso en hematología.

Enfoque individual: Sin AP de interés.

Anamnesis: Fiebre y astenia intensa desde hace 3-4 semanas. Mal descanso nocturno con sudoración profusa por las noches. No refiere pérdida de peso.

Exploración en urgencias: Coloración blanquecina de la piel. Murmullo vesicular disminuido global. Se palpan esplenomegalia de nueve traveses desde el reborde costal y hepatomegalia de cuatro traveses. Ambas ligeramente dolorosas. Así como pequeñas adenopatías en la región cervical.

Pruebas complementarias en urgencias: Hemograma Hb 10 g/dL, Leucocitos 99.740/L, 49120, 16790 basófilos, blastos 1%, Plaquetas 754.000/L. Presencia de elementos inmaduros mieloides hasta estadio promielocito.

Enfoque familiar y comunitario: Está casado y es padre de una hija de 21 meses. Padre con episodios anginosos y madre hipertensa. Tiene dos hermanos sanos y una hermana que padece Ehler Danlos.

Juicio clínico: Síndrome mieloproliferativo crónico: leucemia mieloide crónica en fase acelerada.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleósico (VEB, VIH, Toxoplasma, CMV), leucemias, linfomas.

Tratamiento, planes de actuación: Imatinib 600 mg cada 24 horas. Omeprazol 20 mg: 1 comprimido al día. Alopurinol 300 mg: 1 comprimido al día. Cotrimoxazol 800/160 mg: 1 comprimido al día. Naproxeno 500 mg: 1 comprimido cada 12 horas. Paracetamol 1 g: 1 comprimido cada 8 horas, si dolor o fiebre. Ácido Fólico 5 mg: 1 comprimido diario. Levofloxacino 500 mg: 1 comprimido cada 24 horas. Recomendaciones al alta de hematología: Evitar los sitios donde pueda haber aglomeraciones de gente, piscinas públicas así como el contacto con animales y plantas. Buena higiene de manos y ducha diaria para eliminar los microorganismos de la piel. Buena hidratación de la piel para mantener su integridad. Buena alimentación y cese del tabaco.

Evolución: Estudio BCR-ABL positivo t(9: 22). Tras su alta sólo acudió otra vez a su C. S. para revisión de LMC. Está siendo visto por Hematología.

Conclusiones

La importancia de identificar síntomas de alarma y la necesidad de explorar, ya que la esplenomegalia se evidenció en su visita al CS.

Palabras clave

Chronic Myelogenous Leukemia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor costal: la importancia de la exploración física

Rodríguez Villadeamigo G¹, García Prat M¹, Ochoa Pascual M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor costal.

Historia clínica

Varón de 30 años que acude al médico de familia (MF) por dolor en parrilla costal izquierda, región cervical y lumbar. Refiere haberse clavado el manillar de la bicicleta en la zona costal tras caída.

Enfoque individual. Exploración: Acude andando. Buen estado general. TA 155/91mmHg. Fc 61Lpm. Sat O₂ 98%. Auscultación: rítmico, a buena frecuencia, sin soplo. Disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar izquierdo y crepitantes en dicha base. E. Neurológica: sin foco. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Movimientos extraoculares conservados. Sin alteración de sensibilidad o fuerza en miembros superiores e inferiores. No dolor a la palpación de apófisis espinosas a lo largo de todo el raquis. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical y lumbar izquierda. Crepitación a la palpación de región supraescapular izquierda.

Se deriva a urgencias hospitalarias con sospecha de neumotórax y enfisema subcutáneo: Radiografía tórax: neumotórax izquierdo, enfisema subcutáneo cervical y pared torácica izquierda. Se ingresa en observación: Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación anodinas. TAC tórax y abdomen superior: fracturas sin desplazamiento de 5ª y 6ª costillas izquierdas. Marcado neumotórax que ocupa el margen anterior del hemitórax izquierdo, con reducción del volumen pulmonar y varias atelectasias en su espesor. Gran

enfisema subcutáneo disecando musculatura de pared torácica izquierda y planos profundos de región cervical ipsilateral. Abdomen superior sin alteraciones. Se contacta con cirugía, colocan Válvula de Heimlich sin incidencias y cursan ingreso en planta.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, convive con sus padres y un hermano. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Neumotórax izquierdo secundario a traumatismo cerrado. Fracturas costales. Enfisema subcutáneo.

Diagnóstico diferencial: con neumotórax primario o secundario a patología pulmonar, hemotórax, hemo-neumotórax, derrame pleural, dorsalgia mecánica.

Tratamiento, planes de actuación: Tubo de drenaje torácico durante 5 días. Posteriormente fue dado de alta: reposo relativo 15 días y analgesia. No precisa revisiones.

Evolución: Clínica y hemodinámicamente estable durante todo el ingreso. En RX de control: reexpansión completa. No ha presentado recidivas.

Conclusiones

Destacar la importancia del MF y de la exploración física en casos como este, donde las pruebas complementarias no resultaron imprescindibles para dar con el diagnóstico aunque sí fueron necesarias para enfocar correctamente el tratamiento del paciente.

Palabras clave

Subcutaneous Emphysema, Pneumothorax

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No es otro dolor abdominal

Velázquez Mata M¹, Miguel Moreno M², López Cordero E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 35 años que acude al Servicio de Urgencias hospitalario por dolor abdominal de horas de evolución focalizado difusamente en hipogastrio e irradiado a ambas fosas ilíacas.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas. Fumador de medio paquete de tabaco al día, niega otros hábitos tóxicos. No presenta broncopatía, cardiopatía ni otra patología conocidas. Intervenido de fractura de tibia y peroné hace cinco años. No toma ningún medicamento.

Anamnesis: Dolor abdominal intenso y progresivo de horas de evolución focalizado en hipogastrio e irradiado a ambas fosas ilíacas. No vómito ni sensación nauseosa. Buena diuresis sin molestias miccionales. No alteración del ritmo deposicional. No fiebre termometrada, ligera sudoración.

Exploración: Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Normotenso, buena saturación y frecuencia cardíaca. Afebril. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Auscultación pulmonar con buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen blando no distendido, muy doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, con importante defensa abdominal. Murphy negativo activo. Blumberg y Rovsing dudoso. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos metálicos. Puño percusión renal bilateral negativo activa.

Pruebas complementarias: Leucocitosis con neutrofilia. Radiografía abdominal con líneas de psoas visibles, gas en ampolla rectal, no niveles hidroaéreos. En Tac de abdomen sin contraste, signos de obstrucción intestinal con mecanismo de asa cerrada por hernia interna.

Enfoque familiar y comunitario: Convive con padres y hermano, sanos.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal con mecanismo de asa cerrada por hernia interna.
Diagnóstico diferencial: dolor abdominal inespecífico; apendicitis; diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Vial de paracetamol y pantoprazol intravenoso. Posteriormente, vial de nolutil, tramadol y ondansetrón intravenoso. Radiografía simple de abdomen en bipedestación y decúbito supino.

Evolución: En Urgencias control progresivo del dolor. Sin embargo, persistencia de ruidos metálicos. Se solicita tac de abdomen. Tras resultados, se coloca sonda nasogástrica, se administran 2 gramos de amoxicilina-clavulánico intravenoso. y se contacta con cirugía. Se cursa ingreso urgente para intervención.

Conclusiones

Es fundamental distinguir el abdomen quirúrgico. Pese a lo que pueda orientarnos una prueba diagnóstica, priman nuestros hallazgos en la historia clínica y exploración física. La leucocitosis es útil cuando confirma impresiones clínicas.

Palabras clave

Intestinal Obstruction, Abdominal Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

A propósito de un caso: eritema nodoso

García González J¹, Carbajo Martín L², Calzado Gutiérrez R³

¹ Médico de Familia. AGS de Sevilla Sur. Sevilla

² Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

³ Enfermera de Familia. DCCU. AGS de Sevilla Sur. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Nódulos dolorosos en MMII.

Historia clínica

Mujer de 25 años que consulta en Noviembre por presentar lesiones no confluyentes, eritematosas en ambos miembros inferiores, dolorosas al roce y la presión de 4 días de evolución. Coincidiendo con el inicio de las lesiones presentó fiebre alta sin foco, que ha cedido con paracetamol.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Ex-fumadora. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales.

Exploración física: Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Lesiones eritematosas palpables, dolorosas a la palpación en ambos miembros inferiores. Resto de exploración sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Vive sola. Trabajadora en Carrefour (sección de platos preparados).

Juicio clínico: Eritema NODOSO. El EN puede ser confundido con otras formas de paniculitis, especialmente vasculitis nodulares (también llamado eritema indurado), la enfermedad de Weber-Christian, las infecciones subcutáneas debidas a bacterias u hongos, la tromboflebitis superficial, y las vasculitis cutáneas.

Tratamiento, planes de actuación: Suspender ACO. Se inicia tratamiento con ibuprofeno 600 mg c 8 h actitud a seguir: se solicitan pruebas

complementarias para conocer o descartar las causas que con más frecuencia se asocian a eritema nodoso. Hemograma normal. VSG 38. Bioquímica y coagulación normal. Anticuerpos antinucleares y factor reumatoide negativo activos. Test gestación negativo activo. Mantoux negativo activo. RX tórax sin alteraciones.

Evolución: Derivación Medicina Interna: Las lesiones han mejorado, presenta algunas lesiones activas y lesiones hiperpigmentadas no palpables. No síntomas sistémicos. El estudio con Serologías VHB, VEB, CMV, Chlamydia, Campylobacter, Brucella, Salmonella y Yersenia son negativo activas salvo Yersenia Enterocolitica que presenta título 1/200 (límite de la normalidad). Tras el resultado negativo activo de las pruebas solicitadas la diagnosticaron de Eritema Nodoso Idiopático Recidivante, probablemente inducido por los anticonceptivos orales.

Conclusiones

El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis. Se trata de un síndrome plurietiológico caracterizado por brotes de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos que afectan de forma predominante a la superficie pretibial de las extremidades inferiores. Desde Atención Primaria, nuestra labor no solo comprende el diagnóstico, sino la búsqueda, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias, de la etiología del eritema nodoso; a tener en cuenta que en un elevado porcentaje de los casos, la causa es idiopática, como en nuestro caso clínico

Palabras clave

Erythema Nodosum, Panniculitis,
Contraceptives Oral

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Nauseas, dolor abdominal. ¿Y si retiramos la digoxina?

Álvaro Calero A¹, Molero del Río M², Rodríguez Vázquez A²

¹ Médico de Familia. UGC Coria del Río. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 78 años con dolor abdominal, náuseas y debilidad generalizada de unas 3 semanas de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Ictus isquémico hemisférico derecho en 2016 tratado con trombectomía mecánica. Valvulopatía mitroaórtica severa. Fa anticoagulada.

Obstrucción de intestino delgado en 2017 por bridas. Tratamiento actual: Acenocumarol según pauta. Digoxina 0.25mcg/24horas. Enalapril 10 mg/24horas. Sertralina 50mg/24hs.

Anamnesis: paciente de 78 años de edad que en las últimas semanas presenta astenia intensa, náuseas frecuentes, dolor abdominal y baja ingesta oral. No fiebre. En estas semanas ha acudido a urgencias hospitalarias en dos ocasiones por estos síntomas siendo diagnosticada de estreñimiento.

A la exploración: Ligera bradipsiquia. Eupneica en reposo sin O₂ suplementario. TA 134/80. A la auscultación tonos cardiacos arritmicos a unos 70 spm. Pequeño soplo en foco aórtico. Exploración abdominal sin hallazgos. En el ECG: FA a 80 spm. Cubeta digitalica.

Enfoque familiar y comunitario: Parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Dada la alta probabilidad de intoxicación digitalica crónica (síntomas inespecíficos en paciente mayor en tratamiento crónico con digoxina), la paciente fue derivada a urgencias hospitalarias para determinación de digoxinemia. En la Analítica destacó: Cr 1.21 (previa de 0.91), Urea 88. Digoxinemia 3.39. No otras alteraciones.

Tratamiento, planes de actuación: Se retiró digoxina y fue derivada al alta a domicilio con recomendaciones.

Conclusiones

La digoxina es el digitalico implicado con mayor frecuencia en las intoxicaciones medicamentosas atendidas en urgencias. La intoxicación más frecuente es la secundaria a una terapéutica crónica con este fármaco. Los factores de riesgo son edad > de 70 años, deterioro de la función renal, ya sea por la edad (nefroangioesclerosis) o por deshidratación (vómitos, diarreas, fiebre, reducción de ingesta, como era el caso de nuestra paciente). La toxicidad más grave radica en la aparición de signos de bajo gasto cardiaco por un ritmo cardiaco alterado. Ante un paciente con intoxicación por digital de forma crónica, debe suspenderse el aporte del fármaco y corregir los factores metabólicos que la potencian (acidosis, hipoxia y especialmente la hipopotasemia). Las manifestaciones digestivas pueden haber ocasionado hipovolemia, que deberá también corregirse.

Palabras clave

Digoxin, Toxicity

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diagnóstico de H. Pylori a través de una perforación duodenal

Sánchez Sánchez A¹, Aguilera García S², Carbajo Martín L³

¹ FEA Médico de Urgencias. HAR Utrera. Hospital Universitario Valme. Sevilla

² Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla

³ Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Epigastralgia.

Historia clínica

Epigastralgia moderada de dos días de evolución con empeoramiento progresivo e irradiación discreta a flanco derecho sin otra clínica asociada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMs conocidas. FRCV: HTA. Fumador de 10 cig/día. Tratamiento habitual: enalapril 20/lecarnidipino 10mg cada 24h.

Anamnesis: Epigastralgia que no remite a analgesia habitual sin otra clínica asociada. No otros síntomas por aparatos.

Exploración: BEG. Estable hemodinámicamente. Afebril. Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio con defensa voluntaria y Murphy dudoso. RHA escasos pero presentes. No datos de peritonismo.

Pruebas complementarias: Analítica con Leucocitosis de 15.06 (73% PMN). Bioquímica con perfil abdominal, cardíaco y renal sin alteraciones. Orina normal. Rx abdomen: asas de intestino delgado con impresión de imagen en pilas de moneda en mesogastrio con cierto borramiento de línea psoas izquierda. No niveles, aire a nivel distal. EKG: RS a 60 spm, eje 30 grados. No alt. En la repolarización.

Ecografía de abdomen: asas de íleon terminal de aspecto dilatadas e inflamadas, mínima cantidad de líquido periasas. Laparoscopia (sospecha de perforación sin úlcera) sin incidencias se procede a lavado peritoneal. Endoscopia y biopsia: gastritis crónica asociada a H. Pylori.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: gastritis crónica asociada a H. Pylori.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, pancreatitis, obstrucción intestinal, IAM inferior, aneurisma abdominal, patología oncológica.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento erradicador de H. Pylori.

Evolución: Muy favorable, precisó 8 días de ingreso hospitalario y revisiones posteriores por Digestivo.

Conclusiones

Es muy importante no infradiagnosticar los dolores abdominales a pesar de que las pruebas complementarias en un inicio no sean orientativas ni diagnósticas como es este caso de inicio y basarnos en la clínica del paciente.

Palabras clave

Stomach Ache, Helicobacter Pylori, Intestinal Perforation

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Abordaje de la hiperferritinemia en atención primaria

Casquero Sanchez J, Boiza Molina N, Chueco Oviedo L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hiperferritinemia.

Historia clínica

Varón de 41 años, enfermero, que acude a consulta tras el hallazgo casual de una hiperferritinemia en el contexto del estudio de una aftosis oral recurrente por dermatología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. Dislipémico. Presenta pólipos nasales. No fumador, bebedor habitual de cerveza con una ingesta de 3-4 UBE/día, con estilo de vida sedentario (menos de dos horas de ejercicio semanales). No tiene antecedentes de transfusiones, hepatopatía, ni anemia.

Anamnesis: Hiperferritinemia aislada sin otra sintomatología asociada. En los últimos dos años ha presentado aftosis oral recurrente durante la etapa estival. No ha presentado clínica visual, neurológica, osteoarticular, digestiva, respiratoria o nefrourológica.

Exploración: Auscultación cardio-respiratoria, abdominal y neurológica básica sin hallazgos patológicos. Sin adenopatías cervicales, axilares o inguinales. TA 110/70. Peso 77 kg. Talla 110 cm. Perímetro abdominal 96 cm. IMC 26.64. Visión normal, ausencia de cataratas.

Pruebas complementarias: Analítica en el momento del diagnóstico: Ferritina 959.50 ng/ml, Fe 58 µg/dl, perfiles lipídico y hepático normales. AntiHBs-, Anti HBc-, antiVHC-. Analítica de control a los cuatro meses: Ferritina 522.3 ng/ml, Fe 102 µg/dl, transferrina 206 mg/dl, IS 39, 6 %, PCR 2.7 mg/l, perfiles lipídico y hepático normales.

Enfoque familiar y comunitario: madre con artritis reumatoide y episodios de uveítis anterior. Padre con insuficiencia mitral severa y válvula protésica. Dos hermanos, sanos. Dos hijos, el varón padece epilepsia tipo petit mal, hija sana. Ausencia de antecedentes familiares oncológicos.

Juicio clínico: Hiperferritinemia.

Diagnóstico diferencial: Síndrome metabólico. Consumo de alcohol. Hepatopatía. Hemocromatosis hereditaria. Anemia inflamatoria. Proceso oncológico. Síndrome de hiperferritinemia y cataratas. Síndrome post-transfusional. Aceruloplasminemia. Atransferritinemia. Anemia sideroblástica. Enfermedad de Still del adulto.

Tratamiento, planes de actuación: Dada la estabilidad clínica y la ausencia de sintomatología acompañante al hallazgo analítico, se decide no realizar ningún tratamiento y recomendar reducir el consumo de alcohol a menos de 100 g/semana (1-2 UBE/día).

Evolución: Cuatro meses después de la recomendación de reducción del hábito enólico y manteniéndose el paciente este tiempo si ningún dato clínico relevante, se realiza analítica de control con ferritina de 522, 3 ng/ml y se decide mantener la actitud de reducción del consumo de alcohol y seguimiento con analítica dentro de cuatro meses.

Conclusiones

Hiperferritinemia no secundaria a enfermedad metabólica, descartando síndrome metabólico, hemocromatosis y procesos oncológicos, con probable origen en el consumo perjudicial de alcohol.

Palabras clave

Ferritins, Ethanol, Hemochromatosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mujer joven con disnea y taquicardia

León Domínguez J¹, Zuleta Valencia J², Díaz Caler A³

¹ CS Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valle-Inclán. Ourense

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén

Ámbito del caso

Necesidades y problemas de salud del individuo: Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea, opresión torácica y taquicardia.

Historia clínica

Mujer de 20 años que acude a urgencias de CS por sensación de disnea, opresión torácica y taquicardia, refiere dolor atípico no irradiado de 12 horas de evolución que no mejora ni varía con los cambios de posición, antiinflamatorios ni con benzodiacepinas que estaba tomando ocasionalmente por ansiedad por problemas personales desde hace 2 meses.

Enfoque individual: presenta sobrepeso, es sedentaria, fumadora, toma anticonceptivos orales y por motivos académicos permanece más de 8 horas sentada diariamente. No presenta ningún otro antecedente de relevancia.

Examen físico y pruebas complementarias: Aceptable estado general, taquicárdica, taquipneica, álgica. SatO₂: 90% sin oxígeno, resto de la exploración anodina, exceptuando taquicardia a la auscultación, se le realiza electrocardiograma que evidencia taquicardia sinusal a 135 lpm con sobrecarga ventricular derecha por lo cual derivan a urgencias donde realizan analítica, la cual es normal, excepto Dímero D de 4000 y gasometría arterial con Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica, por lo

que solicitan TAC torácico que confirma tromboembolismo pulmonar masivo bilateral.

Enfoque familiar y comunitario: Familia parental biparental, en etapa de extensión completa, tiene un hermano, con buen apoyo familiar y adecuada red de apoyo socio-familiar.

Juicio clínico: Tromboembolismo Pulmonar masivo bilateral.

Diagnóstico diferencial: Disección de aorta. Taquiarritmia. Crisis de ansiedad.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa en UCI para fibrinólisis.

Evolución: La paciente evoluciona favorablemente y se da de alta.

Conclusiones

La disnea y la taquicardia en pacientes jóvenes nos sugiere en gran parte que su origen sea una crisis de ansiedad o situación emocional, pero en este caso y con los antecedentes reseñados, no se puede catalogar siempre así. Se deben valorar otras posibilidades y con una buena anamnesis e historia clínica completa podremos tener un diagnóstico oportuno. Muchas veces en Atención Primaria el tromboembolismo pulmonar es infradiagnosticado en los pacientes jóvenes.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Dyspnoea, Tachycardia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cardiomegalia y compromiso hemodinámico: a propósito de un caso

Salas Domínguez J¹, Medina Vizuetete A²; Morales Viera A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Fiebre y dolor torácico.

Historia clínica

Paciente que consulta en diversas ocasiones en su CS y en urgencias por fiebre y dolor torácico. En radiografía de tórax solicitada en atención primaria se apreciaba únicamente aumento del índice cardiorádico, que no se describió.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipotiroidismo primario congénito y bocio multinodular

Anamnesis: varón, 30 años, acude a urgencias por fiebre de 10 días. Asocia tos, expectoración blanquecina, dolor torácico pleurítico que mejora al inclinarse hacia delante.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado. Eupneico con saturación de oxígeno de 96%, TA 81/60mmHg. Temperatura 37.7°C. ACP: rítmico a 80 lpm, roce pericárdico, hipoventilación en base pulmonar izquierda. Radiografía tórax: derrame pleural izquierdo e índice cardiorádico aumentado. Analítica: INR 2.11, leucocitos 17.000, neutrofilia. EKG: ritmo sinusal a 120lpm, eje 45°, descenso PR en II, III, V5 y V6.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su pareja en un pueblo a las afueras de una gran ciudad, donde viven sus padres. Administrativo. Buena situación socio-económica.

Juicio clínico: Neumopleuropericarditis vírica.

Diagnóstico diferencial: neumonía, TEP.

Tratamiento, planes de actuación: Se pasa al paciente a Observación. En ecocardiografía transtorácica se objetiva derrame pericárdico, datos de compromiso hemodinámico, variaciones de llenado mitral y tricuspídeo y colapso de cavidades derechas.

Evolución: Se traslada al paciente a la UCI donde presenta empeoramiento con hipotensión y taquicardia. Se repite ecocardiografía objetivándose signos de taponamiento. Se realiza pericardiocentesis con salida de líquido serohemático. Se deja drenaje pericárdico y se inicia tratamiento con antibioterapia. Tras esto el paciente presenta mejoría clínica. El paciente es dado de alta a los 14 días.

Conclusiones

En la consulta de atención primaria es difícil distinguir cuadros clínicos menos frecuentes entre los motivos de consulta más habituales. A esto contribuye el poco tiempo de consulta con el que contamos. Además tendemos a asumir que los pacientes jóvenes no presentan patologías importantes y no indagamos o los exploramos adecuadamente. Debemos estar atentos a un paciente, independientemente de la edad, que consulta en diversas ocasiones por el mismo síntoma. También es importante la lectura sistemática de las radiografías pues en ocasiones realizamos solo una lectura superficial y se nos escapan ciertas patologías.

Palabras clave

Pericarditis, Pericardial Effusion, Cardiac Tamponade

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Enfermedades metabólicas óseas. Diagnóstico desde Atención Primaria

Peláez Tercedor A, García Victori C, Carrey Doblaz E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Diagnóstico diferencial: Artrosis. Metástasis óseas.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Identificación de problemas: los hallazgos son propios de enfermedad de Paget ósea. Se solicitó analítica con fosfatasa alcalina, que estaba elevada, y se derivó a Reumatología para completar estudio con gammagrafía ósea. Demostrándose aumento de captación en dichos niveles.

Historia clínica

Mujer de 75, acude al CS por dolor lumbar de meses de evolución que se ha intensificado en la última semana.

Tratamiento, planes de actuación:

La gammagrafía resulta muy útil para el diagnóstico de extensión de la enfermedad objetivándose aumento de la captación en las áreas de actividad de la enfermedad. Se inició tratamiento con bifosfonatos y calcio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas, HTA, sin patología osteomuscular conocida.

Anamnesis: Refiere dolor lumbosacro de características inflamatorias, irradiado hacia cadera izquierda. Inicialmente el dolor sólo aparecía con determinados movimientos, pero últimamente lo presenta incluso en reposo. Ha realizado tratamiento con analgésicos habituales con escasa mejoría. Niega traumatismo previo.

Evolución: Seguimiento desde atención primaria. La paciente realizó el tratamiento durante 6 meses con mejoría sintomática y radiológica.

Exploración: Movilidad lumbar limitada, Dolor a la palpación de apófisis espinosas L4-L5, y a rotación de cadera izquierda. Flexoextensión de cadera limitada por el dolor. Maniobra de lassegue y Bragard negativa.

Conclusiones

La enfermedad de Paget ósea es un trastorno crónico y focal del hueso y se presenta en un 2-3% de la población mayor de 65 años. Se caracteriza por un recambio óseo acelerado que lleva a una reabsorción excesiva del hueso sano y a la sustitución por hueso trabecular, Más débil y denso, organizado al azar, con susceptibilidad de deformidad o fractura. Los bifosfonatos y calcio son los fármacos de elección. Inhiben la resorción ósea y son capaces de producir la remisión en muchos casos. No debemos olvidar incluir esta entidad en los diagnósticos diferenciales de pacientes que acuden por dolor lumbar ya que el diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante la radiografía ósea y elevación de fosfatasa alcalina, siendo ambas pruebas muy accesibles.

Pruebas complementarias: Rx lumbar: se aprecia aumento de densidad del cuerpo vertebral de L5, zona central con trabeculación gruesa y reborde esclerótico (vértebra "en marco"). Rx pelvis bilateral: engrosamiento de línea íleo-pectínea (línea innominada). Imágenes blásticas y deformidad del orificio obturador. Analítica: Fosfatasa alcalina: 829 UI/L.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, Tres hijos, jubilada, buen soporte familiar.

Juicio clínico: Enfermedad de Paget ósea.

Palabras clave

Low Back Pain, Diphosphonates, Bone

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El peligro de las relaciones sexuales

Muriedas Fernández-Palacios M¹, Toledo García D², Rodríguez Vázquez A³

¹ CS Olivar de Quintos. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias y Neurología.

Motivos de consulta

Acude a urgencias porque tras mantener relaciones sexuales comienza bruscamente con disartria y desviación de la comisura bucal a la izquierda.

Historia clínica

Mujer de 47 años que acude a urgencias porque tras mantener relaciones sexuales hace dos horas comienza bruscamente con alteración en la articulación del lenguaje y desviación de la comisura bucal izquierda. A su llegada a urgencias ha mejorado la disartria hasta hacerse prácticamente normal. No otra focalidad neurológica. No náuseas, vómitos ni cefalea. No dolor torácico, palpitations ni disnea.

Enfoque individual: no reacciones medicamentosas conocidas, ni factores de riesgo cardiovascular, aunque si tuvo hipertensión arterial gestacional. No tratamiento en la actualidad.

A su llegada a urgencias buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. TA 200/120 mmHg FC 100 lpm. PINLA, MOEC. Campimetría por confrontación normal. Parálisis facial gestual derecha, resto de pares craneales incluidos los bajos conservados. No claudica en Barré ni en Mingazzini. Sensibilidad tactoalgésica conservada. No dismetrías. Lenguaje conservado, no disartria. ECG: ritmo sinusal a buena frecuencia, sin alteraciones de la repolarización ni signos de

isquemia aguda. Analítica glucosa 148mg/dL, K+3.1, resto normal. Hb 124g/L y 248000 plaquetas resto normal. INR 0.92. TC cráneo: hematoma intraparenquimatoso en núcleo lenticular izquierdo, mínimo edema perilesional, sin efecto masa significativo.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido y su hijo, buen apoyo familiar y de la comunidad.

Juicio clínico: Hematoma de ganglios basales izquierdos tras maniobra de valsalva en paciente con antecedentes de HTA gestacional.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa en Unidad de Ictus para vigilancia y control de cifras tensionales.

Evolución: Ligeramente empeoramiento de la disartria el primer día así como cifras tensionales elevadas, requiriendo perfusión Urapidilo. Posteriormente evolución favorable confirmándose hematoma intraparenquimatoso de perfil hipertensivo en núcleo lenticular izquierdo, cifras tensionales ligeramente elevadas, se decide estudio HTA ambulatorio.

Conclusiones

Con este caso, un vez más comprobamos la importancia de un buen control de los factores de riesgo cardiovascular, fundamental para la prevención. Aquí en la prevención, es donde tenemos un papel fundamental los médicos de familia, podemos prevenir estos eventos.

Palabras clave

Ganglia Basal Hemorrhage

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Palpitaciones y flushing

Martos Martínez R¹, Bedmar Estrella J¹, Cano Cano E²

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

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

Ámbito del caso

Mixto.

I123-MIBG objetivándose lesión adrenal izquierda compatible con feocromocitoma.

Motivos de consulta

Malestar general y mareo.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa I del ciclo vital. Casado.

Historia clínica

Paciente de 40 años que acude en varias ocasiones a Atención Primaria (AP) y al Servicio de Urgencias por presentar malestar general y mareo de un mes de evolución. Además presenta desde hace 4 días palpitations, sudoración y flushing facial que cede en 5 minutos. Ha perdido 4kg de peso en las últimas semanas. Ha realizado tratamiento con propanolol, sulpiride, betahistina y no obtiene mejoría, es la cuarta vez que acude al SU y se decide ingreso en Medicina Interna para estudio.

Juicio clínico: Feocromocitoma suprarrenal izquierdo. Diagnóstico diferencial con síndrome carcinoide.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con Doxazosina 4mg cada 24 horas. Se deriva al paciente a Endocrinología y se contacta con Cirugía general para programar intervención.

Evolución: El paciente está pendiente de intervención quirúrgica, presenta episodios de mareo y flushing más espaciados.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, obesidad, fumador. Tratamiento actual: losartan 50mg.

Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y neurológica normal. Constantes normales. Analítica: normal. Orina de 24 horas: elevación de noradrenalina 178.5 mcg/24h. Metanefrina y normetanefrina en sangre normales. TAC abdomen: adrenal aumentada de tamaño, realce apendicular y engrosamiento parietal en su tercio medio. Gammagrafía (OCTREOSCAN): captación leve en suprarrenal izquierda. Se consulta el caso con el Comité de Tumores neuroendocrinos y se decide ampliar el estudio. Se realiza una Gammagrafía con

Conclusiones

El feocromocitoma es un tumor poco frecuente. Es muy importante el papel del médico de familia para su diagnóstico, puesto que el paciente puede presentar síntomas muy frecuentes como son HTA, taquicardia, hiperglucemia, sudoración... y el médico debe de sospechar su diagnóstico cuando se unen todos ellos de forma mantenida, como es el caso de este paciente. En ocasiones, al tratarse de síntomas muy frecuentes en nuestra práctica clínica diaria, pueden pasar desapercibidos y por tanto, retrasar el diagnóstico.

Palabras clave

Flushing, Taquicardia, Sudoración

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El caso de una bala perdida

Torres Palma P¹, Pedrosa Garcia C², Santiago Quintanilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

² Médico de Familia. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

³ Enfermera de Familia. CS José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalario.

Motivos de consulta

Accidente de caza.

Historia clínica

Varón de 27 años que acude a urgencias tras accidente de caza con perdigones incrustados en piernas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin interés.

Anamnesis: Acude a consulta tras accidente de caza, presentando heridas en piernas por disparo accidental con escopeta de perdigones.

Exploración: Buen estado general. Heridas inciso contusas de 3mm en cara anterior de rodillas y tercio superior de piernas. Neurovascular conservado. Resto sin hallazgos

Radiografías AP y Lateral de rodillas: múltiples cuerpos extraños, en piernas y rodillas. Cuerpo extraño en interlínea articular izquierda. Ecografía de partes blandas y RNM sin contraste de rodillas: Sin interés

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa III (final de la expansión) del ciclo vital familiar. Red social: escaso apoyo emocional. Padre con EPOC, madre con depresión y violencia de género. Acontecimientos Vitales Estresantes: accidente de caza e incapacidad temporal.

Juicio clínico: Cuerpo extraño en rodillas.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia: Paracetamol, 1g cada 8 horas, Dexketoprofeno cada 8 horas. Incapacidad temporal.

Evolución: Tras periodo de incapacitación laboral, se concedió una minusvalía e incapacidad permanente, por lo que empezó a desarrollar episodios de ansiedad y depresión, desembocando en abuso de drogas y dependencia física y psíquica. Fue diagnosticado de trastorno de la conducta y de personalidad por Psiquiatría. Inició tratamiento con Sertralina 100mg, 1/ 24 horas, Lormetazepam 1mg /24H y Alprazolam 0, 5 mg a demanda. La evolución: fue desfavorable y tuvo intentos autolíticos con ingesta medicamentosa y cortes en muñecas, precisando ingresos y cambios de medicación. Desde Atención Primaria y el centro de drogodependencia se llevó un seguimiento exhaustivo para la reinserción social, por lo que comenzó a asistir a la Unidad de Rehabilitación de Área (URA) de Salud Mental y voluntariados. El hecho de sentirse mas útil desarrollando estas actividades, le llevó a una mejoría clínica con deshabituación de drogas y desaparición de ideas autolíticas.

Conclusiones

La relevancia de este caso para la Medicina Familiar se basa en la importancia de valorar como un accidente y su consecuente baja laboral repercuten negativo activamente en el entorno socio-familiar de un paciente, llevando a desarrollar conductas nocivas para su salud.

Palabras clave

Trastorno de Personalidad

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mujer de 15 años con astenia y mareos, ¿banal o grave?

Rodas Díaz M¹, Trillo Díaz E², Sánchez Fernández E³

¹ Médico de Familia. UGC Velez Sur. Málaga

² Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Hematología.

Motivos de consulta

Astenia y mareos.

Historia clínica

Mujer de 15 años con astenia y mareos, disminución de apetito. En los últimos 3 días tos y mucosidad, afebril.

Enfoque individual. Exploración: palidez mucocutánea, leve hipoventilación basal derecha. Se deriva a urgencias hospitalarias para descartar síndrome anémico e infección respiratoria. Hace 3 meses hipermenorrea iniciando ACHO, con mejoría aunque persiste leve spotting intermenstrual. Además artralgias principalmente a nivel lumbar.

Se solicita analítica sangre/orina y radiografía tórax. Analítica sanguínea: Hb 5.3, hematíes 1700000, Hto 15, leucocitos 3160 (FL 590 N, 2260 L), plaquetas 134000; glucosa 95, creatinina 0.79, Bb total 0.83, Na 141, K 4.0, PCR 13.2; TP 13.5%, INR 1.1. Sistemático orina: nitritos ++, resto normal. Rx tórax normal.

Enfoque familiar y comunitario: Padre alemán 46 años sano, madre española 44 años sana con histerectomía, hermano 11 años y hermana 9 años sanos.

Juicio clínico: Hemólisis secundaria a infección vírica versus síndrome anémico.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos analíticos se consulta con hematología por probable hemólisis (anemia

normocítica/normocrómica) secundaria a infección vírica aconsejando análisis con perfil hepático, serología viral, LDH, haptoglobina, ferritina, ácido fólico, vitamina B12. Se transfunden 3 concentrados de hematíes y se inicia antibioterapia (previa extracción de hemocultivos).

Evolución: Analítica post-transfusional: Hb 7.8, Hematíes 2590000, Hto 23, VCM 88, Leucocitos 1850 (FL 510 N, 1290 L) (68% Linfocitos), Plaquetas 95000. PCR 13.2, Fe 302, Ferritina 814, Haptoglobina 181, Cl 101, Calcio 9.8, LDH 225, AST 33, ALT 112, GGT 38, proteínas totales 8.0g/dl. Serología viral negativo activa. Frotis por sospecha de aplasia medular de origen medicamentoso. No se identifica tipo de celularidad. Se toma muestra para inmunofenotipo en sangre periférica. Diagnóstico: leucemia aguda LAL-B común (38% de linfoblastos/células inmaduras). Se realiza aspirado de médula ósea y citometría de flujo con células patológicas 38% de celularidad total con fenotipo compatible con leucemia linfoblástica aguda de origen B (tipo: común). Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Se inicia tratamiento quimioterápico de forma intensivo.

Conclusiones

Debemos estar alerta frente a síntomas tan inespecíficos como los de nuestra paciente que pueden englobarse en diversos síndromes y/o patologías, desde algunas banales hasta otras graves como la diagnosticada en nuestro caso.

Palabras clave

Hemolysis, Virus, Acute Lymphoblastic Leukemia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La forma en la que un liposarcoma puede dar la cara

Rodríguez Salas F¹, Merchan Cruz M¹, Orellana Lozano F²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Astenia, pérdida de peso y molestias abdominales difusas.

Historia clínica

Varón de 54 años que acude a consulta de primaria por cuadro de cuatro meses de astenia intensa y pérdida de peso de 8 kilogramos. También, aumento del perímetro abdominal y molestias abdominales difusas inespecíficas. Sensación de tumoración inguinal izquierda. Sin fiebre ni alteración del hábito intestinal. Refiere tos seca crónica en las últimas semanas junto con dolor punzante en región costal izquierda. Derivamos a Urgencias.

Enfoque individual: no alergias. Apendicectomía, herniorrafia inguinal derecha. Ingestión de proteínas en relación con práctica deportiva. Niega otros tóxicos.

Exploración física y pruebas complementarias: Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Se palpa gran masa en zona centro-abdominal con predominio izquierdo, no dolorosa. Hernia inguinal izquierda. No signos de trombosis venosa profunda ni edemas. ECG: normal. Analítica sanguínea: normal. Radiografía de Tórax: sin alteraciones. TAC Abdomen con contraste: Gran masa tumoral retroperitoneal de 22x12x37cm que desplaza colon descendente hacia delante y hacia izquierda con compresión de colon trasverso, sigma y recto. Se extiende hacia flancos en región pararenal anterior. La masa se hernia hacia el conducto inguinal izquierdo. Anatomía patológica: Pieza compatible con liposarcoma

con invasión vascular y borde de resección afectados.

Enfoque familiar y comunitario: Acude solo a nuestra consulta.

Juicio clínico: Liposarcoma desdiferenciado.

Diagnóstico diferencial: Tumoración renal. Esplenomegalia. Angiomiolipoma. Aneurisma aórtico.

Tratamiento, planes de actuación: Tras derivar a Urgencias y realizar Juicio Clínico, se ingresa para Cirugía programada. Durante la intervención, se observa infiltración tumoral de la vena iliaca izquierda, requiriendo intervención por parte de Vascular: se realiza bypass con injerto de vena safena derecha hasta vena iliaca común. Se completó con radioterapia.

Evolución: Mejoría durante ingreso y tras intervención quirúrgica. Actualmente el paciente está en remisión.

Conclusiones

Los tumores retroperitoneales son un grupo heterogéneo y poco frecuente de neoplasias, la mayoría malignas. El liposarcomarepresenta de un 7 a 28% de los tumores retroperitoneales siendo esta localización un factor independiente de mal pronóstico asociado a una presentación en adultos y con tamaños superiores a 10 centímetros. El liposarcoma desdiferenciado es un sarcoma de alto grado originado sobre un liposarcoma bien diferenciado con alto riesgo de metástasis.

Palabras clave

Liposarcoma, Dedifferentiated; Abdominal Pain; Neoplasm, Retroperitoneal.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lumbalgia recidivante

Castillo Jiménez P, Palacios Simón A, Enrile De Rojas M

Médico de Familia. CS Antequera. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en región dorsolumbar recidivante.

Historia clínica

Paciente varón de 58 años que acude en múltiples ocasiones por dolor en región dorsolumbar con limitación funcional de su ABVD. Acude en numerosas ocasiones al servicio de urgencias para medicación intramuscular e incluso en alguna ocasión, intravenosa. Ha sido tratado con analgésicos de tercer nivel en múltiples ocasiones.

Enfoque individual: no alergia medicamentosa conocida. No antecedentes personales de interés. No antecedentes familiares destacables. No intervenciones quirúrgicas. Trabajo de administrativo. Vida sedentaria.

A la exploración física simplemente se podía reseñar dolor intenso en región dorsolumbar sin irradiación hacia mmii. No lesiones en piel ni otros datos de patología en la exploración. Exploración complementaria con radiografía de columna lumbosacra sin datos de interés.

Fue derivado a consultas externas de traumatología para ampliación del estudio con resonancia, concluyendo cambio degenerativos artrósicos más avanzados en cadera derecha y nódulo sobre nervio ciático derecho a la altura del cuadrado lumbar de 2 cm que convendría estudio con contraste para realizar un estudio diferencial. Con la resonancia magnética con contraste se confirmó una lesión compatible

con tumor de partes blandas, valorando un neurinoma de 2 cm.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente ante su limitación de ABVD y numerosas incapacidades temporales y la demora de la revisión en consulta externa de traumatología, acudió nuevamente a consulta con el resultado de la prueba complementaria y alarmado por el Diagnóstico. Se explico junto a su mujer, la benignidad del hallazgo incidental.

Juicio clínico: Neurinoma, clínica compresiva. Tumoración benigna de parte blandas.

Tratamiento, planes de actuación: Se tranquilizo al paciente, explicándole que en dicho momento no precisa ninguna intervención. Completaríamos tratamiento analgésico con higiene postural y refuerzo con ejercicio controlado de la musculatura dorsolumbar. Además se realizaría seguimiento con resonancia anual para valoración y descartar posibles complicaciones.

Evolución: El paciente ha mejorado sus crisis del dolor y reforzado su higiene postural.

Conclusiones

Conocer a nuestros pacientes y sus patologías, así como su funcionalidad y umbrales del dolor. Comunicación de diagnósticos, ante la accesibilidad de los pacientes a mayor información y en muchas ocasiones errónea.

Palabras clave

Low Back Pain, Neurilemmoma, Sciatic Nerve

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Ánimo deprimido y dolor: ¿Fibromialgia o somatización?

García Gómez M¹, Rodríguez Villadeamigo G², Ochoa Pascual M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Ánimo deprimido.

Historia clínica

Enfoque individual: no RAMC. No hábitos tóxicos. HTA. Fibromialgia.

Mujer de 61 años que ha acudido en varias ocasiones a su Médico de Atención Primaria por ánimo deprimido y astenia intensa de dos semanas de evolución. En su última visita refiere pérdida de peso de unos 5 kg en el último mes con algún episodio aislado de diarrea. Niega dolor abdominal, náuseas o vómitos. No sangrado en heces. No disuria, polaquiuria o tenesmo. Se palpa masa a nivel abdominal, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias para ampliar estudio y valoración.

Buen estado general. Ligera palidez cutánea y mucosa. Poco colaboradora. ACR Rítmica, MVC sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. A nivel de flanco y FII, se palpa masa indurada y no móvil. Blumberg y Murphy negativo activos. Analítica: 14750 L con 11440 neutrófilos y 1430 linfocitos. Hb 11, VCM 88.5, plaquetas 473000. Glu 113, Cr 0.78, BT 0.78, LDH 185, AST 45, ALT 66, lipasa 37, amilasa 63, iones normales. PCR 304. Rx abdomen anodina. TAC abdomen: neoplasia colorrectal de descendente-sigma con perforación y absceso (6.5 cm) de psoas iliaco izquierdo e infiltración de asa yeyunal.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con una hija. Nivel socio-cultural medio-bajo.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de intestino grueso, bien diferenciado, ulcerado e infiltrante (pT3N0Mx). Astenia: anemia, hipotiroidismo, síndrome ansioso-depresivo. Masa abdominal: diverticulitis aguda, EII, hernia encarcerada.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es valorada por Cirugía General, quienes proceden a intervenirle de carácter urgente (Sigmoidectomía con anastomosis colorrectal + resección de yeyuno 10 cm con anastomosis yeyuno – yeyunal).

Evolución: Buena evolución postoperatoria, tolerando dieta y con tránsito intestinal restablecido. Pendiente de comité de tumores. Trabajo en equipo multidisciplinar (apoyo emocional por nuestra parte, Psicooncología, Trabajo social...).

Conclusiones

Cabe destacar el papel del médico de familia, dado que con una buena y exhaustiva exploración física se ha diagnosticado precozmente una patología de potencial maligno. Además, recalcar que debemos procurar no estigmatizar a los pacientes por sus antecedentes previos, ya que se pueden infradiagnosticar enfermedades graves como en el caso que nos ocupa.

Palabras clave

Asthenia, Adenocarcinoma, Fibromialgia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, me escuece mucho y no sale orina

Rodas Díaz M¹, Sánchez Fernández E², Trillo Díaz E³

¹ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urología. Medicina preventiva.

Motivos de consulta

Oligoanuria.

Historia clínica

Varón de 72 años que consulta tras episodio de retención aguda de orina (RAO) valorado en urgencias portando sonda urinaria y en tratamiento con ciprofloxacino y tamsulosina. Persiste disuria. Tacto rectal: próstata aumentada de tamaño, no irregular. Se solicita PSA. Se realiza comburtest: patológico. Se intenta retirada de sondaje pero no realiza micción espontánea por lo que se sonda nuevamente. Se solicita urocultivo previo a antibioterapia y se pauta amoxicilina/clavulánico. Acude a recogida de resultados: PSA 10.4; urocultivo E.coli sensible a fosfomicina, resistente a amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino (antibióticos tomados previamente). Se indica fosfomicina 500mg/8h y se realiza cambio de sonda.

Enfoque individual: nAMC. DM-2. Fibrilación auricular. Asma. Tratamiento: Metformina, Sintrom, Pulmicort, Terbasmin. IQ: Ulcus gástrico, Hernia inguinal, Cataratas.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, buen apoyo social. Casado.

Juicio clínico: Hipertrofia benigna prostática. RAO. ITU.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a urología.

Evolución: Se procede a retirar sonda y en 48 horas nueva RAO por lo que se decide sondaje permanente hasta valoración por urología. Se cambia tamsulosina por alfuzosina. Continúa con sintomatología miccional y febrícula. Pendiente de resultados de urocultivo. Al día siguiente empeoramiento con fiebre 40°C, escalofríos, tirtonas, hipogastralgia, disuria, derivándolo a hospital. *Exploración:* dolor en hipogastrio. Analítica: leucocitos 11030 (97.70%N), creatinina 0.75. Sistemático orina patológico. Urocultivo: E.coli BLEA. Se inicia: imipenem + gentamicina. Ecografía abdominal con HBP. Se contacta con urología que indica aislamiento de contacto. Presenta inestabilidad hemodinámica, por lo que ingresa en UCI por sepsis urinaria, presentando buena evolución clínica. Ante la repetición de ITU a pesar de antibioterapia según antibiograma y la mala evolución en el último episodio con sepsis urinaria secundaria a BLEA se realiza un estudio del entorno. Su esposa ha presentado sintomatología miccional en las últimas semanas. Se realiza urocultivo con infección por BLEA con mismo antibiograma que su marido. Ella es la encargada de manejar la sonda urinaria y no realiza una adecuada técnica de lavado de manos. El paciente es intervenido de RTU de próstata sin incidencias en postoperatorio.

Conclusiones

Es nuestra labor realizar un abordaje biopsicosocial, permitiéndonos encontrar relaciones entre el paciente y su entorno. Es importante establecer medidas preventivas en la población.

Palabras clave

Disuria, Oliguria, Prostatism.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Debilidad en ambas piernas

Bernal Bernal R¹, Simón González D², Martón Marace T³

¹ Médico de Familia. CS Puerto Real. Cádiz

² Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Aproximación diagnóstica en atención primaria y diagnóstico durante el ingreso hospitalario.

Motivos de consulta

Varón de 54 años que acude por debilidad en miembros inferiores de varios días de evolución.

Historia clínica

Acude a consulta varón de 54 años refiriendo debilidad en ambos miembros inferiores, con dificultad en la marcha, lo que le ha producido varias caídas en su domicilio. Sin traumatismo asociado, la clínica ha comenzado en miembro inferior derecho extendiéndose al miembro contralateral posteriormente. En un principio relacionó la clínica con su patología previa, pero al agravarse progresivamente decide consultar.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin hábitos tóxicos, no alergias. Antecedentes de discopatía L4-L5 intervenida hace 2 años, con seguimiento por Rehabilitación con secuelas de parestesias en miembro inferior izquierdo.

Anamnesis: debilidad en miembros inferiores con alteración de la marcha.

Exploración: Buen estado general. A la exploración neurológica presenta pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación, pares craneales conservados, balance motor 4/5 en MMII, 4/5 en psoas, 4/5 en cuádriceps y 1/5 en los pies. Reflejos aquileos abolidos, rotulianos débiles. Sensibilidad normal.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal. TAC craneal sin hallazgos patológicos. Punción lumbar con pleocitosis linfocitaria.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de un varón sin antecedentes médicos de interés, intervenido de hernia discal L4-L5. Realiza ejercicio físico de forma errática. Hábitos saludables. Trabaja como administrativo. Casado y con 2 hijos sanos.

Diagnóstico diferencial: radiculopatía por hernia discal, enfermedades desmielinizantes o síndrome de Guillain-Barré.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresó en Neurología con alta sospecha de síndrome de Guillain-Barré. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas.

Evolución: Tras un mes de ingreso hospitalario la evolución fue lenta pero progresiva, con mínimas secuelas, siendo alta posterior derivación a rehabilitación.

Conclusiones

La concomitancia de patología radicular dificultaba el diagnóstico en nuestro caso, pero una anamnesis y exploración completa permitieron realizar el diagnóstico de presunción, con el posterior tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad, facilitando la recuperación efectiva del paciente.

Palabras clave

Debilidad muscular, Síndrome de Guillain-Barré

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Fosa iliaca derecha: ¿Qué hay detrás?

López Salas M¹, López Gómez M², Morales Rodríguez C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjayar. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa iliaca derecha.

Historia clínica

Paciente mujer de 19 años de edad que acude por intenso dolor en fosa iliaca derecha que persiste desde hace 20 minutos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin antecedentes personales de interés, no presenta alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: La paciente refiere intenso dolor hipogástrico, con irradiación a fosa iliaca derecha, desde hace 20 minutos. No lo relaciona con la ingesta. Se acompaña de náuseas, sin vómitos. No asocia cambios en su hábito intestinal, afebril en domicilio, niega sintomatología infecciosa urinaria. Fecha de última regla hace 1 mes. No presenta otra sintomatología por órganos y aparatos.

Exploración: Aceptable estado general, consciente, orientada, colaboradora, afectada por el dolor. Eupneica en reposo. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica, no ausculto soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación difusa más intenso a nivel de fosa iliaca derecha, no palpo masas ni megalias, Murphy negativo activo, blumberg positivo. Defensa voluntaria, ruidos hidroaéreos conservados, Puñopercusión renal negativo activa bilateral.

Pruebas complementarias: Se realiza ecografía abdominal en el CS, detectándose un ovario

derecho de tamaño aumentado, con múltiples quistes foliculares de pequeño tamaño, destacando uno dominante de ecogenicidad heterogénea, compatible con quiste folicular hemorrágico. Además se observa líquido libre en pelvis en cuantía moderada.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es soltera, estudiante, y vive en su domicilio con sus padres y sus 4 hermanos. Buenas relaciones sociales.

Juicio clínico: Quiste folicular hemorrágico, apendicitis, gastroenteritis, embarazo ectópico, diverticulitis, cálculo urinario.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió derivación para valoración urgente ginecológica hospitalaria.

Evolución: Tras ser valorada en el servicio de urgencias ginecológicas se confirma el diagnóstico ecográfico de quiste folicular hemorrágico con hemoperitoneo moderado y se cursó ingreso. La paciente siguió una evolución favorable durante su ingreso sin precisar tratamiento quirúrgico y siendo dada de alta tras una semana.

Conclusiones

Es fundamental en la práctica clínica diaria una buena anamnesis dirigida, así como una buena exploración, las cuales nos conducirán a una mejor aproximación diagnóstica. Es importante aprovechar técnicas como la ecografía en atención primaria pues nos facilitan el manejo de la "incertidumbre" y nos ayudan en la toma de decisiones para descartar patología urgente.

Palabras clave

Ovary, Follicle, Hemorrhage

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolores musculares... y algo más

García Jiménez A¹, Jiménez Herrera M², Guzmán Ruiz M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² FEA Médico de Urgencias. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor en antebrazo derecho y pierna izquierda.

Historia clínica

Dolor en antebrazo derecho, localizado, continuo, de dos meses de evolución, dolor en cara anterior de tibia izquierda de 15 días y dolor abrupto en costado izquierdo. No cuadro constitucional asociado.

Enfoque individual: paciente diagnosticado de hepatitis B crónica e hipercolesterolemia, en tratamiento con Tenofovir y Simvastatina.

Buen estado general. No adenopatías. Auscultación normal. Abdomen blando, no doloroso, con hepatomegalia. No edemas. lesiones en costado derecho que impresionan de herpes zóster evolucionado. Inflamación de partes blandas en tercio proximal de antebrazo derecho. Desde Atención Primaria se pauta dexketoprofeno y paracetamol si dolor, omeprazol diario y una fórmula reparadora de la piel. Sin embargo, pasado un mes el dolor se intensifica hasta tal punto que, en una visita a Urgencias, se pauta fentanilo 50 1 parche/72 horas.

Ante esto, se pide analítica: hemograma y coagulación normal, bioquímica con proteína C reactiva 29, velocidad de sedimentación 38, transaminasas normales, proteinograma normal, marcadores tumorales negativo activos. Radiografía tórax y ecografía abdomen sin hallazgos. TAC de miembro superior derecho e inferior izquierdo: lesiones líticas múltiples con secuestro óseo. Ingreso en Medicina Interna: TAC de cráneo, tórax,

abdomen y pelvis sin alteraciones. Gammagrafía de esqueleto: mayor actividad osteoblástica a nivel de regiones dolorosas. Se decide biopsia de hueso (lesión fibrohistiocitaria de aspecto reactivo) y de ganglio linfático (no malignidad). Cultivo de muestras biopsiadas negativo activo. Serología de lúes: Treponema pallidum IgG+IgM positivo, RPR positivo. Punción lumbar y electromiograma normales.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 54 años, soltero, vive en casa de hermano y cuñada (cuidadores).

Juicio clínico: Sífilis terciaria con lesiones óseas de origen luético.

Diagnóstico diferencial: con herpes zóster, mieloma, metástasis óseas, efectos secundarios de Tenofovir.

Tratamiento, planes de actuación: Añadir a tratamiento Deflazort 3mg/24 horas 10 días y tanda de Penicilina G intravenosa/2 semanas. Controles trimestrales de RPR.

Evolución: Mejoría sintomática y RPR en descenso.

Conclusiones

En todo paciente (y especialmente crónico) hay que reaccionar ante signos/síntomas de alerta para investigar y/o derivar. Esto ha evitado obviar una patología más grave que un simple dolor muscular.

Palabras clave

Sífilis Latente; Atención Primaria de Salud; Medicina Interna

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctora, estas ampollas llevan conmigo más de 1 año, no se quitan y cada vez salen más

Rodas Díaz M¹, Moreno Leiva R²

¹ Médico de Familia. UGC Velez Sur. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. UGC Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Dermatología. Medicina Interna.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas de 1 año de evolución.

Historia clínica

Varón de 40 años con lesiones cutáneas de 1 año de evolución estudiadas en su país de origen con biopsias no concluyentes, en tratamiento con prednisona, doxiciclina y metotrexate 10mg/semanal.

Enfoque individual: múltiples lesiones ampollas, otras con excoriaciones o ulceradas, en dorso, escote, algunas en brazos. Se realiza seguimiento estrecho en consulta y se deriva a dermatología ante la sospecha de pénfigo ampolloso versus lupus ampolloso.

Enfoque familiar y comunitario: Originario: República Dominicana.

Juicio clínico: Pénfigo ampolloso. Lupus ampolloso.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a dermatología.

Evolución: Las lesiones empeoran, siendo muy pruriginosas, afectando a los cuatro miembros. Se aumenta prednisona 50mg/día (pauta descendente; pero se mantiene dosis por agravamiento al reducir), asociando hidroxizina. Tras valoración por dermatología solicitan ANA, ENA y biopsia con inmunohistoquímica. Indican suspender metotrexate y mantener dosis prednisona. Análisis sanguíneo: ANA positivo 1/320, Ac Anti-Sm y Ac Anti-RNP positivos.

Anatomía patológica: Lupus Eritematoso Ampolloso. Se realiza control glucémico estricto ante la posibilidad de desarrollo de diabetes corticoidea. A los 7 meses hiperglucemia >400mg/dl. Se inicia insulinización. Se deriva a Medicina Interna donde tras anamnesis y exploración no se establece diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. En revisión por dermatología solicitan medición de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa para poder suspender prednisona e iniciar dapsona. Tras resultados inician dapsona 50mg/día y clovate 2 veces/día, reduciendo prednisona hasta 15mg/día. Al mes herpes zóster en región intercostal derecha (leve neutropenia, VSG 18), indicando valaciclovir y tramadol/paracetamol. A los 2 meses de retirada de corticoterapia oral buenos controles glucémicos, suspendiendo insulino terapia. En la última revisión buena respuesta a dapsona y clovate, presentando lesiones exclusivamente en pabellones auriculares y discreto eccema en manos.

Conclusiones

Es importante el seguimiento desde atención primaria por la demora entre derivación y primera visita en consulta especializada, y la necesidad de conocer regímenes terapéuticos a nivel dermatológico, ya que tanto el seguimiento los 2 primeros meses como el ajuste posterior del tratamiento fue realizado desde nuestra consulta. Estar alerta de los efectos secundarios de los tratamientos pautados, como en nuestro caso la diabetes corticoidea diagnosticada gracias al control estricto de las glucemias (evitando una complicación mayor).

Palabras clave

Blisters, Pemphigus, Cutaneous Lupus Erythematosus.

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Pérdida de memoria en paciente con deterioro cognitivo

Bernal Bernal R¹, Simón González D², Lidón Mazón A³

¹ Médico de Familia. CS Puerto Real. Cádiz

² Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

³ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Aproximación diagnóstica en atención primaria y diagnóstico en urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 82 años con diagnóstico de deterioro cognitivo leve en atención primaria, acude por alteración de la memoria reciente y lenguaje enlentecido de reciente aparición.

Historia clínica

Mujer de 86 años que acude a consulta de atención primaria acompañada por su hija, que refiere desde hace 2 meses deterioro cognitivo brusco, con alteración de la memoria reciente y lenguaje enlentecido, con repetición de palabras. Dicho deterioro evoluciona de forma progresiva. Afebril.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial y dislipemia, no intervenciones quirúrgicas. Independiente para las actividades de la vida diaria. Vive sola.

Anamnesis: alteración de la memoria reciente y del comportamiento.

Exploración: buen estado general. Sin alteración motora. Disfasia con lenguaje fluido pero presencia de neologismos. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal. TAC craneal con lesión temporal derecha heterogénea y mínima desviación de la línea media, sospechando glioblastoma como principal posibilidad diagnóstica.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 86 años con antecedentes de HTA con buenos

controles y dislipemia. Vive sola y hasta el momento actual independiente para las actividades de la vida diaria con un índice de Barthel 97 puntos y un test de Lobo 21 puntos. Tiene una hija que acude con frecuencia a su domicilio.

Juicio clínico: Ante la clínica que presentaba la paciente con una pérdida repentina de memoria y alteraciones del comportamiento, se derivó a urgencias hospitalarias para la realización de TAC urgente y descartar proceso agudo, siendo otros diagnósticos posibles la demencia o un síndrome confusional.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente ingresó en Neurología con interconsulta con Neurocirugía para valorar el tratamiento quirúrgico, adoptando actitud paliativa dada la magnitud de la lesión.

Evolución: Una vez realizado el estudio de extensión y estabilización clínica, alta domiciliaria y seguimiento por atención primaria en colaboración con la unidad de Cuidados Paliativos.

Conclusiones

Ante una pérdida repentina de memoria o alteración brusca del comportamiento, está indicada la realización de un TAC urgente. La edad y el deterioro cognitivo previo de nuestra paciente podía dificultar el diagnóstico precoz, pero el agravamiento abrupto, valorado desde atención primaria gracias al seguimiento estrecho, permitió llegar al diagnóstico.

Palabras clave

Trastornos de la memoria, Glioblastoma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome confusional de etiología oncológica en paciente geriátrico

Morales Rodríguez C¹ López Martos G², López Salas M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

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

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Desorientación.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA, Diabetes tipo II, fumador desde las 20 años, EPOC moderada con bronquitis crónica, aunque sin disnea habitual. No ha presentado reagudizaciones. No alergias conocidas. Autónomo en sus actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque individual. Anamnesis: Paciente de 72 años, Desde hace 10 días su mujer lo nota algo desorientado, hablando poco, sin llegar a contestar a lo que se le pregunta o de forma no coherente. Nos refiere que desde este tiempo, camina más torpe y hoy ya no se podía levantar solo de la cama. Además, cuenta el familiar que le nota un poco de ahogo, sin clínica infecciosa reciente ni cardinal de insuficiencia cardíaca. Hace 2 meses tuvo una expectoración sanguinolenta que se autolimitó, ella cree que ha perdido algo de peso pero sin cuantificarlo.

Exploración: Consciente y parcialmente desorientado, normohidratado y normoperfundido, eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular disminuido de forma generalizada sin ruidos patológicos. No edemas. TA 175/70 a 60 lpm. Saturación 90% aire ambiente. A febril.

Tras la realización de diversas pruebas complementarias destacaron: Rx Tórax: pérdida de volumen campo pulmonar derecho con infiltrado en lóbulo superior derecho con atelectasia, pudiendo corresponder a una masa

pulmonar. (Radiografía y TAC de tórax en 2017 normal si hallazgos). TAC craneal: Múltiples lesiones bilaterales en forma nodular y en anillo, acompañado de mucho edema perilesional. Tras estos resultados, inmediatamente fue ingresado en Neumología donde fue diagnosticado de Neoplasia pulmón de origen endocrino grado IV con metástasis cerebrales.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer, independiente hasta ahora para ABVD.

Juicio clínico: neoplasia de Pulmón.

Diagnóstico diferencial: Demencia, ictus, lesiones cerebrales, trastornos psiquiátricos.

Tratamiento, planes de actuación: La familia decidió junto con el grupo de expertos, que lo mejor era no llevar a cabo un ensañamiento terapéutico debido a al grado avanzado del tumor.

Evolución: El paciente acabó muriendo en apenas dos meses, tras una progresión rápida multisistémica.

Conclusiones

La historia clínica y pruebas complementarias son de esencial importancia en el diagnóstico de síndrome confusional en paciente geriátricos, ya que hay tendencia a achacarlo a un deterioro cognitivo propio del proceso de envejecimiento.

Palabras clave

Disorientation, Respiratory Cancer, Oncology

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

"Si no hubiese fumado..."

Rodríguez Salas F¹, Merchan Cruz M¹, Gutiérrez García Á²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. CS Alameda Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Masa en zona pectoral izquierda.

Historia clínica

Varón de 57 años que acude a nuestra consulta por masa en zona pectoral izquierda desde hace 9 meses con aumento de tamaño paulatino, mínimamente dolorosa a la manipulación del paciente y con eritema perilesional.

Enfoque individual: no alergias, fumador de 50 paquetes/año. Sin antecedentes de interés. Presenta masa en zona pectoral izquierda. Sin fiebre ni disnea. No telorrea ni ulceración de la piel. Hiporexia llamativa con pérdida de peso de 6 kilogramos en los últimos 4 meses. Ante la exploración, se deriva a Urgencias para valoración.

Exploración física: Constantes normales. Se palpa masa difusa, dura y adherida a planos en hemitórax izquierdo sin afectación cutánea ni retracción del pezón. Placa eritematosa subyacente. Dudosa adenopatía axilar izquierda. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservados con roncus y sibilancias dispersas en ambos campos.

Pruebas complementarias: ECG: sin alteraciones. Radiografía de tórax: Aumento de densidad en hemitórax izquierdo que impresiona de origen en pared torácica. Analítica sanguínea: normal. TAC toracoabdominal con contraste: Masa sólida heterogénea en pared torácica izquierda de 12.7x8.5 cm que engloba y destruye quinto,

sexto y séptimo arcos costales anteriores. Infiltra pulmón a nivel de lóbulo superior izquierdo y musculatura pectoral extendiéndose hacia la mama.

Enfoque familiar y comunitario: Acude solo a consulta.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón (T3N0M1). *Diagnóstico diferencial:* Mesotelioma maligno, plasmocitoma, sarcoma.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento basado en quimioterapia y radioterapia de acuerdo a su TNM.

Evolución: Durante su ingreso hospitalario, presenta cefalea frontoparietal intensa refractaria a tratamiento analgésico. Se realiza TAC craneal que revela dos lesiones ocupantes de espacio sugestivas de metástasis. Se proporciona tratamiento basado en quimioterapia y radioterapia.

Conclusiones

El cáncer pulmonar es el tumor más frecuente diagnosticado en el mundo y el más frecuente en varones en nuestro país. En su etiología influyen diversos factores como tóxicos, radiaciones, factores hereditarios o dieta. Aun así, el que más se relaciona directamente es el tabaco: el humo del tabaco es uno de los principales agentes que participan en la aparición de este cáncer, además de ser la primera causa evitable.

Palabras clave

Lung Neoplasm; Tobacco Use Disorder; Factors, Risk

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Quien busca, encuentra

Beuzón Ocaña A¹, Toledo García D², Olivares Gallardo E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y consultas rápidas de Neumología.

Motivos de consulta

Fiebre y odinofagia.

Historia clínica

Paciente de 38 años que acude a consulta programada del CS por presentar fiebre de 39 grados, de predominio vespertino, de 4 días de evolución. Cede parcialmente con antitérmicos orales. No presenta clínica respiratoria, digestiva, urinaria ni neurológica.

Enfoque individual: Se trata de un paciente sin antecedentes patológicos de interés, sin intervenciones previas. Fumador de 1 paquete de cigarrillos diarios, sin otros hábitos tóxicos. Trabajador de trabajos verticales. No alergias medicamentosas conocidas.

Presenta regular estado general, algo sudoroso, palidez cutánea. Consciente, orientado en las tres esferas y colaborador; eupneico, hemodinámicamente estable, febril (38.4 grados). Bien hidratado y perfundido. A la auscultación cardiopulmonar, tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado y roncus en base izquierda. Abdomen y miembros inferiores normales. Orofaringe normal. *Exploración neurológica* normal. No lesiones en piel. Signos meníngeos negativo activos. No se palpan adenopatías. Solicitamos radiografía anteroposterior y lateral de tórax urgentes donde objetivamos un área de condensación en base izquierda, sin derrames ni atelectasias.

Enfoque familiar y comunitario: No existen convivientes que presenten similar clínica.

Juicio clínico: Neumonía adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis pulmonar, síndrome gripal, síndrome febril sin foco.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta levofloxacino 500 miligramos cada 12 horas por vía oral durante una semana y antitérmicos orales habituales. Citamos en dos días para ver evolución.

Evolución: Reevaluamos al paciente en el que ha cedido la fiebre tras dos dosis de antibiótico. Decidimos derivar a consultas rápidas de Neumología para estudio del caso. En estas consultas lo ven el mismo día: realizan nueva radiografía de tórax donde ha mejorado la extensión del área de condensación. Solicitan Mantoux y cultivo de esputo que son negativo activos, y espirometría que resulta normal. El paciente termina el tratamiento prescrito con desaparición de la clínica y de la alteración radiográfica.

Conclusiones

Importancia de la exploración y pruebas complementarias básicas en Atención Primaria. Importancia en la rápida y eficaz comunicación con consultas rápidas de otras especialidades para el seguimiento conjunto del paciente.

Palabras clave

Pneumonia, Fever, Tuberculosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diarrea persistente

Bernal Bernal R¹, Simón González D², Lidón Mazón A³

¹ Médico de Familia. CS Puerto Real. Cádiz

² Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

³ FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Diagnóstico y seguimiento en atención primaria.

Motivos de consulta

Varón de 25 años que acude por diarrea de 3 semanas de evolución.

Historia clínica

Varón de 25 años que acude por diarrea de 3 semanas de evolución, sin transgresión dietética. Afebril. No náuseas ni vómitos. Episodios similares autolimitados en el pasado. Pérdida ponderal de 3Kg. Asocia dolor abdominal tipo cólico. Heces sin productos patológicos. Antecedentes de episodios intermitentes de dolor abdominal y hábito intestinal diarreico de varios años de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés.

Anamnesis: dolor abdominal tipo cólico con deposiciones diarreicas sin productos patológicos.

Exploración: bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen levemente doloroso de forma difusa, sin signos de abdomen agudo.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica donde solo destaca una discreta eosinofilia (9%). Marcadores séricos (anticuerpos antitransglutaminasas negativo activos). Análisis de heces positivo para quistes de Giardia Lamblia.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de un varón sin antecedentes médicos de interés, sin hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares de interés. Estudiante universitario que reside en una residencia para estudiantes en otra comunidad autónoma. Hábitos alimenticios alterados.

Juicio clínico: Ante la clínica que presentaba el paciente, se decidió descartar enfermedad celiaca y otros síndromes malabsortivos. Se realizó coprocultivo y análisis seriado de heces para descartar parasitosis intestinal, llegando de esta forma al diagnóstico final.

Tratamiento, planes de actuación: Se pautó antibioterapia con Metronidazol durante una semana y se repitió análisis de heces.

Evolución: Mejoría clínica tras el tratamiento, siendo negativo activo el análisis de heces posterior.

Conclusiones

El elevado número de causas que pueden causar dolor abdominal y diarrea y el carácter frecuentemente inespecífico de estas, puede dificultar en gran medida el diagnóstico. En nuestro caso, la existencia de episodios similares en el pasado, puede condicionar nuestro juicio diagnóstico, pero debemos tener presentes otros diagnósticos menos frecuentes.

Palabras clave

Diarrea, Parasitosis intestinales, Giardia Lamblia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El cansancio me está agotando

Trillo Díaz E¹, Rodas Díaz M¹, Sánchez Fernández E²

¹ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia y malestar general.

Historia clínica

Varón de 67 años, sin alergias medicamentosas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión, artritis psoriásica, artrosis, sobrepeso. Tratamiento habitual: amlodipino, metotrexato, condrosan, ácido fólico, omeprazol, tramadol/paracetamol.

Anamnesis: Acude hace 4 días a urgencias por mialgias generalizadas, astenia y cefalea occipital de una semana de evolución. Estaba en Argentina cuando se iniciaron los síntomas. Vuelve hace 5 días a España en avión y persisten síntomas, asociando desde hace dos días disnea de medianos esfuerzos, sin dolor torácico, ni fiebre, ni otra clínica acompañante. Exploración anodina, saturación oxígeno 94%. Realizan analítica que destaca dímeroD 4.07, por lo que solicitan angioTC dado el antecedente de largo viaje en avión y presencia de disnea, que descarta tromboembolismo pulmonar. Radiografía tórax y electrocardiograma normales. Acude hoy a consulta de atención primaria tras alta de urgencias hospitalarias refiriendo persistir sintomatología, además comenta que se encuentra "desganado", con pocas ganas de hacer cosas y duerme mucho.

Exploración física: Buen estado general, eupneico, saturación de oxígeno 93%. FC 94lpm. No adenopatías, ni ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar y *Exploración neurológica* normales. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: Analítica: bilirrubina total 1.70 (0-1.2), bilirrubina directa

0.89 (0-0.30), GGT 86(8-73), ALT 61(2-49), PCR 139. TSH normal. Hb 12.7g/dl, resto de hemograma y coagulación normales. Citomegalovirus IgM positivo. Mononucleosis positivo débil. Hepatitis A, B y C negativo activos. Ecografía abdominal esteatosis hepática.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa. Familia normofuncionante. Hijo fallecido.

Juicio clínico: Citomegalovirus.

Diagnóstico diferencial: viriasis, brote artritis psoriásica, hipotiroidismo, depresión, tromboembolismo pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Metamizol si mialgias y/o cefalea. Seguimiento por médico de familia.

Evolución: Tras 10 días con tratamiento sintomático se realiza control analítico donde destaca la normalización de bilirrubina, GGT y ALT, PCR en descenso: 89.1. Tras 10 días más muestra mejoría clínica progresiva, quedando asintomático.

Conclusiones

Destacar la importancia del seguimiento en atención primaria para ver cómo evolucionan los síntomas y en función de ello solicitar las pruebas adecuadas. Y así poder detectar síntomas de alarma que nos hagan sospechar una enfermedad grave para priorizar una actuación urgente o seguir estudio ambulatorio, según el caso. Y la importancia de un correcto diagnóstico diferencial para pautar un tratamiento adecuado.

Palabras clave

Asthenia, Myalgia, Headache

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Gonalgia, no es lo que parece

Oualy Ayach Hadra G¹, Gallardo Ramírez M¹, Exposito Diaz Alvarez M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, traumatología.

Motivos de consulta

Gonalgia izquierda.

Historia clínica

Paciente de 69 años, que acude a consulta por gonalgia mecánica de varios días de *Evolución*: sin traumatismo previo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: gonartrosis, Insuficiencia venosa crónica, asma leve, obesidad. *A la exploración* se aprecia rodilla algo inflamada, estable, no ocupada, cepillo positivo, dolor en interlínea interna y en pata de ganso. Se pauta AINES pero no refiere mejoría presentado a los pocos días, aumento de perímetro en la pierna izquierda con calor, rubor, hematoma desde rodilla hasta el pie que le dificultaba la deambulación. Se deriva al hospital por posible TVP. En la analítica destaca DD 1412, resto normal. La Eco doppler informa de quiste de Baker complicado.

Enfoque familiar y comunitario: Buen ámbito familiar y comunitario.

Juicio clínico: Quiste de Baker complicado (rotura, hemorragia, etc).

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, superficial (flebitis), Celulitis y otras infecciones de partes blandas, hematoma por rotura musculotendinosa.

Tratamiento, planes de actuación: Vendaje compresivo durante 72 horas, reposo relativo y HBPM profiláctica durante el tiempo de reposo.

Evolución: Vuelve a urgencias por dificultad para la deambulación. *A la exploración* se aprecia hematoma en resolución. Huevo poplíteo libre, edema de pantorrilla sin signos de flebitis. Se realiza atrocentesis no drenando líquido y posteriormente se realiza infiltración intrarticular con mepivacaina y celestone, continuando con AINES y HBPM. Acude a consulta de traumatología persistiendo el dolor mecánico, con mejoría de la inflamación, y se plantea valoración de cirugía de rodilla.

Conclusiones

El quiste de Baker es una entidad relativamente frecuente pero poco conocida. Se presenta como tumoración, indoloro o poco sintomático, en el hueso poplíteo y que se origina a expensas de un quiste sinovial de la articulación de la rodilla. En la práctica diaria, son frecuentes motivos de consulta el dolor, el enrojecimiento o la hinchazón de las extremidades inferiores. Uno de los diagnósticos en los que primero se piensa, por su potencial gravedad, es en la trombosis venosa profunda (TVP), olvidando el síndrome pseudotromboflebítico originado por un quiste de Baker complicado por disección o rotura. Por este motivo, es importante que el médico de familia conozca y diagnostique esta entidad.

Palabras clave

Baker Cyst, Thrombosis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Hay algo ahí

López Salas M¹, Morales Rodríguez C², López Martos G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal generalizado.

Historia clínica

Paciente varón de 61 años de edad que acude por presentar desde hace 12 horas intensificación de su dolor abdominal (con el que lleva 2 semanas), que persiste en el momento de la consulta, refractario a tratamiento analgésico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hiperreactividad bronquial, anemia microcítica de reciente diagnóstico en tratamiento con Hierro oral.

Anamnesis: El paciente refiere dolor abdominal de 2 semanas de evolución, más intenso en las últimas 12h. Localiza el dolor en hemiabdomen inferior, de mayor intensidad en el lado derecho, no irradiado, de intensidad variable y sin relación con las comidas. Niega alteraciones en su hábito intestinal, consistencia normal de las heces con oscurecimiento que relaciona con la toma de hierro. No presenta náuseas ni vómitos. Estima una pérdida de 8 kg en 6 meses, que asocia a disminución de la ingesta de alimentos por uso de dentadura postiza desde dicha fecha.

No presenta otra sintomatología por órganos y aparatos.

Exploración: Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo, palidez de piel y mucosas. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiorrespiratoria. Rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, distendido y depresible, doloroso a la palpación a nivel mesogástrico y en flanco

derecho, sin masas ni megalias, Murphy y blumberg negativo activo. Defensa voluntaria, ruidos hidroaéreos conservados, Puñopercusión negativo activa.

Pruebas complementarias: Hemograma. Hemoglobina 9.5, leucocitosis 8500 Neutrofilia 80% PCR 70. Radiografía de abdomen: Dilatación de asas de intestino delgado. TAC abdominopélvico: Hallazgos sugerentes de neoplasia obstructiva de ángulo hepático de colon con dilatación retrógrada de intestino delgado. Adenopatías locorregionales en la grasa mesentérica sugerentes de metástasis ganglionares.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente está casado y vive con su esposa, tiene 2 hijos con los que tiene estrecha relación. Buenas relaciones sociales.

Juicio clínico: Neoplasia obstructiva de ángulo hepático de colon. Diverticulosis, isquemia intestinal, obstrucción intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Se cursa ingreso en Cirugía general, realizándose hemicolectomía derecha.

Evolución: Buena *Evolución:* postquirúrgica, actualmente en seguimiento por Oncología.

Conclusiones

Es importante una buena anamnesis además de una buena exploración física, para englobar los datos en un todo que conduzca al diagnóstico. Cabe destacar el papel fundamental de las pruebas de imagen en el servicio de Urgencias para una mayor agilidad en el plan de actuación.

Palabras clave

Anemia, Cancer, Colon

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Wernicke vs HTA: Diagnóstico diferencial de una demencia

Moral Villar F¹, Moreno Sánchez J²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Crisis HTA, edemas en MMII, parkinsonismo, ataxia, demencia.

Historia clínica

Paciente de 61 años que tras episodio aislado de temblor de MMII con amnesia postcrítica se detecta HTA de mal control.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador de 1-2 paquetes diarios, etilismo crónico, cuadro depresivo de hace 3-4 meses, en seguimiento por Urología por Vejiga Hiperactiva. Diagnosticado recientemente de HTA con mal control.

Anamnesis: Paciente con deterioro general de pérdida de memoria, dificultad para la marcha e incontinencia de esfínteres.

Exploración: Paciente consciente, orientado, torpe, fascies congestiva, bradipsíquico. Edemas con fóvea maleolares. Reflejos exaltados, síndrome parkinsonismo simétrico leve moderado sin temblor. No disimetrías. Marcha atáxica, tronco normal. PNP en calcetín.

Pruebas Complementarias: TAC craneal: Antiguo infarto lacunar próximo al asta frontal del VLD. Ventriculos sin dilatación. Analíticas: Ácido Fólico 1.9, Vitamina B1 3.20, Anticuerpos antineuronales negativo activos.

Enfoque familiar y comunitario: Está casado y presenta una mala situación personal en cuanto a su relación. Presenta elevado nivel de angustia y depresión. Está siendo visto por salud mental. Precisa de la asistencia de su

mujer para asearse por incoordinación motora. Viven él y su mujer solos. Sus actividades fuera de su hogar son prácticamente nulas por su depresión.

Juicio clínico: Demencia por hipertensión.

Diagnóstico diferencial: Hidrocefalia normotensiva del adulto, Demencia por hipertensión o encefalopatía de Wernicke.

Identificación de problemas: El paciente presente elevado nivel de dependencia de su mujer ya que varias veces se ha caído al suelo, y precisa de ella para su asistencia. Así mismo tiene mucho miedo de morir o de que sufra una enfermedad mortal. Sufre aprehensión por toda la medicación que toma excepto el valium.

Tratamiento, planes de actuación: Manidipino 20, torasemida 10, ramipril 10, lorazepam, mirtazapina, sertralina, terazosina. Se pauta sinemet plus.

Planes de actuación: Comprobar que toma adecuadamente la medicación al ser una persona dependiente. Toma de la TA de manera domiciliaria. Valorar la necesidad de ayudas públicas por el nivel de dependencia.

Evolución: El paciente está siendo visto por Neurología y salud mental. Se ha realizado una angioRM que aún no ha sido informado. Sigue con mal control de la HTA.

Conclusiones

Necesidad de un apoyo intrafamiliar para un adecuado control de las patologías. Importancia de indagar en el etilismo al ser un tema tabú.

Palabras clave

Hypertension Dementia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Celulitis a distancia en paciente sanitario

Morales Rodríguez C¹ López Salas M², López Gómez M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjayar. Granada

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Molestias en antebrazo derecho y fiebre.

Historia clínica

Antecedentes personales: fibrilación auricular, angina microvascular, psoriasis cutánea con brote oligoarticular que empeora con el estrés. Tratamiento: Amlodipino, apixabán, bisoprolol, rosuvastatina y ustekimab.

Enfoque individual. Anamnesis: Paciente de 53 años, acude a urgencias por molestias en antebrazo derecho y fiebre de 24 horas de evolución; notándose una placa eritemoedematosa en superficie posterior de antebrazo derecho. Además, presentaba áreas eccematosas a nivel de la superficie anterior de la primera falange de la mano ipsilateral en relación con su artropatía psoriásica y el uso habitual de jabones antisépticos.

Exploración: El paciente presentaba fiebre de 38, 5°C. El resto de las constantes eran normales. Había una placa sobre elevada, roja, caliente, dolorosa a la palpación pero sin crepitación ni flictenas.

Pruebas complementarias: Se hizo hoja de interconsulta a Medicina Interna, que solicitó una ecografía urgente con resultado de celulitis en antebrazo. Tras 7 días de tratamiento antibiótico, se formó un absceso, que se drenó y

se realizó un cultivo, que resultó negativo activo por la eficacia del mismo.

Enfoque familiar y comunitario: Personal sanitario. Vive con su mujer y su hijo, realiza ejercicio moderado a diario.

Juicio clínico: Celulitis con colección abscesificada.

Diagnóstico diferencial: Tromboflebitis, picadura de insecto, Dermatitis de contacto, linfedema, eritema nodoso entre otros.

Tratamiento, planes de actuación: Se le pautó Linezolid durante 10 días tras el fracaso con Amoxicilina/Clavulánico durante 3 días.

Evolución: Tras el tratamiento con Linezolid desapareció la fiebre, Disminuyó el eritema y edema. Se localizó dicho absceso que se drenó.

Conclusiones

El uso de productos antisépticos potentes en el lavado de quirúrgico de manos, con las erosiones derivadas de ello, unido a la inmunodepresión con productos biológicos, como el Ustekimab, pueden facilitar el acceso de agentes infecciosos que provoquen entre otras cosas una celulitis, como en este caso, a través de una puerta de entrada a distancia del foco.

Palabras clave

Absceso, Celulitis, Nosocomial

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Faringitis de larga evolución

Martos Martínez R¹, Bedmar Estrella J¹, Cano Cano E²

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

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

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

realizan una Gammagrafía de tiroides que objetiva ausencia de captación.

Motivos de consulta

Fiebre, odinofagia y malestar general.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa III del ciclo vital. Extensión completa. Primer hijo abandona el hogar.

Historia clínica

Paciente de 56 años que acude a AP por presentar odinofagia, fiebre de 38°C y malestar general de una semana de evolución.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda. Diagnóstico diferencial con adenoma tóxico (nódulo caliente en gammagrafía), tirotoxicosis facticia, tejido tiroideo ectópico, fenómeno de Jod Basedow.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril 20mg e hidroclorotiazida 25mg.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con Indometacina retard hasta que mantenga la fiebre, posteriormente se suspenderá. Revisión en Endocrinología con analítica de control.

Auscultación cardiorrespiratoria normal. Orofaringe normal. Se diagnostica de catarro de vías altas y se inicia tratamiento con acetilcisteína y paracetamol. La paciente vuelve a consultar a los 4 días, continúa con fiebre y odinofagia; orofaringe enrojecida. Se inicia tratamiento con amoxicilina y se solicita analítica.

Evolución: La paciente ha mejorado clínicamente, desapareciendo la fiebre y el malestar general. Está pendiente de revisión en Endocrinología y control analítico.

Analítica: HB 11g/dl, transaminasas elevadas, PCR 90.4 mg/L, TSH 0.008 µUI/mL, Tiroxina 3.47 ng/dL, serologías para Citomegalovirus Ac IgG positivo, Ac IgM negativo activo y Virus Epstein-Barr Ac IgG positivo, Ac IgM negativo activo. Exploración cervical: tiroides firme sin nódulos y molesto a la palpación. Por tanto, se deriva a Endocrinología de forma urgente, ante la sospecha de tiroiditis subaguda, donde le

Conclusiones

La tiroiditis subaguda es una enfermedad inflamatoria del tiroides de probable etiología viral. Los síntomas más frecuentes son fiebre y dolor en región tiroidea. El diagnóstico se realiza desde la consulta de AP, a través de una analítica con hormonas tiroideas, de ahí la importancia del Médico de familia.

Palabras clave

Tiroiditis, Fiebre, Cervicalgia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

"A ver si sabe usted lo que tengo porque esta mucosidad no se va con nada"

Moreno Leiva R¹, Rodas Díaz M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. UGC Torrox. Málaga

² Médico de Familia. UGC Velez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Otorrinolaringología.

Motivos de consulta

Tos y mucosidad.

Historia clínica

Varón de 61 años con sensación de cuerpo extraño en faringe de 2 meses de evolución y en los últimos días disfagia principalmente a sólidos. Apetito conservado, peso mantenido, no náuseas ni vómitos. Ha estado en tratamiento con mucolíticos sin mejoría desde hace casi 1 mes. Valorado por neumología indicaron se trataba de síntomas relacionados con SAOS y hábito tabáquico, sin otra causa subyacente añadida.

A la exploración mucosidad en cavum, no adenopatías cervicales palpables, auscultación con algún roncus aislado y saturación O₂ 98%.

Enfoque individual: Fumador 20-30 cig/día desde hace más de 40 años. SAOS con CPAP.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncionante. Trabajador en la hostelería. Casado. Una hija independizada. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Neoplasia laríngea vs faringitis crónica.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a ORL ante la sintomatología y los antecedentes para descartar proceso neoplásico.

Evolución: Al mes consulta por empeoramiento, con disfonía en las últimas 2

semanas y un vómito el día anterior. Exploración adenopatía submandibular derecha indurada, mucosidad en cavum, Mallanpati III (úvula prominente). Tiene cita programada en ORL para 3 semanas después, pero ante el empeoramiento clínico y los cambios exploratorios se deriva a hospital para valoración urgente por ORL (descartar neoplasia laríngea). Objetivan: lesión vegetante en cara laríngea de epiglotis que afecta a repliegue derecho y banda ventricular derecha, engrosamiento de repliegue ariepiglótico izquierdo, estrechamiento de espacio vestibular laríngeo por encima de cuerdas vocales, luz glótica conservada, buena movilidad. Adenopatía submandibular derecha. TAC cuello con contraste IV: lesión sobre elevada sobre pliegue ariepiglótico derecho que cruza línea media sobre epiglotis de 3cm tamaño. Adenopatías patológicas en ángulo mandibular derecho (26mm), submandibular derecho (12mm). La lesión de mayor tamaño provoca estenosis franca no obstructiva de yugular derecha. Biopsia. Anatomía patológica: Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Tras valoración en Comité de Tumores: laringuectomía total + traqueotomía definitiva + disección ganglionar cervical bilateral + RT posterior.

Conclusiones

Cuando no existe un diagnóstico definitivo y persiste la sintomatología a pesar del tratamiento establecido, debemos realizar un nuevo enfoque y un diagnóstico diferencial con todas las patologías probables.

Palabras clave

Mucus, Dysphagia, Laryngeal Neoplasms

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cuando un paciente aumenta de peso en poco tiempo

Narváez Martín A¹, Ríos Carrasco M², Alves Martins A³

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

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su hija. Ámbito rural.

Motivos de consulta

Dolor abdominal generalizado con cuadro de estreñimiento de 2 días de evolución.

Juicio clínico: carcinomatosis peritoneal de origen no filiado.

Historia clínica

Mujer de 81 años que acude por presenta dolor abdominal, localizado en región epigástrica, irradiado a resto de abdomen, afebril. Sin náuseas ni vómitos. Refiere estar más estreñida de lo habitual. Comienza con disnea, haciéndose cada vez a menores esfuerzos, junto con aumento del perímetro abdominal y una ganancia ponderal de 6 kg en una semana.

Diagnóstico diferencial: cuadro pseudoclusivo, hepatopatía, ascitis de otro origen.

Identificación de problemas: evolución tórpida del cuadro, encontrándonos limitados en el CS para la realización de pruebas complementarias.

Enfoque individual. Antecedentes de linfoma folicular de bajo grado, diagnosticado en septiembre de 2016, estadio IIIA, de baja carga tumoral con último TAC en diciembre de 2017 sin adenopatías ni derrame pleuropericardico.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza paracentesis evacuadora y se pauta diuréticos y se procede a ingreso para continuar estudio

Exploración: Auscultación cardiorrespiratoria con tono con hipofonesis en base de pulmón derecho. Abdomen distendido, con oleada ascítica y ruidos aumentados. Sin edemas. Ante estos hallazgos, junto con la sintomatología que comenta la paciente, se decide traslado a centro hospitalario más cercano para valoración.

Evolución: la paciente es ingresada y estudiada. Ampliándose el estudio a tac con contraste filándose el origen como carcinoma de vesícula. Carcinoma de vesícula estadio iv con infiltración directa hepática. Ante el cuadro se decide tratamiento paliativo.

Conclusiones

Ante pacientes con cambios de hábito intestinal, estando previamente sanos, sin otra justificación como puede ser el caso de intoxicación alimenticia, causa infecciosa o farmacológica, es preciso iniciar estudio para descartar origen oncológico. En la consulta de atención primaria son varios los casos que nos llegan siendo preciso realizar una correcta anamnesis para así filiar el origen de ese cambio.

Analítica: hemograma dentro de la normalidad, bioquímica con creatinina 2.44 mg/dl, resto dentro de la normalidad. Radiografía de abdomen: marcada ascitis, con dudosa imagen de niveles realizándose TAC de abdomen posterior donde se aprecia carcinomatosis peritoneal de origen no filiado junto con derrame pleural derecho, con atelectasia compresiva y adenopatías precardiacas.

Palabras clave

Peritoneal Neoplasms, Colonic Pseudo-Obstruction, Ascites

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lumbalgia recidivante

García Fraile M¹, Oliva Márquez M¹, Bohórquez Hermoso L²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

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

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor en zona lumbar.

Historia clínica

Enfoque individual: Varón de 28 años, sin alergias a medicamentos conocidos. No enfermedades de interés. No antecedentes quirúrgicos. No fumador, bebedor social. Tratamiento actual: Tapentadol 75 miligramos/12 horas y Pregabalina 75 miligramos/12 horas.

Refiere dolor en zona lumbar bilateral desde hace dos meses, irradiado a miembros inferiores desde hace dos días. Ritmo inflamatorio. No traumatismos previos. Niega otros síntomas. Ha acudido a su médico de familia y a urgencias en repetidas ocasiones por dolor en zona lumbar no irradiado, ajustándose tratamiento analgésico. Se solicita Resonancia Magnética de columna y se decide ingreso en planta para estudio.

Exploración: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado y eupneico. Afebril. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen normal. Miembros inferiores normales. Arcos lumbares dolorosos a la extensión. Palpación dolorosa a nivel de apófisis espinosas y paravertebrales lumbares derechas. No contractura muscular lumbar. Lassege bilateral positivo.

Pruebas complementarias: Radiografía simple de columna lumbar y sacra sin evidencia de lesiones óseas. Resonancia magnética con discartrosis incipiente de los interespacios

entre la segunda y tercera vértebra lumbar y la quinta vértebra lumbar y la primera sacra, y lesiones óseas infiltrativas en iliaco derecho, primera vértebra sacra, pequeña lesión en quinta vértebra lumbar y platillo superior de la tercera vértebra lumbar.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar aparentemente.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón Estadio IV.

Tratamiento, planes de actuación: Analgésicos, opioides y Radioterapia.

Evolución: Durante su ingreso se realiza Tomografía computarizada de tórax, pelvis y abdomen con presencia de lesiones en hilio y lóbulo superior de pulmón izquierdo sugestivos de neoplasia. lesiones líticas en esternón, esqueleto axial y ambos iliacos sugestivos de metástasis. Anatomía patológica de muestra obtenida por fibrobroncoscopia: carcinoma broncogénico no microcítico, tipo adenocarcinoma. El paciente evoluciona favorablemente durante su ingreso con buen control del dolor lumbar con analgésicos, opioides y una dosis única de Radioterapia, con posterior seguimiento por Oncología.

Conclusiones

A la hora de realizar el Diagnóstico diferencial de una lumbalgia recidivante, que no mejora con tratamiento, siempre debemos de incluir procesos tumorales, a pesar de la edad del paciente y de la baja prevalencia.

Palabras clave

Metastasis, Adenocarcinoma, Lumbago

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Ansiedad y somatización?

Gómez Torrado R¹, Delgado Osuna Á², Rodríguez Vázquez A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Retorno a urgencias hospitalarias derivada por el 061 por cuadro de rigidez generalizada y palpitations.

Historia clínica

Mujer de 41 años valorada días previos por cuadro de rigidez en extremidades y vómitos dada de alta con tratamiento con lorazepam y metoclopramida. Retorna por cuadro de rigidez generalizada y síntomas disautonómicos (sialorrea ligera, palpitations y polipnea), sin hipertemia ni trastornos del nivel de conciencia. Refiere haber duplicado en las últimas semanas su dosis de neuroléptico de forma autónoma.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia al látex, fumadora esporádica, artritis crónica juvenil, fibromialgia, trastorno de ansiedad y trastorno por somatización con rasgos de personalidad desadaptativos en tratamiento con paroxetina y levomepromazina.

Exploración: Aceptable estado general, consciente y orientada. Ligera deshidratación. Polipneica. TA 118/79 mmHg. Frecuencia Cardíaca 85 latidos por minutos. Temperatura de 37.8°C. Rigidez de nuca y de todas las extremidades. Auscultación normocárdica con buen murmullo sin ruidos sobreañadidos. Diuresis conservada.

Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación sanguínea normal. Bioquímica sanguínea con valores de creatinfosfoquinasa de 1059, resto normal. TAC de cráneo sin hallazgos patológicos. LCR con bioquímica y microbiología normales. EKG sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel sociocultural medio-bajo. Cohabita con su madre con quién mantiene dinámica familiar disfuncional.

Juicio clínico: Simulación. Crisis de ansiedad y somatización. Infección del sistema nervioso central. Catatonía letal. Hipertermia maligna. Síndrome neuroléptico maligno.

Tratamiento, planes de actuación: Control analítico y monitorización de los niveles de creatinfosfoquinasa. Tratamiento con Dantrolene y sueroterapia. Interconsulta con psiquiatría durante el ingreso hospitalario.

Evolución: Normalización clínica y analítica en 6 días de ingreso. La paciente fue dada de alta una vez mejorado el cuadro de rigidez y disautonomía y presentar una analítica con niveles creatinfosfoquinasa en rangos de normalidad. Se solicitó cita preferente al alta en consultas de salud mental.

Conclusiones

Debemos sospechar esta patología en pacientes que aglutinan diversas características: trastornos psiquiátricos, consumo de neurolépticos, politerapia, uso de vía parenteral, aparición de parkinsonismo. La importancia del diagnóstico precoz radica en la letalidad del cuadro pudiendo desembocar en exitus por sepsis e insuficiencia renal por mioglobulinuria. El tratamiento más importante es el profiláctico: dosis bajas de neurolépticos, evitar politerapia, vía parenteral y la deshidratación.

Palabras clave

Antipsicóticos, Creatinfosfoquinasa, Síndrome Neuroléptico Maligno

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

La primera impresión no es siempre la correcta

Salmerón Latorre R

MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias y especialidades hospitalarias.

Motivos de consulta

Epigastralgia y vómitos.

Historia clínica

Mujer de 26 años, hiperfrecuentadora del Servicio de Urgencias, que acude de nuevo por epigastralgia y vómitos de tres años de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Colon irritable, Síndrome ansioso- depresivo. Tratamiento habitual: esomeprazol 20 mg, sertralina 50 mg y diazepam 5 mg.

Anamnesis: Paciente hiperfrecuentadora que acude a Urgencias hospitalarias por octava vez en el mes, y después de haber acudido en dos ocasiones ese día a Urgencias de Primaria, por epigastralgia continua no irradiada desde hace 3 años; pero que había empeorado en las últimas dos semanas, acompañado de 4 vómitos alimenticios. Sin alteración del hábito intestinal. Afebril.

Exploración: Buen estado general, eupneica, bien hidratada y perfundida. Afebril. TA: 110/60 mmHg. ACR: normal. Abdomen: blando y depresible, doloroso a a palpación en epigastrio, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, Murphy y Blumberg negativo activos. RHA presentes. MMII: normal.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: AST 560, ALT 251, resto de bioquímica, hemograma y coagulación normales. Analítica del día anterior normal. Ecografía abdominal: normal. Ingreso en Medicina Interna para estudio: Analíticas sanguíneas: hipertransaminasemia aisladas (AST 1090, ALT 315) y posterior descenso progresivo hasta normalización. Hemogramas y coagulación normales. Serologías negativo activas. AngioRM abdominal: hallazgos

compatibles con Síndrome de la pinza aorto-mesentérica (Síndrome de Wilkie), con moderada compresión de la tercera porción duodenal.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres en un pueblo pequeño. Hija única. Mal ambiente familiar, discute continuamente con sus padres. Actualmente en paro.

Juicio clínico: Síndrome emético y dolor abdominal en relación con Síndrome de pinza aorto-mesentérica (Síndrome de Wilkie).

Diagnóstico diferencial: otras causas de dolor abdominal y obstrucción intestinal (cetoacidosis diabética, isquemia mesentérica, intolerancias alimentarias, pancreatitis, coleditiasis, megaduodeno, dispepsia...).

Identificación de problemas: enfermedad poco frecuente, paciente hiperfrecuentadora con pruebas complementarias normales previamente.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento conservador: dieta blanda saludable.

Planes de actuación: control por Atención Primaria. Si dolor abdominal y vómitos acudir a Urgencias para descartar complicación.

Evolución: favorable con control de síntomas y tolera dieta.

Conclusiones

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria y en Urgencias. Aunque este síndrome es poco frecuente debemos tenerlo en mente ante pacientes muy demandantes por la poca respuesta al tratamiento médico inicial.

Palabras clave

Superior Mesenteric Artery Syndrome, Duodenal Obstruction

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diagnóstico diferencial de la distensión abdominal en Atención Primaria

Hernández Vélez L¹, Viejo Maya Z²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada

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

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor y distensión abdominal.

Historia clínica

Mujer de 16 años acude a consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal y dolor en hipocondrio derecho.

Enfoque individual: atendida hace 2 meses en urgencias por dolor en hipocondrio derecho que mejoró con motilium y paracetamol sin llegar a remitir. Recomendaron realizar despistaje de intolerancia alimentaria.

Antecedentes personales: BEG. Abdomen impresiona, distendido y a tensión, no depresible y mate a la percusión. No existe dolor a la palpación. RHA presentes. Se descartó embarazo tras un test negativo activo.

En la ecografía abdominal se visualiza vejiga y útero de tamaño normal, resto poco valorable por distensión y gas intraabdominal. Por ello se deriva al servicio de urgencias para valoración de prueba de imagen y descartar pseudoobstrucción u otra patología urgente. En la ecografía abdominal de carácter urgente observan: riñón derecho de tamaño y ecogenicidad cortical bastante aumentados secundario a ureterohidronefrosis grado III. Gran masa centroabdominal baja, de contenido mixto predominantemente quístico, que presenta unas dimensiones aproximadas de 26cm CrC x 20cm T x 12, 5cm AP, que genera efecto masa desplazando los órganos del abdomen superior. Ovario izquierdo no identificado. Sugiere neoplasia con criterios radiológicos de agresividad y de probable

origen anexial izquierdo. Se realiza RMN de pelvis, hallazgos compatibles con tumor epitelial ovárico izquierdo seroso, "border line" vs tumor epitelial de células claras, sin poder descartar cistoadenocarcinoma seroso.

Juicio clínico: Neoplasia maligna ovárica izquierda.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia y trastorno funcional. Intolerancia alimentaria. Embarazo. Pseudoobstrucción intestinal. Patología maligna.

Tratamiento, planes de actuación: Laparotomía urgente exploradora con anexectomía izquierda y biopsia intraoperatoria, tipificándolo de teratoma inmaduro. Se resecó con márgenes de seguridad y se derivó al comité oncológico para decidir el tratamiento coadyuvante.

Evolución: Se resolvió el cuadro de uropatía obstructiva derecha tras la operación sin secuelas en la función renal. Evolucionó favorablemente, salvo episodios aislados de dolor abdominal. Se encuentra a la espera de la decisión del comité oncológico.

Conclusiones

No olvidar los procesos malignos en el diagnóstico diferencial de cuadros de distensión abdominal de larga data. Recalcar la utilidad de la ecografía como una prueba complementaria inocua, de fácil acceso y de gran rentabilidad diagnóstica en las consultas de atención primaria.

Palabras clave

Teratoma, Distensión Abdominal

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Epilepsia

Castillo Jiménez P, Palacios Simón A, Enrile De Rojas M

Médico de Familia. CS Antequera. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y domicilio en medio rural.

Motivos de consulta

Múltiples consultas por mal olor del ambiente.
Crisis epiléptica.

Historia clínica

Paciente varón de 47 años que ha acudido en múltiples ocasiones a consulta de sensación de mal olor continua. Se derivó a consultas de ORL con valoraciones dentro de la normalidad. No presenta alergias medicamentosas conocidas, ni datos de interés. No antecedentes personales ni familiares reseñables. Casado con 2 hijos. Maestro de educación física y entrenador de varios equipos de Baloncesto.

Acude un fin de semana con su familia y grupo de amigos a una casa rural en nuestra área norte de Málaga, donde avisan al 061 por mareo con sensación de nerviosismo y posterior pérdida de consciencia y movimientos tónico clónicos.

Enfoque individual: La exploración de dicho aviso era dentro de la normalidad, con crisis convulsiva presenciada y aturdimiento posterior junto con nerviosismo por lo ocurrido. Durante su estancia en Observación Grave del área de urgencias, se realizó extracción analítica y radiografías dentro de los parámetros de la normalidad y tac de cráneo donde se informó una lesión temporal derecha de aspecto inflamatorio de mayor tamaño y una de menor tamaño en temporal izquierdo. Con Diagnóstico de Encefalitis temporal bilateral a

filiar origen y epilepsia focal secundaria se ingreso en Neurología del H. Regional de Málaga para estudio con punción lumbar y resonancia magnética. Durante el ingreso se obtuvo el Diagnóstico de glioblastoma multicéntrico, realizándose lobectomía temporal derecha con confirmación de dicha tumoración. Fue dado de alta y derivado a consulta de Oncología y Cuidados paliativos.

Enfoque familiar y comunitario: Familia de reciente formación. Duelo infantil. Duelo conyugal.

Juicio clínico: Glioblastoma multicéntrico. Crisis epilépticas parciales. Situación terminal en paciente joven. Situación estresante familiar. Sedación paliativa dificultosa.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento paliativo y situación terminal.

Evolución: Este paciente falleció el mes de dicho Diagnóstico ingresado en la planta del Hospital con sedación por parte del equipo de cuidados paliativos. La familia está en seguimiento por su médico de atención primaria y trabajadora social para acompañamiento en el duelo y posibles ayudas sociales que precisen.

Conclusiones

Acompañamiento en etapas últimas de la vida y duelo familiar.

Palabras clave

Glioblastoma, Grief, Palliative Care

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Mujer de 82 años con cuadro de astenia y diarrea

Ranchal Soto J¹, Sánchez Fernández E², Trillo Díaz E³

¹ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivos de consulta

Diarrea y disminución del nivel de conciencia.

Historia clínica

Antecedentes personales: Intolerancia a tramadol, deterioro cognitivo, hipertensión arterial (HTA), insuficiencia renal crónica, insuficiencia venosa periférica, coxartrosis. En tratamiento con valsartán 160/amlodipino 5/tiazida 12.5 mg, pregabalina 25mg, lormetazepam 1mg, paracetamol y fentanilo 12.5 parches. No intervenciones quirúrgicas.

Enfoque individual: paciente de 82 años que acude a urgencias por diarrea sin productos patológicos de 2 días de evolución (unas 18 deposiciones) asociado a astenia y mareos. Dos semanas antes, refiere lumbalgia y pérdida de apetito, por lo que su médico de atención primaria, le prescribe analgesia y solicita una analítica de control.

Exploración: Regular estado general, somnolienta, bradipsíquica, con sequedad de piel y mucosas, frialdad distal e hipotensa. Cardiopulmonar arritmica a 90 latidos por minuto (lpm) sin soplos, taquipnéica. Abdomen: Blando, globuloso, doloroso a la palpación difusa, timpánico sin signos de irritación peritoneal. Pulsos periféricos conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: destacan hemoglobina de 11 y leucocitosis de 20.000 con neutrofilia de 17.000. Bioquímica: creatinina 3.08 con filtrado glomerular de 15. Gasometría venosa: compatible con acidosis metabólica.

Electrocardiograma: Fibrilación auricular (FA) a 90 lpm sin alteraciones en la repolarización, Radiografía de Tórax: cardiomegalia. Ecografía abdominal: Distensión de algunas asas de intestino delgado y engrosamiento parietal difuso y concéntrico de colon derecho. TAC abdominal: Imagen hipoatenuada en rama derecha ileocólica de la arteria mesentérica superior compatible con trombo en gran parte de la misma.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, viuda, 2 hijos, con buen apoyo social.

Juicio clínico: Isquemia mesentérica (embolismo por FA en rama derecha ileocólica de arteria mesentérica superior). FA de novo. Insuficiencia renal crónica agudizada por cuadro de isquemia mesentérica. *Diagnóstico diferencial:* pancreatitis aguda, apendicitis, colecistitis, diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza interconsulta con cirugía que desestima intervención. Se ingresa en planta de Medicina Interna procediendo a tratamiento con anticoagulación, analgesia y dieta triturada e hiperprotéica.

Evolución: Presenta buena evolución clínica, se deriva al alta con tratamiento anticoagulante y seguimiento por su médico de familia.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave

Thrombosis, Atrial Fibrillation, Lumbalgia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Que te dijo el ginecólogo? Que tengo un LUF o algo así

Toledo García D¹, Rodríguez Vázquez A², Muriedas Fernández-Palacios M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

³ CS Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

realizar más pruebas complementarias obligó a realizar derivación hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Juicio clínico: Síndrome del folículo luteinizado no roto.

Historia clínica

Mujer de 21 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta por dolor en fosa ilíaca izquierda de unas 48 horas de evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la sospecha de origen ovárico, la paciente es derivada a urgencias ginecológicas.

Enfoque individual: en la anamnesis, es un dolor que se irradia a muslo y fosa renal izquierda. Niega clínica miccional y su última menstruación (irregulares) fue hace más de un mes. No lo define como un dolor menstrual. Comenta discreto tenesmo rectal desde el día anterior.

Evolución: Tras valoración y confirmación diagnóstica por ecografía, se inicia tratamiento con anticonceptivos en pauta continua y se cita para revisión con control ecográfico a los 3 meses.

En la exploración contamos con buen estado general. Abdomen sin masas, megalias o irritación peritoneal. Discreto dolor en fosa ilíaca y flanco izquierdo.

Conclusiones

Esta patología se caracteriza por menstruaciones regulares, con perfil hormonal normal que hace pensar la existencia de ovulación, pero sin que se produzca la liberación del ovocito. Su diagnóstico tiene lugar con el uso de ecografía y su etiología es incierta. Desde atención primaria es importante conocer el manejo de una patología que se diagnostica con cierta frecuencia en los servicios de urgencias ginecológicas. Muchas veces hay que establecer pautas de anticonceptivos que deben ser controladas por nosotros entre el diagnóstico y las futuras revisiones con ginecología, así como tener en cuenta el antecedente en futuras consultas.

Radiografía abdominal sin hallazgos. Ecografía transvaginal con hallazgo en ovario izquierdo de formación hojaldrada, de paredes gruesas, redonda, compatible con folículo luteinizante no estallado (LUF). Analítica con parámetros dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: La patología de origen ginecológico origina gran cantidad de consultas, por lo que debemos conocer las más importantes. En este caso, la necesidad de

Palabras clave

Ovarian Diseases

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Disnea mantenida en la Colitis Ulcerosa: más allá de lo digestivo, está el Tromboembolismo pulmonar

González Aceituno C¹, Cañada Ramos M², Arias Blanco M³

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. DS Córdoba

² Médico de Familia. Servicio de Urgencias. CS Armilla. Granada

³ Médico de Familia. Villaviciosa de Córdoba. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria, Hospital de Referencia.

Motivos de consulta

Varón, 59 años que consulta por disnea de varias semanas de evolución.

Historia clínica

Colitis ulcerosa (CU). HTA con control dietético. Tratamiento: mesalazina tópica y oral. Vida laboral activa.

Enfoque individual: acude a su CS por astenia de tres semanas de evolución, y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. Cuadro sincopal asociado a esfuerzo, la semana previa, atendido en Urgencias descartándose patología cardiológica urgente y con cita programada para Cardiología. Escasa tos, expectoración de menos de 24 horas. Afebril. BEG, consciente, orientado. Bien hidratado, normocoloreado; tiraje supraclavicular y subcostal, saturación 89% (FI 21%). No ingurgitación yugular.

ACR: Tonos rítmicos, a 78lpm, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, roncus dispersos en campos medios. Abdomen: sin alteraciones. EEII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales presentes y simétricos. El paciente es tratado con Oxigenoterapia; corticoide im; y aerosolterapia, sin mejoría, y derivado a Hospital de Referencia por sospecha de TEP vs Neumonía

Enfoque familiar y comunitario: Hospital de referencia: FC 95lpm, SatO₂ 90% (Ventimask 31%), TAS 135/90. Hematimetría y bioquímica: sin alteraciones. DD 8807. Gasometría arterial: pH 7.50, pO₂ 45, HCO₃ 4.6; pCO₂ 28. Insuficiencia respiratoria parcial aguda. Radiografía de tórax: aumento de densidad parahiliar derecha. AngioTAC: hallazgos en

relación a tromboembolismo pulmonar bilateral. Ecoscopia: sin hallazgos de interés. Diagnóstico: TEP bilateral subagudo. Se administra HBPM 1.5 mg/kg/24h. Ingreso en Neumología.

Juicio clínico: TEP bilateral idiopático.

Diagnóstico diferencial:
Neumonía. Insuficiencia cardíaca. Isquemia miocárdica. Exacerbación de una enfermedad respiratoria previa. TEP. Pericarditis. Neumotórax. Vasculitis. Dolor músculo-esquelético.

Tratamiento, planes de actuación:
Ecocardiografía: ventrículo derecho levemente dilatado, función sistólica conservada, hipertensión pulmonar moderada. Tratamiento al alta: apixabán 5 mg cada 12 horas.

Evolución: Tras 6 meses de anticoagulación con evolución favorable seguimiento por Neumología y Medicina Interna, se suspende la anticoagulación y es dado de alta.

Conclusiones

Caso clínico de una patología grave (TEP) con clínica atípica y una baja probabilidad pretest (Test de Wells 1 punto, criterios de exclusión de TEP 3 puntos). Es el alto índice de sospecha, añadido a la evolución lo que posibilita el diagnóstico. Aunque la CU no está considerada en el test de Wells como un equivalente protrombótico a una neoplasia activa, el CU presenta más ETEV que la población normal por lo que el Médico de Familia debe sospechar TEP ante todo paciente con CU que consulta por disnea.

Palabras clave

Pulmonary Thromboembolism, Ulcerative Colitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora, me duele mucho la cabeza!

Sánchez Fernández E¹, Ranchal Soto J²

¹ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga.

Ámbito del caso

Atención primaria, Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivos de consulta

Cefalea frontobiparietal y febrícula.

Historia clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, hipertensión arterial (HTA), intervenido de hernia inguinal derecha hace 8 días. En tratamiento con telmisartan 40mg.

Enfoque individual: paciente de 58 años que comienza con cuadro de febrícula y cefalea frontobiparietal e hiperalgia resistente a analgesia con paracetamol y metamizol. Dos días antes acude a urgencias por cefalea relacionada con crisis hipertensiva que cede con tratamiento antihipertensivo. Esa misma noche acude a urgencias del hospital por el mismo motivo asociado a la aparición de vesículas en región lumbar derecha siendo alta con diagnóstico de crisis hipertensiva y herpes zoster lumbar y tratamiento con aciclovir. A la mañana siguiente, acude a su médico de familia con cefalea intensa que le impide conciliar el sueño derivandose de nuevo a urgencias para valoración.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, cardiopulmonar normal, no focalidad neurológica, abdomen: cicatriz laparotomía, lesiones vesiculosas a nivel lumbar derecha. Normotenso y afebril.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma, bioquímica y orina normal, Radiografía tórax y electrocardiograma y TAC craneal normal, punción lumbar: liquido claro a presión normal, hematíes 400, leucocitos 816

(PMN 1%, neutrófilos 99%) glucosa 52, proteínas Gram negativo activo.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, casado, 2 hijos, buen apoyo social.

Juicio clínico: meningoencefalitis viral, herpes zoster lumbar.

Diagnóstico diferencial: ictus, migraña, neoplasia, crisis hipertensiva.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta tratamiento empírico con Aciclovir iv y analgesia.

Valorado por Medicina Interna se ingresa en planta.

Evolución: El paciente comienza con deterioro neurológico, agresividad, agitación, fallo hemodinámico y renal. Ingresa en UCI, precisando intubación, ventilación mecánica, traqueostomía, soporte inotrópico y transfusional, aciclovir y antibioterapia. Presentó varios episodios de bacteriemia y una severa polineuropatía de enfermo crítico quedando como secuela trastorno de la marcha a pesar de rehabilitación. Comienza con tolerancia oral tras un periodo de nutrición parenteral. Derivándose al alta con control por su Médico de Familia y Medicina Interna

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave

Headache, Encephalitis, Herpes Zoster

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¡Doctora, me ahogo!

López Martos G¹, López Salas M², López Gómez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjajar. Granada

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente de 53 años que acude al servicio de urgencias por disnea de 2 semanas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: EPOC, HTA, ex-enolismo.

Anamnesis: Refiere haber comenzado con disnea desde hace 2 semanas hasta convertirse de mínimos esfuerzos (peinarse, asearse). Además presenta tos, sobre todo nocturna, que le impide el descanso. No ortopnea, pero sí crisis de disnea paroxística nocturna. No ha presentado fiebre. Expectoración habitual blanquecina. También comenta que ha comenzado con leves edemas en miembros inferiores del mismo tiempo de evolución.

Exploración: Estable hemodinámicamente. Eupneico con O₂ en gafas nasales a 1, 5lpm. Saturación O₂ con aporte mencionado 96%. Auscultación Cardiorrespiratoria: Rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado con crepitantes en ambas bases. Edemas en miembros inferiores con fóvea.

Pruebas complementarias: Analítica con bioquímica, hemograma y proteína c reactiva sin alteraciones. Péptido natriurético 1236. Radiografía tórax: signos congestivos, sin derrames ni condensaciones,

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer, tiene dos hijas (32 y 30 años). Buenas relaciones sociales. Independiente para actividades vida diaria.

Juicio clínico: Debut de insuficiencia cardiaca.

Diagnóstico diferencial: EPOC reagudizado.

Tratamiento, planes de actuación: el paciente pasa a sala de observación y se pauta tratamiento con diuréticos. Se interconsulta con cardiología, ya que hasta ahora el paciente no había presentado ningún problema cardiaco, y se procede a su ingreso en dicha unidad.

Evolución: se realizan en planta otras pruebas complementarias con una Ecocardiografía transtorácica, en la que se aprecia: miocardiopatía dilatada con FEVI conservada (posiblemente de origen enólico). Se pauta tratamiento con ramipril, bisoprolol, furosemida.

Conclusiones

Se puede concluir tras la exposición de este caso, la importancia de realizar una anamnesis completa, y los datos clínicos que nos aporta el paciente, ya que en muchas ocasiones con esta información podemos orientar el problema sin necesidad de numerosas pruebas complementarias, que pueden no estar al nuestro alcance en atención primaria y en ocasiones no son inocuas para el paciente.

Palabras clave

Dyspnoea, Heart Failure

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lo que hay detrás del reflujo

Trillo Díaz E¹, Sánchez Fernández E², Rodas Díaz M³

¹ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Velez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Reflujo.

Historia clínica

Mujer de 56 años, sin alergias medicamentosas.

Enfoque individual. Antecedentes: diabetes, hipertensión, anemia ferropénica de años de evolución atribuida a pérdidas ginecológicas. Anemia megaloblástica diagnosticada hace 4 meses (Hb9.6, VCM122, VitB12 131). Bebedora esporádica, exfumadora. Tratamiento habitual: lantus, humalog, candesartán, hidroclorotiazida/amilorida, hierro.

Anamnesis: Refiere reflujo desde hace aproximadamente un año, que ha empeorado en los dos últimos meses, en los que además asocia sensación de nudos torácicos al comer, disfagia intermitente a sólidos y pérdida de 5kg de peso. Ha tomado omeprazol sin mejoría.

Exploración: Buen estado general, palidez mucocutánea. Delgadez. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales.

Pruebas: Analítica: Hb10.7, hematocrito33%, plaquetas435000, glucosa240, ferritina19, vitB12 251. Albúmina2.7, HbA1c8.9%, Ca19.9: 271. IgG Helicobacter pylori negativo activo. Gastroscopia: En esófago distal se aprecia formación mamelonada, friable, con sangrado al roce y espontáneo que estenosa la luz pero permite el paso del endoscopio. Dicha masa se extiende por fundus y parece tener su origen ahí. TC toracoabdominal: neoplasia descrita. Conglomerado adenopático a nivel de ligamento gastrohepático. Dos lesiones nodulares hepáticas, ambas hiperdensas en fase arterial. RM hepática-renal: Sutil área de captación en fase arterial en segmento IV-a de escaso valor patológico, que

puede traducir trastorno de perfusión o lesión que no muestra signos de probable malignidad. Biopsias: Adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal. CerB2+. Lavado peritoneal: Frotis seroso escasamente celular con células mesoteliales sin atipia, negativo activa para células malignas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola. Tiene dos hijas.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de fundus gástrico con progresión a esófago y local (adenopatías en unión esofagagástrica).

Diagnóstico diferencial: anemia perniciosa, hernia hiato.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso para acelerar estudios. Continuará tratamiento habitual. Fresubin 1-2 frascos/día.

Evolución: La paciente progresivamente solo tolera líquidos y nutrición enteral. Se deriva a Hospital de referencia para valoración de actitud quirúrgica o quimioterapia. Se decide quimioterapia.

Conclusiones

Destacar la importancia de estudiar las patologías (anemia megaloblástica) en relación con la clínica (reflujo, Disfagia), hasta descubrir etiología y descartar patologías graves. La paciente se había tratado inicialmente con vitaminaB12oral 2meses. Pero no se había indagado en la sintomatología y no se había realizado estudio endoscópico. Es importante realizar correcta anamnesis, tener en cuenta antecedentes personales, acompañado de estudios para descartar patologías potencialmente graves.

Palabras clave

Reflux, Dysphagia, Weight Loss

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Prostatitis con mala evolución

García Jiménez A¹, Jiménez Herrera M², Rodríguez Ortega C²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² FEA Médico de Urgencias. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre en contexto de prostatitis que no mejora.

Historia clínica

Fiebre que no remite de una semana de evolución junto a prostatitis que no mejora, con varios episodios de imposibilidad de vaciamiento vesical.

Enfoque individual: paciente sin alergias medicamentosas, no fumador y bebedor de dos cervezas diarias.

Presenta retención aguda de orina que requiere sondaje vesical, con picos febriles de 39°C. Ante sospecha de prostatitis aguda se inicia ciprofloxacino y tobramicina. Pasados 8 días persiste la fiebre y comienza con dolor lumbar, acorchamiento y hormigueo en miembros inferiores. Astenia, taquicardia, sudoración, cefalea y tensión arterial 90/60 mmHg. Auscultación normal, abdomen anodino, extremidades sin edemas. *Exploración neurológica* sin alteraciones motoras ni sensitivas; reflejos conservados. Tira de orina: leucocitos 2+, hematíes 5+, resto normal.

Ante signos de alarma, derivación a Urgencias, donde se pide radiografía de tórax y abdomen, normales. Analítica con leucocitos 17940, neutrófilos 15560 (86, 80%), linfocitos 1290 (7, 10%), plaquetas 506000, fibrinógeno 691 mg/dl, alteración de coagulación con INR de 1, 28. Se pauta amoxicilina/clavulánico 1g/8 horas, metamizol y paracetamol intravenosos y tobramicina/12 horas intramuscular, permaneciendo estable, sin fiebre, aunque con

parestias en tercio distal de pies y dedos. Ante estabilidad, se ingresa en Medicina Interna, donde se realiza nueva analítica de sangre y orina y serologías. El cultivo de orina revela crecimiento de *Escherichia coli*. Ecografía sin alteraciones reseñables en área prostática. Resonancia de tórax, abdomen y cráneo, normales.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de 45 años con pareja estable e hijo en común; amplia red social, funcionario.

Juicio clínico: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) por prostatitis.

Diagnóstico diferencial: fiebre sin foco, hipertrofia prostática, neoplasia vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Alta hospitalaria. Tratamiento oral con ciprofloxacino, tobramicina, serenoa repens y tamsulosina. Seguimiento por Atención Primaria.

Evolución: Tras 10 días de tratamiento el paciente mejora considerablemente, apirético y sin parestias. Analítica y cultivo sin alteraciones.

Conclusiones

Todo Médico de Familia debe prestar atención a fiebres de larga evolución, con o sin foco, y conocer los criterios diagnósticos de la sepsis o el SRIS, pues son patologías graves y potencialmente mortales.

Palabras clave

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, Prostatitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Qué tengo? Que alguien me quite el picor

Bedmar Estrella J¹, Martos Martínez R¹, Cano Cano E²

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

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

Ámbito del caso

Mixto.

Motivos de consulta

Síndrome constitucional.

Historia clínica

Varón de 57 años en seguimiento por Dermatología por prurito generalizado desde hace 8 meses, a pesar de realizar múltiples tratamientos de escabiosis (permetrina crema e ivermectina oral y tópica.) Refiere persistencia de prurito, sobre todo nocturno, que le impide el descanso. Comenzó en flexuras de los codos y rodillas y llegó "a verse los surcos de la escabiosis" y "a notar como si fueran parásitos que le andaban por la piel". Hace unos días estaba muy nervioso y "con ansiedad" por el prurito y tuvo una pérdida de conocimiento de 2 minutos de duración. No pródromos, no convulsiones ni pérdida de tonos esfintéricos. Además, pérdida de peso de 20 kg en 5 meses. No astenia ni anorexia. Se decide derivación para estudio por Medicina Interna.

Enfoque individual: no AMC. HTA, Dislipemia. Trastorno adaptativo. Tratamiento habitual: atarax, alprazolam, Lorazepam, haloperidol gotas, fluvoxamina.

TA: 100/65. FC: 68 lpm. Normoperfundido, buena coloración de piel y mucosas. Piel: intensa sequedad, sin apreciar surcos de escabiosis en flexuras, cuello ni genitales. Resto de exploración por órganos y aparatos dentro de la normalidad. ANALÍTICA: Hemograma, VSG, PCR, cortisol, PTH, vitD y hormonas tiroideas sin alteraciones. Coagulación, fólico, vit B12 y proteinograma normal. EKG: Bradicardia sinusal. TAC craneal y body-TAC

sin contraste: sin alteraciones destacables. Interconsulta a: Salud Mental: No objetiva empeoramiento psicopatológico. Dermatología: Impresiona de xerosis cutánea. Se toman biopsias cutáneas de espalda con diagnóstico antecedentes personales: piel.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Etapa IV del ciclo vital familiar.

Juicio clínico: Síndrome constitucional. Se descarta organicidad. Probablemente secundario a problema psicopatológico. Prurito generalizado.

Diagnóstico diferencial: Escabiosis, parasitofobia, parapsoriasis (paraneoplásico), linfoma de piel seca, hiper-hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: Alta con tratamiento que tenía pautado.

Evolución: Escasa mejoría.

Conclusiones

El prurito generalizado es un síntoma cardinal de los pacientes en Atención Primaria, por la frecuencia de afecciones cutáneas y/o trastornos sistémicos que cursan con este síntoma. La base del tratamiento es la búsqueda de la causa y eliminación o control de la misma. Cabe resaltar la figura del médico de familia para el abordaje de un síntoma tan usual en nuestra consulta, e identificación de patologías subyacentes.

Palabras clave

Prurito, Xerosis Cutánea, Síndrome Constitucional

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El gran olvidado el intervalo QTc

Pérez Pérez A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Palpitacione

Historia clínica

Varón de 80 años que acude a consulta de su médico de familia por palpitaciones junto con pérdida de conciencia en la última semana coincidiendo con el segundo día de la toma de levofloxacino prescrito por infección respiratoria.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMC. No hábitos tóxicos. DM tipo2, HTA, dislipemia y hemiparesia residual izquierda tras ictus por estenosis carotídea.

Anamnesis: Episodios sincopales precedidos de palpitaciones desde el inicio de quinolonas prescritas por infección respiratoria. No dolor torácico.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar tonos rítmicos con soplo sistólico mitral.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 50lpm, intervalo QTc prolongado (590ms) y bloqueo completo de rama derecha junto con extrasístole ventricular aislada.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Intervalo QTc Largo adquirido secundario a quinolonas.

Diagnóstico diferencial: Epilepsia. QT largo congénito. QT largo adquirido: alteraciones iónicas, fármacos, sobre todo antibióticos (quinolonas), antiarrítmicos clase Ic, alteraciones tiroideas...

Tratamiento, planes de actuación: Llega al servicio de urgencias derivado desde el CS presentando varios justo a su entrada. El registro en monitor es de taquicardia ventricular tipo torsades de pointes. El paciente es ingresado en Cuidados Intensivos donde presenta varias recurrencias de la arritmia controlándose con lidocaína en perfusión y sulfato de magnesio. Normalización de QT tras retirada de levofloxacino y sin presentar más episodios de palpitaciones ni síncope. Tratamiento lidocaína en perfusión y sulfato de magnesio.

Evolución: Normalización de QT tras retirada de levofloxacino y sin presentar más episodios de palpitaciones ni síncope.

Conclusiones

La razón de este caso, es llamar la atención sobre los profesionales de nuestro gremio de la existencia de esta patología y resaltar las causas desencadenantes de QTc prolongado (SQTL) congénito y adquirido, estando entre estas últimas los fármacos antiarrítmicos (clase Ia, Ic y III), antidepresivos tricíclicos, varios antibióticos como las quinolonas, tan ampliamente usadas en nuestra práctica diaria. El tratamiento a largo plazo del SQTL es el de la causa.

Palabras clave

Intervalo QT, Quinolonas, Torsades

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Trombosis venosa profunda de miembro inferior en varón joven

Nieto Espinar Y¹, Pérez Fuentes M², González Herrera C³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² Médico de Familia

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ámbito del caso

Centro de Salud.

Motivos de consulta

Dolor miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Varón de 48 años consulta en urgencias por cuadro de dolor en pierna izquierda de una semana de evolución irradiado desde pierna a glúteo, que no mejora con analgesia. Niega traumatismo en la zona, no cirugía reciente, ni inmovilización prolongada.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas, como antecedente personal asma bronquial, no intervenciones. Quirúrgicas previas, tabaquismo de 20 paquetes/año.

Exploración: Paciente consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo, saturación 98%, bien perfundido e hidratado. Frecuencia cardíaca 60 lpm. En miembro inferior izquierdo induración en área glútea, inflamación respecto a la contralateral, calor y rubor en la zona. Se palpa cordón indurado en hueco poplíteo. Signo de Homans positivo.

Análítica: Hemograma y bioquímica normales. Coagulación: dímero D 5856 ng/ml y fibrinógeno 8 mg/dl. Eco-Doppler Miembro inferior izquierdo: Signos compatibles con trombosis venosa profunda (TVP) aguda izquierda.

Enfoque familiar y comunitario: Los familiares de primer grado, han de informar del antecedente familiar de TVP antes de los 50 años y Factor V de Leiden en caso de búsqueda

de gestación, inicio de toma de anticonceptivos hormonales o programación de cirugía.

Juicio clínico: TVP miembro inferior izquierdo.

Tratamiento: Hospitalización del paciente en Medicina Interna. Tratamiento con heparina a dosis terapéuticas. A los 5 días, presenta mejoría clínica significativa, y se inicia anticoagulación oral (ACO) con acenocumarol. Se deriva a consultas externas de hematología para estudio de trombofilia.

Plan de actuación: Estudio de trombofilia positivo Factor V de Leiden. El paciente debe seguir las siguientes recomendaciones: 1. Realizar ejercicio físico con regularidad. 2. Usar ropa cómoda y suelta. 3. Cambiar la posición en la que está sentado y movilización de miembros inferiores. 4. Usar medias compresivas hasta la rodilla. 5. Eliminar factores de riesgo cardiovascular: Tabaquismo, evitar consumo de alcohol, control de colesterol, etc.

Evolución: Eco doppler: sistema venoso parcialmente recanalizado con signos de trombosis antigua. Se pauta ACO indefinida.

Conclusiones

Solicitar estudio de trombofilia en pacientes con TVP sin factores de riesgo. Promoción de la educación sanitaria de los pacientes, para unos hábitos de vida saludables, haciendo hincapié en el abandono de hábitos tóxicos. Estudio de familiares de primer grado en trombofilias hereditarias.

Palabras clave

Venous Thrombosis, Thrombophilia Due To Activated Protein C Resistance, Smoking

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Síndrome confusional agudo en paciente con meningitis tuberculosa

Pérez Cornejo Y, Pazos Pazos N

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria.

murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Motivos de consulta

Desconexión del medio.

Pruebas complementarias: ECG: sin alteraciones. Se contacta con equipo delta y se deriva al paciente al hospital con juicio clínico de síndrome confusional agudo.

Historia clínica

Paciente varón de 79 años, con antecedente de TEP en 2017 e insuficiencia renal, avisan por episodio de desconexión del medio con relajación de esfínteres. La familia refiere haberselo encontrado en el suelo, con bajo nivel de consciencia, dificultad para la movilización, alteraciones del comportamiento (mutismo, desorientación) y náuseas sin llegar a vómitos. No fiebre ni otra clínica. *A la exploración* constantes normales, no signos menígeos, ni claro déficit facial, resto de exploración anodina. Se realiza ECG sin alteraciones y se traslada a urgencias hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Se está realizando estudio de contacto de tuberculosis a toda la familia.

Juicio clínico: Meningitis tuberculosa. Tuberculosis pulmonar bacilífera.

Tratamiento, planes de actuación: Actualmente ingresado en UCI esta recibiendo tratamiento con 4 fármacos antituberculoso.

Enfoque individual: antecedentes personales: insuficiencia renal, TEP masivo en 2017 anticoagulado con apixaban, síndrome prostático. Tratamiento actual: lorazepam, omeprazol, tamsulosina, amlodipino, furosemida, apixaban, AAS.

Evolución: En urgencias hospitalarias le realizan Analítica sanguínea sin datos de leucocitosis, creatinina 1.87 y PCR 44.4. TAC craneal: leucoaraiosis, sin otros datos a destacar. También realizan punción lumbar: líquido claro, glucosa baja de 20 mg/dl, proteínas aumentadas 169.5, leucocitos 21, polimorfonucleares 14 aumentados mononucleares 86 normal. Tinción de Gram: no se observan microorganismos. Rx de tórax: se observa caverna tuberculosa.

Anamnesis: La familia refiere haberselo encontrado en el suelo, con bajo nivel de consciencia, dificultad para la movilización, alteraciones del comportamiento (mutismo, desorientación) y náuseas sin llegar a vómitos. No fiebre ni otra clínica.

Conclusiones

El diagnóstico de meningitis tuberculosa sigue siendo difícil y que se debe dar un peso primordial a las manifestaciones clínicas por eso es importante realizar una buena anamnesis y exploración física que son las principales herramientas con las que contamos en atención primaria y luego ver características del LCR para confirmar el diagnóstico.

Exploración física: constantes normales, afebril, consciente desorientado, poco colaborador, con lentitud a órdenes simples. Neurológico: no signos menígeos, no claro déficit facial, moviliza las 4 extremidades. Cardíaco: taquicárdicos sin soplo. Pulmonar:

Palabras clave

Meningitis, Tuberculosis, Confusion

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diagnóstico diferencial de diarrea con fiebre

Montoya Cervantes M, Biscarri Carbonero Á, De la Rosa García J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Servicio de Urgencias generales hospitalarias. Servicio de Medicina integral.

Motivos de consulta

Diarrea y dolor abdominal con fiebre.

Historia clínica

Paciente de 42 años que acude a su médico de cabecera por cuadro de diarrea sin productos patológicos, dolor abdominal, vómitos biliosos y fiebre de hasta 38, 3º de dos días de evolución. Nadie en su domicilio está con un cuadro similar.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias conocidas. Fumador de 25 cigarrillos diarios. No bebedor. No factores de riesgo cardiovasculares. Espondiloartritis HLA B27 + con 3 episodios de uveítis anterior sin hallazgos de sacroileítis bilateral, en tratamiento con indometacina + omeprazol (metotrexate + glucocorticoides no fueron efectivos). En seguimiento por Reumatología.

Exploración: Dolor difuso a la palpación del abdomen más prominente en hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en fase de expansión con un hijo. Nivel socioeconómico y cultural medio.

Juicio clínico: Gastroenteritis aguda. Posible debut colitis ulcerosa en contexto de espondiloartropatía HLA B27 +.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con Metoclopramida y Paracetamol, y se cita en una semana para evaluar respuesta al tratamiento y evolución del cuadro.

Evolución: Tras el empeoramiento del cuadro a la semana, el paciente acude a urgencias generales hospitalarias, donde presenta un episodio de defecación con sangre. Ante este hallazgo y el deterioro de la función renal se ingresa al paciente en el servicio de medicina integral. Se realiza coprocultivo aislándose Salmonella grupo B, colonoscopia hallándose alteraciones sugestivas de enfermedad inflamatoria intestinal las cuales se biopsian, y TAC abdominal describiéndose sacroileítis bilateral. También se solicita toxina de Clostridium difficile, siendo negativo activa. Finalmente, el resultado de la biopsia descarta cambios anatomopatológicos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal, atribuyéndolos a cambios relacionados a colitis por Salmonella.

Conclusiones

La gastroenteritis aguda es una causa frecuente de diarrea en el día a día del Médico de Cabecera. La causa más frecuente es una infección vírica siendo un cuadro autolimitado cuyo tratamiento es sintomático. Una buena anamnesis y elaboración de la historia del paciente es fundamental para poder detectar predisposición y/o signos de gastroenteritis bacteriana o con origen orgánico que requieran estudio en profundidad.

Palabras clave

Colitis, Ulcerative, Diarrhea, Gastroenteritis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, venga a casa, algo no va bien...

Luis Sorroche J, Méndez Ramos M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente valorada en consulta de atención primaria por episodio de dolor abdominal, de un mes de evolución, con escasa mejoría con analgesia pautada, asociado a náuseas y vómitos frecuentes con escasa tolerancia oral. Se remite a Urgencias hospitalarias para valoración, siendo dada de alta tras relativa mejoría. Se reevalúa en domicilio al día siguiente, objetivando en la exploración signos clínicos de sospecha de patología aguda hepatobiliar, por lo que se vuelve a derivar a Urgencias. En esta ocasión se realiza analítica, donde se objetiva leucocitosis, PCR elevada y patrón de colestasis disociada, y ecografía abdominal, procediéndose a ingreso hospitalario a cargo de Digestivo para estudio de posible infiltración hepática de origen metastásico.

Enfoque individual: mujer de 79 años, parcialmente dependiente, hipertensa, diabética y dislipémica, con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma bronquial.

Enfoque familiar y comunitario: Resulta de vital importancia la atención prestada por parte de los familiares de la paciente a fin de hacernos conscientes de la importancia del proceso, así como de la oportunidad, mediante la visita domiciliaria, de objetivar in situ las

limitaciones que el estado general de la paciente le estaban ocasionando.

Juicio clínico: La derivación desde AP iba orientada a descartar patología aguda de la vía biliar. Tras las pruebas complementarias y correlacionando con la anamnesis, se llegó a la conclusión que la causa más probable del cuadro clínico era la patología tumoral, objetivándose, tras la realización de TAC abdominal y colangioRMN, lesiones compatibles con metástasis a nivel pulmonar y hepáticas, con probable origen primario en vía biliar.

Tratamiento, planes de actuación: Consensuado con la paciente y familiares, se desestiman medidas agresivas, incluyéndose a la paciente en cuidados paliativos para seguimiento.

Evolución: Éxito a las 2 semanas del diagnóstico clínico.

Conclusiones

La posibilidad de realizar un seguimiento estrecho de nuestros pacientes nos permite objetivar la evolución clínica de procesos, en ocasiones, fatales, algo que diferencia a la medicina de familia de otras especialidades. La visita domiciliaria se convierte en una herramienta fundamental para ahondar en el terreno de lo psicosocial, un incomprendido dentro la preponderante visión biomédica de nuestra profesión.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Tumor, Cuidados Paliativos

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No tengo cita, doctor, pero mi mujer necesita que la derive al psicólogo

López Segura F¹, Rueda Rojas M², Ruiz Ojeda I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

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

Ámbito del caso

Atención Primaria con derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Derivación a consulta de psicología.

Historia clínica

Acude a consulta un varón: por indicación de Ginecología solicita que derivemos a su mujer, con parto hace 7 días, al psicólogo, está muy nerviosa. Le preguntamos por ella, y dice que ahora viene, le decimos que tenemos que valorarla. Pocos minutos después aparece llorando: "Me ahogo, pero me han dicho que es de los nervios".

Enfoque individual: mujer de 41 años, obesa, sin antecedentes patológicos, acude por "ansiedad", que, preguntándole, en realidad es disnea y edemas desde el parto, precisó 3 dosis de epidural porque no dilataba, finalmente le hicieron cesárea de urgencia.

Exploración física: AR: Crepitantes bibasales. AC: bradicárdica. ECG: Bradicardia sinusal a 35lpm. Edemas ++/+++. TA 145/70. Sat O₂ 97%. Analítica: Hemograma: Hb 10g/dL. Troponina T ultrasensible 9.7, Dímero-D 2991. Ecocardiografía: Ventrículo izquierdo no dilatado, función sistólica normal. Angio-TC pulmonar: Derrame pleural bilateral, imagen en vidrio deslustrado, índice cardiotorácico aumentado.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación familiar, apoyo de su marido, con el que convive, una hija. No tiene más hijos.

Juicio clínico: Bradicardia sinusal. Insuficiencia Cardíaca. Tromboembolismo Pulmonar. Miocardiopatía periparto.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en UCI: perfusión de adrenalina, IECA y diuréticos. Tras descartar cardiopatía estructural alta.

Evolución: La paciente fue atendida en urgencias, presentando bradicardia a 25lpm, ingresa en UCI y posteriormente en Cardiología.

Conclusiones

Es fundamental atender a nuestros pacientes "en persona" ante la demanda clínica por parte de terceros, en muchas ocasiones patología "banal", puede tener una gran relevancia clínica, llegando a comprometer la vida. El diagnóstico diferencial de la ansiedad es muy amplio y puede enmascarar patología muy grave, el médico de familia debe estar siempre alerta.

Palabras clave

Heart Failure, Sinus Bradicardia, Pulmonary Thromboembolism

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Varón de 68 años con disnea y dolor torácico

Sánchez Fernández E¹, Trillo Díaz E², Rodas Díaz M³

¹ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

² Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Velez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

inflamatorios en bronquio inferior derecho sin lesiones endobronquiales.

Motivos de consulta

Disnea y dolor torácico pleurítico.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, vive sólo, 2 hijos, buen apoyo social.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Bebedor habitual. Exfumador desde hace 30 años. Sin antecedentes médicos de interés. Sin tratamiento.

Juicio clínico: Empiema pleural.

Diagnóstico diferencial: mesotelioma, absceso, metástasis.

Enfoque individual: Refiere malestar general y distermia de 3 semanas de evolución y en los últimos días asociados a disnea de moderados esfuerzos, tos seca y dolor costal derecho de características pleuríticas. No ruidos patológicos, no hemoptisis.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en planta. Se realiza toracocentésis evacuadora y diagnóstica drenándose 900ml, se pauta tratamiento con levofloxacino que se suspende por reacción urticarial cambiándose por ceftriaxona y clindamicina.

Exploración destaca: Regular estado general, taquipnéico a 25 rpm, auscultación pulmonar hipoventilación en hemitórax derecho.

Evolución: A las 48 horas comienza con fiebre mantenida precisando toracocentesis ecoguiadas por derrame muy septado y tratamiento con fibrinólisis intrapleural con uroquinasa, cambio de antibioterapia con imipenem con mejoría clínica y radiológica. Se deriva al alta con abstinencia alcohólica, ejercicios respiratorios y tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875mg con revisión por su médico de familia y neumólogo de cupo.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: destacan leucocitosis de 25000 con neutrofilia. PCR 188.3, gasometria venosa pH 7.49, Pco2 38, antigenuria, hemocultivos, urocultivos negativo activos, electrocardiograma normal, radiografía tórax derrame pleural derecho de aspecto encapsulado, TAC Tórax destaca imagen de encapsulado pleural inferoposterior con nivel hidroaéreo de 10 cm, pérdida de volumen de lóbulo inferior derecho. Toracocentésis líquido purulento maloliente, leucocitos 13000 (PMN 85), glucosa 1, proteínas 4.3, LDH 2500, pH6. Citología compatible con empiema negativo activo para células neoplásicas, auramina negativo activa. Fibrobroncoscopia signos

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave

Empyema, Fever, Dyspnea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Infección o exceso de medicación? Un confuso cuadro confusional

Gálvez López R¹, Parras Gordillo M¹, Láinez Ramos A²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjajar. Granada

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Cuadro febril agudo y cuadro confusional.

Historia clínica

Mujer de 83 años anticoagulada y polimedicada que acude con cuadro confusional y antecedentes de fiebre y disnea, en el contexto de interrupción de tratamiento con fentanilo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fibrilación auricular. Hipertensión. Lumbalgia crónica. Gonartrosis operada. Tratamiento principal: paracetamol/tramadol, fentanilo, acenocumarol, diazepam, furosemida. Sin alergias medicamentosas.

Anamnesis: Mujer de 83 años remitida a Urgencias desde su hospital comarcal por fiebre y sospecha de neumonía. Hace una semana interrumpió su tratamiento habitual con fentanilo tras la aparición de cefalea, instaurándose un cuadro confusional progresivo desde entonces.

Exploración física: Estable hemodinámicamente, apirética, eupneica, parcialmente desorientada. Resto de *Exploración neurológica* normal. Exploración cardiopulmonar normal. Sin signos de trombosis en miembros inferiores. Resto sin hallazgos relevantes.

Pruebas complementarias: 1. Radiografías de tórax: Dudosa condensación parahiliar. 2. Analítica general: Destaca péptido natriurético cerebral 548, 3 e INR 1, 72. Proteína C reactiva 21. Resto normal. 3. Sistemático de orina: negativo activo (previa leucocituria en análisis de hospital comarcal). 4. Gasometría arterial: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido, familia nuclear, buena relación con parientes próximos.

Juicio clínico: Alta con diagnóstico de "infección del tracto urinario" y "probable intoxicación por opiáceos".

Diagnóstico diferencial: Neumonía, insuficiencia cardíaca descompensada.

Identificación de problemas: Se busca como etiología un foco infeccioso o un cambio de medicación, sin orientar el diagnóstico hacia el proceso confusional (constante a lo largo del cuadro) y obviando la anticoagulación crónica.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta antibioterapia, corticoterapia, tratamiento diurético y analgesia. Se recomienda precaución con el uso de fentanilo transdérmico.

Evolución: Tres días después acude nuevamente a Urgencias por empeoramiento de su cuadro confusional, por lo que se solicita un TAC craneal que muestra un hematoma subdural crónico bilateral con efecto masa. Tras ser intervenida por neurocirugía, la paciente comienza a mostrar una clara mejoría clínica y a los dos días es dada de alta.

Conclusiones: El tratamiento prolongado con opiáceos no siempre es responsable de los cuadros confusionales. En pacientes anticoagulados, debe sospecharse un proceso hemorrágico intracraneal aun sin antecedente de traumatismo craneal, que puede haber pasado desapercibido, como en el caso presentado.

Palabras clave

Cuadro Confusional, Opiáceos, Hematoma Subdural

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Artritis reumatoide seronegativa?

López Segura F¹, Martín Sánchez S², Lozano Prieto P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

³ Médico de Familia. CS Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención hospitalaria.

Juicio clínico: Tuberculosis ósea. Metástasis óseas y pulmonares.

Motivos de consulta

Malestar general tras intervención quirúrgica.

Tratamiento, planes de actuación: Tras los resultados de la RM ingresa en Medicina Interna. Se pautó tratamiento para Tuberculosis, analgesia, precisando altas dosis de opioides mayores y ansiolíticos, corsé ortopédico.

Historia clínica

Mujer de 38 años, acude a consulta por malestar general, abdominal, tras intervención por quiste ovárico.

Evolución: Paciente con “Artritis seronegativa” pero con dolor generalizado en los últimos 2 años que en los últimos días se reagudiza. Durante el ingreso se diagnostica de espondilodiscitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar no bacilífera. Derivada al Hospital Reina Sofía de Córdoba para tratamiento quirúrgico. En la actualidad dolores óseos de difícil control, psicológicamente muy afectada por el proceso y secuelas.

Enfoque individual: mujer de 38 años, AP de “Artritis reumatoide seronegativa” en seguimiento por Reumatología, regular respuesta a tratamiento. Acude por molestias tras cirugía, dolor costal y lumbar. Solicitamos analítica. Al aparecer VSG muy elevada derivamos urgente a Ginecología, descarta patología ginecológica y realiza RM de columna.

Conclusiones

Aunque un paciente esté diagnosticado por el especialista hospitalario, sigue siendo nuestro paciente, ante la no mejoría de un síntoma, habrá que reencuadrar el caso y realizar un diagnóstico diferencial más completo. Escuchar al paciente cuando expresa sus “quejas”, realizar una historia clínica y exploración completas, son la base para un correcto enfoque de la patología de nuestros pacientes.

Exploración física: ACR: normal. Analítica: Hemograma: Hb 11.9, Plaquetas 458000. VSG 65 y PCR 12.90. RNM: Espondilodiscitis dorsal vs Metástasis esqueléticas y pulmonares. Anterolistesis L5, pseudoensanchamiento discal L5-S1 con estenosis biforaminal severa.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación familiar. Su padre falleció cuando era pequeña (tuvo Tuberculosis), su madre vive, 3 hermanos. Vive sola.

Palabras clave

Tuberculosis Ósea, Tuberculosis Pulmonar,

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Joroba de Hampton, a propósito de un caso

Ambrona García E, López Cordero E, Nuñez Azofra M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor costal e irritabilidad.

Historia clínica

Dolor costal derecho de 5 días de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes familiares: Tía con Trombosis venosa profunda y accidente cerebro vascular.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Fumadora de 40 cigarros diario. Niega consumo de otros tóxicos. Obesidad tipo 1 (Índice de masa corporal: 31.9). Trastornos de ansiedad. Tratamiento domiciliario: Drospirenona/Etinilestradiol 0,03/3mg 1 comprimido diario desde hace 2 meses. No intervenciones previas. Vida general sedentaria.

Anamnesis: Paciente de 29 años que acude a urgencias derivada desde su CS por disnea por dolor costal derecha submamario, con escasa clínica respiratoria de tos y mucosidad escasa de 5 días de evolución, con sensación febril vespertina.

Se encuentra irritable y con ansiedad. Bien hidratada y perfundida, buena coloración de piel. Leve taquipnea, Corazón: taquicardia a 112latidos por minutos, sin soplos ni extratonos, Pulmón: saturación de oxígeno al 99%. Hipoventilación en base pulmonar derecha. Abdomen: globuloso, resto de exploración anodina. Miembros inferiores: no existen signos de trombosis venosa profunda ni de isquemia.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica normal excepto PCR de 94mg/L. Coagulación normal excepto Dimeros

D: 3984. Sistemático de orina normal; antigenuria de pneumococo y legionella pneumoniae negativo activa. Radiografía de tórax: Imagen redondeada en base pulmonar derecha sin broncograma aéreo (Joroba de Hampton). ECG: Ritmo sinusal a 109 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de la repolarización. Angio TAC de tórax: Tromboembolismo con afectación de arterias de lóbulos medio inferior derecho e izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Madre de 1 hija, vive con su marido e hija.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral de arterias segmentarias.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Dolor musculoesquelético. Neumotórax. Ansiedad

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: Ingreso en medicina interna para seguimiento de la paciente estrechamente, anticoagulación y seguir estudio complementario.

Evolución: *Evolución:* Favorable, se limitó el dolor, se le administró al alta domiciliaria y está en seguimiento por hematología por criterios de estudio de trombofilia.

Conclusiones

Conclusión: El tromboembolismo pulmonar presenta una entidad frecuente en atención hospitalaria, que está aumentando con el uso de tratamientos hormonales anticonceptivos, la obesidad y una vida sedentaria. Es importante en Atención Primaria que se haga un buen abordaje individual de los tratamientos e informar a los pacientes de sus efectos adversos graves.

Palabras clave

Pulmonary Emboslim, Emergencies, Chest Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lo que esconde un síndrome constitucional

Beuzón Ocaña A¹, Vazquez Vidosa J², Toledo García D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

³ MIR 3^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Juicio clínico: Neoplasia vesícula con metástasis hepáticas.

Motivos de consulta

Síndrome constitucional y febrícula vespertina

Diagnóstico diferencial: diverticulosis colónica, litiasis biliar, angioma esplénico, neoplasia colon.

Historia clínica

Paciente mujer de 64 años vista en consulta del CS por cuadro catarral sin signos de alarma. Una vez resuelto el cuadro, persiste febrícula y en alguna ocasión fiebre de máximo 38.4 grados durante 3 semanas, junto con síndrome constitucional de varios meses de evolución. No presenta síntomas acompañantes claros por aparatos ni sistemas en la anamnesis.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático con antitérmicos habituales: paracetamol, metamizol. Nos ponemos en contacto con médico de enlace de Medicina Interna para estudio conjunto de la paciente y solicitud de otras pruebas complementarias. Desde aquí se solicitan nuevas analíticas que muestran aumento de la leucocitosis con neutrofilia y anemia progresiva, así como elevación de GGT y LDH. Colonoscopia: pandiverticulosis colónica. Endoscopia oral: hernia hiatal. TAC tórax-abdomen-pelvis donde se objetiva el diagnóstico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, intervenida de pólipo endometrial. Fumadora de 30 cigarros al día desde hace 35 años. No alergias medicamentosas conocidas.

Evolución: La paciente no es subsidiaria de tratamiento quirúrgico debido a extensión de neoplasia y no presentar obstrucción de vía biliar, por lo que se decide tratamiento con quimioterapia.

Exploración: Regular estado general, decaída, facies asténicas, consciente, orientada y colaboradora, eupneica. Auscultación cardiopulmonar anodina; abdomen normal; extremidades y *Exploración neurológica* normales. No lesiones en piel. Orofaringe normal.

Conclusiones

Se solicita analítica donde se objetiva leucocitosis de 11.570 con neutrofilia en el límite (65%). Hemoglobina y plaquetas normales. Bioquímica con aumento de valores de proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación glomerular (VSG) y ferritina. Sangre oculta en heces (SOH) dos positivas y una negativo activa.

Ante persistencia de síntomas no tan llamativos, prestarles atención y continuar estudio. Importancia de comunicación entre Atención Primaria y otras especialidades para el estudio y seguimiento conjunto de pacientes, que facilita el diagnóstico y la solicitud de pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos. Convivientes no presentan misma sintomatología.

Palabras clave

Gallbladder Neoplasm, Fever, Asthenia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Qué me pasa, Doctor

Pérez Pérez A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalarias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea severa

Historia clínica

Mujer de 43 años que llega al servicio de urgencias por disnea severa, no tolera el decúbito supino, aumento de perímetro abdominal y de miembros inferiores. No clínica anginosa.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NRAMC, Hábitos tóxicos: exfumadora reciente. HTA. Pericarditis purulenta secundaria a neumonía por neumococo.

Anamnesis: Disnea severa, ortopnea, aumento de perímetro abdominal y de miembros inferiores. No clínica anginosa ni palpitaciones.

Exploración física: Regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Obeso. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica sin soplos con tonos apagados. Murmullo vesicular disminuido de manera global sin ruidos patológicos sobreañadidos. Edemas con fóvea bilaterales hasta raíz de miembros inferiores. Ascitis sin tensión.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12, 2g/L, leucocitos 8400 con ligera linfocitosis. Glucosa 124 mg/dl, Creatinina 0, 81 mg/dl; Bilirrubina total 2, 80 mg /dl; Bilirrubina directa 1, 60mg/dl; GGT 477 U/L AST 73 U/L GPT 97 U/L, Fosfatasa alcalina 170 U/L. PCR 20 mg/L. ECG: Ritmo sinusal. Eje normal. Ondas T negativo activas en I, II, III, aVF y V4-V6. Escaso voltaje. Rx tórax: Cardiomegalia. Derrame pleural bilateral de mayor cuantía en lado derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: ICC de predominio derecho.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento cardiaco. Miocardiopatía restrictiva. Miocarditis fulminante.

Plan de actuación: Con la alta sospecha de derrame pericárdico severo se contacta con Cardiología quién practica ecocardiograma urgente confirmándose el diagnóstico además de datos de constricción pericárdica. Tras pericardiocentesis urgente se consigue estabilizar y mejorar a la paciente. Fue ingresada para continuación de estudio con RMN CARDÍACA: Hallazgos compatibles con Pericarditis Constrictiva. La paciente fue sometida a pericardiectomía anterior y ventana pleuroepicárdica bilateral por esternotomía media.

Tratamiento: Pericardiocentesis urgente. Cirugía cardíaca.

Evolución: posterior favorable, sin complicaciones tras la cirugía.

Conclusiones

Las pericarditis idiopáticas y postinflamatoria/infecciosa siguen siendo las causas más frecuentes de pericarditis constrictiva que motiva una pericardiectomía, mientras que las pericarditis asociadas a la cirugía cardíaca y la radioterapia suponen una minoría de los casos. Las pericarditis purulenta, tuberculosa y neoplásica muestran un patrón característico de progresión aguda o subaguda a la constricción. Cabe resaltar por ende, la tremenda importancia de la historia clínica en estos casos.

Palabras clave

Pericarditis, Constricción, Pericardiectomía

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

No se que me pasa, Doctor...me ahogo

Luis Sorroche J, Méndez Ramos M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

determinados síntomas y acelerar la valoración y el traslado.

Motivos de consulta

Disnea.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario.

Historia clínica

Varón de 26 años que acude a la consulta no demorable de nuestro CS por disnea de inicio súbito y molestias precordiales.

Tratamiento, planes de actuación: Se procede a drenaje torácico cerrado mediante sistema Pleur-evac en Observación del Hospital de referencia, mejorando clínicamente, siendo ingresado posteriormente a cargo de cirugía torácica para estudio y control evolutivo.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales de interés- Fumador de 20 cig/día. No hábito enólico. De constitución delgada.

Evolución: Mejoría clínica progresiva con alta domiciliaria tras resolución del episodio.

A la exploración, regular estado general, taquicárdico y taquipneico. Describe irradiación de molestia precordial hacia región dorsal. A la auscultación, rítmico, sin roce pericárdico. Hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo. Se deriva a Urgencias hospitalarias donde se realiza analítica sanguínea y radiografía de tórax.

Conclusiones

En ocasiones debemos hacer frente en la consulta de atención primaria a procesos inesperados, que ponen a prueba nuestros conocimientos y que nos permiten hacernos conscientes de la importancia de los detalles y de una exploración detallada a fin de orientar el diagnóstico y darle la celeridad que el proceso merece.

Enfoque familiar y comunitario: Es importante la información aportada por los familiares que acompañaban al paciente a fin de priorizar

Palabras clave

Neumotórax, Fumador, Disnea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Lo que oculta la tos

Trillo Díaz E¹, Sánchez Fernández E²

¹ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos.

Historia clínica

Varón de 66 años, sin alergias medicamentosas.

Enfoque individual. Antecedentes: No acude al médico desde hace más de 20 años, hasta hace 3 semanas que acude por mareo, diagnosticándose de hipertensión, pautándose tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida/24h. Bebedor excesivo: 1litro vino dulce, varias cervezas y 2-3 whiskys/día. Nunca ha fumado.

Anamnesis: Refiere desde hace 2 semanas tos con expectoración hemoptoica (esputos con coágulos de sangre a diario, al menos 2 veces/día, en pequeña cantidad). Asocia dolor en zona anterior torácica al toser. No fiebre. Disnea de esfuerzo en últimos meses y pérdida de peso de aproximadamente 14kg en un año.

Exploración: Buen estado general, eupneico. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, no soplos. Marcada hipoventilación en hemitórax izquierdo.

Pruebas: Analítica: glucosa 149, bilirrubina 1.63, bilirrubina directa 0.48, transaminasas y resto normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100lpm. Hipertrofia ventrículo izquierdo. Radiografía tórax: Colapso del hemitórax izquierdo con pérdida de volumen marcada y desplazamiento mediastínico homolateral compatible con posible lesión bronquial central. Se recomienda broncoscopia y TC.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo en el campo. No tiene familia.

Juicio clínico: Masa pulmonar. Hemoptisis masiva.

Diagnóstico diferencial: neoplasia, infección respiratoria (tuberculosis, neumonías,..), bronquitis, sarcoidosis.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias.

Evolución: Se contacta con internista de guardia que indica ingreso. En espera de ingreso el paciente presenta varios episodios de hemoptisis masiva, y seguidamente caída al suelo con pérdida de conocimiento. Se objetiva parada respiratoria y disociación electromecánica, iniciándose reanimación cardiopulmonar con masaje cardiaco y ventilación con ambú y cánula laríngea. Se procede a intubación orotraqueal observándose abundante salida de sangre por el mismo siendo necesario aspirarlo de forma casi continua. Se canaliza vía central subclavia infundiendo cristaloides a chorro. Tras 30 minutos de RCP, ausencia de ritmo cardiaco, se suspende reanimación siendo éxitus.

Conclusiones

Este caso nos sirve para reflexionar sobre la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración para detectar síntomas y signos de alarma que nos lleven a un abordaje multidisciplinar y actuar en consecuencia. Y la importancia de una adecuada educación sanitaria para concienciar a los pacientes de síntomas de alarma. Asimismo, la transcendencia de captar a los pacientes y recomendarles hacerse reconocimiento básico de salud, con cierta frecuencia, haciéndoles partícipes de su propia salud.

Palabras clave

Cough, Hemoptisis, Weight Loss

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Cuándo tratar unos malos hábitos de vida?

García-Revilla Fernández J¹, Alarcón Porras F², Dominguez Trigos V²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabra. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

Ámbito del caso

Paciente varón de 43 años asintomático, fumador y obeso.

Motivos de consulta

Acude para realización de una analítica de rutina.

Historia clínica

Tabaquismo (10 cigarrillos día desde los 20 años).

Enfoque individual. Exploración: Peso: 105kg, Altura: 175cm, IMC: 33, 75 (obesidad tipo I). Tensión arterial: 162/93 mmHg.

Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucemia basal: 121 mg/dl; HBA1c de 6, 7 %. Colesterol total: 359 mg/dl, Triglicéridos: 189 mg/dl, cLDL: 227 mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente reconoce que no se cuida, que no come sano y equilibrado. No hace nada de deporte y cuando le preguntamos si va a dejar de fumar, se ríe y dice que lo intentará...

Juicio clínico: La hipercolesterolemia es una patología frecuente. El tratamiento debe iniciarse con cambios en el estilo de vida (en la alimentación y ejercicio). Es fundamental tener en cuenta el riesgo de cardiopatía isquémica y

solicitar las pruebas necesarias para diagnosticarla y tratarla si fuera preciso.

Tratamiento, planes de actuación: negativo.ociamos con él lo siguiente: Se compromete a dejar de fumar en un plazo de 1 mes. Refiere que es muy caro y que eso le puede servir como refuerzo. Se compromete a reducir bebidas azucaradas y respostería. Recibirá tratamiento para bajar los niveles de colesterol, comenzando con estatinas 10 mg cada 24 horas por la noche con nuevo control en 6 meses.

Evolución: A las dos semanas, el paciente dejó de fumar. Tras 7 meses, sigue sin recaer. Anda 20 minutos, dos días a la semana. El LDL bajó a niveles de 217 y los triglicéridos a 129. Glucemias normalizadas. Al principio ganó 3 kilos más, pero ha día de hora, pesa 101 k (4 menos que lo que pesaba hace 7 meses). Las TA siguen rozando niveles patológicos, y le hemos insistido en que deberá suprimir la sal o comenzará con tratamiento antihipertensivo. Lo ha aceptado.

Conclusiones

Se han de llegar a acuerdos con el paciente. Las guías están para cumplirlas, pero lo principal, es que el paciente las quiera cumplir.

Palabras clave

Habits, Health, Cholesterol

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Accidente isquémico a pesar de anticoagulación

Fernández Domínguez M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias. Manejo multidisciplinar.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural alto.

Motivos de consulta

Diplopia y alteración de la marcha.

Juicio clínico: ACVA isquémico probablemente de fosa posterior.

Historia clínica

Varón de 76 años de edad que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por visión doble así como alteraciones de la marcha. En escáner craneal se descarta origen hemorrágico.

Diagnóstico diferencial: Síndrome aórtico agudo; hipercoagulabilidad; síndrome trombótico para neoplásico; Mal control de INR; trombo apical.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. Hipercolesterolemia. Hipertensión arterial. Infarto agudo de miocardio con elevación del ST anterolateral con fibrinólisis extrahospitalaria y coronarias sin lesiones. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol.

Plan de actuación: Tras la sospecha de desarrollo de aneurisma apical por los hallazgos en el electrocardiograma y el reciente ictus a pesar de buen rango terapéutico, el Médico de Urgencias contacta con Cardiología para realización de ecocardiograma donde se objetiva zona aquinética aneurismática en la zona anterolateral apical con imagen de trombo en su interior.

Anamnesis: Visión doble y alteraciones de la marcha.

Tratamiento: Heparina de bajo peso molecular.

Exploración física: Buen estado general. TA 120/70mmHg, eupneico en reposo. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. No es posible explorar la marcha por inestabilidad. Auscultación cardíaca: arrítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado con estertores húmedos en bases.

Evolución: Buena evolución, con desaparición de la sintomatología neurológica y sin complicaciones hemorrágicas. Al alta, se decide continuar con sintrom aumentando el rango de INR 2.5-3.5.

Conclusiones

En este caso, se pudo llegar al diagnóstico precoz del origen cardiológico del ictus por la observación del Médico de Urgencias y sospecha de desarrollo de complicaciones localizadas en la zona del infarto previo. Dichos hallazgos son los que pusieron en alerta al médico de urgencias llevando al diagnóstico del mismo.

Pruebas complementarias: En escáner craneal se descarta origen hemorrágico estando contraindicada la fibrinólisis. En electrocardiograma fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada llamando la atención al Médico de Urgencias la elevación persistente del segmento ST en las derivaciones V1 a V4 con onda QS.

Palabras clave

Trombo, Ictus, Aneurisma

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Algo no va bien

Fernández Domínguez M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Mixto. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea

Historia clínica

Mujer de 85 años de edad que acude a consulta tras alta hospitalaria hace una semana por infarto agudo de miocardio de cara anterior extenso, fibinolisado, sin criterios de reperfusión e implante de stent en arteria descendente anterior. Refiere encontrarse mal, disnea a mínimos esfuerzos, ortopnea y aumento de diámetro de miembros inferiores.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia.

Exploración física: Mal estado general, hipotensión, taquipneica y taquicárdica. Semiología de derrame pleural bilateral. Tonos rítmicos con soplo sistólico de alta intensidad audible en todos los focos, mayor en el mitral. Edemas con fóvea hasta rodillas.

Pruebas complementarias: Ecocardiografía: comunicación interventricular junto con aneurisma apical, disfunción ventricular moderada y una hipertensión pulmonar severa.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca descompensada en paciente con alta hospitalaria reciente por síndrome coronario agudo. Fracción de eyección severamente deprimida. Soplo sistólico mitral.

Diagnóstico diferencial: Endocarditis infecciosa; insuficiencia mitral severa isquémica; reestenosis precoz de stent...

Planes de actuación: Debido a la gravedad de la paciente, mala evolución clínica y sospecha de complicación mecánica, se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias. Tras realización de ecocardiografía se diagnostica una comunicación interventricular junto con aneurisma apical, disfunción ventricular moderada y una hipertensión pulmonar severa.

Tratamiento: Perfusion de diuréticos a altas dosis. Soporte inotrópico. Cierre percutáneo del defecto.

Evolución: La paciente precisó de diuréticos a altas dosis junto con soporte inotrópico. Se contacta con Unidad de Hemodinámica que se expone el caso en sesión clínica y se decide corrección percutánea del defecto. El resultado inicial fue exitoso aunque la evolución fue tórpida con necesidad de intubación orotraqueal, aparición de fiebre a las 48 horas y fallo multiorgánico falleciendo finalmente por sepsis de origen urinario y respiratorio.

Conclusiones

La incidencia de complicaciones mecánicas tras infarto agudo de miocardio en la era de la reperfusión es extremadamente baja con una alta mortalidad disminuyendo con el diagnóstico precoz de la misma. En este caso, el cambio en la auscultación clínica de la paciente puso en alerta al Médico de Atención Primaria.

Palabras clave

Comunicación Interventricular, Infarto, Dispositivo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Falsa apendicitis: atención en urgencias

López Martos G¹, López Gómez M², Morales Rodríguez C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjajar. Granada

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 18 años que acude al servicio de urgencias por dolor epigástrico de menos de 24 horas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: rotura quiste ovárico hace 2 años.

Anamnesis: La paciente refiere dolor en epigastrio, continuo, de comienzo hace aproximadamente 12 horas, que se irradia hacia fosa iliaca derecha. Además, ha presentado fiebre de hasta 39°C. Cuenta un episodio de vómitos alimenticios y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. No otros síntomas acompañantes. No lo relaciona con el consumo de ningún alimento,

Exploración: Buen estado general. Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. Estable hemodinámicamente.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa iliacada derecha, con defensa, Blumberg dudoso. Ruidos hidroaéreos conservados.

Pruebas complementarias: Analítica con bioquímica normal, hemograma con leucocitosis (20750) y neutrofilia (98% PMN) y proteína c reactiva elevada (184). Radiografía abdomen: no signos obstructivos ni neumoperitoneo. Ecografía abdominal: se aprecia un patrón inflamatorio en colon, descartando apendicitis y patología

ginecológica, aunque no se puede diferenciar entre origen inflamatorio o infeccioso.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, con los que mantiene buena relación. Hija única. Mantiene buenas relaciones sociales en el colegio y en su entorno.

Juicio clínico: colitis infecciosa.

Diagnóstico diferencial: colitis inflamatoria, apendicitis, quiste ovárico.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta analgesia hasta tercer escalón (opioides menores), sueroterapia, antibioterapia y antieméticos. Tras ecografía abdominal y la escasa respuesta a tratamiento médico, se interconsulta con digestivo que procede al ingreso en su unidad de la paciente.

Evolución: En su estancia en urgencias la paciente presenta escasa mejoría del dolor, por lo que se ingresa en planta de digestivo y se procede a la realización de colonoscopia con biopsia, donde se determina el origen infeccioso de la colitis. Tras tratamiento antibiótico se procede a alta a domicilio.

Conclusiones

Podemos concluir que es de suma importancia el control y alivio de los síntomas, siendo el dolor uno de los más complejos de evaluar, de nuestros pacientes, aun sin poder precisar la etiología, en algunos casos en atención primaria. Y la necesidad de derivar al servicio de urgencias a aquellos pacientes que necesiten pruebas complementarias no demorables.

Palabras clave

Colitis, Inflammatory Bowel Disease

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Varón de 83 años con Fiebre y disnea

Ranchal Soto J¹, Sánchez Fernández E²

¹ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

² Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

Ámbito del caso

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivos de consulta

Fiebre y disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión (HTA), artrosis. En tratamiento con fosinopril 20mg, amlodipino 5mg. Exfumador.

Enfoque individual: paciente de 83 años que acude por malestar general y astenia de una semana de evolución con tos seca y sensación disneica asociado a fiebre de 38.5 de varios días y aumento de diuresis con poliaquiuria nocturna sin disuria ni tenesmo, edemas distales y debilidad de miembros inferiores de varios meses.

Exploración: Buen estado general, destaca palidez mucocutánea, cardiopulmonar rítmico, soplo sistólico. Pequeña adenopatía laterocervical izquierda. Debilidad en miembros inferiores 4/5 leves edemas. Adenopatía patológica de 4 cm en región inguinal derecha y otra menor más craneal.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: destacan hemoglobina 9.2 plaquetas 147000 LDH 2072 AST 69 NT-proBNP 2148 PCR 193 hemocultivos negativo activos. Radiografía de Tórax cardiomegalia y aumento de trama vascular y pinzamiento de ambos senos cardiofrénicos. electrocardiograma sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico sin hallazgos de interés. Ecografía abdominal imagen de hemangioma, pequeños ganglios linfáticos en tronco celiaco y arteria mesentérica, en hilio hepático masa polilobulada con septos gruesos sugerente de conglomerado adenopático, masa

en vasos ilíacos externos vascularizada de 39x52 mm sugerente de patológico. TAC Toracoabdominal gran masa retroperitoneal compatible con linfoma. Adenopatías mesentericas, femorales e inguinales bilaterales, esplenomegalias de 15 cm. Resonancia de columna lumbar gran masa retroperitoneal central con sospecha de síndrome linfoproliferativo. Biopsia adenopatía inguinal derecha compatible con linfoma no Hodgkin de células B tipo células grandes difusos.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, viudo, 2 hijos, con buen apoyo social.

Juicio clínico: linfoma no Hodgkin de células B tipo células grandes difusos estadio III S B. Cardiopatía hipertensiva. Insuficiencia cardíaca descompensada.

Diagnóstico diferencial: síndrome mononucleosido, enfermedad autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: se ingresa en planta para tratamiento deplectivo y soporte.

Evolución: Buena evolución, se pauta tratamiento con quimioterapia oral ciclofosfamida 50mg cada 12horas. Alta con cita en Medicina Interna y oncología y control por su médico.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave

Lymphoma, Fever, Adenopathy

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Buscando la causa de la inestabilización

Crespo López M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Linea de la Concepción. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalarias. Ámbito multidisciplinar.

Motivos de consulta

Empeoramiento de su clase funcional.

Historia clínica

Varón de 69 años que acude a la consulta de su MAP por empeoramiento de su clase funcional pero sin edemas en miembros inferiores como en crisis anteriores.

Enfoque individual: no hábitos tóxicos. HTA controlada con medicación. Diabetes tipo 2. Dislipemia. Hiperuricemia. Arteriopatía ocluyente de MMII. Cardiopatía isquémica tipo IAM con enfermedad severa de 3 vasos que se revasculariza de manera incompleta de manera percutánea (Cx dominante ocluida de forma crónica). Función ventricular severamente deprimida (25%) e implante de desfibrilador automático implantable con terapia de resincronización.

Acude a consulta por disnea a mínimos esfuerzos y astenia. Sin edemas ni ortopnea. Refiere que ha notado un gran empeoramiento en las últimas semanas. Eupneico en reposo pero taquipneico tras recorrer la corta distancia de la consulta. Bien hidratado y perfundido. ACP: Arritmica sin soplos con tonos apagados. Murmullo vesicular disminuido de manera global sin ruidos patológicos. MMII: ligeros edemas pretibiales. RX Tórax: cardiomegalia con aumento de trama bronquial. Analítica: Hb 10, 6 g/dl; Leucos 8500. Creatinina 2, 7 Urea; 45, sodio 137, potasio 5.76, PCR 15. EKG: bigeminismo ventricular monomorfo.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Padre de dos hijos.

Juicio clínico: bigeminismo ventricular. Resincronización. Cardiopatía isquémica con necrosis inferior.

Diagnóstico diferencial: Fibrilación auricular.

Tratamiento, planes de actuación: Sospechamos que la extrasistolia ventricular debe de ser frecuente y la resincronización escasa, siendo el motivo del empeoramiento clínico. El paciente solicita reevaluación de su dispositivo confirmando nuestras sospechas. La Unidad de Arritmias decide someter al paciente a estudio electrofisiológico para mapear el endocardio ventricular reproduciéndose la morfología de la extrasistolia ventricular en el borde lateral de cicatriz de cara inferior. Se realiza aplicación de radiofrecuencia induciéndose intensa actividad automática que termina por extinguirse. Ablación foco de extrasistolia.

Evolución: Clínicamente mejoría de la clase funcional a su situación basal, II de la NYHA.

Conclusiones

Debemos tener en cuenta las arritmias como las extrasístoles o la caída en fibrilación auricular como causas de pérdida de resincronización en pacientes que presentan un deterioro brusco de su clase funcional sin que se presente en el contexto de otras patologías que justifiquen el cuadro, como por ejemplo las infecciones intercurrentes.

Palabras clave

Resincronización, Extrasistolia, Disnea

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Varón de 84 años con cuadro de desorientación y disartria

Sánchez Fernández E¹, Rodas Díaz M², Trillo Díaz E³

¹ Médico de Familia. UGC Leganitos. Málaga

² Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

³ Médico de Familia. UGC Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivos de consulta

Disartria y disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, anemia multifactorial. En tratamiento con antihipertensivo. Institucionalizado en residencia

Enfoque individual: paciente de 84 años derivado desde la residencia a urgencias por cuadro de desorientación, disartria y disnea brusca.

Exploración: Regular estado general, desorientado en tiempo, leve taquipnea, cardipulmonar murmullo vesicular disminuidos con mínimos crepitantes bibasales. Neurológico destaca disartria, fuerza en miembros inferiores 1/5 y miembros superiores 3-4/5, Babinski flexor bilateral, leve rigidez de nuca. lesiones compatibles con Herpes Zoster torácico derecho.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma y bioquímica normales. Radiografía de Tórax sin hallazgos significativos. TAC craneo compatible con

leucoaraiosis. Infartos lacunares. Punción lumbar destaca glucosa 98, proteínas 6, Tinción Gram no se observan gérmenes.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, viudo, 1 hijo con buen apoyo social. Institucionalizado en residencia.

Juicio clínico: Encefalitis Virica.

Diagnóstico diferencial: meningitis, absceso cerebral, empiema subdural, neoplasias

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta tratamiento empirico con aciclovir iv y medidas de soporte.

Evolución: Durante su estancia en urgencias el paciente comienza con deterioro general y fallo multiorgánico con parada cardiorrespiratoria, se practica maniobras de resucitación avanzadas siendo éxitus. Se informa a la familia.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave

Encephalitis, Herpes Zoster, Confusional Syndrome

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Cardiopatías y profilaxis de endocarditis

Crespo López M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Linea de la Concepción. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Dolor y enrojecimiento en miembro inferior.

Historia clínica

Mujer de 42 años de edad que acude a Consulta por dolor y enrojecimiento en cara tibial de miembro inferior izquierdo secundario a traumatismo accidental laboral. Está muy preocupada por su malformación congénita ya que le dijeron que tenía que tomar antibiótico en determinadas ocasiones.

Enfoque individual: no reacciones alérgicas medicamentosas conocida. Fumadora de 10cig/24h durante 15 años. Estenosis aórtica moderada por válvula bicúspide en seguimiento por Cardiología. Dolor y enrojecimiento en cara tibial de miembro inferior izquierdo secundario a traumatismo accidental laboral. Tensión arterial 110/70mmHg. Afebril. Auscultación cardíaca: rítmico son soplo sistólico aórtico IV/VI. No datos de trombosis venosa profunda ni edemas. Celulitis en región anterior de miembro inferior izquierdo con una zona central de pérdida de sustancia.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal con datos de hipertrofia ventricular.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Celulitis en miembro inferior izquierdo. Estenosis aórtica moderada por válvula bicúspide.

Diagnóstico diferencial: Tromboflebitis. Enfermedad de Lyme. Fascitis necrotizante.

Planes de actuación: Tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico 1000/62.5mg, 2 comprimidos cada 12 horas previa recogida de muestras para laboratorio, curas locales y revisión en una semana.

Tratamiento: Amoxicilina/clavulánico 1000/62.5mg. Curas locales con antiséptico.

Evolución: A la semana evaluamos nuevamente al paciente. La lesión cura sin problemas, no aparición de fiebre, cambio a la auscultación ni estigmas de endocarditis infecciosa.

Conclusiones

El diagnóstico de celulitis es eminentemente clínico, el único análisis diagnóstico complementario potencialmente útil es el cultivo bacteriano. La EI secundaria a infecciones de la piel en general asienta en válvula tricúspide. Se sabe que el riesgo de endocarditis infecciosa (EI) puede estar más relacionado con las bacterias acumuladas durante la vida diaria (bacteriemias de bajo grado y repetitivas) que con bacteriemias esporádicas de alto grado y que determinadas cardiopatías predisponen a ello. En los últimos años, la tendencia es a la restricción a la profilaxis. Lo que sí hay que realizarse es un tratamiento correcto de las infecciones activas para impedir el desarrollo de EI y ahí es dónde radica la importancia del Médico de Atención Primaria.

Palabras clave

Profilaxis, Válvula Bicúspide, Celulitis

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Dolor abdominal e ictericia, a propósito de un caso

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón F², Moreno Obregón J¹

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Ictericia.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. Síndrome ansioso-depresivo. Hepatitis aguda colestásica de causa incierta. Intervención quirúrgica: apendicectomía. Tratamiento actual: Citalopram 30 mg/24 horas y clorzepato dipotásico 10 mg/24 horas.

Anamnesis: mujer de 50 años que acude por ictericia, dolor abdominal y astenia de 2 semanas de evolución. Afebril. Ha perdido peso (20 kg en 2 meses) con dieta y complemento alimenticio. Episodio similar hace 9 años.

Exploración: regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Ictericia de piel y mucosas. Cardiorrespiratorio y miembros inferiores: normales. Abdomen: blando y depresible. Leve dolor a la palpación en epigastrio. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño-percusión renal bilateral negativo activa.

Pruebas complementarias: Hemograma, coagulación y gasometría: normales. Bioquímica: glucosa 101.7 mg/dl, creatinina 0.70 mg/dl, Na 138.3 mEq/L, K 4.69 mEq/L, CK 216 U/L, bilirrubina total 7.17 mg/dL, GOT

1547 U/L, GPT 1435 U/L, gamma GT 302 U/L, LDH 1474 U/L, proteínas totales 7.15 g/dL, calcio total 8.89 mg/dl, amilasa 29 U/L, PCR 6.23 mg/L. TSH 3.87 uUI/ml, vitamina B12 2280 pg/mL, ácido fólico 37.9 ng/mL. Proteinograma: normal. Serología: VHA, VHB y VHC negativo activas e IgG EBV y CMV positivos. Ecografía abdomen: hemangioma hepático.

Enfoque familiar y comunitario: El trabajo en equipo favorece el ingreso.

Juicio clínico: hepatitis aguda tóxica.

Diagnóstico diferencial: hepatitis vírica aguda, hepatitis autoinmune, hepatitis aguda por tóxicos y fármacos.

Tratamiento, planes de actuación: Abstención de alcohol. Evitar productos de herboristería y complementos alimenticios. Vacunación VHA y VHB.

Evolución: Alta a domicilio e interconsulta a Digestivo.

Conclusiones

La hepatitis aguda por tóxicos es una necrosis aguda debida a los metabolitos tóxicos del fármaco. La clínica puede ser leve e inespecífica similar a la de una hepatitis aguda vírica o tan grave como una hepatitis de curso fulminante.

Palabras clave

Abdominal Pain, Jaundice, Asthenia

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Diseción coronaria. A propósito de un caso

Amaro Arroyo V¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ FEA Cardiología. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Mujer de 35 años de edad que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor torácico opresivo, retroesternal, con cortejo vegetativo asociado. Se realiza electrocardiograma que muestra bloqueo completo de rama izquierda no conocido previamente y enzimas de daño de necrosis en curva ascendente.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias conocidas. Esclerosis múltiple secundaria progresiva. Fumadora de 20cig/24h.

Anamnesis: dolor torácico opresivo, retroesternal, con cortejo vegetativo asociado.

Exploración física: Tensión arterial 110/70 mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos. No edemas.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal con bloqueo de rama izquierda. Datos de laboratorio: elevación de enzimas de daño miocárdico.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Aparición de bloqueo rama izquierda (BCRI).

Planes de actuación: Ante la aparición de BCRI de novo, dolor torácico típico y elevación de

enzimas de daño miocárdico, se decidió activar el código infarto. Se contacta con Médico de intensivos de guardia y se decide traslado para angioplastia primaria. Ésta muestra diseción espontánea de tronco posterolateral con manejo conservador.

Tratamiento: Angioplastia primaria. Doble antiagregación. Anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

Evolución: La evolución posterior de la paciente fue buena sin complicaciones secundarias a la diseción y sin nuevos episodios posteriores de angina.

Conclusiones

La diseción espontánea de la arteria coronaria es una afección muy poco frecuente pero que puede ser causa de isquemia miocárdica grave. La generalización en las indicaciones del cateterismo cardíaco hace que cada vez se identifiquen más casos en el contexto de los síndromes coronarios agudos. La etiología de las diseciones espontáneas es desconocida; los estudios histopatológicos sugieren una posible vasculitis primaria. Aunque no exista arteriosclerosis, siempre hay que tener en cuenta el riesgo de reestenosis si durante el procedimiento se decide intervencionismo coronario percutáneo. Presentamos este caso clínico al ser una enfermedad poco frecuente con un aumento de su incidencia y que es importante conocer para el manejo de la paciente en cualquier ámbito hospitalario y posteriormente en Atención Primaria.

Palabras clave

Diseción, Síndrome Coronario, Stent

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Doctor, esto ya me ha pasado antes

Amaro Arroyo V¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ FEA Cardiología. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención domiciliaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea de muy pocos esfuerzos.

Historia clínica

Acude a consulta por clínica compatible con síndrome anémico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, DM tipo2, dislipemia, ERC leve, anemia crónica de etiología no filiada de predominio ferropénico y origen digestivo tratada con transfusiones periódicas. Cardiopatía isquémica crónica con revascularización quirúrgica antigua. Fracción de eyección ligeramente reducida. Estenosis aórtica moderada. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con HBPM.

Anamnesis: astenia intensa, palidez cutánea y disnea de mínimos esfuerzos. Clínica similar a anemizaciones previas.

Exploración física: Palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos, soplo intenso de predominio aórtico con abolición del segundo ruido. Crepitantes bibasales pulmonares. Edemas leves en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: Ecocardiografía: FEVI ligeramente deprimida (45%). Estenosis aórtica moderada de bajo gradiente e insuficiencia mitral moderada. Datos de laboratorio: Hb 6.4g/dl microcítica e hipocroma.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Síndrome anémico severo con descompensación de insuficiencia cardíaca.

Estenosis aórtica moderada. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con hbpm.

Diagnóstico diferencial: Infección intercurrente; neoplasia colon; síndorme mielodisplásico...

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos a la paciente al área de urgencias hospitalarias para ingreso, transfusión sanguínea y depleción así como para valoración de alternativas terapéuticas. El caso es presentado en sesión medica multidisciplinar, se suspende la anticoagulación y se decide el cierre percutáneo de la orejuela izquierda. Es sometida a la intervención con éxito, sin eventos tromboembólicos durante el seguimiento.

Tratamiento: Transfusión sanguínea. Cierre de orejuela izquierda.

Evolución: Es sometida a la intervención con éxito, sin eventos tromboembólicos durante el seguimiento así como corrección de la anemia.

Conclusiones

Tras el diagnóstico de fibrilación auricular, la mayoría de las veces pesa más el riesgo tromboembólico que el hemorrágico, indicándose la anticoagulación. Pero es el médico de atención primaria es el que suele ver las complicaciones secundarias al sangrado y la anemización. Los ACOD son mejores que los AVK para prevención de ictus pero sigue habiendo un riesgo de sangrado similar. El cierre percutáneo de la orejuela es una técnica factible, segura y equivalente a la anticoagulación cuando el riesgo hemorrágico en prohibitivo y muy elevado el tromboembólico.

Palabras clave

Cierre Orejuela, Anemia, Estenosis Aórtica

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Fase crónica de miocardiopatía hipertrófica apical

Amaro Arroyo V¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ FEA Cardiología. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Ámbito multidisciplinar.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo. Miocarditis.

Motivos de consulta

Disnea.

Plan de actuación: Se inicia tratamiento diurético con mejoría de la sintomatología. La ecocardiografía realizada confirma una hipertrofia asimétrica septal y apical solicitándose resonancia cardíaca. Ésta puso de manifiesto una miocardiopatía hipertrófica asimétrica apical con aneurisma asociado (fenómeno del ápex quemado o «burned out apex»).

Historia clínica

Mujer de 72 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por disnea de esfuerzo progresiva en los últimos meses y edematización de miembros inferiores. EKG muestra T profundas sugestivas de hipertrofia apical. Se diagnostica de insuficiencia cardíaca descompensada y se deriva al servicio de urgencias para tratamiento y continuar estudio.

Tratamiento: Diuréticos. IECAS. Betabloqueantes.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia. Hipotiroidismo. Sobrepeso. Miocardiopatía hipertrófica apical asintomática.

Evolución: Mejoría de la sintomatología tras el inicio de tratamiento médico manteniéndose en clase funcional II de la NYHA y sin desarrollar eventos arrítmicos durante el seguimiento.

Anamnesis: Disnea de esfuerzo progresiva en los últimos meses y edematización de miembros inferiores. Sin dolor torácico ni palpitaciones.

Conclusiones

La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por la presencia de un ventrículo izquierdo hipertrófico pero no dilatado en ausencia de otro trastorno cardíaco o sistémico capaz de producirlo, que afecta a individuos de todas las edades. Se describen varias formas de MCH: septal asimétrica (la más frecuente), apical, en forma de pseudomasa, concéntrica y un estadio crónico que se caracteriza por el adelgazamiento parietal y la disfunción sistólica ventricular izquierda. La formación de un aneurisma apical ha sido descrito como el fenómeno del ápex quemado o «burned out» ápex condicionando una disfunción sistólica grave y desarrollo de insuficiencia cardíaca. Presentamos este caso clínico por parecernos muy interesante al ser una enfermedad no poco frecuente con repercusión familiar y social importante.

Exploración física: Tensión arterial 135/85mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes húmedos en ambas bases. Ligeros edemas perimaleolares.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: Ritmo sinusal con presencia de bloqueo completo de rama derecha y onda T negativo activas profundas en cara anterolateral.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda con tres hijas. Nivel socio económico medio-bajo. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca descompensada de predominio derecho. Miocardiopatía hipertrófica apical.

Palabras clave

Hypertrophic Cardiomyopathy (Miocardiopatía Hipertrófica), Congestive Heart Failure (Insuficiencia Cardíaca Congestiva), Systolic Heart Failures (Disfunción Sistólica)

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Isquemia en varios territorios

Serrano Rasero J¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Médico de Familia. CS La Velada. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Multidisciplinar.

zona aquinética inferoposterior. Fracción de eyección severamente deprimida.

Motivos de consulta

Mareos, inestabilidad de la marcha, ptosis izquierda y diplopia.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio inferior con parada cardiorrespiratoria por bradicardia extrema. Ictus isquémico agudo. Trombo apical.

Historia clínica

Paciente de 72 años de edad que acude al servicio de urgencias por inestabilidad de la marcha, ptosis izquierda y diplopia. Ya en el área de Observación, sufre parada cardiorrespiratoria por bradicardia extrema y elevación del segmento ST en cara inferior.

Diagnóstico diferencial: Síndrome aórtico agudo; hipercoagulabilidad; síndrome trombótico para neoplásico; arritmias supraventriculares...

Enfoque individual. Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente. Dislipemia mixta. Fumador y hábito enólico con hepatopatía no cirrótica y pancreatitis crónica. Accidente cerebrovascular sin secuelas con ateromatosis carotídea no estenótica.

Planes de actuación: El paciente es reanimado e implante de marcapasos transitorio externo inicialmente. Debido a su hepatopatía crónica se contraindica la fibrinólisis y valorando riesgo-beneficio se decide cateterismo cardíaco.

Anamnesis: inestabilidad de la marcha, ptosis izquierda y diplopia.

Tratamiento: Marcapasos transitorio. Cateterismo cardíaco. Doble antiagregación. Anticoagulación.

Exploración física: Mal estado general, hipotensión, taquipneico y taquicárdico. Ptosis izquierda sin afectación de otros pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades. No es posible explorar la marcha por inestabilidad. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado con estertores húmedos en bases.

Evolución: Ante la imposibilidad de fibrinólisis y valorando riesgo-beneficio, se decide realización de cateterismo cardíaco ante la inestabilidad hemodinámica del paciente con necesidad de marcapasos transitorio. Se implanta stent convencional en arteria coronaria derecha sin transformación hemorrágica en resonancia cerebral de control. Se inicia anticoagulación a las 48 horas.

Pruebas complementarias: EKG: bradicardia sinusal extrema y elevación del segmento ST en cara inferior. TAC craneal: se descartar complicación hemorrágica así como lesiones ocupantes de espacio. AngioTAC torácico: se descarta síndrome aórtico agudo. Ecocardiograma: trombo intraventricular en la

Conclusiones

No es rara la simultaneidad de eventos isquémicos, cardíacos y cerebrales. En este caso, la importancia radica en el diagnóstico precoz de ambos eventos isquémicos así como realizar un buen diagnóstico diferencial inicial, sobre todo, el síndrome aórtico para el manejo del paciente.

Palabras clave

Infarto, Ictus, Trombo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Si la operación fue un éxito...

Fernández Callejón A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Médico de Familia. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza aguda, severa y global.

Historia clínica

Varón de 55 años que comienza con cuadro de diarreas y vómitos sin datos de deshidratación recomendándose medidas dietéticas y sueroterapia inicialmente. Al 5º día, fuerte dolor abdominal con diagnóstico de hernia abdominal incarcerada como complicación del esfuerzo de la gastroenteritis que se interviene sin complicaciones. Al tercer día del alta, acude traído por 061 al servicio de urgencias por pérdida de fuerza en manos y pies que progresivamente empeora, hasta comprometer la bipedestación. Se acuesta y al despertarse no es capaz de mover ninguna de las extremidades ni el cuello, con dificultad para la respiración.

Enfoque individual. Antecedentes personales: obesidad mórbida.

Exploración física: Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, lenguaje normal. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normoreactivas para luz y acomodación. Tetraparesia flácida distal de predominio en miembros inferiores 1-2/5. ROT ++/+ RCP: flexor izquierdo indiferente derecho.

Pruebas complementarias: líquido cefaloraquídeo: Glucosa 70, microproteínas 31, 9; aspecto trasparente; Hematíes 20; Leucos 0. TAC de cráneo: Fosa posterior no valorable por artefactos de endurecimiento del haz. Adecuada

diferenciación entre sustancia gris y blanca. No áreas de edema, efectos de masa ni LOES. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal. Línea media centrada. No se observan signos de sangrado intracraneal, intra ni extraaxial.

Juicio clínico: Tetraparesia flácida aguda a estudio. Guillain Barré.

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía del enfermo grave en terapia intensiva; poliomielitis anterior aguda...

Plan de actuación: Iniciamos tratamiento con inmunoglobulinas y queda ingresado a cargo de Medicina Interna evolucionando lenta pero favorablemente.

Conclusiones

En el síndrome de la parálisis flácida aguda, el SGB es la causa más frecuente e importante. Esta urgencia médica tiene una *Evolución:* natural aceptable; sin embargo, en los que desarrollan parálisis respiratoria, la detección oportuna (ventana terapéutica ideal menor de tres semanas) permite establecer un diagnóstico que influye considerablemente en la toma de decisiones, tales como asistencia ventilatoria, IgG-iv, plasmaféresis de ahí la importancia de un correcto diagnóstico por parte del médico de familia/urgencias que recibe al paciente con el cuadro clínico.

Palabras clave

Síndrome de Guillain-Barré, Debilidad Progresiva, Reflejos

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Sintomatología atípica de patología prevalente

Fernández Callejón A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Médico de Familia. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo con buen apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Motivos de consulta

Crisis de hipotensión.

Juicio clínico: Crisis de hipotensión.

Historia clínica

Varón de 83 años de edad que acude al Servicio de urgencias por crisis de hipotensión, en reposo, con mal estar general y palidez cutánea, constatándose en una de ellas por tensiómetro digital cifras de 80/50 mmHg que responden de manera tardía y mal a las medidas físicas habituales.

Diagnóstico diferencial: Hipotensión iatrogénica; trastorno autonómico primario; cardiopatía isquémica; insuficiencia suprarrenal...

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial en monoterapia. Diabetes mellitus tipo 2. Exfumador de 30 cigarrillos al día hasta los 50 años. No hábito enólico.

Planes de actuación: Justo antes del alta del área de urgencias, el paciente presenta una nueva crisis de hipotensión sintomática repitiendo el electrocardiograma que muestra descenso difuso del segmento ST junto con elevación de 1 mm en aVR, hallazgos compatibles con enfermedad de tronco común izquierdo o lesión muy proximal.

Anamnesis: Refiere crisis de mal estar general, palidez cutánea, sudoración y visión borrosa constatándose en una de ellas cifras de 80/50 mmHg que responden de manera tardía y mal a las medidas físicas habituales.

Tratamiento: Doble antiagregación. Estatinas a dosis altas.

Exploración física: buen estado general. TA 140/60mmHg. No soplos carotídeos. Auscultación cardíaca: rítmico con soplo sistólico aórtico II/VI, sin ruidos respiratorios sobreañadidos. Signos de insuficiencia venosa crónica, sin datos de trombosis venosa profunda.

Evolución: El paciente es ingresado para realización de cateterismo que muestra lesión crítica en tronco común izquierdo. Se trata mediante implante de stent farmacoactivo.

Pruebas complementarias: Analítica a destacar Cr 1.5. Resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones relevantes. Electrocardiograma en consulta onda T aplanada en las derivaciones I y aVL.

Conclusiones

La cardiopatía isquémica es una entidad que siempre debe estar presente en la mente de los médicos. En personas ancianas y con factores de riesgo es frecuente que se manifieste con sintomatología atípica como disnea, astenia, cortejo vegetativo... El paciente anciano es frágil y en general con comorbilidades, por lo que, el manejo y el tratamiento debe de ser individualizado.

Palabras clave

Hipotensión, Cardiopatía Isquémica, Stent

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Sospecha de neoplasia oculta tras trombosis venosa profunda

Fernández Callejón A¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Médico de Familia. Hospital de la Línea. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Juicio clínico: trombosis venosa profunda poplítea izquierda.

Motivos de consulta

Inflamación tobillo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Sd. Paraneoplásico. Hipercoagulabilidad.

Historia clínica

Varón de 56 años que acude a consulta por inflamación y aumento de temperatura a nivel de gemelo izquierdo. Derivamos al paciente a urgencias con sospecha elevada de trombosis venosa profunda confirmándose dicho diagnóstico e iniciando tratamiento anticoagulante.

Tratamiento, planes de actuación: Acude a nuestra consulta tras alta hospitalaria refiere que ha perdido 10 kg en el último mes que al principio achacó a toma de empaglifozina. La pérdida de peso y la inexistencia de viajes largos o encamamiento prolongado nos pone en alerta. Inspeccionamos al paciente nuevamente con evolución favorable de miembro inferior pero nos llama la atención a la palpación de un paquete adenopático indurado cervical. Derivamos a Medicina Interna por sospecha de síndrome paraneoplásico. El TAC toracoabdominal y la anatomía patológica confirman el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas estadio IV con metástasis en pulmón e hígado.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Migraña. Diabetes mellitus no insulino dependiente.

Exploración física: Buen estado general, bien hidratado, bien perfundido, eupneico en reposo, normocoloreado. Auscultación cardíaca normal, tonos puros y ritmicos sin soplos. Auscultación pulmonar normal. MVC. Abdomen blando y depresible sin defensa ni megalias ni dolor a la palpación. Transito audible y normal. Inflamación tobillo izquierdo con empastamiento y aumento de la temperatura.

Conclusiones

La enfermedad tromboembólica puede ser la primera manifestación de una neoplasia oculta por una situación de hipercoagulabilidad que favorece la aparición de una mayor incidencia de TVP. Las neoplasias más frecuentes asociadas con TVP y/o ETV son los adenocarcinomas, concretamente de próstata, pulmón y los gastrointestinales (estómago, páncreas y vía biliar). Presentamos este caso por la relevancia de la exploración clínica y el amplio espectro de patología que maneja el médico de atención primaria.

Pruebas complementarias: Analítica: Dímero-D 14161; Fibrinógeno derivado 454 mg/dL. Hemograma normal. Glucosa 160 mg/dL Urea 38 mg/dL Creatinina 0.44 mg/dL Sodio 136 mmol/L Potasio 3.9 mmol/ Proteína C reactiva (PCR) 79.2 mg/L. Eco-Doppler venoso: vena poplítea con luz ocupada por material ecogenico y sin colapsabilidad a la compresión, así como ausencia de flujo en el estudio con Doppler.

Palabras clave

Síndrome Paraneoplásico, Trombosis Venos Profunda, Adenocarcinoma Pancreático...

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Tratamiento con estatinas individualizado

Galindo Román M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Enfermero. Hospital de la Paz. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Alteraciones analíticas.

Historia clínica

Varón de 52 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por alteraciones analíticas previamente desconocidas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador, con consumo de alcohol moderado los fines de semana.

Anamnesis: Consulta analítica.

Exploración física: Tensión arterial 139/89 mmHg. IMC 29, 8 kg/m². Perímetro de la cintura: 100 cm. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No estigmas de dislipemia.

Datos analíticos: Glucosa de 122 mg/dl y HbA1c del 6, 2%. Triglicéridos 198 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL): 39 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL): 151 mg/dl. Colesterol no HDL: 185 mg/dl. Filtrado glomerular estimado (MDRD): 55. Sin microalbuminuria.

Juicio clínico: Síndrome metabólico (SM). Enfermedad renal crónica (ERC).

Diagnóstico diferencial: Dislipemia primaria. Hipotiroidismo. Disglucosis secundaria a fármacos.

Planes de actuación: Comenzamos determinando el riesgo cardiovascular del

paciente que era alto. Los objetivos que debemos alcanzar son: Deshabitación tabáquica; reducción de un 5-10% de peso; actividad física de moderada intensidad; glucemia basal < 100 mg/dl y c-LDL < 100 mg/dl según las Guías Europeas de Arterioesclerosis publicadas en 2016, por tanto, el descenso es de un 40%. Las estatinas recomendadas para ello son: Atorvastatina 20 y 40 mg; Simvastatina 40mg; Rosuvastatina 5, 10 y 20mg y Pitavastatina 2 y 4 mg. El siguiente paso consistió en valorar las comorbilidades, en este caso la situación de prediabetes y la ERC, por lo que, finalmente decidimos iniciar pitavastatina 2mg ya que es la estatina de menos potencial diabetógeno y recomendada en insuficiencia renal crónica.

Tratamiento: Pitavastatina 2mg

Evolución: Se realiza control a los tres meses objetivando LDL 95mg/dl, sin empeoramiento de la función renal ni glucemia así como ausencia de efectos secundarios. Pérdida de peso y abandono del hábito tabáquico.

Conclusiones

Atención Primaria es el principal escenario para el control del riesgo cardiovascular. Debemos en primer lugar definir a nuestro paciente como de riesgo vascular alto por el diagnóstico de SM e IRC, descartando arterioesclerosis subclínica. La elección de la estatina debe priorizarse en función de los objetivos de control de c-LDL sin olvidar las comorbilidades que presente el paciente.

Palabras clave

Síndrome Metabólico, Pitavastatina, Diabetes

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Un tumor en el corazón

Galindo Román M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Enfermero. Hospital de la Paz. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención servicio de urgencias. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Dolor torácico y disnea.

Historia clínica

Varón de 59 años de edad que llega a servicio de urgencias traído por el DA. Presenta dolor torácico típico con cortejo vegetativo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NoRAMC. Exfumador. Arteriopatía ocliterante crónica estadio IIa, episodio AIT y trombofilia (diagnosticado de hiperhomocisteinemia por mutación homocigota MTHFR).

Anamnesis: Dolor torácico de tipo opresivo, centrotorácico, irradiado a MSI, con sudoración intensa y de inicio tras esfuerzo físico.

Exploración física: BEG, COC. Ligeramente taquipneico. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal con T negativo activas en precordiales. Datos de laboratorio a destacar curva enzimática de troponina y CK con fracción MB elevadas. Ecocardiografía: gran masa de 6, 2x3, 6 cm que ocupa prácticamente la totalidad de la aurícula izquierda, con base de implantación ancha a nivel de unión de pared libre con techo auricular, móvil que prolapsa a través de válvula mitral, compatible con mixoma auricular.

Juicio clínico: SCA tipo IAMSEST. Mixoma auricular.

Diagnóstico diferencial: Miocarditis. Atermatosis coronaria. Trombo coronario...

Planes de actuación: Ingresa en la unidad de cuidados intensivos por Sd coronario agudo sin elevación de ST con datos de alto riesgo tanto por elevación de enzimas de daño miocárdico como por alteraciones de EKG. Paciente evoluciona favorablemente.

Tratamiento: Doble antiagregación. Anticoagulación. Cateterismo programado. Cirugía de extirpación tumoral.

Evolución: Se realiza coronariografía para completar el estudio, no muestra lesiones coronarias en arterias epicárdicas. El paciente fue derivada a Servicio de Cirugía cardíaca para extirpación del tumor, confirmando la anatomía patológica el diagnóstico de mixoma auricular.

Conclusiones

Los tumores primarios del corazón son raros, con una incidencia menor del 1% de los tumores del cuerpo. El mixoma es el más frecuente de ellos y se localizan principalmente en la aurícula izquierda. La asociación de un infarto agudo de miocardio con un mixoma es una enfermedad sumamente rara y es ocasionado por la embolización coronaria o por obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Habitualmente, en presencia de mixoma de localización izquierda, el sitio hacia donde más frecuentemente embolizan es el sistema nerviosos central.

Palabras clave

Mixoma, Infarto Miocardio, Embolismo

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Visión global del Médico de Atención Primaria en las enfermedades crónicas

Galindo Román M¹, Galindo Román I², Fernández García P³

¹ Enfermero. Hospital de la Paz. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

³ FEA Cardiología. Hospital Clínico. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Juicio clínico: Sospecha de derrame pericárdico severo secundario a pericarditis urémica.

Motivos de consulta

Disnea.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis vírica. Neoplasias primarias o metastásicas. Miocardiopatía dilatada...

Historia clínica

Varón de 73 años de edad que acude a Consulta de Atención Primaria refiriendo dolor precordial, disnea progresiva a mínimos esfuerzos así como intolerancia al decúbito.

Planes de actuación: Con el diagnóstico de sospecha de derrame pericárdico severo es derivado el paciente al servicio de urgencias. Se contacta con Cardiología y se realiza ecocardiografía urgente que muestra derrame pericárdico severo con datos de compromiso hemodinámico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Enfermedad renal crónica por glomerulonefritis focal y segmentaria de probable origen trasplantado de cadáver desde 1993 con datos de empeoramiento progresivo de función renal. Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia.

Tratamiento: Pericardiocentesis urgente. Sesión de hemodiálisis.

Anamnesis: Dolor precordial, disnea progresiva a mínimos esfuerzos así como intolerancia al decúbito.

Evolución: Se realiza pericardiocentesis urgente con análisis del líquido pericárdico y se completa el estudio con TAC de tórax para descartar proceso neoplásico, adenopatías y datos de constricción pericárdica.

Exploración física: Tensión arterial 90/60mmHg. Saturación basal de O₂ 96%. Taquipneico en reposo en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico son soplo sistólico aórtico II/VI; murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. No datos de trombosis venosa profunda. Edemas en miembros inferiores perimaleolares con pulsos pedios disminuidos.

Conclusiones

El derrame pericárdico es una entidad que puede llevar a un compromiso hemodinámico grave y que inicialmente presenta manifestaciones clínicas poco específicas lo cual nos puede llevar a un retraso en el diagnóstico. En los pacientes que aún no están sometidos a diálisis, la aparición de la pericarditis urémica es una clara indicación de iniciarla. La labor del Médico de Atención Primaria en estos casos no se centra sólo en el reconocimiento en la fase aguda-subaguda, sino también en la identificación de signos de cronicidad que hagan sospechar en una constricción pericárdica.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: bajo voltaje de los complejos y radiografía de tórax con cardiomegalia global así como infiltrado intersticial perihiliar.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo con excelente apoyo familiar. Nivel socio-cultural medio.

Palabras clave

Derrame Pericárdico, Uremia, Insuficiencia Renal

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Vómitos y algo más

Pérez Durillo F¹, Ribes Bautista A²

¹ Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

² Médico de Familia. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Vómitos de pocas horas de evolución.

Historia clínica

Presentaba desde hacía pocas horas un cuadro de vómitos de contenido alimenticio y palidez. No fiebre, ni alteraciones del hábito intestinal ni molestias urinarias. *A la exploración* física presentaba malestar general, discreta deshidratación y palidez mucocutánea. No taquipnea. En la auscultación destacaba taquicardia y abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada. TA de 105/65 mmHg, T^a 36.3°C, glucemia capilar HIGH (2 determinaciones) y ECG taquicardia sinusal a 120lpm sin otras alteraciones.

Enfoque individual. 21 años. Meningitis a los 16 meses que le provocó como secuelas sordomudez, una incontinencia urinaria grave e incontinencia fecal, además de un retraso psíquico leve. Debido a su discapacidad Jesús apenas sabe escribir y se comunica a través del lenguaje de signos. No fumador, no consume alcohol ni otras drogas.

Enfoque familiar y comunitario. Desde hace 8 años Jesús vive con su madre, su padrastro y sus dos hermanastros. Se trata de una familia reconstituida. Existe una buena relación entre los miembros de la familia aunque hay una relación especial entre Jesús y su madre. En cierto modo Jesús está sobreprotegido no sólo por la atención de su madre sino porque tanto

su padrastro como sus dos hermanastros lo tratan con un cariño especial dada su minusvalía.

Juicio clínico: Debut diabético.

Diagnóstico diferencial: con Gastroenteritis aguda incipiente, transgresión dietética o enfermedades más graves (meningitis, hipertensión craneal, etc.).

Tratamiento, planes de actuación: Se canalizó vía venosa periférica, se extrajeron muestras sanguínea, se administraron 10U de insulina rápida sc, 500cc de SSF iv y se realizó traslado asistido en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital.

Evolución: Tras estabilización en el Servicio de Urgencias del Hospital fue diagnosticado de Debut diabético y fue ingresado a cargo de Endocrinología.

Conclusiones

Destacar la dificultad para entendernos con el paciente dados sus antecedentes personales y el papel clave que supuso la determinación de glucemia capilar. La clínica de pocas horas de *Evolución:* podría haber pasado fácilmente desapercibido al poder confundirse con una gastroenteritis incipiente, teniendo en cuenta la presión asistencial a la que habitualmente estamos sometidos en nuestras consultas de Atención Primaria.

Palabras clave

Diabetes mellitus, Adolescencia, Atención Primaria

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Cáncer de colon. Importancia de alerta en familiares

Rueda Illescas M¹, Díaz Rueda M², Cuerva Gómez R¹

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

¹ CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Estreñimiento desde hace un mes y en los últimos días hematoquecia.

Historia clínica

Paciente mujer de 41 años, que consulta por estreñimiento desde hace un mes más hematoquecia en la última semana. No síndrome constitucional. Le preocupa por sus antecedentes familiares: Abuela materna: cáncer de colon 87 años. Tío paterno: cáncer de colon 75 años. Primo paterno: cáncer de colon 56 años.

Enfoque individual: antecedentes Personales sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Tacto Rectal: Ausencia de hemorroides externas. Esfínter normotónico. Dedil limpio. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Sangre oculta en heces: positiva en las tres muestras.

Colonoscopia: A 25 cm. De margen anal se observa lesión neoforativa, ulcerada de consistencia dura, se biopsia, friables al roce del endoscopio que ocupa el 50% de la pared del colon. Resto del trayecto explorado normal. Sugerente de cáncer de colon. Anatomía Patológica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (bajo grado), ulcerado infiltrante.

Enfoque familiar y comunitario: En la historia del Cáncer de colon lo más importante es su

Historia familiar, que va a determinar su seguimiento en nuestra consulta, y la ventaja como médicos de familia del seguimiento a todo su entorno.

Juicio clínico: Tumor de Sigma Estadio IIIA. pT3pN1M0.

Diagnóstico Diferencial: Hemorroides. Fisura anal. Enfermedades inflamatorias intestinales

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita interconsulta preferente al servicio de cirugía general y TAC vía Proceso Cáncer de Colon (PCCR), por el servicio de digestivo de nuestro hospital de referencia). Intervenida a los dos meses del diagnóstico, realizándose Sigmoidectomía abierta con anastomosis recto-sigmoidea. Se completa tratamiento quimioterápico con Capecitabina vía oral.

Evolución: Actualmente la paciente presenta una actividad plena, aprovechando el día a día... Y siguiendo sus controles analíticos y radiológicos.

Conclusiones

Valorar la importancia de clínica inespecífica en paciente joven, que nos llevaría a pensar en cuadros banales. Una anamnesis completa con antecedentes personales y FAMILIARES nos ha orientado para la petición de pruebas complementarias adecuadas, dirigido al diagnóstico diferencial de un cuadro grave como el cáncer de colon. La coordinación entre atención primaria y especializada, el buen funcionamiento de PCCR ha permitido el diagnóstico precoz de una patología tumoral.

Palabras clave

Rectorragia, Cáncer, Colon

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

A propósito de una... ¿lumbalgia?

Gómez Jiménez G¹, Sánchez Gil M², Boujida Bourakkadi T³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Linares C. Hospital San Agustín Norte de Jaén

² Médico de Familia. CS Santisteban del Puerto. Jaén

³ Médico de Familia. CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Paciente de 25 años que acude por dolor intenso a nivel lumbar de reciente comienzo. Pico febril de 38º, sin vómitos ni clínica miccional. El dolor aumenta con cambios posturales. El paciente presenta cuadro catarral en dicho momento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: síndrome de Bardet-Biedl, insuficiencia renal, hiperuricemia e hipertrigliceridemia.

Exploración: buen estado general. Dolor sobre apófisis espinosas lumbares y musculatura paravertebral lumbar. Resto de exploración lumbar y abdominal normal salvo dolor leve en hipogastrio.

Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitosis 17, 37 con neutrofilia 12, 80. Bioquímica: urea 74, creatinina 3, 60 y PCR 9, 8. Orina: proteinuria 300, hematíes 30.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con enfermedad genética, por lo que debemos tener una visión global del paciente.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda vs crónica reagudizada; Síndrome de Bardet-Biedl; Lumbalgia mecánica.

Tratamiento, planes de actuación: Suero fisiológico, paracetamol, control de temperatura y diuresis. Derivación a nefrólogo de guardia.

Evolución: Tras rehidratación persistían cifras similares en analítica de control, gasometría anodina, buenas cifras diuréticas y remitiendo el dolor. Se derivó al Servicio de Nefrología para estudio. Último control analítico hacía un año con creatinina en rango de la normalidad, deduciéndose que la insuficiencia renal había evolucionado progresivamente hasta una enfermedad renal crónica grado IV, si bien no podía descartarse una reagudización debido a la falta de controles analíticos más recientes. Ingresó en Nefrología donde presentó cuadros hipertensivos, se realizó biopsia renal con diagnóstico primario de nefroangiosclerosis severa asociada a nefropatía intersticial crónica avanzada, quedando el paciente en lista de espera para trasplante renal.

Conclusiones

Paciente con Síndrome de Bardet-Biedl, que se caracteriza por obesidad, retinitis pigmentosa, polidactilia, retraso mental, hipogonadismo e insuficiencia renal. Acudió al servicio de urgencias por lo que parecía ser una lumbalgia mecánica, pero se decidió realizar un control analítico dado el antecedente del síndrome de Bardet-Biedl y el dolor leve hipogástrico, hallando una insuficiencia renal grave que parecía ser de origen parenquimatoso. Este caso nos demuestra como a pesar de encontrarnos en el área de urgencias, debemos tener una visión global de los pacientes atendiendo a sus antecedentes personales y sus posibles complicaciones, no centrándonos únicamente en la clínica inicial que parecía ser una lumbalgia mecánica.

Palabras clave

Síndrome de Bardet-Biedl, Insuficiencia Renal

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Diagnóstico de Ca mama a los 87 años

Pérez Rama E¹, López Ruiz E², Abolafia Pérez J¹

¹ Médico de Familia. CS Arjona. Jaén

² CS Ciempozuelos. Madrid.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 87 años que acude a consulta por retracción del pezón izquierdo y mastalgia, de días de evolución.

Historia clínica

Paciente mujer de 87 años, acude con su cuidadora, quien comenta que, mientras la aseaba, encontró el pezón izquierdo retraído, sin secreción pero con dolor a la palpación en dicha mama.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA. Artritis Reumatoide del Anciano. Mioma uterino calcificado. PTC derecha. FA. Cardiopatía hipertensiva. Insuficiencia mitral, aórtica y tricúspide. Insuficiencia cardiaca. Movilidad reducida (silla de ruedas y andador en cortos trayectos de su casa).

Anamnesis: retracción del pezón izquierdo y mastalgia acompañante.

Exploración: se verifica dicha retracción, no secreción, dolor a la palpación generalizada de mama izquierda, no se palpan nódulos

Pruebas complementarias: se deriva a Patología Mamaria, realizando Mamografía y Ecografía, encontrando placa sólida retroareolar izquierda de 17 mm. Birads 4. Se sugiere valorar punción de la misma. Primero se intentó realizar PAAF pero no resultó efectiva, por lo que se realizó PAG. Estudio Anatómo- Patológico: Carcinoma Ductal In-Situ.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer viuda, de 87 años, con 3 hijos. Vive en su domicilio, con una cuidadora.

Juicio clínico: carcinoma ductal in-situ.

Identificación de problemas: debido a la edad de la paciente, sus antecedentes personales y su situación basal, ¿qué opciones terapéuticas son las más adecuadas?.

Tratamiento, planes de actuación: Tumorectomía.

Planes de actuación: debido a las características del tumor y características de la paciente, IN SITU, se decidió no realizar estudio invasivo

Evolución: La paciente presentó evolución muy favorable. Actualmente, asintomática desde el punto de vista del proceso mamario

Conclusiones

El diagnóstico de Carcinoma Ductal de Mama, es atípico en mujeres u hombres, de 87 años. De hecho, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Andalucía, solo incluye a mujeres, de 50 a 69 años; no por eso, debemos obviar o pensar que no se puede producir en pacientes fuera del rango superior, debido a que son más frecuentes, patologías propias del envejecimiento.

Palabras clave

Salud del Anciano, Diagnóstico, Neoplasias de la Mama

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Complicación muy grave

Becerra Esteban P¹, Labrador del Río S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Delicias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Generales.

Motivos de consulta

Hemorroides.

Historia clínica

Mujer de 50 años consulta por hemorroides externas con mal olor, fiebre, malestar general y orinas con fuerte olor. El día anterior había consultado a su MAP que las había reducido manualmente, no presentaban signos de complicación y había pautado tratamiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Paraplejía espástica, estreñimiento crónico, hemorroides externas reducibles manualmente.

Anamnesis: Hemorroides externas que desprenden olor fétido desde hace un día, malestar general con escalofríos y astenia, fiebre de un día de evolución, orinas concentradas y con fuerte olor.

Exploración: Consciente, orientada, colaboradora, aparente buen estado. Se observan hemorroides externas, no estranguladas, no reducibles, borde necrótico circundante, fuerte olor fétido. Temp: 37.5° TA: 98/85.

Analítica: Lucocitosis con desviación a la izquierda, PCR 446.80 mg/l.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola, apoyo familiar son sus tres hermanas con buena relación.

Juicio clínico: Gangrena. Hemorroides externas con signos de complicación. Paraplejía espástica.

Tratamiento, planes de actuación: Se consulta con cirugía que realiza desbridamiento inmediato y antibioterapia.

Evolución: Curación.

Conclusiones

La gangrena de Fournier, o fascitis necrosante, es poco frecuente (1/7.500), con una alta mortalidad. Es excepcional en mujeres y las complicaciones que puede derivar son el shock séptico y fallo multiorgánico y finalmente la muerte. El éxito del tratamiento se logra con un diagnóstico TEMPRANO, prestando especial atención sobre todo a aquellos pacientes con antecedentes personales de riesgo como son la diabetes, úlceras por presión, patología del tracto urinario, inmunodepresión, patología ano-rectal infecciosa y parálisis. Se beneficia de un desbridamiento quirúrgico urgente y agresivo, y antibioterapia de amplio espectro. En este caso la sospecha era difícil, tanto por ser poco frecuente en la mujer como por no presentar empeoramiento del estado general, ni fiebre en los días anteriores, de hecho la paciente decía sentirse bien durante los días previos, y en este caso la *Evolución:* fue excesivamente rápida. Nos hace deducir fácilmente que el médico de familia debe estar pendiente y tener un seguimiento cercano con este tipo de pacientes para un control exhaustivo así como la planificación con enfermería en el caso de úlceras por presión y con la familia para identificar temprano posibles síntomas y signos de alarma que debido a una parálisis el paciente no es capaz de percibir.

Palabras clave

Gangrena, Hemorroides

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Control serológico? Sí, gracias

Delgado Osuna Á¹, Moral Morales A², Gómez Torrado R³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS San Luis. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hombre que acude para recoger resultados de serología.

Historia clínica

Paciente al que hace 2 semanas se le solicitó serología porque en los últimos 5 meses, esporádicamente, ha mantenido relaciones sexuales de riesgo con otros hombres.

Enfoque individual. Antecedentes personales: niega.

Anamnesis: hombre de 27 años que en los últimos meses ha mantenido relaciones sexuales de riesgo, última hace 3 semanas. Niega síntomas. Entrevistándolo, desconoce las formas de transmisión de principales Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), creyendo ausencia de riesgo alguno con sexo oral y anal insertivo.

Exploración física: sin hallazgos de interés, incluido aparato genital.

Pruebas complementarias: serología negativo activa para VIH, treponema pallidum, VHC, VHA.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel socioeconómico medio-alto, estudios superiores finalizados, trabajando actualmente, sin pareja estable.

Juicio clínico: paciente de riesgo para ITS.

Identificación problemas: debido al desconocimiento de formas de transmisión de

ITS tiene un alto riesgo de adquirir alguna de ellas de continuar la situación actual.

Tratamiento: no precisa.

Plan de actuación: Debido a que la última relación sexual de riesgo ocurrió hace 3 semanas, se le cita en 2 meses para repetir control analítico y pasar así el período ventana. Se le cita en consulta programada para aportarle información detenida sobre ITS: cuáles hay, síntomas, formas de transmisión, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Evolución: El paciente acudió a la semana siguiente a consulta programada donde se le explicó la información anteriormente detallada y se le aportó un folleto explicativo de una ONG local, para que también tenga conocimiento de la existencia de dicho organismo por si también pudiera serle útil. Pendiente de control analítico.

Conclusiones

No se debe olvidar que la situación socioeconómica de un paciente no hace que esté exento de un determinado problema clínico: en este caso, un nivel socioeconómico medio-alto no evita que una persona no pueda adquirir una ITS. De esta forma, a todos nuestros pacientes a los que se le vaya a solicitar un examen analítico sanguíneo por cualquier causa se les debería ofrecer al menos una vez en su vida un control serológico si han mantenido relaciones sexuales, ya que no todos los pacientes pueden llegar a reconocer, voluntariamente o no, la práctica insegura de sexo.

Palabras clave

Serology, Sexually Transmitted Diseases, Unsafe Sex

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Y todo empezó con un dolor en ambos pies. Abordaje Biopsicosocial en el área de urgencias hospitalarias

Mazón Ouviña E¹, Salva Ortiz N²

¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. Cádiz

² FEA Médico de Urgencias. Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor pies.

Historia clínica

Mujer de 28 años, acude por podalgia bilateral de meses de evolución tras fractura bilateral de calcáneos al precipitarse desde un puente por intento de suicidio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Trastorno de la personalidad y Trastorno obsesivo compulsivo. Tabaquismo activo. Refiere dolor que le incapacita. Vive en la calle y además del dolor refiere encontrarse con hambre y sin tener donde ir.

A la exploración buen estado general, aceptable higiene. Estable hemodinámicamente. Exploración cardiopulmonar, abdominal, neurológica y de piel y mucosas sin hallazgos patológicos. Molestias a la palpación de ambos calcáneos sin crepitación ni deformidad ósea sin signos de fracturas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia desestructurada con importante problemática entre la paciente y sus padres sin relación alguna con familiares. Condenada por maltrato. No tiene pareja ni hijos. En seguimiento por servicios sociales locales que en múltiples ocasiones le han facilitado recursos sociales que la paciente ha rechazado.

Juicio clínico: Somatización. Trastorno de la personalidad. Problema social.

Tratamiento, planes de actuación: Se explica que presenta un dolor crónico a controlar con analgésicos habituales y cierto reposo. Pide alimentos y pasar la noche en urgencias para dormir. Ante mi explicación de que su real problema es social, la paciente se va a la sala de espera y comienza con vómitos auto provocados solicitando de nuevo asistencia médica, por lo que tras exploración y de nuevo descartar patología clínica urgente pasa a un sillón de tratamiento y se decide mantener a la paciente durante la noche en observación para valorar abordaje con trabajador social del hospital la mañana siguiente.

Evolución: Frecuentemente el motivo de consulta es solo un permiso de entrada de la problemática social en el área de urgencias. En esta ocasión se trataba de una situación social difícil que asociaba una psicopatología y dificultaba aun más la ayuda a ofrecer.

Conclusiones

Como médicos de familia debemos hacer un abordaje biopsicosocial aun en urgencias que brilla por la ausencia de tiempo, es primordial. Es una de las razones por las que la atención primaria hospitalaria, las urgencias, deben ser asistidas por médicos especializados en este tipo de situaciones.

Palabras clave

Sistemas de Apoyo Psicosocial

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Reciente deterioro cognitivo en anciana pluripatológica

Rodríguez Borrego M², Rivera Ríos I², Pacheco Lorenzo E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto De la Torre. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Olvidos frecuentes de reciente aparición en anciana pluripatológica polimedicada.

Historia clínica

Mujer de 84 años que acude a consulta acompañada de su hija por presentar olvidos, cada vez más frecuentes, en los últimos cuatro meses.

Enfoque individual: Como antecedentes personales destaca insuficiencia cardíaca con hipertensión, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica, diabetes tipo 2 con nefropatía, dislipemia, obesidad, hipotiroidismo, síndrome ansiosodepresivo y poliartritis.

Ante dicha sintomatología realizamos un Minimental test y le solicitamos una analítica sanguínea orientada a demencia que incluyese vitamina B12, hemograma y tirotrópina. El resultado del Minimental test obtenido orientaba a una demencia moderada.

Desde laboratorio contactaron telefónicamente para informarnos de que el valor de la tirotrópina era mayor de 300. Ante este resultado, consideramos como posible causa del reciente deterioro cognitivo, un hipotiroidismo descompensado.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente vivía sola, pero contaba con la ayuda de una hija por la mañana, sus otros dos hijos vivían fuera. En los últimos meses, había dejado de acudir al centro social. Al cuestionar a la hija sobre si su madre se tomaba toda la medicación

prescrita, nos indicó que ella le recordaba que se tomase las pastillas pero que desconocía si faltaba alguna, pues tomaba muchas. En la siguiente visita, nos informó de que la levotiroxina no se encontraba entre la medicación que su madre tomaba a diario.

Juicio clínico: Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre demencia vascular, enfermedad de Alzheimer, tumor cerebral, síndrome depresivo, déficit de vitamina B12, hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: Instauramos tratamiento con levotiroxina a una dosis reducida, puesto que nuestra paciente es cardiópata. Revisamos toda la medicación con su hija, que adquirió un pastillero para administrársela.

Evolución: Tras varias semanas, su sintomatología de deterioro cognitivo mejoró.

Conclusiones

En nuestra práctica clínica tratamos con numerosos ancianos pluripatológicos dependientes polimedicados. Es importante promocionar que los cuidadores de nuestros pacientes acudan a consulta para realizar una revisión de la medicación que requieren. A su vez, también resulta relevante el papel de las pruebas complementarias de las que disponemos en una consulta de Atención Primaria para orientar el diagnóstico de una demencia, puesto que de tratarse de una demencia de causa tratable, podemos iniciar el manejo de la misma.

Palabras clave

Demencia, Hipotiroidismo, Polimedicación

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Señorita, ¿me puede dar una tónica? Tengo gases

López Ruiz E¹, Abolafia Pérez J², Pérez Rama E²

¹ CS Ciempozuelos. Madrid

² Médico de Familia. CS Arjona. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias y Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Epigastralgia, náuseas y vómitos.

Historia clínica

Paciente mujer de 91 años, presenta epigastralgia irradiada hacia ambos hipocondrios, náuseas y vómitos, de 8 horas de evolución. Ella refiere que son "gases" por lo que toma una tónica.

Enfoque individual: mujer de 91 años, institucionalizada, autónoma para ABVD. NAMC. HTA. Hernia de hiato. NO deterioro cognitivo. Tratamiento: Omeprazol, Enalapril/hidroclorotiazida, Diltiazem, Furosemida

Anamnesis: dolor en epigastrio, mientras dormía, ella pensó en meteorismo, como le ocurre en otras ocasiones por lo que no le dio importancia. Se irradiaba hacia ambos hipocondrios, con náuseas y vómitos. A la mañana siguiente, como el dolor persistía, avisaron a Urgencias.

Exploración: Palidez cutánea que aumentaba con la sedestación. ACR tonos rítmicos. MVC. TA 140/95 mmHg. FC 95 lpm. Sat O₂ 99%. ECG ritmo sinusal a 95 lpm. Bloqueo AV 1º grado. Supra desnivelación del ST en V3, V4 y V5.

Pruebas complementarias: trasladada al Hospital. Analítica de Urgencias: creatinina 2'81 y troponina T us: 4540. Ecocardiografía: dilatación aneurismática y aquinesia de casquete apical (septal, anterior y lateral), con

hipercontractilidad de segmentos basales, función sistólica global ligeramente deprimida (FEVI51%).

Enfoque familiar y comunitario: Paciente mujer de 91 años, viuda con 2 hijas.

Juicio clínico: iamcest anterolateral evolucionado.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia, Hernia de hiato, Meteorismo, Gastritis, Reacción pancreática, Pancreatitis e IAM, como fue el caso de nuestra paciente.

Tratamiento: medicación antianginosa y antiisquémica.

Plan de actuación: ingreso hospitalario.

Evolución: favorable, estando asintomática durante su Ingreso hospitalario en Cardiología. A los 8 días del Alta, mismo dolor, en Urgencias, ECG con T negativo activa profunda y asimétrica en I, avL y de V2 a V6. Cedió con medicación.

Conclusiones

Como conclusión, la importancia de un correcto diagnóstico diferencial ante sintomatología banal y frecuente, sobretodo en pacientes sin o con pocos factores de riesgo, para poder llegar a un diagnóstico temprano y correcto y la importancia de no infraestimar la edad de los pacientes en algunas patologías.

Palabras clave

Infarto del Miocardio, Salud del Anciano, Dolor Abdominal

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Visita domiciliaria en pacientes inmovilizados con patología crónica

Martínez Ruiz M¹, Márquez Serrano F², Cabello Morales V³

¹ Médico de Familia. CS Pozoblanco. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pozoblanco. Córdoba

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pozoblanco. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria. Visita domiciliaria.

Motivos de consulta

Control de factores de riesgo cardiovascular.

Historia clínica

Refiere episodios de malestar torácico desde hace varios meses, siempre después del esfuerzo de ponerse en bipedestación desde la silla de ruedas, cuando ceden se queda floja, sin palpitations ni disnea ni cortejo vegetativo, lo que le lleva a tener menos actividad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 92 años con hipertensión arterial. Secuelas de polio. Isquemia arterial crónica.

Anamnesis: Tras visita domiciliaria de enfermería para control de tensión arterial se le realiza analítica anual. Programamos visita domiciliaria para revisar a la paciente e informarle de los resultados. En este momento nos comenta el síntoma de dolor torácico, sin darle mucha importancia, porque piensa que es normal para su edad.

Exploración física: No encontramos cambios significativos: auscultación con soplo sistólico semejante a otras ocasiones, sin crepitantes. Signos de isquemia arterial crónica estable, sin edemas. Constantes normales.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 latidos por minutos. Imágenes de bloqueo auriculoventricular de primer grado con tramos de bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo I.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 92 años, soltera, vive sola, cuenta con una ayuda a domicilio 2 horas todos los días de lunes a viernes, el resto del tiempo cuenta con el apoyo de una sobrina. Por las secuelas de polio se desplaza por su domicilio en silla de ruedas, aunque puede realizar movimientos de bipedestación y traslación lo que le permite ser independiente en actividades básicas de la vida diaria. No presenta deterioro cognitivo ni alteración del ánimo.

Juicio clínico: Sospechamos cardiopatía isquémica y/o coexistencia de bloqueos avanzados.

Tratamiento, planes de actuación: Se pautan parches de nitroglicerina y se deriva a Cardiología.

Evolución: En Holter se detectó bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo I y II con pausas de 3.5 segundos. Se le coloca marcapasos definitivo. La paciente no ha vuelto a presentar clínica y está muy contenta porque ha vuelto a recuperar su actividad habitual.

Conclusiones

Es necesario mejorar la accesibilidad de los pacientes inmovilizados mediante una mayor dedicación a visitas domiciliarias programadas para control de enfermedades crónicas y para detectar otros problemas de salud, que pueden pasar desapercibidos, y debutar más tarde con mayores consecuencias.

Palabras clave

Atención Domiciliaria, Pacientes Inmovilizados

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Pensando en Reacciones Adversas Medicamentosas en Atención Primaria

Hernández Galán J

Médico de Familia. DS. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Mujer de 52 años que acude por disnea, sensación de cuerpo extraño en orofaringe y disfagia desde hace 1 hora.

Enfoque individual: antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Hipotiroidismo. Obesidad.

Anamnesis: Inicio de tratamiento con enalapril 10 mg hace 3 días, por mal control de tensión arterial

Exploración: Importante edema de úvula que cierra casi totalmente.

Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica en urgencias normales. RX de tórax normal.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Sin hijos. Vive con marido.

Juicio clínico: Edema de úvula por uso de enalapril. Sospecha de reacción adversa medicamentosa.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra corticoides intravenosos. Se suspende IECA. Se mantiene pauta de corticoide oral al alta. Control por su médico de familia al día siguiente.

Evolución: Estable, asintomática. Pendiente de interconsulta con servicio de alergia.

Conclusiones

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensia tienen un papel importante en el tratamiento de la hipertensión arterial y con el aumento de su uso se observan cada vez mayor número de efectos secundarios. Entre ellos, el edema angioneurótico por uso de IECA es uno de los diagnósticos diferenciales que se debe conocer; donde no solo es posible que aparezca al inicio del tratamiento como en ese caso, sino hasta tras años iniciados.

Palabras clave

Angioedema, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Ofrecer una muerte digna, nuestra obligación

Boullosa Pérez I¹, Cerezo Molina R², Sánchez Aranda C³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. HGB Santa Ana. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almuñécar. HGB Santa Ana. Granada

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almuñécar. HGB Santa Ana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Estatus epiléptico refractario a tratamiento en paciente terminal.

Historia clínica

Paciente subsidiaria de tratamiento paliativo que durante su estancia en área de observación de urgencias presenta estatus epiléptico de doce horas de *Evolución*: refractario a tratamiento médico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: adenocarcinoma de endometrio diagnosticado en 2016 y metástasis cerebrales de reciente diagnóstico.

Anamnesis: Paciente 72 años de edad diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio de alto grado con extensión a ovario derecho y zona parietal izquierda en seguimiento por cuidados paliativos que inicia episodio de estatus convulsivo refractario a la administración de tres anti-comiciales.

Exploración física: mal estado general asociado a movimientos tónico-clónicos generalizados y disminución de estado de conciencia.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con nido vacío II y en fase centrifuga del Ciclo Vital Familiar. Red social informal de alta densidad. Acontecimientos vitales estresantes: adenocarcinoma de endometrio y metástasis cerebrales.

Juicio clínico: Un abordaje no del todo eficiente puede provocar, y no solo en este caso, que los cuidados al final de la vida se realicen tardíamente provocando un malestar evidente no solo en los pacientes si no en los núcleos familiares.

Tratamiento, planes de actuación: Ser capaces de iniciar terapias de confort ante el final de la vida, sin retrasar excesivamente nuestra decisión.

Evolución: Tras su paso a Observación se inicia tratamiento con Levetiracetam, lacosamida y midazolam sin revertir el cuadro por lo que tras valoración de la Unidad de Cuidados Intensivos, la cual desestima cualquier actuación por su parte, se decide tras más de 12 horas de observación en el Área de Urgencias realizar interconsulta con la Unidad de Cuidados Paliativos que tras valorar, informar y consensuar con familiares el plan de actuación se inicia sedación paliativa terminal y se procede al ingreso hospitalario con las condiciones expuestas en la Ley de Muerte Digna de la Junta de Andalucía.

Conclusiones

Tan importante es diagnosticar y tratar como conocer abiertamente cuando nuestras actuaciones deben ser acompañar y aliviar. La real importancia de realizar guías de anticipación en casos terminales. La importancia de formar a todos los profesionales ante situaciones demasiado duras incluso para ser humanas.

Palabras clave

Epileptic Encephalopathy, Deep Sedation

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Ingresos hospitalarios de riesgo

Chamorro Castillo M¹, Dalouh I², Sánchez Torres E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

³ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante.

Ámbito del caso

Atención Primaria, Atención especializada.

Juicio clínico: Neumonía bilateral nosocomial. Cirrosis hepática.

Motivos de consulta

Malestar general.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca. Fibrilación auricular.

Historia clínica

Varón de 61 años que acude a consulta acompañado de su esposa, defendiendo que él se encuentra bien, pero que su familia le ha obligado a acudir porque refieren disnea y fiebre de varios días. Niega tos o mucosidad.

Identificar problemas: Tenemos que dialogar con el paciente, ya que no quiere acudir al Hospital por miedo a ser ingresado nuevamente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hábito alcohólico. IQ por fractura de tibia y peroné hace 3 años. Último ingreso de 27 días en Digestivo por Cirrosis hepática Child pugh B. Alta hospitalaria hace 7 días.

Tratamiento, planes de actuación: Desde la consulta de AP se deriva a Urgencias Hospitalarias con aporte de oxígeno. Es ingresado en Medicina Interna recibiendo antibioticoterapia empírica con meropenem 1g/8 h + linezolid 600mg/12h IV, metilprednisolona 60 mg/12h y antitérmicos.

Exploración: Regular estado general, consciente y orientado, ictericia de piel. Taquipneico, Sat 85%. Auscultación cardiorrespiratoria con crepitantes en ambas bases pulmonares, tonos taquiritmicos, sin soplos. Abdomen globuloso, ascítico sin dolor. No irritación peritoneal, ni oleada ascítica.

Evolución: Favorable, retirándose el aporte de oxígeno y siendo dado de alta a los 10 días.

Analítica: Hemograma: Leucocitos 14.410(neutrófilos77%) Hb 12g/dl, VCM 103.5fL. Bioquímica: Bilirrubina 6.8mg/dL, GGT 85U/L, GOT 144, GPT 38, PCR 87mg/L. Rx tórax: Infiltrados pulmonares en campo medio derecho y base pulmonar izquierda (adjunto imagen). ECG ritmo sinusal a 99 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización.

Conclusiones

De este caso aprendemos las complicaciones que conllevan los ingresos hospitalarios prolongados; en este paciente pluripatológico cada ingreso conlleva exponerlo a un mayor riesgo de adquirir nuevas infecciones, por lo que como médicos de atención primaria debemos valorar cuando es necesario derivar o no a urgencias hospitalarias o si podemos evitar ese ingreso si se trata de patologías que podemos intentar solventar domiciliariamente; y en el caso de darse el ingreso, cuando son dados de alta mantener especial atención por la posibilidad de aparición de complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar fase V (contracción-desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar).

Palabras clave

Neumonía, Fiebre, Cirrosis

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

La diabetes no tratada, un conflicto ético

Chamorro Castillo M¹, Dalouh I², Sáez Gallegos M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, Atención hospitalaria.

hiperosmolar. Shock séptico. Insuficiencia renal.

Motivos de consulta

Pie diabético.

Diagnóstico diferencial: celulitis, TEP.

Historia clínica

Varón de 59 años que no acude a consulta, acude su pareja demandando un aviso domiciliario por dolor y mal olor en pie derecho, sin especificar desde cuándo.

Identificación de problemas: Acudimos al domicilio sin saber la gravedad de la situación y aún sabiendo que el paciente se niega a ser ayudado. Una vez allí, ante el problema del paciente derivamos a Urgencias contando con la "ayuda" de la esposa y ante la negativa activa del paciente, por lo que tenemos que dialogar con él hasta que accede.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Diabetes mellitus II mal controlada por negativo activa del paciente a tratamiento farmacológico. No HTA conocido. Fumador.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Urgencias hospitalarias donde se realiza analítica, se pauta levofloxacino y clindamicina IV, perfusión de insulina y se ingresa con Cirugía Vasculor para intervención quirúrgica de amputación de pie derecho. A las pocas horas, es ingresado en UCI por shock séptico y fallo de la función renal.

Exploración: consciente, palidez cutánea. eupneico, Sat 98%. Auscultación cardiorrespiratoria normal. MMII: primer dedo pie derecho y parte interna del dorso necrótico, con mal olor (adjunto foto). No pulsos poplíteos. Abdomen blando y depresible sin dolor.

Evolución: Actualmente el paciente continúa después de 20 días en UCI con pronóstico estable dentro de la gravedad. Fue sometido a cirugía de amputación supracondilea de MID.

Analítica: Hemograma con 32.260 leucocitos (95%neutrofilos). Bioquímica: Glucosa 734mg/dl, Urea 106mg/dL, Creatinina 2.40mg/dl, filtrado glomerular 30ml/min, sodio 121mg/ dl, resto normal. Gasometría venosa: ph 7.35 PpCO₂ 45.9 Ácido láctico 15.2. Orina: no cuerpos cetónicos, glucosuria.

Conclusiones

Este caso nos plantea además de un problema médico, un conflicto ético, entre el principio de Autonomía por el cual el paciente no quiere someterse a tratamiento alguno de su diabetes, y el principio de beneficencia por el que como médicos debemos buscar lo mejor para el paciente.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear simple, sin hijos. Paciente poco frecuentador en consulta, la esposa ha acudido alguna vez para contarnos la situación, sin que el paciente lo sepa.

Juicio clínico: Gangrena de pie derecho. Descompensación hiperglucémica

Palabras clave

Diabetes, Amputación, Autonomía

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Dolor clavicular: en busca del diagnóstico

Sáez Gallegos M¹, Sánchez Torres E², Dalouh I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS El Campello. Alicante

³ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis; fractura clavicular; tumor óseo...

Motivos de consulta

Dolor clavícula derecha.

Identificación de problemas: El principal problema es informar a la paciente de los hallazgos; pues su mayor preocupación y temor es la recidiva del tumor: "fue una situación difícil para la familia y no quisiera que se repitiera". Además teme las consecuencias que un Diagnóstico similar conlleve pues su hija se va a trabajar fuera.

Historia clínica

Mujer, 43 años que refiere dolor en clavícula derecha con sensación de parestesias en miembro superior derecho de una semana de evolución. Lo describe punzante y continuo; con una puntuación 5/10 en la escala de dolor. Niega traumatismo aunque reconoce haber cargado más peso pues está ayudando a su hija con su mudanza.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de biopsia ósea para confirmación. Modificamos tratamiento para el dolor añadiendo paracetamol 1g + metamizol 575mg y morfina 10mg si precisa.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, fracturas vertebrales tras accidente de tráfico; cáncer de mama derecha estadio-III con mastectomía (2011) y diversos tratamientos adyuvantes (2017). Tratamiento con Bromazepam 3mg y Fenofibrato 200mg. En zona media clavicular presenta tumoración muy dolorosa a la palpación. Dolor a la movilización y palpación de zona glenohumeral. Sin adenopatías. Radiografía Clavícula: Lesión ósea en zona terminal de clavícula derecha con características líticas.

Evolución: La paciente se encuentra decaída, nerviosa, con insomnio. Refiere problemas en casa, pues su hija desea quedarse cuidando de su madre y ha rechazado el trabajo.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, conviven en el mismo domicilio la paciente con su marido y su hija que está en proceso de mudarse del domicilio familiar por motivos de trabajo. La familia se encuentra muy unida y proporcionan gran apoyo a la paciente.

Conclusiones

Este caso nos hace reflexionar ante la importancia de los antecedentes personales de nuestros pacientes. No podemos ver las patologías en un momento aislado, sino correlacionarlas en el tiempo con todo lo acontecido en el paciente, pues como en este caso, un dolor mecánico que en principio puede relacionarse con un esfuerzo sin mayor repercusión clínica puesto en el contexto del paciente nos obliga a realizar un despistaje más selectivo.

Juicio clínico: Lesión lítica en clavícula derecha a estudio.

Palabras clave

Breast Cancer, Metástasis, Pain

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Abordaje paciente terminal

Dalouh I¹, Sáez Gallegos M², Chamorro Castillo M²

¹ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

Ámbito del caso

Ámbito de atención primaria y hospitalaria.

sus hijas y que son las encargadas de su cuidado.

Motivos de consulta

Disnea en paciente terminal.

Juicio clínico: ACV isquémico.

Diagnóstico Diferencial: síndrome vertiginoso periférico. Cefalea tensional.

Historia clínica

Paciente de 88 años que comienza con somnolencia y cuadro vertiginoso en su domicilio, es atendida por su médico de atención primaria y tratada como cuadro vertiginoso periférico; dada la no mejoría de la paciente se traslada a urgencias hospitalarias donde se realizan pruebas complementarias objetivándose una isquemia vertebrobasilar extensa.

Tratamiento, planes de actuación: dada la edad de la paciente y extensión del proceso isquémico se acuerda con la familia trasladar a la paciente y adoptar medidas de limitación del esfuerzo terapéutico y no realizar medidas invasivas la paciente comienza con respiración agónica en el domicilio, se canaliza vía subcutánea y se administra cloruro mórfico.

Enfoque individual: paciente con antecedentes de hipertensión arterial, independiente para ABVD.

Evolución: La paciente fallece a las pocas horas, pero rodeada de sus seres queridos y en su entorno y sin signos de sufrimiento o respiración agónica.

Exploración neurológica: poca colaboración de la paciente, Romberg dudoso, resto exploración normal

Conclusiones

Destacar la labor importante del médico de familia a la hora de no adoptar medidas invasivas priorizando la calidad de vida de la paciente. Informar a la familia del desenlace y de las medidas a adoptar así como acompañarlos en el desenlace.

Pruebas complementarias: analítica: normal. TAC: isquemia vertebrobasilar extensa.

Enfoque familiar y comunitario: ciclo familiar VI en disolución con muerte del primer cónyuge, la paciente se encuentra viviendo con

Palabras clave

Disnea, Ictus, Sufrimiento

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Compartimos neumonía?

Pérez Ruz R¹, Nieves Alcalá S², Caro Bejarano P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, Urgencias Generales, neumología.

Motivos de consulta

Tos.

Historia clínica

Varón 20 años, estudiante, acude a consulta de Atención Primaria por fiebre y tos de 48h de evolución. Refiere dolor torácico sin irradiación y de características pleuríticas, sudoración, disnea, odinofagia y disfagia a líquidos y sólidos en las últimas horas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC, Fumador activo de cigarrillos electrónicos y cachimba. No convivencia con animales. No otros antecedentes.

Exploración: BEG, COC. Normocoloreado. Malestar general. Hemodinámicamente estable TA100/60mmHg. Febril 38'4. No tolera decúbito por dolor supraclavicular que aumenta con movimientos e inspiración. Sin adenopatías. Faringe hiperémica sin exudados. Disminución del murmullo vesicular con crepitantes bibasales. Rítmico a 88lpm. No soplos ni extratonos audibles. SaO₂ 96%. Resto normal.

EKG: normal. RxTórax: consolidaciones en lóbulos inferiores con senos costofrénicos ocupados. Analítica: leucocitosis 22.000/mm, Serología de neumonías atípicas y antígeno Legionella negativo activas. Hemocultivos, Mantoux y cultivo de líquidos pleural negativo activos. Líquido pleural: líquido amarillo; glucosa 100mg/dl; proteínas 3,9 g/dl; hematíes 1.600mm³; leucocitos 3.900mm³. TCTórax: consolidación con broncograma aéreo en lóbulo medio, inferior izquierdo y porciones caudales del inferior derecho con áreas de baja intensidad que pudieran tener contenido graso. Pequeño derrame pleural. Biopsia pulmonar

histiocitos con vacuolas citoplasmáticas. En intersticio aisladas células gigantes y grandes vacuolas con contenido similar a la grasa. Fibrobroncospia: signos inflamatorios difusos, lavado broncoalveolar turbio, moderada cantidad de células inflamatorias y macrófagos con inclusiones lipídicas.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: Neumonía lipoidea por vapeadores.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Urgencias Hospitalarias para estudio analítico y radiológico por sospecha de neumonía atípica bibasal.

Evolución: Tras 8 días de ingreso el paciente fue dado de alta por Neumología con control evolutivo y del tratamiento por su Médico de Familia.

Conclusiones

Se presenta un caso de neumonía lipoidea atendida en nuestro CS Esta entidad se conoce desde 1925, descrita por Laughlen. En la actualidad constituye una rareza, siendo su causa más frecuente la utilización de gotas nasales con aceites en su composición aunque, con la introducción de nuevos dispositivos para fumar, Vuelve a adquirir protagonismo. Los cigarrillos electrónicos (vapeadores) cambian el paradigma del fumador. La inhalación no es inocua. Su uso irrita la vía aérea y altera la función pulmonar. Liberan nicotina a través del calentamiento de un líquido mezcla de propilenglicol y glicerina vegetal. En lo que a equivalencias respecta, 13puffs del vapeador contiene la nicotina de un cigarro convencional y una recarga completa corresponde a fumar un paquete convencional.

Palabras clave

Pneumonia, Cigarette, Pathology

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Tromboembolismo pulmonar en paciente sincopado atendido en urgencias tras inmovilización con factores de riesgo

Aguilera Casasola C¹, Aguilera Vidal M², Martín Rodríguez M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Jerez. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Jerez. Cádiz

Ámbito del caso

Sala de RCP en Urgencias.

Motivos de consulta

Trasladado por síncope brusco mientras estaba en el baño.

Historia clínica

A su llegada consciente, orientad, palidez miembros inferiores. Afebril. Refiere dolor meso e hipogastrio, hipotensión mantenida (80/40mmHg), FC 130lpm, SatO₂ inicial: 88%, no se palpan pulsos distales. Muy agitado. No dolor torácico, no palpitations. Disneico en reposo. Obeso.

Enfoque individual: Varón 59 años. Alergia: Naproxeno. Hepatopapata, gastritis crónica, SAOS, hipertenso. Intervenido prótesis cadera izquierda dos meses atrás, estuvo en tratamiento con heparina hasta que comenzó con actividad física (durante 2 semanas). Tres semanas más tarde sufrió fascitis plantar por lo que estuvo de nuevo 2 semanas en reposo sin tratamiento anticoagulante. En tratamiento con omeprazol y enalapril.

Exploración: taquipnéico, palidez miembros inferiores. Tonos cardíacos apagados, rítmico y taquicárdico. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos respiratorios. No alteraciones abdominales de interés. No se palpan pulsos en miembros inferiores.

Análisis destaca elevación de troponinas y NT-proBNP. -ECG: sinusal a 110lpm, PR 0.16, S en I, T negativo activa en III. TAC tórax y abdomen que describe tromboembolismo

bilateral masivo con dilatación de cavidades cardíacas derechas. Ecografía abdominal anodina. Eco miembros inferiores: anodina. Ecocardiografía: ventrículo derecho levemente dilatado, hipertensión pulmonar leve. TAC cráneo: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Padre y hermano fallecidos por neoplasia pulmonar.

Juicio clínico: Sospecha aneurisma de Aorta, disección Aorta, tromboembolismo pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa en UCI, se procede a fibrinólisis con rtpa.

Evolución: Rectorragias durante fibrinólisis, que se resuelven. El paciente evoluciona favorablemente y tras unos días de ingreso posterior en medicina interna se comienza tratamiento anticoagulante según pautas de hematología. El paciente se encuentra anticoagulado en la actualidad, estable y en domicilio.

Conclusiones

Se sospecha que la causa más probable es la inmovilización del paciente tras intervención quirúrgica sin tratamiento anticoagulante. Por lo que como médico de atención primaria debemos estar muy atentos a posibles situaciones de riesgo que pueden desencadenar este tipo de patologías.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Immobilization, Anticoagulants

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Otro mareo? Otra vez lo mismo

Piury Pinzón J, Gómez Gómez G

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

Motivos de consulta

Mareos inespecíficos.

Historia clínica

Paciente que consulta en AP por mareos de 3 meses evolución inespecífico, diario, continuo, de minutos de duración, con disminución de la visión, sin opresión torácica ni palpitaciones, no náuseas ni vómitos, no sensación de plenitud ótica. No refiere cambios en el hábito intestinal ni sintomatología miccional.

Enfoque individual: Varón de 84 años, no RAM conocidas, bebedor ocasional, hipoacusia e hipertenso de larga evolución. Independiente para las actividades básicas diarias sin deterioro cognitivo. Entre sus antecedentes destacar: Flutter auricular en 2004 anticoagulado (suspendido posteriormente por entrar en ritmo sinusal). SCASEST de alto riesgo en 2009 revascularizado mediante ACTP (stent revascularizando ADA proximal). Bronquitis asmática en tratamiento con broncodilatadores. HBP evolucionada con probable cáncer de próstata sin completar estudio en tratamiento con Duodart.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Normocoloreado, bien hidratado y perfundido. TA: 130/91. SatO₂: 96%. T: 36°C. FC: 121 lpm. *Exploración neurológica:* normal, pares craneales conservados, no observamos nistagmos armónicos. Otoscopia: CAE normal, tímpano íntegro. Faringoscopia: normal, sin exudados ni alteraciones. Auscultación cardiopulmonar: arritmica, sin soplo, murmullo vesicular conservado, eupneico. No se apreciaban

edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Ante el hallazgo en la exploración y los síntomas que presenta, solicitamos ECG urgente en el que se objetiva fibriloflutter 110lpm siendo derivado a Urgencias del Hospital.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, cuidador principal de cónyuge inmovilizada por enfermedad cerebrovascular (ECV). Como antecedentes vitales estresantes asociados destacar el fallecimiento de un hijo y la hija con cáncer de mama actual.

Juicio clínico: Fibriloflutter. *Diagnóstico diferencial:* Vértigo posicional paroxístico, Hipotensión ortostática en anciano, ECV, arritmias cardiacas, desorden psiquiátrico.

Tratamiento, planes de actuación: Escala CHA₂DS₂-VASc ≥ 3 por lo que reiniciamos anticoagulación con nuevos anticoagulantes (Apixaban 2, 5mg/12h) junto a Bisoprolol 2, 5mg/24h.

Evolución: Paciente actualmente estable.

Conclusiones

Importancia de un buen razonamiento clínico con un correcto diagnóstico diferencial sin permitir la inercia diagnóstica y terapéutica. La indecisión e inquietud que invade la consulta nos obliga a prestar especial atención en los pequeños detalles que aporta la anamnesis y la exploración.

Palabras clave

Mareo, Vértigo, Arritmias Cardíacas

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Prevenir o paliar

Merino Jiménez M¹, Vidal Adan J², Marmol Vidal M³

¹ Médico de Familia SCCU. Complejo Hospitalario de Jaén

² Enfermero de Familia. CS Úbeda Este. Jaén

³ Enfermera de Familia.

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias e ingreso hospitalario.

Motivos de consulta

Deterioro del nivel de conciencia.

Historia clínica

Paciente de 86 años, tras caída accidental nocturna en domicilio presenta mareo, inestabilidad. Derivada a hospital para valoración.

Enfoque individual: antecedentes HTA, IRC, insuficiencia venosa con úlceras crónicas, FA, VHB. Tratamiento: acenocumarol, lisinopril/htzda, furosemida, bisoprolol, omeprazol, analgésicos, lorazepam. Una semana antes del episodio, valorada por edemas hasta muslo con aumento de furosemida a 1.5 mañana y almuerzo, prescritos absorbentes por incontinencia de urgencia en prevención de caídas, al vivir sola la paciente continúa acudiendo al baño, favoreciendo la caída.

Anamnesis: familia refiere melenas, decaimiento y otorragia.

Exploración: hipotensión, bradipsiquia, Glasgow 13, palidez cutánea mucosa, signos deshidratación, auscultación arrítmica, abdomen blando, depresible sin signos irritación peritoneal. Analítica: hb 7.8, urea 430, creatinina 3.86, No TAC ni endoscopia.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo familiar en disolución, APGAR familiar 3 puntos disfuncionante grave. Mal apoyo familiar, 9 hijos, vive sola, escasa colaboración familiar con personal sanitario y con el cuidado de la paciente. No cuidador formal. Ayuda matinal de

dos horas por cuidador informal "hija" Barthel 60, Lawton y Brody 3 puntos.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta secundaria anticoagulantes orales, anemia, deterioro función renal.

Diagnóstico diferencial: ACV, sepsis, anemia, hemorragia intracraneal, hemorragia digestiva. Problemas. Riesgo de caídas, dependencia, pluripatológico.

Tratamiento, planes de actuación: En urgencias: Pantoprazol intravenoso. 2 viales y perfusión, Vitamina K y transfusión 2 concentrados hematíes. Ingreso en Medicina interna, consensuando con la familia no realizar pruebas invasivas, por lo que se realiza tratamiento paliativo en el ámbito hospitalario.

Evolución: Leve mejoría del estado general tras lo cual sufre recaída, precisa control sintomático los últimos 2 días: disnea y dolor (cloruro mórfico, escopolamina y midazolam). Exitus tras 10 días ingreso.

Conclusiones

Desde Atención Primaria se debería de haber realizado un enfoque biopsicosocial, valorando ajuste de tratamiento enfocado al riesgo de caídas, teniendo en cuenta que es una paciente dependiente para la AVD, frágil y polimedicada; insistiendo en la necesidad de cuidador 24 horas o institucionalizarla. Este caso plantea duda razonable entre los cuidados paliativos o tratamiento de patología de novo, encarnizamiento terapéutico o tratamiento adecuado, ya que el estado previo de la paciente no era terminal.

Palabras clave

Anemia, Cuidados Paliativos

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Consecuencias de las nuevas prácticas sexuales de riesgo

Polo Barrero P¹, Mozas Blanco A², Arias Galera M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Miraflores de los Ángeles. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

solicito analítica de sangre con serología de lúes y resto de ITS.

Motivos de consulta

Exantema generalizado en paciente VIH.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de contactos del paciente, aunque en esta ocasión no podemos realizarlo por no conocer el paciente ni el número de contactos, ni la identidad de los mismos.

Historia clínica

Varón de 28 años, NAMC, VIH con carga viral indetectable desde hace 2 años, sin otros antecedentes personales de interés. Como tratamiento habitual toma la fórmula antirretroviral de emtricitabina/tenofovir/rilpivirina.

Juicio clínico: Dermatitis alérgica, ITS: sífilis.

Enfoque individual: paciente que consulta porque desde hace una semana presenta una erupción cutánea generalizada con prurito asociado que cede con la toma de antihistamínicos, y sin otra sintomatología. Niega haber cambiado recientemente de productos de higiene corporal o toma de algún alimento fuera de lo habitual, pero refiere que un mes antes de la aparición de las lesiones practicó sexo con otros hombres sin protección en uno de los eventos conocidos como “chemsex” y que además tomó drogas como metanfetamina o mefedrona, además de ingerir grandes cantidades de alcohol.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta de manera empírica una dosis de penicilina G benzatina IM (2.4 millones de UI) y doxiciclina 100mg 1 comprimido cada 12 horas durante 14 días para cubrir resto de patógenos causantes de otras ITS. Como tratamiento sintomático del prurito se manda cetirizina 10mg, 1 comprimido cada 24 horas.

En la exploración física destaca un exantema generalizado en tronco, extremidades y genitales, con afectación palmo-plantar: lesiones puntiformes no confluentes de carácter maculo-papuloso. No se palpan adenopatías ni existen otros hallazgos relevantes. Ante esto,

Evolución: Los resultados de la serología resultaron positivos para Sífilis, y negativo activos para el resto de ITS. Se reenvió al paciente a la consulta de Enfermedades Infecciosas para valorar el estado de la enfermedad de VIH.

Conclusiones

Las prácticas sexuales de riesgo como estas “chemsex” están aumentando sobre todo entre la población joven. Desde Atención Primaria, debemos saber detectar este tipo de conductas para realizar un correcto abordaje sobre ellas.

Palabras clave

Sífilis, Chemsex, HIV

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

A propósito de un caso: Paciente con dolor torácico que acude a consulta con miedo a tomar su medicación.

Nieto Martos M¹, Sáez Gallegos M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Ciudad Real

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico típico y disnea.

Historia clínica

Mujer de 81 años que refiere dolor torácico opresivo, irradiado a brazo izquierdo y cuello, de 4 horas de evolución y que incrementa con el esfuerzo, acompañado de disnea, sin cuadro vegetativo. Fue estudiado hace una semana por Cardiología, con ergometría concluyente y negativo activa para isquemia y diagnóstico de DM II no conocida. Esta mañana no se ha tomado su tratamiento habitual por presentar dicho dolor y temer a que está enmascarando otra patología, como un IAM.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No AMC. DM II (2018), HTA, no DL, AIT (2014). Cefalea crónica, osteoartrosis generalizada, colecistectomizada, herniorrafia umbilical, IABVD, limitada a la deambulación, no deterioro cognitivo. Tratamiento con: Adiro 300mg, Nolotil, Tensikey Complex, Atorvastatina 40mg, Atenolol 50mg, Metformina, Nitroglicerina sl.

Dolor torácico tipo opresivo irradiado a cuello y brazo izquierdo, que incrementa con el esfuerzo. No ha tomado su medicación por miedo a enmascarar un IAM. Saturación 98%, FC: 65lpm, TA: 175/100. ACP: rítmica, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. EKG: Ritmo sinusal, eje derecho, PR largo con QRS estrecho, signos de sobrecarga izquierda, sin alteraciones en la repolarización. Se deriva a urgencias hospitalarias para cuantificación de enzimas cardíacas, siendo negativo activas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear y unida, vive en domicilio con su hija, la cual es un pilar fundamental.

Juicio clínico: Hipertensión Arterial esencial. DD: Angina estable, Astenia. IP: el principal problema es que la paciente no toma su medicación por una falta de adherencia al tratamiento al no comprender bien su patología y la necesidad de este. Además, teme que el tratamiento pueda enmascarar un IAM si se produjera en un futuro, incrementando su temor a la medicación.

Tratamiento, planes de actuación: Se modifica su tratamiento habitual añadiendo Almodipino 5mg y bajando el Atenolol 50mg a 0.5 comprimidos cada 24h, reposo relativo y control de su TA 2 veces por semana. Revisión en consulta dentro de un mes.

Evolución: La paciente disminuye su TA a cifras medias: 150/95, desapareciendo el dolor torácico y la disnea. Tras explicarle la necesidad del tratamiento la paciente logra entender la importancia de este y pierde todos sus temores, encontrándose además muy satisfecha y agradecida.

Conclusiones

Este caso nos hace reflexionar la importancia de la adherencia al tratamiento, así como la importancia de que el paciente comprenda la medicación que toma, para que la tome y como tiene que tomarla, así como conocer sus miedos respecto a estas.

Palabras clave

Chest Pain, Drug Therapy

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Doctor, me encuentro muy mal

Arias Galera M¹, Mozas Blanco A², Polo Barrero P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Miraflores de los Ángeles. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Síndrome constitucional.

Historia clínica

Varón de 19 años. No alergias medicamentosas. Sin antecedentes familiares de interés y sin tratamiento habitual.

Enfoque individual: Varón de 19 años que acude a urgencias por malestar general, astenia y pérdida de 10 kilogramos de peso en un mes. Refiere al mismo tiempo, aparición de bultomas dolorosos en cuello en ingles que han aumentado de tamaño.

Exploración: aceptable estado general, Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido. Palidez cutánea. Adenopatía cervical izquierda de consistencia dura no adherida, otra supraclavicular y dos más inguinales de aproximadamente 5 y 4 centímetros. Abdomen blando depresible doloroso a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal. Se le realiza en urgencias una analítica con PCR 188 y Paul Bunnell negativo activo y una radiografía de tórax que parecía sin alteraciones y se decidió el ingreso para estudio.

Enfoque familiar y comunitario: En las urgencias es complicado realizar un estudio de la familia pero el paciente vino acompañado por su padre y su madre a los cuales se les veía muy preocupado.

Juicio clínico: Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IVs-B versus síndrome mononucleosico.

Tratamiento, planes de actuación: Durante el ingreso se le realizó un PET-TAC y una biopsia de ganglio. Actualmente está en tratamiento con quimioterapia.

Evolución: El paciente se encuentra en tratamiento en este momento con quimioterapia y está siendo seguido por Hematología y Oncología.

Conclusiones

Todo paciente que acude con un cuadro de malestar general o síndrome constitucional, debemos hacer una exploración exhausta puesto que es nuestra principal herramienta para diagnosticar.

Además ante un síndrome constitucional en un paciente joven debemos descartar un síndrome linfoproliferativo.

Palabras clave

Adenopathies, Hodgking Lymphoma

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Tan sólo dolor de hombro?

Gómez Torrado R¹, Delgado Osuna Á², Adrada Bautista A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

aprecia nódulo contralateral pequeño en llingula.

Motivos de consulta

Dolor de hombro y brazo derechos de semanas de evolución.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel socio cultural medio-bajo. Buena red familiar. Cohabita con su mujer y una hija enfermera.

Historia clínica

Varón de 68 años que acude su Médico de Familia por omalgia y baquialgia de semanas de evolución que relaciona con mal hábito postural durante el sueño. No tos habitual, generalmente matutina, sin expectoración mucopurulenta, sin disnea, no anorexia ni pérdida de peso. Afebril.

Diagnóstico Diferencia: Linfoma Hodgkin o no Hodgkin. Leucemia. Tuberculosis. Sarcoidosis. Cáncer de pulmón.

Enfoque individual: antecedentes: Ex-fumador desde hace 3 meses de 1 paquete diario. No otros hábitos tóxicos. Diabetes tipo 2. Hipercolesterolemia. Claudicación intermitente.

Tratamiento, planes de actuación: Tras la valoración del paciente y los resultados radiográficos obtenidos se extrae analítica de rutina con marcadores tumorales y es derivado de forma preferente a consultas de neumología (Cáncer pulmonar) donde solicitan espirometría, bodyTAC, broncoscopia y es derivado a consultas de deshabitación tabáquica.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico en reposo y al habla. Auscultación normocárdica con buen murmullo vesicular con hipofonesis en hemitórax derecho sin ruidos sobreañadidos. Movilidad pasiva y activa de miembros superiores y cuello conservada. Adenopatías laterocervicales en lateral derecho, duras, no dolorosas y adheridas a planos profundos. Telangiectasias en piel de tórax. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis. Pulsos periféricos simétricos y presentes.

Evolución: Tras realización de bodyTAC se estadifica la lesión con un TNM T4 N3 M1c. En el momento actual se encuentra pendiente de realización de broncoscopia para programar plan terapéutico.

Conclusiones

El tumor de Pancoast es una forma de presentación del carcinoma de pulmón con una clínica particular, lo que hace que a menudo no sean diagnosticados correctamente, siendo remitidos inicialmente a consultas de traumatología. Ello debe obligarnos a un examen minucioso de la radiografía de tórax, si no, podemos infradiagnosticar este tipo de patología, condicionando la posibilidad de un tratamiento radical y efectivo.

Pruebas complementarias: Radiografía anteroposterior y lateral de tórax con aumento de hilio pulmonar derecho, engrosamiento de la línea paratraqueal derecha y masa en lóbulo superior (segmento 1 o apical). Además se

Palabras clave

Adenopatías, Omalgia, Cáncer de Pulmón

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Seguimiento de un paciente tras IAM con déficit neurológico

Nieto Martos M¹, Sáez Gallegos M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Ciudad Real

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Revisión.

Historia clínica

Varón, 54 años, que acude a consulta para revisión. Hace 2 años parada cardiorrespiratoria secundaria a IAM sin FRCV previos y encefalopatía anóxica, sin secuelas en la actualidad. Comenta dificultad al miccionar, sin micción en las últimas 18h.

Enfoque individual: no AMC. No FRCV. Exfumador hace 30 años. Parada cardiorrespiratoria tras IAM con oclusión de DA y revascularización percutánea con 1 stent farmacoactivo en Agosto de 2015. Anoxia prolongada, causando déficit neurológico generalizado con recuperación completa. Distimia. IABVD Tratamiento: Alprazolam 500mcg, Atorvastatina 80 mg, Adiro 100mg, Epleronona hemifumarato 5mg, Enalapril 5 mg, Raditidina 300mg. En hipogastrio presenta dolor a la palpación y sospecha de posible globo vesical. Tras sondaje vesical se evacuan 2000ml.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear y unida, vive en domicilio con su mujer.

Juicio clínico: Retención aguda de orina. DD: Cistitis, Prostatitis, Hiperplasia benigna de próstata, Cáncer prostático.

Identificación del problema: el principal problema es identificar la importancia de la prevención primaria en la población general, aun en personas sin FRCV para prevenir complicaciones a corto y largo plazo. Además, el paciente teme el volver a llevar una sonda permanente, empeorando su estado de ánimo.

Tratamiento, planes de actuación: Se añade Ciprofloxacino 500mg y Silodosina 4 mg a su tratamiento habitual tras sondaje intermitente en enfermería. Se deriva a urología para valoración.

Evolución: El paciente presenta mejoría clínica tras tratamiento. Tras valoración por urología, no se encuentran hallazgos patológicos. El paciente se encuentra desanimado ante la posibilidad de nuevas secuelas neurológicas, aunque no ha desarrollado nueva sintomatología.

Conclusiones

Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia de la prevención primaria y la promoción de la salud en la población general, y hacer hincapié aun sin FRCV, ya que una buena prevención primaria será de utilidad para una población sana.

Palabras clave

Myocardial Infarction, Primary Prevention

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Hematuria

Nieto Espinar Y¹, Pérez Fuentes M², Ortiz Méndez M¹

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² Médico de Familia.

Ámbito del caso

CS Virgen de Linarejos. Linares.

Motivos de consulta

Hematuria.

Historia clínica

Mujer de 58 años que acude a consulta por dolor en fosa renal izquierda acompañado de hematuria.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: cirugía de hernia discal cervical. No enfermedades importantes ni hábitos tóxicos

Anamnesis: Dolor en fosa renal izquierda que se irradia a rodilla de 2 días de evolución. El dolor aumenta con la sedestación y refiere que alterna entre fosa renal izquierda y fosa iliaca izquierda. Los episodios de dolor asocian hematuria franca. Afebril, no otra sintomatología acompañante.

Constantes: TAS 128 TAD 76 FC 74 T ^a36.3, Peso 67 kg, talla 1.65, IMC 24.6. Buen estado general. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda difusa, nomasas ni megalias. Blumberg -, Romberg -, no irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativo activa. Analítica: hematimetría, bioquímica y coagulación sin hallazgos. PCR 8.2. Sistemático de orina: Hematuria macroscópica. No infección.

Consultas externas: Ecografía abdominal. Riñón derecho de tamaño normal, espesor de parénquima conservado, visualizando una

tumoración sólida en polo inferior, en cara medial. Es polilobulada y muestra ecogenecidad heterogénea y calcificaciones. Diámetros aproximados 7x7 cm. No dilatación del sistema excretor renal. Resto sin hallazgos patológicos. TAC abdominal: masa lobulada en polo inferior de riñón derecho heterogénea y alguna calcificación puntiforme. Mide 6.3x6.3x5 cm. No ectasia pielocalicial, no litiasis. Anatomía Patológica: adenocarcinoma renal de células.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad.

Diagnóstico diferencial: infección urinaria complicada, cólico nefrítico, pielonefritis aguda, glomerulonefritis aguda, metástasis renales, trombosis arteria renal.

Juicio clínico: Adenocarcinoma renal de células claras pT1bN0M0.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: nefrectomía radical. Plan de actuación: revisión con TAC de tórax y RM abdominal con contraste junto con adecuadas medidas higienicodietéticas.

Evolución: No signos de tumor residual ni metástasis a distancia.

Conclusiones

Revisar las entidades nosológicas que más frecuentemente pueden presentarse como hematuria. Identificar los posibles factores de riesgo y describir hallazgos clínicos para el diagnóstico diferencial de estas entidades. Indicación de ecografía ante alto grado de sospecha clínica.

Palabras clave

Kidney Neoplasms, Hematuria, Renal Colic

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Hérpes Zóster en paciente trasplantado renal

Cabrera Díaz A¹, Ortega Bueno I², Turnes González A¹

¹ Médico de Familia. CS La Purísima. La Carolina (Jaén)

² FEA Médico de Urgencias. Hospital Universitario Campus Tecnológico de la Salud. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear ampliada con parientes en disolución.

Motivos de consulta

Lesiones en la piel y lumbalgia.

Juicio clínico: Herpes zóster en paciente inmunodeprimido.

Historia clínica

Paciente que consulta por dolor lumbar y lesión en región sacra de 48 horas de evolución.

Diagnóstico diferencial: Lumbociática, úlcera por presión, herpes zóster.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus, Enfermedad renal crónica, Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Isquemia crónica de miembros inferiores, Trasplante renal con disfunción crónica del injerto, Infarto agudo de miocardio con revascularización de dos vasos con stent recubiertos.

Identificación de problemas: Identificación del paciente como frágil e inmunodeprimido, lo que hubiera anticipado el inicio del tratamiento antiviral.

Anamnesis: Paciente pluripatológico, vida cama-sillón, que consulta por dolor lumbar y en pierna izquierda intermitente así como de lesión de aspecto ampuloso en región sacra de 48 horas de evolución. Tras pautar analgesia ajustada a función renal y observación domiciliaria, en 72 horas las lesiones se convierten en vesiculosas y se extienden por miembro inferior izquierdo (dermatoma S1), espalda y cuero cabelludo.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento/ plan de actuación: Ante la mala evolución de las lesiones, se decide iniciar tras cuatro días de la primera consulta tratamiento con Famciclovir ajustado a función renal.

Exploración: Dolor a la palpación de raquis de forma generalizada, Lassegue y Bragard negativo activo, lesión de aspecto ampuloso de 4cm en región sacra. A las 72 horas aparecen más lesiones en pierna izquierda, espalda y cuero cabelludo.

Evolución: *Evolución:* 24 horas más tarde, se decide derivación a servicios hospitalarios por la progresión de las lesiones, siendo ingresado en unidad de enfermedades infecciosas con tratamiento intravenoso y buena evolución.

Conclusiones

La correcta identificación del paciente como frágil por su estado de inmunosupresión hubiera anticipado la prescripción del tratamiento antiviral ya que las guías indican que en caso de inmunosupresión se debe iniciar tratamiento aunque hayan transcurrido más de 72 horas de la presentación. Tal vez hubiera evitado el ingreso hospitalario.

Pruebas complementarias: Exploración de columna, maniobras exploratorias de afectación radicular lumbar, inspección de la piel

Palabras clave

Herpes Zoster, Inmunidade, Low Back Pain

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

"Doctor, me molesta al hablar". Una mala relación médico-paciente

Gálvez López R¹, Parras Gordillo M¹, Láinez Ramos A²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disfonía crónica con otalgia, disfagia y hemoptisis.

Historia clínica

Varón de 54 años que acude con cuadro de disfonía crónica, acompañada de signos de alarma, con factores de riesgo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: exdrogadicto, bebedor y fumador activo, diabetes tipo 2, ansiedad. Sin antecedentes familiares de interés. Sin alergias conocidas. Tratamiento actual: metadona, metformina, alprazolam.

Anamnesis: Varón de 54 años derivado por su Médico de Atención Primaria (MAP) a Urgencias por cuadro de disfonía y otalgia derecha de diez meses de evolución. Recientemente se asocia disfagia, hemoptisis y pérdida de peso. Refiere haber acudido reiteradamente a su MAP por este motivo, habiendo recibido únicamente tratamiento sintomático.

Exploración física: Estado general conservado, afebril, eupneico, constantes basales normales. Exploración ORL: orofaringe levemente hiperémica, dolor a la palpación laterocervical sin masas palpables. Resto normal.

Pruebas complementarias: 1. Analítica y radiografías de tórax sin alteraciones destacables. 2. Rinofaringolaringoscopia: Masa amplia en epiglotis y cuerda vocal derecha

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es indigente. Actualmente vive en un piso de

acogida. No tiene apoyo familiar ni social, excepto un grupo de voluntarios que sufragan su vivienda y le ayudan en actividades de la vida diaria.

Juicio clínico: Cáncer de laringe avanzado.

Diagnóstico diferencial: Laringitis crónica, reflujo esofágico, lesiones laríngeas benignas.

Identificación de problemas: El paciente presenta una actitud suspicaz, demandante y confrontadora que probablemente justifique una mala relación con su MAP. Ello, junto a la plausibilidad de cuadros banales en el contexto del enfermo, parece haber ocasionado un retraso en la derivación del paciente para descartar proceso maligno.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en servicio de Otorrinolaringología para cirugía programada.

Evolución: *Evolución:* Tras la operación, el paciente se encuentra estable a la espera de quimiorradioterapia.

Conclusiones

La detección de enfermedades graves en pacientes de alto riesgo es una tarea esencial del MAP. En el caso de pacientes conflictivos y poco cumplidores, la quiebra de la relación médico-paciente es una razón de primer orden para que el MAP asigne al paciente a otro compañero de especialidad. Aunque esta tarea puede entrañar dificultades, la actitud pasiva o indiferente del MAP puede resultar fatídica.

Palabras clave

Relación Médico-Paciente, Disfonía Crónica, Cáncer de Laringe

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Digoxina en la senectud: una bomba de relojería

Martín Alonso C, Flores Guardabrazo C

MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Asfixia.

Historia clínica

El paciente presenta en enero un episodio de descompensación de su insuficiencia cardíaca tras cuadro catarral de vías respiratorias bajas que tras estabilizar con tratamiento deplectivo y digoxina se decide introducir pauta domiciliar de digoxina. Seis meses después y en el contexto de la aparición de una Insuficiencia renal sufre una intoxicación por digoxina que le provoca enfermedad del seno, con aparición de disnea y bradicardia muy difícil de revertir a pesar de tratamiento con Aleudrina.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia concéntrica VI. Normofunción sistólica de VI. Fibrilación auricular permanente. Insuficiencia Mitral.

Anamnesis: Varón 89 años trasladado al hospital por presentar cuadro de disnea y astenia sin dolor torácico de varios días de evolución que empeoró bruscamente a lo largo de ese día acompañado de tos seca y edemas maleolares. Ante lo cual los familiares le suben la dosis de diuréticos sin conseguir revertir el cuadro.

Exploración: Consciente y orientado aunque con tendencia al sueño bien hidratado y hemodinámicamente estable. AC: arritmica sin soplos a 44 lpm. AP: murmullo vesicular conservado con crepitantes en ambas bases. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. No dolor a la palpación. Edema de pared abdominal. Extremidades: pulsos

simétricos, no signos de TVP, edemas en ambos miembros inferiores con signo de atrofia.

Pruebas complementarias: EKG: compatible con bloqueo AV completo a ritmo nodal a 40 lpm. Digoxinemia: 3. Bioquímica: Glucosa 97, urea 123, creatinina 2.57 (previa de 1.43), Na 140 mEq/l, K: 4.72 mEq/l, troponina: 0.19 ng/ml. Hemograma: sin alteraciones. Gasometría venosa: pH 7.15, pCO₂ 72, pO₂ 40. Rx Tórax: cardiomegalia y signos de congestión vascular. ProBNB: 17044. Constantes: 36, 3°, FC 44lpm, TA 131/64, SaO₂ 86%.

Enfoque familiar y comunitario: DABVD, institucionalizado aunque muy tutorizado por sus hijos.

Juicio clínico: Bradicardia por intoxicación digitálica. Intoxicación digitálica vs. Depresión vs. GEA vs. Demencia

Tratamiento, planes de actuación: Interrumpir Digoxina, monitorización constante, sueroterapia, Aleudrina, noradrenalina y furosemida.

Evolución: Éxito tras 8 días en cuidados críticos.

Conclusiones

La importancia de una actitud de alerta y valoración meticulosa de la introducción de fármacos con estrecho margen terapéutico en el tratamiento domiciliario de población especialmente vulnerable como es la anciana por las propias características de la edad que entre otras incluye la dependencia y la disminución de su función renal.

Palabras clave

Digoxin, Elderly, Kidney Failure

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Adolescente con problemas de identidad. Me siento chico

Martínez Vera M¹, Moreno Fontiveros M², González Igenio V²

¹ Médico de Familia. Consultorio Gilena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 15 años, consulta por cansancio, inapetencia, baja autoestima, fracaso escolar, reglas abundantes que "le molesta" mucho.

Historia clínica

Adolescente mujer de aspecto descuidado, viste ropa amplia, se siente cansada, triste, tiene reglas regulares abundantes, pregunta por medicamentos que "corten" la regla, Muestra preocupación por el aumento de pecho, pregunta "cuando deja de crecer", en este momento, se identifica como varón. Refiere que ya desde los 6 años, sabe que es un chico, jugaba a juegos de niños y quería relacionarse con ellos.

Enfoque individual. Exploración: palidez facial, desarrollo puberal completado.

Antecedentes familiares: padre en la cárcel por violencia de género, madre hipertensa. Antecedentes personales: menarquia con 12 años, anemia

Pruebas complementarias: Analítica general, y hormonas LH, FSH, testosterona, prolactina TSH. Ecografía abdominal, RX mano

Enfoque familiar y comunitario: Contactar con Equipo de Orientación Escolar. Se ofrece interconsulta con Salud Mental. Derivación trabajador social por problemática familiar. Información sobre posibilidad de tratamiento. Derivación a la Unidad de atención al transexual de referencia. Ofrecer

acompañamiento a él y su familia. Información de asociaciones para personas trans y sus familias.

Juicio clínico: Transexual varón adolescente. Depresión.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a la Unidad de Atención a transexuales. Derivación a Salud Mental Comunitaria.

Evolución: En seguimiento en la unidad especializada de la provincia, ha comenzado, Tras informarle de riesgos y beneficios y firmar consentimiento, así como informe favorable de salud mental, con terapia hormonal cruzada, recibe testosterona im. Recibe apoyo escolar, mejora rendimiento y la relación con los compañeros, identificándolo como varón.

Conclusiones

La diversidad de género es más visible en la sociedad, cada vez más jóvenes acuden a la consulta del médico de familia a solicitar información sobre posibles tratamientos así como apoyo a la hora de comenzar el tránsito social. La atención que el médico de familia debe ofrecer a las personas trans debe basarse en el respeto, atención personalizada, facilitando acceso a tratamiento (si lo desea), atención a la familia facilitando el contacto con grupos en similares circunstancias. El médico de familia es fundamental en el acompañamiento y seguimiento del proceso y en la comunicación y cooperación con las unidades especializadas.

Palabras clave

Transexualidad, Acompañamiento, Tránsito

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Útero miomatoso en consulta de atención primaria. A propósito de un caso

Góngora Martín L¹, Alonso García F², Ramos Martín J³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

² Médico de Familia. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

³ MIR 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas del Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria.

Motivos de consulta

Metrorragia y dolor en hipogastrio.

Historia clínica

Mujer de 50 años, nulípara, que acude a consulta de atención primaria por metrorragia y dolor en hipogastrio de varias semanas de evolución. No fiebre. No disuria, ni alteraciones en el hábito intestinal.

Enfoque individual: La paciente es diabética e hipertensa. A la exploración abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación principalmente en hipogastrio, con Blumberg y Murphy negativo activo. Peristalsis normal. Tacto rectal sin sangre ni moco.

Exploración ginecológica: inspección de genitales externos adecuados para su edad y sexo, exploración bimanual dolorosa con útero con forma irregular, y el tacto vaginal con restos escasos de sangre marrón oscura.

Antecedentes Ginecoobstétricos: menarquia a los 9 años de edad, inicio de vida sexual a los 17 años, con una sola pareja sexual, ritmo regular de los ciclos 28x7, desde hace varias semanas metrorragia, algunos coágulos. Nulípara. Método de planificación familiar: preservativo. Anteriormente utilizó anticonceptivos orales combinados. FUM: hace 20 días.

Procedemos a realizarle en el CS una ecografía abdominal en la que observamos: Hígado, vesícula y vía biliar, estómago, páncreas, bazo y riñones sin hallazgos patológicos de interés.

Vejiga con contenido líquido en su interior, sin otros hallazgos. Útero aumentado de tamaño con paredes engrosadas por cuatro miomas intramurales de aproximadamente tres centímetros de diámetro cada uno, que deforman la cavidad, y que se visualizan como masas nodulares bien definidas, hipocogénicas y homogéneas, sin sangrado activo. Sin líquido libre en cavidad.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Miomas uterinos.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a consulta de Ginecología en Hospital de referencia para pruebas complementarias si precisa y ofrecer posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico.

Evolución: Se decide derivar a Ginecología para pruebas complementarios.

Conclusiones

La identificación de miomas uterinos sintomáticos en atención primaria por medio de ecografía abdominal nos permite poder realizar un diagnóstico diferencial precoz con aquellas otras patologías ginecológicas que requieran de una actuación más urgente como el cáncer endometrial en postmenopáusicas o detectar posibles complicaciones graves de estos miomas (compresión de estructuras vecinas, sangrados importantes, etc). Adelantando así el diagnóstico y tratamiento de estas mujeres.

Palabras clave

Myoma, Metrorrhagia, Ultrasound

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Varón de 30 años que consulta por dolor muscular y edematización de miembros superiores, tras ejercicio físico intenso

Lorite Ruíz C¹, Lendínez Sánchez S², González Gallardo L²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Dolor muscular, debilidad y edematización de miembros superiores de 48 horas de evolución.

Historia clínica

Paciente que consulta por dolor muscular, debilidad y edematización de miembros superiores de 48 horas de evolución, en relación con sobreesfuerzo mecánico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin interés.

Anamnesis: Varón de 30 años, sin hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, consulta por dolor muscular en ambos brazos, más intenso en el derecho, con debilidad y edematización de los mismos de 48 horas de evolución. A su llegada a urgencias, también refiere parestesias en la mano derecha. No presenta recorte de diuresis ni coloración anormal en la orina. Nos comenta que hace 4 días, retomó la actividad física en el gimnasio y estuvo realizando ejercicio físico de alta intensidad durante 3 horas.

Exploración: Estable hemodinámicamente, afebril. Buen estado general. Piel bien hidratada, perfundida, y normocoloreada. Eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria y abdominal normal. Exploración músculo-tendinosa: Edema y tumefacción con empastamiento en brazo derecho y pectoral del mismo lado. Aumento de temperatura local y dolor a la palpación. No datos de trombosis venosa profunda. Pulsos presentes y simétricos. No alteración sensitiva ni de fuerza.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: Leucocitos 6.74, Hemoglobina 164,

Plaquetas 190000. Bioquímica: creatinina 0.72, CK 95387, Na 143, K 4.5. Coagulación: Actividad de Protrombina 92 %, Dímero D 1598. Eco-Doppler Venoso de miembro superior y ecografía tejidos blandos: No hay datos que indiquen trombosis venosa profunda de ambos miembros superiores. Engrosamiento significativo de grupos musculares. En el lado derecho se afecta más bíceps, braquial y braquiorradial y en lado izquierdo más braquial, braquiorradial, pectoral y dorsal ancho. Preservación de tríceps. Pequeñas láminas de líquido en fascias. El edema muscular es significativo, valorar rhabdomiólisis. Gasometría venosa: pH 7.4, Cr 0.6. HCO₃ 24.4. Sistemático de orina: pH 6.5, Eritrocitos +++.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa I. Constitución (etapa prefilial).

Juicio clínico: Rhabdomiólisis.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis, síndrome compartimental.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso hospitalario, instaurando hidratación abundante con suero fisiológico intravenoso, controlando función renal e iones.

Evolución: Buenas diuresis, normoconstante, función renal normal. Alta hospitalaria en siete días.

Conclusiones

Controles analíticos periódicos de CPK y transaminasas hasta la normalización de los mismos.

Palabras clave

Musculoskeletal Disease, Rhabdomyolysis, Myoglobinuria

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Diagnóstico de trastorno facticio

Borrallo Herrero M¹, Ramo Toro M², Ruíz Ruíz M³

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

² Médico de Familia. Granada

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

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Crisis epiléptica.

Historia clínica

Mujer de 20 años, con antecedentes personales de epilepsia, asma mal controlada y prótesis de cadera.

Enfoque individual: Traslado temporal de Granada, en los días previos ha sufrido episodios de crisis convulsiva pese adherencia al tratamiento, sin transgresiones del sueño, alimentación ni consumo de sustancias tóxicas. Además, presenta aumento de tos y expectoración. Consciente y orientada, eupneica en reposo, mala higiene personal. lesiones en ambos brazos escoriativas. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular rudo. Se cita en 3 días. Al salir de consulta, presenta una crisis consistente en pérdida de tono muscular, desviación de cabeza, movimientos de flexión en pies y manos y parpadeo, con recuperación completa de consciencia. Tras estabilización, es trasladada a Urgencias comprobándose niveles de ácido valproico normales, ingresa en Neurología.

Enfoque familiar y comunitario: Se estudia su historia clínica, comprobándose que en el año previo había acudido en 124 ocasiones a diferentes servicios de urgencias siendo su

motivo de demanda crisis asmáticas y convulsivas. En Neurología se realiza TAC craneal sin hallazgos patológicos. La citamos para seguimiento, planificación familiar exponiéndole el riesgo de quedar embarazada por el tratamiento con ácido valproico y se indagan problemas familiares y sociales. Rechaza derivación a ESM.

Juicio clínico: Pseudocrisis comiciales/trastorno facticio o síndrome de Munchausen.

Tratamiento, planes de actuación: Citas programadas cada 15 días.

Evolución: Asiste de manera irregular a consulta y persisten consultas en servicios de urgencias por los mismos motivos. Nuevo traslado de provincia.

Conclusiones

En Atención Primaria nos encontramos ante el gran reto de realizar el diagnóstico y seguimiento de pacientes con trastornos por somatización o trastornos facticios. Tenemos que intentar entablar una relación de confianza con el paciente y realizar un seguimiento muy estrecho, explicar bien los síntomas y establecer objetivos a corto plazo.

Palabras clave

Trastorno Facticio, Atención al Adolescente, Atención Primaria

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Infarto esplénico masivo debido a síndrome antifosfolípidos: principal causa artritis reumatoide

Barba Lobato C¹, Maqueda Pedrosa D¹, Silva Santos M²

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Hospital (Urgencias, Medicina Interna).

Motivos de consulta

Dolor en hipocondrio izquierdo.

Historia clínica

Acude a consulta una mujer de 75 años por presentar dolor intenso en hipocondrio izquierdo irradiado a fosa renal izquierda de tres días de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a Ciprofloxacino y Ácido Fólico. Hipertensión Arterial, Artritis Reumatoide. Abortos de repetición. Trombosis Venosa Profunda que presentó durante un embarazo.

Anamnesis: No refiere fiebre, ni sintomatología miccional asociadas a dolor abdominal. No clínica de vómitos ni alteraciones en el hábito intestinal. El día previo había consultado por dicho motivo diagnosticándose de Cólico Nefrítico. Al no controlar el dolor en CS se deriva a urgencias Hospital para completar estudio

Exploración: Peso 60 Kg. Buen estado general. Afectada por dolor, estable hemodinámicamente. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo. Presentaba puño percusión renal izquierda positiva. Auscultación normal.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Urocultivo negativo activo. Electrocardiograma normal. Anticuerpo IgM antifosfolípido positivo, anticoagulante lúpico negativo activo. TAC Abdomen: Infarto esplénico masivo. Cardiomegalia global. Angio

TAC defecto repleción distal de arteria esplénica causando un infarto masivo del bazo. Ecocardiograma: Cardiopatía hipertensiva con Fracción de Eyección Ventricular conservada.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, vive actualmente con su marido. Padre fallecido por Infarto de miocardio a los 80 años. Madre muerta de Tifus.

Juicio clínico: Infarto esplénico masivo por trombosis de arteria esplénica en probable relación con síndrome antifosfolípidos secundario a Artritis Reumatoide.

Diagnóstico diferencial: Cólico nefrítico, Diverticulitis, lumbalgia. Principal problema: Clínica compatible con cólico renal. No diagnóstico previo de Síndrome Antifosfolípido.

Tratamiento, planes de actuación: Cirugía descarta intervención urgente. Dada la buena evolución se decide actitud conservadora con heparina de bajo molecular

Evolución: Buena evolución. Mantiene tratamiento con metrotexate y anticoagulación de forma indefinida.

Conclusiones

El Síndrome antifosfolípidos es un estado autoinmunitario de hipercoagulabilidad. Una de las principales manifestaciones son los abortos espontáneos. En este caso la paciente no había sido estudiada. A partir de este episodio de Trombosis la paciente inicia tratamiento anticoagulante de forma indefinida para evitar recidivas.

Palabras clave

Infarto, Antifosfolípidos, Anticoagulación

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Diseción arteria carotidea interna: motivo traumatismo

Barba Lobato C¹, Maqueda Pedrosa D¹, Silva Santos M²

¹ Médico de Familia. CS Mairena del Alcor. Sevilla

² Médico de Familia. CS Cantillana. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias. Hospital.

Motivos de consulta

Cefalea, vómitos, mareos.

Historia clínica

Paciente de 33 años que acude a urgencias del CS acompañado de sus familiares por presentar desde hace unas horas malestar general, Vómitos, inestabilidad, aturdimiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: Refiere que por la mañana había estado jugando al fútbol y había recibido un golpe con un balón en la frente, leve aturdimiento sin pérdida de conocimiento con recuperación espontánea. No había presentado fiebre pero sí síntomas catarrales en días previos. Ante signos de exploración y clínica se traslada a urgencias Hospital.

Exploración: Peso 70 Kg. Regular estado general. Puntuación en escala Glasgow 12/15. Somnoliento. Temperatura 37°C. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen normal.

Pruebas complementarias: analítica: Hemograma, Bioquímica y coagulación normales. TAC cráneo: compatible con un infarto agudo extenso en el territorio de la Arteria Cerebral Media derecha con trombosis extensa de la misma. Arteriografía cerebral: Imagen de diseción de Arteria Carotidea Interna derecha con oclusión distal e imagen de trombo que ocupa toda la carótida supraclinoidea.

Enfoque familiar y comunitario: Casado sin hijos. Madre con enfermedad de Parkinson. Padre con Antecedente de Cáncer de Colon. Hermana sana de 23 años.

Juicio clínico: Infarto extenso en territorio de Arteria Cerebral Media derecha secundario a diseción de Arteria Carotidea Interna derecha.

Diagnóstico diferencial: Patología por Calor, Meningitis.

Principal problema: Las manifestaciones clínicas no aparecieron de forma inmediata al golpe. Síntomas compatibles con otras patologías

Tratamiento, planes de actuación: Hemicranectomía descompresiva precoz derecha en las primeras 24 horas.

Evolución: Muy mala evolución. Disminución del nivel de conciencia. Inducción a coma farmacológico con terapia barbitúrica. Durante su estancia en Unidad de Cuidado Intensivos sufrió cuadro de sepsis grave de origen respiratorio. Finalmente muerte encefálica con posterior desenlace de EXITUS.

Conclusiones

Desde nuestra Atención en Urgencias tenemos que tener presentes todas las causas que pueden producir la situación clínica del paciente. Valorar la gravedad, iniciar tratamiento y acciones terapéuticas. Así como, activar todos los recursos disponibles para garantizar un traslado adecuado y óptimo del paciente a un medio hospitalario.

Palabras clave

Diseción, Carótida, Traumatismo

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Me despiden por ser madre

Chamorro Castillo M¹, Sáez Gallegos M¹, Sánchez Torres E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

² Médico de Familia. CS El Campello. Alicante.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad.

Historia clínica

Mujer de 36 años que acude a Urgencias de Atención Primaria por estado de ansiedad acompañado de llanto y taquicardia. Refiere haber tenido una discusión con su jefe en el trabajo, debido a que por problemas personales necesita un cambio de turno para compatibilizar el cuidado de su bebé con el trabajo; su jefe ante esta petición, ha amenazado con despedirla.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales de interés. Buen estado general, consciente y orientada. Taquicárdica. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos. Murmullo conservado. Abdomen blando sin masas ni megalias. ECG en ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar en Extensión II (nacimiento de primer hijo). Familia nuclear simple, hijo menor de 12 meses. Padre de familia, de baja laboral por enfermedad crónica, pendiente de tribunal médico.

Juicio clínico: Trastorno ansioso-depresivo.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, depresión, arritmia.

Identificación de problemas: La desesperación de la paciente ante la situación de desprotección que sufre en el trabajo es lo que la anima a acudir a urgencias del CS lo que nos facilita ser conscientes de su problema y así hacer saber a la paciente que como médicos de familia podemos ayudarla a sobrellevar la situación.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra alprazolam en Urgencias y se programan citas con su Médico de Atención Primaria.

Evolución: Durante las sucesivas citas con su médico la paciente cuenta la problemática que le supone conciliar vida familiar y laboral de acuerdo al abuso de poder de su jefe, que sigue amenazándola con el despido. Actualmente, la paciente se encuentra de baja laboral, en tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos y con citas programadas en atención primaria.

Conclusiones

Actualmente, son muchos los problemas que atendemos en atención primaria cuyo origen principal no es la enfermedad orgánica como tal, sino que su base está en problemas socio-económico-familiares; como en este caso, el problema de la incorporación de la mujer al mundo laboral después de ser madre. Destacamos nuestro papel como médico de atención familiar y comunitaria en el abordaje psicológico y sintomático, para controlar las crisis de ansiedad, como con esta paciente.

Palabras clave

Ansiedad, Laboral, Mujer

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

La familia. Intervención sobre una familia pluripatología y la importancia de la red social. Análisis del apoyo social y familiar. Prevención de la claudicación del cuidador principal

Boullosa Pérez I¹, Castillo Martín C², Belalia El Beriri L²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. HGB Santa Ana. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Centro. HGB Santa Ana. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Consulta rutinaria.

Historia clínica

Detectamos indicios de claudicación familiar en lecho familiar compuesto por tres hermanos que conviven en el mismo hogar. Dos de los integrantes de la familia tienen problemas de salud por lo que todo el peso de la carga familiar recae sobre una persona pero, ¿cuanto más iba a aguantar?

Enfoque individual. Antecedentes personales: enfermedad de Crohn y osteoporosis grave.

Anamnesis: paciente de 62 años de edad que desde el fallecimiento de su madre se vuelca extenuadamente en el cuidado de sus hermanos, ambos con patologías importantes, manteniendo la homeostasis del sistema familiar y protegiendo el entorno a pesar de los problemas socio-económicos.

Exploración: Exploración por aparato y sistemas anodina.

Enfoque familiar y comunitario: La estructura familiar que hoy en día presentan es un equivalente familiar, los tres hermanos conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional. Ninguno ha podido tener una familia de procreación propia. Red social informal de alta densidad. Acontecimientos vitales estresantes: muerte de

su progenitora, cáncer de mama de la hermana menor y alcoholismo del hermano mayor.

Juicio clínico: Sobrecarga familiar, provoca la aparición de un cuidador exhausto con el consiguiente peligro de una claudicación del lecho familiar.

Tratamiento, planes de actuación: Realizamos sucesivas visitas domiciliarias así como entrevistas en la consulta realizando apoyo y asesoramiento de manera multidisciplinar para evitar la claudicación familiar. Ayudamos a frenar la tendencia al aislamiento del cuidador y a poner límites a los cuidados.

Evolución: La cuidadora sigue llevando la responsabilidad de su casa y del cuidado de sus hermanos, sin embargo ahora tiene claro la importancia del autocuidado.

Conclusiones

La dedicación exclusiva de los cuidadores conlleva un sobreesfuerzo físico y mental de considerables proporciones, que altera sus vidas en el aspecto emocional, laboral y social. Muchos de estos cuidadores exhaustos no piden ayuda porque "ellos tienen que poder con todo".... y ahí es donde desde nuestra atención integral de calidad debemos actuar y ayudarles, ayudarles a pedir ayuda, a liberarlos de parte de la carga de cuidados, a distribuir las responsabilidades del cuidado y a garantizar su autocuidado.

Palabras clave

Cuidador (Carer), Familia (Family)

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Reacción pancreática de enterocolitis por *Salmonella* enteritidis

Pimentel Quezada Y¹, Guzmán Regalado M², Cabrera Colmenero I³

¹ Médico EBAP. CS Martos. Jaén

² Médico de Familia. DA Zona Básica Estepona. Málaga

³ Enfermero de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Fiebre y diarrea.

Historia clínica

No antecedentes mórbidos conocidos.

Enfoque individual: acude al CS adolescente mujer de 14 años de edad con historia de fiebre de 4 horas de evolución de pico febril máximo 38 °C, dolor abdominal tipo cólico de predominio a nivel de epigastrio, náuseas, vómitos alimentarios y deposiciones diarreicas (20-30 verdosas diarias).

Exploración: Regular estado general, Normocoloreada y normohidratada. Consciente y orientada. Eupneica. ACR: tonos rítmicos, no soplos ni roces audibles. MVC, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación profunda en epigastrio, peristalsis aumentada. No signos de irritación peritoneal. Afebril. TA: 120/70 mm/hg. satO₂: 98% FC: 80 lpm.

Pruebas complementarias: Hematimetría: leucos 10.380 (93.8%N, 3.40 L, 2.40%M) Hematíes 5.340.000; Hb: 14.5; Hcto: 45; VCM 84.3; Plaquetas 245.000 Coagulación Actividad protrombina 44% Bioquímica Potasio 2.8, amilasa 102, lipasa 1300, PCR 143 Coprocultivo en proceso.

Enfoque familiar y comunitario: Acude acompañada de su madre y su padre que presentan misma sintomatología, refieren que hace 24 horas aproximadas consumo de huevos rellenos con mahonesa casera realizadas por su madre. No otros casos en la comunidad.

Juicio clínico: Enterocolitis por *Salmonella* enteritidis. Reacción pancreática asintomática. Hipopotasemia por pérdidas digestivas.

Diagnóstico diferencial: diarreas de origen infeccioso, diverticulitis, apendicitis, enfermedad intestinal inflamatoria. Identificación de problemas. Descartar toxiinfección alimentaria, en caso de sospecharla, es de declaración obligatoria, urgente e individualizada.

Tratamiento: Suero de rehidratación oral, antitérmicos, analgésicos.

Planes de actuación: Observación domiciliaria, lavarse las manos frecuentemente, información de nuevos casos.

Evolución: Tras 24 horas en domicilio, la hija, la madre y el padre no presentan mejoría, aumentando el número de deposiciones diarreicas y no disminuyendo la fiebre. Se deriva para ingreso hospitalario se realiza coprocultivo, inician hidratación endovenosa y reposición electrolítica, antibioterapia empírica con ceftriaxona. Al 5to día del ingreso se confirma *Salmonella* enteritidis en coprocultivo (resistente a ampicilina). Presenta menos deposiciones, no continua la fiebre. Se decide alta hospitalaria y seguimiento por médico de atención primaria de niveles de enzimas pancreáticas; actualmente en descenso.

Conclusiones

Identificar los diagnósticos diferenciales de la gastroenteritis aguda. Conocer la asociación de pancreatitis aguda e infección por *Salmonella*.

Palabras clave

Salmonella Enterica, Pancreatitis

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Detrás de un útero con múltiples miomas

Lendínez Sánchez S¹, Lorite Ruíz C², Barreno Benítez P²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. 1CS Puerta de Madrid. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

Ámbito del caso

Área de urgencias y otra atención especializada.

Motivos de consulta

Disnea en paciente con enfermedad cardíaca crónica de meses de evolución.

Historia clínica

Paciente de 86 años que consulta por disnea. En seguimiento por ginecología por miomas múltiples. Último TAC hace un año con LOE hepática sin filiar.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, DM 2, Sdme metabólico, Cardiopatía isquémica. FA paroxística. Retinopatía diabética. Miomas uterinos. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: Paciente de 86 años que consulta por disnea a mínimos esfuerzos de meses de evolución. Sin tos. Sin ortopnea. Con DPN. Niega edemas en MMII. Sin recorte de diuresis. Niega dolor torácico ni palpitations. Sin nauseas ni vómitos. Niega pérdida de peso ni de apetito. Afebril.

En estudio por ginecología por útero con múltiples miomas. RMN Julio '17: Útero aumentado de tamaño a expensas de varios miomas confluentes. Dudosa LOE hepática en segmento VII.

Exploración física: Sat O₂: 95%. TA 133/ 67 mmHg. T^a 36, 6°C. FC 94 lpm. BEG. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio. ACP: tonos arrítmicos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. MMII: sin edemas ni fóvea. Abdomen: masa en región hipogástrica de gran tamaño, consistencia dura. Doloroso a la palpación.

Pruebas complementarias: RX tórax: imágenes nodulares en ambos campos pulmonares. Hemograma: 17100 leucos (N 84%), Hb 10, 4, Hto 33, 0%, 425000 plaquetas. BQ^a: Cr 0, 59. GSA: pH 7, 49, pO₂ 79, 0, pCO₂ 33, 0, Sat O₂ 94%.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa VIII.

Juicio clínico: Metástasis pulmonar secundario a Ca. ovario.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia respiratoria. Miomas uterinos.

Desarrollo: Valorada por digestivo, ginecología y medicina interna. Se ha optado por tratamiento paliativo. Prevalecen las medidas de confort para la paciente.

Identificación de problemas: Necesidad de pruebas diagnósticas para orientar el diagnóstico en una paciente aparentemente no oncológica. Realizar correctamente una anamnesis para filiar la disnea inicial.

Tratamiento, planes de actuación: Paliativo.

Evolución: La paciente está viva, en tratamiento paliativo. Sin dolor en la actualidad.

Conclusiones

La importancia de una buena anamnesis además de una adecuada exploración. El uso razonado de pruebas complementarias.

Palabras clave

Metástasis Pulmonar, Metástasis en Suelta de Globos, Miomas Uterinos

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Una causa de hipertensión poco esperada

Salazar Bruque I¹, Doulatram Gamgaram V², Justicia Gómez L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. S de 4º año de Endocrinología y Nutrición. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipertensión no controlada en el embarazo.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta de segundo trimestre de embarazo por encontrarse en 18+3 sg. La paciente refiere llevar unos días con cefalea que no mejora a pesar de tratamiento con paracetamol. Asegura buena adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Enfoque individual: mujer, 37 años. No alergias conocidas.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial diagnosticada a los 32 años, bien controlada con Olmesartan40mg/HCTZ25mg, Hipercolesterolemia, Tromboflebitis de miembro superior izquierdo durante gestación previa. Antecedentes gineco-obstétricos: G4A2PN1. Ecografía, analítica de sangre y urocultivo del primer trimestres normales con bajo riesgo de cromosomopatía. Flujo arterias uterinas normales. Tratamiento habitual: Labetalol150mg/8h.

Exploración física: Talla165cm, Peso70kg, IMC25'71. TA: 170/95mmHg.FC80lpm. A su llegada, buen estado general, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar: rítmica y regular, Murmullo vesicular conservado. No se auscultan ruidos patológicos. Miembros inferiores: Sin edemas, no signos TVP.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido y su hija.

Juicio clínico: Crisis hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: hipertensión crónica con preeclamsia sobreañadida, baja adherencia a tratamiento, causa orgánica causante de no control de TA.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es derivada a urgencias del Hospital Materno-Infantil para control de tensión.

Evolución: Ingresada en Hospital Materno-Infantil por elevadas cifras de TA y no control de los mismas. Se pone tratamiento con Labetalol150mg/8h, Metildopa500/8h, Nifedipino30mg/24h e Hidralazina25mg de rescate con lo que no terminan de controlarse. Se hace interconsulta con servicio de Endocrinología que solicitan analítica de sangre con perfil tiroideo, corticotropo, estudio de SAF, metanefrinas en orina de 24 horas, eco-doppler renal y ecocardiografía. Resultado de metanefrinas en orina24h: 11258µg/24h, normetanefrina98µg/24h, norepinefrina2035µg/24h, epinefrina138µg/24h, Dopamina1590µg/24h. En ecografía en lugar teórico de glándula suprarrenal derecha se visualiza una masa sólida heterogénea de unos 59mm. No se realiza RM por claustrofobia. Se suspende metildopa y labetalol, se comienza con doxazosina 4mg/12h, según controles iniciar atenolol50mg1/2cp/12h y control tensional en decúbito y bipedestación. Se realiza comité multidisciplinar Ginecología-Cirugía General, se decide mantener tratamiento hasta el parto (cesárea en 34sg con RN sano con 2200gr por mal control tensional a pesar de tratamiento, se modifica doxazosina por fenoxibenzamina20mg/12h) y posterior suprarrenelectomía tras TAC de abdomen donde se observa imagen compatible con feocromocitoma. Se realiza suprarrenelectomía sin complicaciones inmediatas. Actualmente en seguimiento por Endocrinología con buen control tensional con atenolol50mg/24h. Pendiente de estudio genético de MEN-2, SDHB y SDHC.

Conclusiones

La importancia del control de la tensión arterial.

Palabras clave

Hypertension, Pheochromocytoma, Pregnancy

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Un herpes virus simple más llamativo de lo habitual

Salazar Bruque I¹, Franquelo Hidalgo B², Polo Torres E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Palma Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesión en pene.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta por aparición hace 2 días de lesión en pene. No refiere fiebre ni otros síntomas asociados.

Enfoque individual: Varón 28 años. No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: sin interés clínico. Tratamiento habitual: No

Exploración física: A su llegada, consciente y orientado, buen estado general, bien hidratado y perfundido. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: rítmica y regular, murmullo vesicular conservado. No se auscultan ruidos patológicos. Abdomen anodino. Genitales: Se observa ampolla no dolorosa en el cuerpo del pene de unos 3x3 cm junto con 5 lesiones satélites vesiculares de menor tamaño. A la palpación múltiples adenopatías bilaterales dolorosas a la palpación. No se observa secreción uretral ni por la lesión. Miembros inferiores: Sin edemas, no signos de TVP, pulpos distales conservados. No lesiones dermatológicas asociadas en resto del cuerpo. No otros síntomas asociados.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer y con su hija pequeña de 3 años. Al

preguntarle sobre relaciones sexuales de riesgo, el paciente informa que ha mantenido relaciones sin protección fuera de su matrimonio.

Juicio clínico: Infección de transmisión genital.

Diagnóstico diferencial: Herpes genital, Balanitis candidiásica, Haemophilus ducrey, Sífilis primaria, Molusco contagioso, Linfogranuloma venéreo.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la alta sospecha de Herpes genital, se pauta tratamiento con Aciclovir 400mg 1comprimido cada 8 horas. Se solicita analítica de sangre con serología de otras infecciones de transmisión sexual como VIH, sífilis, VHB, VHC, VHS1 y VHS2. Se deriva a consulta de Unidad de Promoción y Apoyo a la Salud.

Evolución: Resolución del problema con tratamiento con Aciclovir. Serología positiva Ac. Anti Herpes virus 1 IgG. Resto negativo activo.

Conclusiones

La importancia de preguntar sobre relaciones sexuales de riesgo y las múltiples formas clínicas que pueden presentar.

Palabras clave

Sexually Transmitted Diseases, Blister, Simplexvirus

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

El estrés familiar en pacientes paliativos: A propósito de un caso

Navarrete Martínez E¹, Silva Gil F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

² Médico de Familia. Tutor de Residentes. Consultorio Guadalcazar. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria. Domicilio.

Motivos de consulta

Valoración y seguimiento de paciente con sospecha de neoplasia pancreática y deterioro cognitivo.

Historia clínica

Acude a urgencias por ictericia de 5 días de evolución acompañada de coluria, acolia, náuseas y anorexia.

Enfoque individual: 87 años. Hipertensión. Diabetes mellitus tipo 2. Demencia mixta.

En *exploración:* a destacar ictericia franca mucocutánea. Abdomen normal. Analítica: bilirrubina: 9, 6mg/dl (directa: 8), enzimas hepáticas aumentadas por 5. Resto normal.

Ecografía abdominal: obstrucción biliar distal. Colección paravesicular. Colangio RM: valteración en el contorno medial de la cabeza pancreática que puede sugerir neoplasia a dicho nivel. CPRE con canulación fallida.

Enfoque familiar y comunitario: Deterioro cognitivo (Pfeiffer 7). Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel < 20). Vive con su marido de 89 años con enfermedad de Parkinson. 3 hijos: una hija que se presenta como cuidadora principal en primera valoración, que plantea situación estresante por intervención quirúrgica de uno de los hermanos. El tercer hijo vive en otra comunidad autónoma. Varios cuidadores formales y otros organizados por los hijos.

Juicio clínico: Ictericia obstructiva por lesión en cabeza pancreática. Situación de cuidados

paliativos. Falta de registro de Testamento Vital. Enfermedad de otro familiar como acontecimiento vital estresante añadido a esta situación.

Tratamiento, planes de actuación: Del paciente: Analgesia y ansiolíticos. Medidas de soporte.

De la familia: Información precisa de la evolución esperada, ofrecer disponibilidad y ayuda.

Evolución: Desde el inicio, dificultad para la vía oral, por lo que se rota a subcutánea y se entrena a la familia para la utilización de esta. Se presenta demanda de mayor analgesia, por parte de la hija, que nos llama la atención y ajustamos medicación, quedamos pendientes de ir a valorar. Paralelamente, se recibe visita del otro hijo (con mala relación) que al entrevistarnos nos confirma nuestra sospecha de desajuste emocional de la hija que interfiere en la percepción de síntomas y de tratamiento. Planteamos necesidad de otros cuidadores. Aparece el hermano intervenido que plantea serenidad y la objetividad en la atención con la madre que controla situación pese a evolución tórpida.

Conclusiones

La necesidad de reconocer que la unidad de tratamiento es el paciente y la familia en la patología terminal. La importancia del cuidador principal "adecuado" porque las vivencias de este cuidador pueden llevar a un uso incorrecto de la medicación.

Palabras clave

Paliativos,

Opioides

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Anemia en paciente senil

Dalouh I¹, Chamorro Castillo M², Sánchez Torres E³

¹ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS López Barneo. Jaén

³ Médico de Familia. CS El Campello. Alicante.

Ámbito del caso

Ámbito de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cansancio y palidez.

Historia clínica

Paciente de 94 años que acude a consulta acompañado de su hija alegando cansancio y palidez, niega sangrado refiere que ya no puede hacer actividades básicas que antes realizaba.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hta, hipertrofia prostática benigna.

Exploración física: destaca palidez de piel y mucosas, resto normal.

Analítica: descenso de la serie blanca roja y plaquetas, resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: ciclo familia en fase V de contracción, casado, convive con sus dos hijas que se encargan del cuidado.

Juicio clínico: pancitopenia severa en contexto de enfermedad leucemoide.

Diagnóstico diferencial: anemia ferropénica, enfermedad hepática severa, leucemia mieloide crónica.

Tratamiento, planes de actuación: Dada la edad y contexto familiar del paciente, se consensua con la familia no realizar estudio ni medidas invasivas para conocer origen de dicha pancitopenia se programan transfusiones sanguíneas de forma programada si anemia en rango transfusional en los controles analíticos rutinarios.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente, requiriendo una transfusión sanguínea, niega sangrado activo.

Conclusiones

El papel fundamental del médico de familia al intervenir y consensuar con la familia las diferentes medidas y abogar por la calidad del paciente así como el seguimiento del paciente.

Palabras clave

Anemia, Palidez, Pancitopenia

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Aviso UVI: Sospecha de convulsiones

Ortiz Méndez M¹, González Herrero C², Ferriz Bedmar M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares C. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias (UVI).

Motivos de consulta

Sospecha de convulsiones.

Historia clínica

Aviso, desde la Feria, por parte del equipo de Protección Civil, Donde una mujer de 32 años yace en el suelo con aparentes convulsiones.

Enfoque individual: mujer de 32 años que, estando en la Feria, es atendida en primer lugar por Protección Civil por cuadro de "convulsiones". Acudimos en UVI y encontramos a la mujer en el suelo, consciente, con sacudidas, taquipnéica y sensación de ahogo coincidiendo con unos episodios de aparente dolor agudo. Los familiares cuentan que bebe abundante alcohol, así como fumar tabaco pero el desencadenante ha sido la desaparición de su hija durante unos minutos. Dado la nula cooperación de la paciente, administramos Haloperidol y Midazolam vía intramuscular, para inmovilizarla y evitar posibles lesiones en su traslado. Realizamos ABCDE: Vía aérea despejada sin cuerpo extraño que lo obstruya. Taquipnea. Taquicardia sinusal. Consciente, orientada y muy agitada. Lesiones de arañazos en brazos y espalda. Pupilas normorreactivas. Durante el traslado, estado más relajada, señala que siente un dolor intenso en la zona de epigastrio y que se irradia en forma de cinturón hacia la espalda.

Enfoque familiar y comunitario: Valorando los múltiples factores etiológicos del posible

diagnóstico, hablamos con el que es actualmente su pareja y otros familiares, quienes comentan la ingesta de alcohol a cualquier hora del día. Dicen no haber presenciado anteriormente un cuadro similar como este, aunque si varios cuadros de ansiedad como el actual por el descuido de la hija.

Juicio clínico: Pancreatitis Aguda de posible etiología enólica.

Diagnóstico diferencial: Cuadro de pánico, Trastorno de Ansiedad, Intoxicación por estupefacientes.

Tratamiento, planes de actuación: Para poder inmovilizarla y trasladarla se administra Haloperidol y Midazolam 10ml i.m. Una vez en la ambulancia y sospechando posible Pancreatitis Aguda se le coge vía para Suero Salino Fisiológico con Metamizol.

Evolución: Paciente llega a urgencias hospitalarias con leve mejora del dolor abdominal y más tranquila. Queda en urgencias para valoración y precisar diagnóstico.

Conclusiones

Tener presente el enmascaramiento de patologías agudas, como la Pancreatitis agudas, que en un ambiente de consumos de tóxicos y situación de estrés, pueden retrasar el diagnóstico por pensar en cuadros psicóticos.

Palabras clave

Alcohol, Pancreatitis Aguda

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Pérdida de fuerza

Ortiz Méndez M¹, Nieto Espinar Y¹, Ferreiz Bedmar M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares C. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza de miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 45 años que tras darse un baño en la piscina nota dificultad para mover las piernas y cae al suelo.

Enfoque individual: paciente viene en sillas de ruedas acompañado por su hermano. Refiere que tras estar en su casa y dirigirse a la piscina nota debilidad de las piernas y cae al suelo sin acordarse de nada más. Esta desorientado, palidez de mucosas, dificultad para hablar (disartria), anisocoria izquierda con claudicación de miembro inferior derecho. Refiere haber dejado de beber desde hace tiempo pero tiene halitosis enólica.

Enfoque familiar y comunitario: El hermano está preocupado ya que tras la separación con la pareja ha perdido 20kg, bebe a diario y tiene cambios en el carácter.

Tras la exploración se decide activar el código ictus. En boxes se estabiliza y se realiza, analítica, gasometría, análisis de orina y TAC craneal.

Juicio clínico: Hemorragia Mesencefálica.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación alcohólica.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación al Hospital de Jaén e ingreso en UCI para seguimiento y estabilización.

Evolución: Paciente con desajustes de constantes vitales: hipotensión arterial, bradicardia y creatinina 16mg/dl.

Conclusiones

Prestar atención a los signos de la escala NIHSS, aunque no se cumplan en su totalidad y los factores ambientales/circunstanciales distorsionen el cuadro principal.

Palabras clave

Disartria, Anisocoria, Ictus

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Refiere parestesias

Expósito Díaz- Alvarez M¹; Gallardo Ramírez M², García Serrano C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Ámbito hospitalario (Urgencias).

Motivos de consulta

Parestesias y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho.

Historia clínica

Varón de 75 años de edad, que es derivado desde AP por presentar parestesias en hemicuerpo derecho, con episodios transitorios de pérdida de fuerza, que en el momento actual han remitido. No episodios similares previos.

Enfoque individual: enfermedades previas: dislipemia, Ca. Laringe (2013), HBP, hipotiroidismo. Tratamiento: simvastatina, Tamsolusina, Eutirox. Hábitos tóxicos: Ex-fumador 2-3 paq/día, desde 2013.

Exploración: Glasgow 15/15. COC, BEG. Normocoloreado. Afebril. TA 150/70. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AR: MVC. Neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares externos conservados, resto pares craneales normales. Fuerza, equilibrio y coordinación conservados. Moviliza 4 extremidades. No signos meníngeos.

Pruebas complementarias: EKG: Ritmo sinusal a 70 lpm, PR 0, 15, eje normal. No alteraciones en la repolarización. No criterios de HVI. No signos de isquemia aguda. Rx. Tórax: hiliis congestivos; sin otros hallazgos patológicos. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal. TAC cráneo: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Buen ámbito familiar y comunitario.

Juicio clínico: Accidente isquémico transitorio (AIT).

Diagnóstico diferencial: ictus establecido, neoplasia cerebral, aura de migraña, crisis postictal, hipoglucemia, síncope, amnesia global transitoria, cuadro confusional agudo, mononeuropatía, brotes de enfermedad desmielinizante, cuadro conversivo.

Tratamiento: Tratamiento AAS 100mg, atorvastatina 80 mg.

Plan de actuación: Ingreso en planta.

Evolución: Se completa estudio: Angio- TAC troncos supraaórticos: una extensa lesión ateromatosa de unos 8 mm de longitud en eje carotideo izquierdo, que estenosaba de forma concéntrica la luz de la arteria carótida interna izquierda en su segmento proximal. RMN craneal en difusión: lesión globo pálido izquierdo.

Conclusiones

Se trata de un episodio de disfunción neurológica causado por una isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas duran habitualmente menos de una hora y sin evidencia de infarto agudo. El AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica, principal causa de muerte tras un AIT. La evaluación correcta del AIT en nuestro medio queda garantizada con el paciente hospitalizado. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible mediante tres pilares: control de FRCV, tratamiento antitrombótico, terapia intervencionista.

Palabras clave

Transient Ischemic Attack

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Doctora, me han dado un balonazo jugando al fútbol

Expósito Díaz- Álvarez M¹, Marín Serrano I², Oualy Ayach Hadra G³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivos de consulta

Traumatismo en región genital y edemas.

Historia clínica

Varón de 14 años de edad, que acude a su CS tras recibir un balonazo en región genital, mientras jugaba al fútbol. Le realizan analítica de orina donde aparece hematuria, por lo que lo derivan al Servicio de Urgencias. También consulta por notar desde hace una semana edema periorbitario y en ambas piernas, recorte de la diuresis y astenia intensa. Los familiares comentan que ha ganado peso.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales de interés.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y normoperfundido, normocoloreado, eupneico en reposo, afebril. TA 140/95. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin defensa. Puño percusión renal bilateral negativo activa. Extremidades: edemas maleolares con fovea++/+++ . Genital: edema escrotal y peneano (no doloroso).

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma normal; coagulación normal; bioquímica: Proteínas totales 4, 6; urea 69; creatinina 0, 98; K+ 5, 1. Urianálisis: proteínas 5+; sangre 5+. Resto negativo activo. Radiografía de tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: Buen ámbito familiar y comunitario. Estudiante de secundaria.

Juicio clínico: Síndrome Nefrótico.

Diagnóstico diferencial: Secundarismos como colagenopatías (lupus eritosomatoso sistémico (LES), etc.) vasculitis (púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Wegener, panarteritis nodosa, etc.), amiloidosis, síndrome urémico hemolítico, nefropatía por VIH, diabetes mellitus, lúes congénita, entre otros.

Tratamiento: Tratamiento: Prednisona 60 mg/m²/día por 6 semanas seguido de prednisona 40 mg/m²/interdiario por 6 semanas.

Plan de actuación: derivación a Nefrología.

Evolución: Pendiente de evaluación por Nefrología.

Conclusiones

El síndrome nefrótico se caracteriza por: proteinuria masiva, hipoproteinemia, hiperlipidemia y edema. Consiste en un desorden de permeabilidad selectiva que puede ser primario (85-90%) o secundario (10-15%) en el contexto de una enfermedad sistémica. En niños la variedad más frecuente es aquella caracterizada por cambios histológicos mínimos en el glomérulo con el microscopio de luz: síndrome nefrótico a cambios mínimos y con respuesta a la corticoterapia o corticosensible. Se recomiendan controles semanales que incluye peso, talla, PA y determinación de proteinuria en orina de 24 horas, relación proteína/ creatinina. Debe completarse el seguimiento con parámetros bioquímicos como urea, creatinina, calcio, albúmina y colesterol. En el caso de uso de ciclofosfamida y clorambucil debe realizarse un recuento leucocitario periódico.

Palabras clave

Nephrotic

Syndrone

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Disuria en el varón

Real Campaña M¹, Gómez Rodríguez S², Valladares Jiménez C³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

³ Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre y disuria de 3 días de evolución.

Historia clínica

Varón de 36 años que refiere fiebre y disuria de 3 días de evolución, no dolor perineal. Acude a su MAP por dicha sintomatología pautando ciprofloxacino 500mg cada 12 horas. Ante persistencia de fiebre elevada (de hasta 39°C) con tiritonas y malestar general acude a Sº de Urgencias donde se comienza tratamiento antibiótico empírico y se ingresa a cargo de Enfermedades Infecciosas.

Enfoque individual: RAM: Pirazolonas.

Antecedentes personales: HTA. Infección por treponemia de cronología indeterminada en 2011 tratada con penicilina 3 dosis. ITUs de repetición de años de evolución. Orquioepididimitis hace 3 años que requirió intervención quirúrgica. VHB pasada.

Exploración: BEG, COC, eupneico en reposo, sudoroso aunque afebril. AC: Tonos rítmicos sin soplos. AP: MVc. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. PPR bilateral negativo activas. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Analítica al ingreso: Hemograma: Hb 16.90 g/dL, 10700 leucos con neutrofilia, Plt 94000, coagulación normal. Bq: Glucosa 118 mg/dL, Urea 36mg/dL, CR 1.5 mg/dL, Iones y enzimas hepáticas normales. PCR 24.49 mg/dL, Procalcitonina 26.58 ng/mL. Sistemático de orina: eritrocitos 25 cel/ul, nitritos negativo activos, leucocitos >500 cel/ul. Eco: RD y RI

normales, vejiga de media replección sin hallazgos. Testes isoecoicos. Urocultivo negativo activo. Hemocultivo: se aísla Staph saprophyticus. PSA 11.05. PCR Neisseria y Chlamydia negativo activas. Serología VIH negativo. Serología de treponema: resultados indicativos de infección pasada.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltero, vive con su madre. Buen soporte sociofamiliar.

Juicio clínico: Prostatitis aguda. Uretritis, ITU.

Tratamiento, planes de actuación: Ceftriaxona. Al alta seprtrin forte un comprimido c/12h por 3 semanas.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La prostatitis se refiere a un espectro de trastornos que van desde la inflamación infecciosa a la no infecciosa y a los síndromes de dolor crónico de la próstata. La mayoría de los casos de prostatitis bacteriana aguda se deben a uropatógenos. El diagnóstico de prostatitis bacteriana se basa clínicamente en el inicio agudo de: síntomas irritativos. Síntomas obstructivos. Fiebre. Próstata blanda y agrandada en el examen rectal digital. Dolor suprapúbico, perineal o genital. Considere una tinción de Gram en orina para guiar la terapia inicial. El PSA puede estar elevado pero es un hallazgo inespecífico. Las imágenes generalmente se reservan para la detección de un absceso o cuando hay signos de retención urinaria.

Palabras clave

Prostatitis

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Caídas de repetición. La importancia de la *Exploración neurológica*

Real Campaña M¹, Valladares Jiménez C², Gómez Rodríguez S³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

² Médico de Familia. SCCU Hospital Puerto Real. Cádiz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Caída accidental.

Historia clínica

Paciente varón de 64 años que acude traído por el DCCU por haber resbalado y caído al suelo accidentalmente, golpeándose la rodilla derecha (presenta erosiones superficiales a dicho nivel), sin TCE ni traumatismos a otros niveles, tampoco pérdida de consciencia según cuenta. Al parecer, sufrió una caída similar hace 1-2 semanas, a la que no le dio importancia ni consultó por ello.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con 2 fármacos y con retinopatía hipertensiva. Hipercolesterolemia en tratamiento. Episodio de FA en 2012 que se revirtió con amiodarona en tratamiento con betabloqueante desde entonces. Meningitis a los 6 años. TBC resuelta. Enfisema bulloso.

Exploración: BEG. NHPC. Eupneico. AC: Rítmico sin soplos. AP: MV levemente disminuido con roncus dispersos. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias. No signos de peritonismo. EEII normal. *Exploración neurológica:* No disimetría. Ataxia con aumento de la base de sustentación prácticamente imposible sin ayuda.

Analítica: Leucocitos 5850 con neutrofilia. Plt 129000, PTTA 46.2 seg, TPT 16.3 seg, INR 1.46.

Glu 115 mg/dL, Urea 36mg/dL, Cr 1.4 mg/dL. PCR 3.73 mg/dL. EKG: Sinusal a 80 lpm. Eje 0°. PR 0.20, QRS estrecho. BIRDDH, HARI. Tc de cráneo sin contraste: Marcada hidrocefalia afectando a ventrículos laterales y tercer ventrículo..RMN de cráneo: Hidrocefalia con dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo y discreto edema transependimario. Asimetrías de ángulos pontocerebelosos, probablemente como variante normal. Sinusopatía. Doppler TSA: Engrosamiento del complejo miointimal, sin otras alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo. Vive con su hermano. Buen apoyo sociofamiliar.

Juicio clínico: Hidrocefalia triventricular crónica.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de cirugía.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Las características clínicas de la hidrocefalia están influenciadas por la edad del paciente, la causa de la hidrocefalia, la ubicación de la obstrucción, su duración y su rapidez de aparición. Síntomas: cefalea, vómitos, debilidad de miembros, ataxia.

Palabras clave

Hidrocefalia

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Doctor, qué mareo

Gracia Baena I¹, Párraga Vico B¹, Sánchez de León Cabrera M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomelloso II. Ciudad Real

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas de San Juan. Alcázar de San Juan. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Varón de 84 años que acude a urgencias por presentar sensación de malestar y debilidad con mareo sin giro de objetos ni pérdida de conocimiento, objetivándose en electrocardiograma BAV (bloqueo auriculoventricular de tercer grado) (2: 1)

Enfoque individual: varón de 84 años sin alergias conocidas, hipertenso, dislipémico con carcinoma baso celular palpebral izquierdo hace 10 años, en tratamiento habitual simvastatina, enalapril, diazepam, Omeprazol, molicam, Amitriptilina.

Exploración: Paciente con buen estado general consciente orientado normocoloreado y normoperfundido, Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos regulares no soplos murmullo vesicular conservado sin ruidos. Extremidades: pulsos radiales y pedios presentes no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Neurológica: sin focalidad.

Pruebas complementarias: Analítica anodina, radiografía de tórax: índice cardiorácico dentro de la normalidad, leve elongación de aortica, sin infiltrados. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 39 latidos por minutos, eje

izquierdo con hemibloqueo anterior de rama izquierda, bloqueo completo de rama derecha y bloqueo 2: 1 completo.

Enfoque familiar y comunitario: casado, cuidador principal, buen estado general.

Diagnóstico diferencial: con otros bloqueos auriculoventricular, vértigo periférico, anemia, infarto de miocardio, fármacos.

Juicio clínico: bloqueo auriculoventricular de tercer grado.

Tratamiento, planes de actuación: En urgencias se inició la perfusión de isoproterenol, se retira Amitriptilina y tras mantener hallazgos electrocardiográficos se realizó implante de marcapasos definitivo.

Evolución: Tras 24 horas del implante se realiza radiografía de control y se revisa el dispositivo, dada la buena evolución clínica se decide alta.

Conclusiones

Destacar de este caso la importancia de una buena formación en lectura de electrocardiografía, ya que siendo una técnica eficiente nos puede llevar al Diagnóstico definitivo.

Palabras clave

Heartblock, Cardiovascular Diseases

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Emergencia hipertensiva: a propósito de un caso

Gómez Rodríguez S¹, Real Campaña M², Correa Gómez V³

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

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

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

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias del CS por dolor lumbar irradiado a zona anterior del abdomen de unas horas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hábitos tóxicos: fumador de 7 cigarrillos/día. Enfermedades de interés: dudosa hipertensión arterial sin tratamiento.

Anamnesis: Paciente varón de 50 años que acude al urgencias del CS por dolor lumbar, irradiado hacia flanco y epigastrio de unas horas de evolución.

Exploración: Tensión arterial: 190/120. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: impresiona de masa pulsátil en flanco derecho, no se auscultan soplos. Resto de la exploración: normal. Se contacta con el 061 y se traslada al hospital.

Pruebas complementarias: ECG (realizado en el CS): hemibloqueo anterior izquierdo. Ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones del ST ni de la repolarización. Analítica: sin hallazgos relevantes. Radiografía de tórax: sin alteraciones visibles. TAC abdomen conclusiones: disección de aorta torácica descendente tipo B de Stanford, con flap intimal que muestra una discontinuidad a pocos centímetros del hiato esofágico, no observándose dilataciones aneurismáticas y

apreciándose trombosis parcial de la luz falsa. Se contacta con cirugía torácica quienes nos comentan que no tiene indicación quirúrgica actual y se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con un nivel cultural medio, casado. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Disección aórtica descendente tipo B de Stanford, emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: angina inestable, reflujo gastroesofágico, costocondritis.

Identificación de problemas: detectar que es una emergencia hipertensiva.

Tratamiento: desde el CS se pautan tratamiento para control de la hipertensión.

Plan de actuación: seguimiento desde el CS tras el alta controlando los factores de riesgo cardiovascular y ayudándole para abandonar el hábito tabáquico.

Evolución: Evoluciona favorablemente. Se da de alta con cita en cirugía cardíaca.

Conclusiones

La disección aórtica es la forma más frecuente y grave del síndrome aórtico agudo consiste en un proceso agudo de la pared de la aorta que cursa con debilitamiento de la capa media y que condiciona riesgo de rotura aórtica.

Palabras clave

Aneurisma Disecante, Hipertensión

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dolor torácico: a propósito de un caso

Gómez Rodríguez S¹, Real Campaña M², Correa Gómez V³

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

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

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

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor centro torácico.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias del CS por dolor centro torácico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Prótesis aortoiliaca por aneurisma. Tratamiento: aspirina 100 mg.

Anamnesis: Varón de 54 años que acude al CS por dolor centro torácico opresivo que se había iniciado desde la madrugada. Se inició con dolor en garganta. Asociado a cortejo vegetativo.

Exploración: Paciente con regular estado general. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos lentos, sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación bilateral con crepitantes basales. Abdomen: normal. Extremidades: pulsos radiales débiles bilateral.

Pruebas complementarias: ECG: bloqueo auricular completo con elevación del ST en II, III, AVF y descenso de ST en AVL y V2. Analítica: creatinina 1,6 mg/dl, CPK 1011 U/L, Troponina cardíaca 29 ng/ml. 19510 leucocitos con 74% neutrófilos. Resto normal. Se traslada al Hospital en ambulancia contactando con UCI quienes realizan: Ecocardiograma torácico: se aprecia ventrículo derecho aquinético. Ventrículo izquierdo con función deprimida. Coronariografía: oclusión de la coronaria derecha proximal con imagen de circulación colateral anómala. No se consigue sondaje de la

misma por lo que no se puede revascularizar. TAC y angioTAC de aorta toracoabdominal: hallazgos que pueden corresponder a una disección aórtica tipo A con trombosis de la luz falsa. Colección hemática en pericardio. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con trombo intramural. Prótesis aortoiliaca trombosada.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con nivel cultural bajo. Buen apoyo socio familiar.

Juicio clínico: SCACEST inferior, disección aórtica, shock cardiogénico.

Diagnóstico diferencial: costochondritis, reflujo gastroesofágico. *Identificación de problemas:* detectar que es una urgencia tiempo-dependiente.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra en el CS doble antiagregación y perfusión de nitroglicerina. En UCI se pauta noradrenalina para mantener la tensión y mórnicos para el ángor.

Evolución: Se le coloca un marcapasos transitorio. Sufre un episodio de fibrilación ventricular que sale al primer choque. No se consigue revascularización por morfología coronaria aberrante. Se traslada al servicio de cirugía cardíaca falleciendo tras la intervención.

Conclusiones

El médico de familia debe ser especialista en detectar las patologías que precisan una actuación urgente.

Palabras clave

Infarto, Aneurisma

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dolor y distensión abdominal: a propósito de un caso

Gómez Rodríguez S¹, Correa Gómez V², Real Campaña M³

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

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

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor y distensión abdominal.

Historia clínica

Paciente que acude por dolor abdominal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia a penicilina y betalactámicos. Exfumadora. Glaucoma crónico. Carcinoma transicional de bajo grado intervenido mediante RTU con posterior recidiva manteniendo seguimiento por urología.

Anamnesis: mujer de 65 años que acude por dolor abdominal de predominio en hipocondrio izquierdo desde hace un mes acompañado de pirosis, aerofagia, reflujo. Aumento progresivo de diámetro abdominal. Refiere estreñimiento y vómitos de aspecto bilioso.

Exploración: aceptable estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Abdomen: globuloso. Depresible. Timpánico en área central y matidez en flancos. Doloroso de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. Tránsito conservado. Analítica: serie plaquetar: 58000 plaquetas. 12290 leucocitos con 8910 neutrófilos. PCR 16. Resto normal. Sospechándose ascitis se deriva al hospital e ingresa a cargo de Medicina Interna, realizándose las siguientes pruebas: CA 19, 9: 255 U/ml. TAC toracoabdominal: ascitis moderada difusa, con aspecto trabeculado en el omento mayor sugestiva de carcinomatosis peritoneal. Vísceras abdominales sin alteraciones. Endoscopia digestiva: se aprecia a nivel de cardias una tumoración que disminuye la luz esofágica sin comprometer el paso del

endoscopio. Dicha lesión se extiende por cuerpo gástrico duodenal, ocupando 2/3 partes de la circunferencia. Biopsia compatible con adenocarcinoma gástrico de patrón difuso.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casada con buen apoyo socio familiar.

Juicio clínico: adenocarcinoma gástrico IV por afectación peritoneal.

Diagnóstico diferencial: reflujo gastroesofágico.

Identificación de problemas: detectar los signos de alarma y realizar una buena exploración física.

Tratamiento, planes de actuación: Al alta hospitalaria de Medicina interna se pauta: omeprazol, clexane y ondasetron. Es seguida por parte del Médico de familia durante el proceso realizándose ajustes de la medicación para control del dolor, náuseas, etc.

Evolución: Se ingresa en Medicina Interna diagnosticándose de cáncer gástrico con carcinomatosis peritoneal, dándose de alta tras diagnóstico y tratamiento a consultas de oncología.

Conclusiones

El médico de familia debe detectar los signos de alarma de las diferentes patologías y saber realizar una buena exploración física. En este caso que no fue subsidiario de tratamiento activo es importante su papel en el acompañamiento y control de síntomas.

Palabras clave

Neoplasias Gástricas, Ascitis, Dolor Abdominal

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Crisis convulsiva como expresión de síndrome hematológico

González Hernández F¹, Villalba Benavent C², Varo Muñoz A²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Convulsiones.

Historia clínica

Mujer joven, de 28 años, que comienza hace unas horas con episodio de crisis tónica parcial de miembro derecho superior e inferior, segundos después progresando a crisis compleja tónico-clónica con desconexión del medio de un minuto de duración, con recuperación post-ictal lenta, confusión, precisando Guedel y ventilación durante unos veinte minutos, cuando recupera del todo la consciencia. La paciente es vista en las urgencias de un CS, donde es derivada a las urgencias hospitalarias y es ingresada en Observación al ser la primera crisis documentada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Operada de Meningioma hace diez años. HTA. Obesidad. Retraso mental como secuela de la operación.

Exploración: Glasgow 14, Funciones superiores conservadas. Tendente al sueño. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales. No hay focalidad sensitivo-motora después del periodo post-ictal. Resto normal

Pruebas complementarias: Radiografía de Tórax: normal. Analítica: Destaca trombopenia aguda de 8000, coagulación normal. Luego se pidió LDH que arrojó un resultado de 1600. No hay leucocitosis ni leucopenia. Iones normales, creatinina 1.4. Frotis de sangre: presencia de abundantes esquistocitos. TC craneal: arrojó resultados normales.

Enfoque familiar y comunitario: Enfoque familiar: la paciente vive con su padre y madre, que le hacen de cuidadores las 24 horas. Por motivos de sus capacidades funcionales disminuidas la paciente poseía minusvalía y era dependiente parcial para ABVD. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: Púrpura trombótica trombocitopenia.

Diagnóstico diferencial: lesiones ocupantes de espacio cerebrales, síndrome epiléptico, pseudotrombopenia.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: corticoides intravenosos, ingreso en UCI y plasmaféresis.

Evolución: *Evolución:* la paciente pasó unas 24 horas en observación en el área de urgencias. Fue valorada mediante una interconsulta a Neurología, que atribuyeron el cuadro epiléptico a una secuela del meningioma operado y la trombopenia a una falsa trombopenia. Durante su observación la paciente fue empeorando el nivel de consciencia, con aparición de fiebre de 38 grados. Obtuvo una mejoría después de la aplicación de tratamiento específico.

Conclusiones

El caso en concreto pone en relevancia la importancia de descartar causas potencialmente mortales y que son susceptibles de tratamiento antes de poder atribuir los cuadros clínicos a causas funcionales.

Palabras clave

Thrombocytopenia, Seizures, Immune Thrombocytopenic Purpura

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Enteropatía por antihipertensivos

Delgado Osuna Á¹, Gómez Torrado R², Moral Morales A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS San Luis. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

hiperplasia de criptas y linfocitosis intraepitelial T difusa.

Motivos de consulta

Molestias abdominales y deposiciones semilíquidas.

Enfoque familiar y comunitario: La no tiene antecedentes familiares de interés; pertenece a un estrato sociocultural alto.

Historia clínica

Mujer 57 años, desde hace 8 meses aproximadamente presenta molestias abdominales después de las comidas, así como heces semilíquidas sin productos patológicos. En este tiempo ha perdido 5 kg. Niega fiebre. Cree que pudiera estar relacionado con el consumo de pan, algunas pastas y cerveza, aunque no descarta otros alimentos.

Juicio clínico: enteropatía por olmesartán.

Diagnóstico diferencial: celiaquía, diarrea infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: suspender olmesartán y sustituir por Hidroclorotiazida.

Enfoque individual. Antecedentes personales: NAMC, HTA bien controlada con olmesartán desde hace 4 años.

Plan de actuación: dada la aparente normalidad de las pruebas complementarias realizadas en AP y el no poder llegar a un diagnóstico, se derivó la paciente a Aparato Digestivo.

Anamnesis: la paciente refiere que desde hace 8 meses viene presentando molestias abdominales, con flatulencia y deposiciones diarreicas sin productos patológicos, sin fiebre, todo ello en aumento de intensidad hasta hoy. Ha perdido 5 kg en este tiempo. Ha realizado dieta sin gluten (refería cierta relación con pan, pastas y cervezas) sin mejoría. Ante la normalidad de las pruebas complementarias se deriva a Aparato Digestivo.

Evolución: Tras conocer los resultados de la biopsia y comentándolo en comité interno del servicio de Aparato Digestivo, se propuso sustituir olmesartán por otro antihipertensivo, presentando una recuperación clínica-histológica completa al cabo de 2 meses.

Conclusiones

La idea principal que se quiere transmitir es que cuando se esté frente a una persona que presente los citados síntomas digestivos y se obtengan una normalidad plena en las pruebas complementarias realizadas en AP, se revise la medicación que pueda estar tomando para detectar una posible relación. No obstante, independientemente de la clínica que presente un paciente, se debe tener en cuenta siempre todos los medicamentos que éste tome.

Exploración: Buen estado general. Talla: 1,64 m. Peso: 56 kg. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin megalias. Persistalsis conservada.

Pruebas complementarias: Laboratorio: bioquímica, hemograma y serología normal; Ac antitransglutaminasa negativo activos. Estudio de heces normal. Endoscopia-biopsia: aplanamiento de vellosidades con atrofia moderada-grave,

Palabras clave

Olmesartan Medoxomil, Antihipertensive Agents, Diarrhea

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Diarrea crónica en un paciente joven

Flores Soto N¹, Montoya Fernández M², Rodríguez Rodríguez M²

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Norias. Almería

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Gangosa. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea crónica en un paciente joven.

Historia clínica

Diarrea sanguinolenta con dolor y proctalgia de unos dos meses de evolución. Respeto nocturno.

Enfoque individual. Anamnesis y Antecedentes personales: Paciente de veintidós años sin antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual. No antecedentes familiares de carcinoma colorectal, ni gástrico, ni enfermedad inflamatoria intestinal. No otros antecedentes familiares.

Exploración: Buen estado general. Consciente y orientado. Afebril. No focalidad neurológica. No adenopatías. Auscultación cardiorrespiratoria: Murmullo vesicular conservado. No roncus ni sibilantes. Ritmo sinusal. Exploración abdominal: blando y depresible. No masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. Exploración rectal: dermatitis perineal. Tacto rectal normal.

Pruebas complementarias: Hemograma: Normal (Hemoglobina 14, 5 g/dl, Leucocitos 8, 8x 10³/ul). Bioquímica: Normal. PCR elevada (5, 72 mg/dl). Ileocolonoscopia: Se explora hasta ciego identificando gran componente inflamatorio con mucosa edematosa, eritematosa, patrón de empedrado y aftas, afectando al menos 12cm de longitud ileal y altamente sugestivo de Enfermedad de Crohn ileal con actividad endoscópica moredara. Se toman biopsias múltiples confirmando Enfermedad de Crohn.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, paciente mayor de dos hermanos.

Mantiene una buena relación con sus familiares. Cuenta con red social importante. Estudia un módulo superior de informática.

Juicio clínico: enfermedad de Crohn ileal.

Diagnóstico diferencial: diarreas crónicas. Diarrea crónica acuosa: 1. Osmótica: laxantes, malabsorción de carbohidratos, etc. 2. Secretoria: enterotoxinas bacterianas, malabsorción de ácidos biliares, vasculitis, colágena etc. Diarrea crónica inflamatoria: 1. Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, etc. 2. Bacterias: shigella, salmonella. 3. Neoplasias: cáncer de colon, linfoma. Diarrea crónica con esteatorrea: 1. Síndromes de malabsorción. 2. Celiaquía, whipple. 3. Síndromes de maldigestión.

Tratamiento, planes de actuación:-Dieta blanca, sana sin abusar de fibra. Prednisona 60 mg/día durante 2 semanas y proseguir con pauta descendente de 10 mg/dl cada semana hasta suspender. Un comprimido día de Calcio/Vitamina D.

Evolución: El paciente presenta mejoría clínica del dolor abdominal así como disminución del número de deposiciones diarreicas.

Conclusiones

La diarrea crónica es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Las causas son múltiples, el primer paso en el diagnóstico es realizar una adecuada historia clínica para diferenciar entre un problema funcional u orgánico y tratar de identificar aquellos pacientes con datos de alarma que requieran ser estudiados en atención hospitalaria.

Palabras clave

Crohn's Disease, Ileocolitis

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Endocarditis infecciosa: un reto clínico en atención primaria

Cabello Morales V¹, Márquez Serrano F², Martínez Ruiz M³

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

² MIR 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pozoblanco. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Pozoblanco. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor e inflamación en 4º y 5º dedos de pie izquierdo. Episodio de pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo.

Historia clínica

Paciente pluripatológico con varias consultas en el último mes en atención primaria (AP) por los motivos antes descritos siendo interpretados respectivamente como gota, accidente isquémico transitorio (AIT). Se acompaña de síndrome constitucional. Afebril.

Enfoque individual. Antecedentes Personales: Varón de 77 años con hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Cardiopatía isquémica revascularizada con 4 stent. Fibrilación auricular permanente. Estenosis aórtica severa con prótesis valvular biológica mitroaórtica. Artritis gotosa. Síndrome depresivo reciente.

Anamnesis: La última consulta por la que fue derivado a urgencias contaba un cuadro de dolor intenso en miembro superior derecho (MSD) tipo calambre irradiado a todo el miembro acompañado de parestesias y náuseas.

Exploración física: AC: arritmica con soplo sistólico en foco aórtico. Ausencia de pulsos en MSD y frialdad del miembro. MMII: Úlcera en cara interna de 4º dedo del pie izquierdo.

Pruebas complementarias: Eco doppler MSD: hallazgos compatibles con trombosis de arteria axilar. Ecocardiografía: imagen compatible con verruga en bioprótesis aórtica en relación con probable endocarditis infecciosa (EI).

Enfoque familiar y comunitario: Vive sólo tras su reciente separación, con diferencias entre sus hijos y la exmujer por temas económicos. La presentación de los síntomas coincidió con el cumplimiento de la orden judicial de cambio de domicilio familiar cada 6 meses, que le producía síntomas depresivos que podía enmascarar el cuadro de astenia y anorexia.

Juicio clínico: Se sospechó depresión, artritis gotosa, patología tumoral, isquemia arterial MSD y por último EI.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en planta.

Evolución: Se descartó la existencia de patología tumoral. El hallazgo de infarto esplénico en TAC junto con el antecedente de prótesis valvular nos orientó hacia E.I., que se confirmó con ecocardiografía. El paciente falleció finalmente a causa de edema agudo de pulmón.

Conclusiones

Nuestro paciente presentó fenómenos embólicos que se confundieron con otros diagnósticos y no se interpretaron en el contexto de un paciente portador de prótesis valvular biológica como factor predisponente a tener en cuenta. La sospecha clínica en AP debe ser prioritaria identificando síntomas y signos sospechosos (criterios menores de Dukes) en pacientes con cardiopatía predisponente.

Palabras clave

Endocarditis

Infecciosa

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Embolismo cerebral múltiple por endocarditis infecciosa

Ortiz Navarro B¹, Gilsanz Aguilera N², Marculescu I³

¹ Médico de Familia. DA. UGC San Pedro de Alcántara. Málaga

² Médico de Familia. DA. UGC Albarizas. Málaga

³ Médico de Familia. DA. UGC San Pedro de Alcántara. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Avisan al dispositivo de urgencias porque la familia encuentra a la paciente inconsciente.

Historia clínica

Mujer de 67 años sin antecedentes de interés asistida por el DCCU al encontrar la familia a la paciente en el suelo, inconsciente. Días previos presentó dolor costal derecho y febrícula.

Enfoque individual: paciente sin antecedentes médicos. Días previos se quejaba de dolor costal derecho sin cortejo vegetativo y el día de la asistencia sufre síncope. Presenta TA 150/100mmHg, FC 78pm, T° 36°, bien hidratada y perfundida.

ACP Regular y rítmico sin soplos. MVC en ambos campos pulmonares. Abdomen blando, depresible, sin signos de peritonismo. Extremidades sin edemas. No estigmas de endocarditis. *Exploración neurológica* consciente, obnubilada, afásica, con parálisis facial izquierda.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 85pm. BCRD. Analítica: leucocitos 17.800, Neutrófilos 91%, Hb 13mg/dl, glucemia 239mg/dl, GOT 90, GPT 59, GGT 53, LDH 368, CPK 1397, PCR 492, Procalcitonina 6.3, INR 1.3, Cr 0.9, C 430, CKMB 16. TAC craneal sin signos de hemorragia aguda Ni lesión isquémica. Hemocultivo por *S. aureus* Multirresistente. RMN craneal con múltiples lesiones focales parietooccipitales por ACV

agudo/subagudo embólico. Ecocardiograma: vegetación auricular y rotura de cuerdas tendinosas que producen insuficiencia mitral moderada.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente está casada y vive con su marido.

Juicio clínico: Endocarditis aguda sobre válvula mitral por *S. aureus* multirresistente y embolismos cerebrales múltiples bilaterales. Se plantea diagnóstico diferencial con Meningoencefalitis, Endocarditis de Libman-sacks en LES, Fiebre reumatoidea.

Tratamiento, planes de actuación: Es ingresada por endocarditis con sustitución de válvula mitral con tratamiento con Cloxacilina y Gentamicina. Sufre Insuficiencia cardíaca descompensada que requiere tratamiento deplectivo y Oxigenoterapia.

Evolución: Durante su ingreso la paciente sufre derrame pericárdico severo con taponamiento cardiaco. Entra en parada cardiorrespiratoria que no responde tras 15 minutos de RCP. Se drena derrame pericárdico y pleural bilateral y tras RCP avanzada no responde, confirmando Exitus.

Conclusiones

Es importante una buena historia clínica orientada a los antecedentes médicos y episodios previos que desconocíamos de la paciente (fiebre, clínica previa) para poder sospechar la patología de la paciente.

Palabras clave

Síncope, Endocarditis, Insuficiencia Cardíaca

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comorbilidad de la gripe a en pediatría. Convulsión febril atípica

Marculescu I¹, Gilsanz Aguilera N², Ortiz Navarro B³

¹ Médico de Familia. DA. UGC San Pedro de Alcántara. Málaga

² Médico de Familia. DA. UGC Albarizas. Málaga

³ Médico de Familia. DA. UGC San Pedro de Alcántara. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Niño de 12 meses que acude al CS por convulsiones estando con fiebre.

Historia clínica

Varón de 12 meses que desde hace días está con fiebre con tos no productiva. En el día de la asistencia hace un pico de fiebre de 39.7° y convulsiona.

Enfoque individual: Varón sin antecedentes médicos que el día anterior a comenzar con fiebre se pone la vacuna de 12 meses. A la llegada a urgencias presenta una convulsión tónica generalizada de minutos de duración. Nistagmus con desviación de la mirada a la derecha. No signos meníngeos. ACP Taquicárdica con algunos roncus en hemitórax derecho. Faringe hiperémica con mucosidad en cavum. Sat O₂ 99%, glucemia 155mg/dl, T° 39.7°. Hemograma: leucocitos 9360, linfocitos 15.4%, Hb 9.2%, Hto 30.1, VCM 58, PCR 35.3mg/l. Exudado nasofaríngeo: influenzae virus A positivo.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive con sus padres y asiste a guardería.

Juicio clínico: Convulsión febril compleja secundaria a gripe A.

Se realiza diagnóstico diferencial con Meningitis, Encefalitis, Bronquiolitis aguda, Estatus epiléptico y Neumonía primaria vírica.

Tratamiento, planes de actuación: A su llegada a urgencias se administra Diazepam 5mg intrarectal con mejoría clínica.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente con desaparición de la convulsión.

Conclusiones

La gripe en el niño puede cursar de forma subclínica y en ocasiones, con extrema gravedad. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y resulta fácil cuando existe epidemia y se puede confirmar por aislamiento del virus por laboratorio.

Palabras clave

Fiebre, Gripe, Convulsión

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Miastenia Gravis en varón de 58 años

Rodríguez Rodríguez M¹, Flores Soto N², Berbel Díaz L³

¹ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Gangosa. Almería

² MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Norias. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabo de Gata. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

mujer y entorno. Comercial de empresa de seguros.

Motivos de consulta

Diplopía y visión borrosa.

Juicio clínico: Miastenia Gravis generalizada tipo IIB.

Historia clínica

Diplopía y visión borrosa de meses de evolución. Fotofobia y visión borrosa. Sensación de pesadez ocular.

Diagnóstico diferencial: Complicación de DM tipo II, hipertiroidismo, tirotoxicosis, síndrome de Eaton Lambert, timoma, distrofia muscular oculofaríngea, parálisis periódica hipopotasémica, polineuropatía crónica desmielinizante, miopatías y trastornos del tronco del encéfalo.

Enfoque individual: paciente de 58 años con *antecedentes personales:* Sobrepeso. NAMC. Contraindicados relajantes musculares y benzodiacepinas. HTA. DM tipo 2. Reflujo gastroesofágico.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta y bajar peso. Dormir de lado (posible SAOS). Piridostigmina Bromuro 60 mg 2 comprimidos / 5h según tolerancia. Subir o bajar dosis según necesidad (se explica en consulta). Prednisona 60 mg - 50 mg en dosis descendente hasta suspender (se explica en consulta). Azatioprina 50mg / 24h dos semanas y subir a uno / 12h. Metformina 850 mg / 12h. Omeprazol 20 mg / 24h. Candesartan 16 mg / 24h.

Exploración: Ptosis palpebral en ambos ojos. Diplopía en la mirada hacia arriba y a la izquierda. No patología del nervio facial. Fuerza muscular: No claudican brazos a la extensión. A las 20 palmadas hacia arriba llega muy cansado. Tono muscular normal. ROT simétricos. No disimetría. Romberg estable. Tándem inestable.

Evolución: El paciente presenta síntomas sugerentes de trastorno adaptativo por deterioro de su actividad cotidiana debido a su estado clínico. Además insomnio de meses de evolución: tratado con Melatonina. Recientemente ha iniciado tratamiento por psicología en ESMD.

Pruebas complementarias: RMN craneal: Atrofia córtico-subcortical. Lesiones vasculo-degenerativas crónicas difusas en ambos hemisferios cerebrales. Estudio neurofisiológico: Afectación de placa motora a nivel postsináptico. TAC torácico: No restos tímicos, hernia diafragmática retrocruval. Ac antirreceptor de la acetilcolina: positivos (36.9nmol/l). Hemograma: normal. Bioquímica: normal (potasio 4.4mEq/L). Hemoglobina glicosilada: 5.8%. Tirotropina: 1.8 UI/ml. Retinografía: normal.

Conclusiones

La miastenia Gravis es una enfermedad que debemos tener presente. El primer paso para su diagnóstico es la historia clínica y una correcta anamnesis para poder diferenciar entre una complicación de otras patologías y una nueva entidad a estudio que requiera derivación.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casado y sin hijos. Regular relación con su

Palabras clave
Gravis Myasthenia

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¡Estoy amarilla! ¿Qué me pasa?

Rodríguez M¹, Peña Pinto M², Aguilera Casasola C³

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

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Cádiz

³ Hospital Jerez. Cádiz

Ámbito del caso

Digestivo.

Motivos de consulta

Febrícula y epigastralgia.

Historia clínica

Mujer de 26 años acude derivada por su MAP a urgencias por febrícula de una semana de evolución sin focalidad. Refiere episodios de epigastralgia, irradiada hacia ambos flancos que aumenta con la inspiración, autolimitados y sin relación con la ingesta. Había presentado una gastroenteritis autolimitada hacia un mes. Desde hacía dos días presentaba ictericia de piel y mucosas, sin coluria ni acolia. En urgencias se objetivó una hiperbilirrubinemia con elevación de enzimas de citólisis y una ecografía abdominal normal.

Enfoque individual: no RAM, sin hábitos tóxicos, sometidas a múltiples intervenciones quirúrgicas (histerectomía, sigmoidectomía, apendicectomía) por teratoma quístico maduro derecho metastásico por lo que recibió tratamiento quimioterápico. En seguimiento por Oncología y Ginecología, actualmente libre de enfermedad. Con tratamiento habitual de anticonceptivo oral.

BEG, COC, eupneica en reposo, ligero tinte icterico conjuntival. ACP sin hallazgos patológicos, abdomen con molestias a la palpación profunda en epigastrio, sin otros hallazgos patológicos. Analítica: BT 6.6 mg/dl, BD 5, 1mg/dl, GOT 1086mg/dl, GPT 2021mg/dl, GGT 73mg/dl, FA 93mg/dl, amilasa 39mg/dl, PCR 11, 8. Sedimento de orina normal. Hemograma con 8700 leucocitos y 3250 neutrófilos. Coagulación normal. Ecografía en urgencias sin hallazgos

patológicos. En planta, en analítica con serología, destacan anticuerpos IgG e IgM positivos para VHA. Se realizó informe EDO a M. Preventiva.

Enfoque familiar y comunitario: No otros casos en el entorno.

Juicio clínico: hepatitis aguda por VHA.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis, pancreatitis.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió su ingreso en el Servicio de Digestivo. Ya en planta se realizó control analítico con serología, objetivándose VHA IgG positivo y VHA IgM positivo, resto normal. La paciente permaneció asintomática durante el ingreso con una evolución favorable, siendo dada de alta.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La hepatitis A es una enfermedad con transmisión fecal-oral prevenible mediante instalaciones adecuadas de saneamiento y vivienda, higiene personal, profilaxis pasiva antes y después de la exposición con inmunoglobulina (IG), o inmunización activa antes o después de la exposición con una vacuna contra el VHA. De este modo, la actual globalización plantea nuevos desafíos para la prevención de las infecciones por VHA transmitidas por los alimentos por lo que tendríamos que insistir en la prevención primaria.

Palabras clave

Hepatitis A Aguda, Prevención, Diagnóstico

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Neumomediastino asintomático en recién nacido. Importancia diagnóstica de la auscultación cardiopulmonar

Benitez Lafuente A¹, Serradilla Rodríguez C², Ruibérriz de Torres Fernández E³

¹ FEA Médico de Urgencias. Hospital de Riotinto. Huelva

² FEA Pediatría. Hospital de Riotinto. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Hospitalario. Rotatorio hospitalario de pediatría de un residente de Medicina de Familia y Comunitaria.

Motivos de consulta

Control rutinario del recién nacido tras el parto.

Historia clínica

Recién nacido que presenta en la auscultación cardiopulmonar tras el parto tonos rítmicos muy atenuados que se distinguen con dificultad, estabilidad hemodinámica, sin otra sintomatología, con radiografía de tórax compatible con neumomediastino.

Enfoque individual: Recién nacido de 41+ 5 semanas mediante parto instrumentalizado (ventosa), con grupo sanguíneo Rh negativo activo, con un peso de 3850 gr. y una longitud de 51 c. Test de Apgar de 7/9/10. Pulsos femorales débiles. Saturación de oxígeno en torno a 97%, con buen estado general, normocoloreado, buen tono y fuerza muscular. Fontanela normotensa. Eupneico. No distress respiratorio. Buena ventilación en ambos campos pulmonares. Tonos rítmicos muy atenuados que se distingue con dificultad. Abdomen blando no doloroso, sin masas ni visceromegalias. Cordón normal. Genitales masculinos normales. Testes en bolsas escrotales. Saturación de oxígeno de 98-99%. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 150 latido por minuto.

Enfoque familiar y comunitario: El manejo del paciente pediátrico es uno de los pilares de la formación del médico de familia y comunitaria,

que engloba desde el lactante al anciano pasando por el niño y el adulto.

Juicio clínico: El neumomediastino (aire en espacio mediastinal), es en la mayoría de los casos asintomático resolviéndose sin tratamiento específico. Aparece en 25/10000 recién nacidos vivos. Debemos sospecharlo en aquellos recién nacidos con tonos cardíacos apagados. Se confirma con la radiografía de tórax (halo de aire alrededor del corazón). Es característico el signo de la "vela del spinnaker".

Tratamiento, planes de actuación: Generalmente se resuelve espontáneamente sin tratamiento específico. e debe observar para evitar que se complique con un neumomediastino a tensión o en un neumotórax que requiere drenaje ecoguiado.

Evolución: El recién nacido fue ingresado en la planta de maternidad con monitorización de la saturación y la frecuencia cardíaca que se mantuvo estable y con normalización en la auscultación, con tonos cardíacos progresivamente menos atenuados. Dado de alta a las 48 horas permaneciendo asintomático.

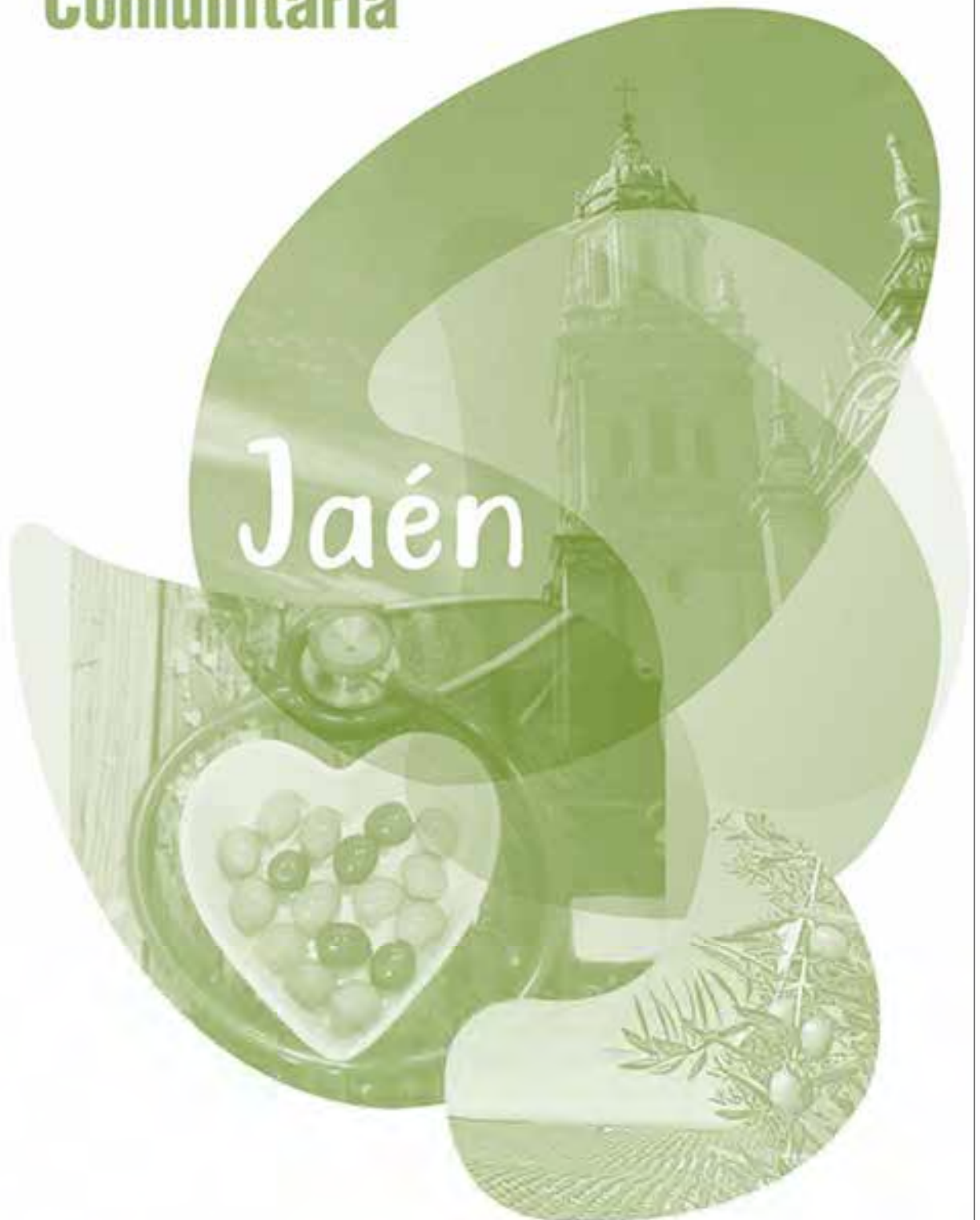
Conclusiones

La importancia de realizar una adecuada exploración clínica, para detectar alteraciones asintomáticas que pueden complicarse sino se detectan.

Palabras clave

Neumomediastino, Espontaneo, Neonato

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER:
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

Consultas sagradas: momentos claves en la relación médico paciente

Carrero Morera M, López Torres C, García Prat M, Ruiz Reina A, Rodríguez Villadeamigo G, Pardo Álvarez J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Introducción

Las prisas y la presión asistencial pueden marcar la comunicación en consulta de los médicos de familia. Sin embargo, existen encuentros clínicos donde debemos aprender a aumentar nuestra sensibilidad y empatía. Las Consultas Sagradas (C. S.) son situaciones, son pacientes, son problemas que exigen un respeto exquisito. Durante estas consultas el tiempo debería parecer detenido para crear una atmósfera de serenidad espiritual y científica.

Objetivos

Conocer la frecuencia de aparición de las C. S. en atención primaria. Valorar circunstancias que las desencadenan. Conocer perfil de los pacientes que presentan las mismas. Valorar la respuesta por parte de los médicos de familia y técnicas utilizadas en su abordaje. Conocer que efectos provocan en los profesionales. Comprobar si su identificación y abordaje resuelven los problemas de nuestros pacientes.

Diseño

Estudio prospectivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria. CS Urbano.

Material y Métodos

Muestra: Teniendo en cuenta que un 25% de las consultas tienen serios problemas de comunicación, con precisión del 5% y confianza del 95% se precisarían 289 personas. La selección se realizará de manera consecutiva en dos consultas de Medicina de Familia.

Mediciones e Intervenciones: Analizaremos todas las consultas que se produzcan en dos cupos de medicina de familia durante tres meses, detectando por parte de los investigadores (médicos residentes que comparten las consultas) cuales son las C. S. que se producen. Previamente serán formados en reconocimiento de las mismas y bibliografía en

cuanto a su abordaje. En documento de recogida de datos, consensuada, se recogerán motivos de la consulta, problemas de salud que se manifiestan, datos de filiación, patologías previas del paciente. Reacción subjetiva que detecta en el profesional, recogiendo datos verbales y no verbales. Aplicación de técnicas de entrevista clínica en su resolución, abordaje en la misma consulta o en nuevo espacio programado. Valorar si se produce mejoría subjetiva en la evolución y detectar el grado de satisfacción personal del profesional.

Análisis de los datos: Descriptivo Variables cuantitativas: media y desviación típica. Variables cualitativas: porcentajes. Inferencial: Comparar medias: test de la t para muestras independientes. Relación entre variables cuantitativas: regresión lineal simple. Se comprobarán las condiciones de aplicación.

Limitaciones: La determinación de CS se realiza en base al listado de situaciones que las definen recogido en bibliografía. El profesional conoce que se está realizando el proyecto, pero desconocerá cuales han sido detectadas como C. S. por el investigador.

Material y Métodos

Conocer qué frecuencia presentan las C. S. en nuestra zona, y qué técnicas de entrevista clínica permiten un abordaje más eficiente de las mismas. Detectar e identificar las C. S. y su abordaje de forma correcta, mejoran la relación médico paciente, otorgan un mayor valor al momento de la consulta, repercutiendo en la salud de la persona atendida y a su vez en la del profesional.

Aspectos ético-legales

Ley de Protección de Datos y de Autonomía del Paciente. Consentimiento informado por escrito. Se presentará al Comité de Ética de nuestra zona.

Palabras clave

Empatía, Entrevista Clínica, Espiritualidad

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Programa de rehabilitación cardíaca en pacientes de bajo riesgo en Atención Primaria

Carmona García A¹, Quesada Caballero M², Blanco Lara M³, Moraleda Barba S⁴, Contreras Espejo J¹, Bedmar Estrella J⁵

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

² Médico de Familia. CS Martos. Jaén

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

⁴ Médico de Familia. CS Bulevar. Jaén

⁵ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

Introducción

Los programas de rehabilitación cardiovascular (PRCV) y prevención secundaria multidisciplinares han demostrado, sus beneficios en la mortalidad cardiovascular (CV) y han disminuido el número de complicaciones e ingresos hospitalarios. Además, mejoran la capacidad física de los pacientes, el control de los factores de riesgo CV y la afección psicológica consiguiendo la vuelta al trabajo en mejor situación física y psicológica. Actualmente los PRCV son multidisciplinares. El médico de atención de primaria juega un papel fundamental. El riesgo de un PRCV viene dado por el ejercicio físico y depende del tipo de cardiopatía y de que haya isquemia, disfunción ventricular o arritmias potencialmente malignas. Es bajo riesgo y con ello, candidato para formar parte del programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria, aquel paciente que no tenga ninguno de los condicionantes mencionados anteriormente, tampoco tenga alteraciones psicológicas graves y tengan buena capacidad física en la prueba de esfuerzo.

Objetivos

Los objetivos del proyecto son los propios de la Rehabilitación Cardíaca: objetivos de carácter general y sobre calidad de vida: facilitar el control de los FRCV, mejorar la capacidad física, evitar el deterioro psicológico, normalizar las relaciones sociofamiliares y sexuales, aumentar la reincorporación laboral. Objetivos de carácter pronóstico: disminuir la morbilidad (angina, reinfarto, insuficiencia cardíaca, etc) Descenso de la mortalidad Los objetivos serán llevados a cabo en Coordinación la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Complejo Hospitalario de Jaén con el CSI Bulevar, con el fin de aumentar la accesibilidad a los pacientes.

Diseño

Estudio trasversal descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Población de referencia y estudio: Todos aquellos pacientes de bajo riesgo que tienen indicación de Rehabilitación Cardíaca.

Criterios De Inclusion: Infarto de miocardio durante el año 2018. Bajo riesgo cardiovascular. CSI Bulevar.

Criterios De Exclusion. Pacientes muy ancianos o frágiles. Insuficiencia cardíaca. Diabéticos. Alteraciones psicológicas graves Variables de estudio: Independientes: historia clínica, edad, sexo, EKG, reevaluación. Dependientes: Riesgo CV en paciente postinfartado.

Material y Métodos

El estudio valora la utilidad de la Rehabilitación cardíaca en los pacientes de bajo riesgo y potencia el aumento de la calidad de vida, el dinamismo y la concienciación de los pacientes postinfartados.

Aspectos ético-legales

El estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas y siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (Asamblea de Seúl 2008) para la investigación biomédica. También se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002. El diseño y desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (CPMP/ICH/135/95, revisión de julio de 2002 de la "European Medicines Agency"-EMeA). El tratamiento de los datos de carácter personal se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 de 13 de Diciembre, informando al paciente de sus derechos ARCO. Se asegurará el anonimato de los sujetos y confidencialidad de los datos.

Palabras clave

Rehabilitación Cardíaca, Factores Riesgo Cardiovascular, Ejercicio Físico

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Conocimiento sobre virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente

Delgado Osuna Á¹, Hernández Galán J²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequintos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² Médico de Familia. DS. Sevilla

Introducción

En 2018 se ha conocido el último informe sobre vigilancia epidemiológica del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en España, elaborado por el Gobierno español, con datos preocupantes: en 2016 se registraron 3.353 nuevos diagnósticos, 83.9% hombres; con una mediana de edad de 36 años en hombres y 39 en mujeres; 26% menos de 30 años; 11% entre 15 y 24 y el 16% 50 años o más. La vía de transmisión más frecuente fue la sexual en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con un 53%. Con estos datos concluye el informe que la tasa de nuevos diagnósticos de VIH española es superior a la media de la Unión Europea, y que, aunque la tasa de nuevos diagnósticos ha descendido ligeramente, sigue manteniéndose estable entre HSH.

Objetivos

Describir el nivel de conocimiento de la población adolescente de nuestro AGS (AGS) sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Diseño

Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Centros educativos de nuestra AGS.

Material y Métodos

Población de estudio: adolescentes entre 13-21 años de centros educativos pertenecientes a nuestra AGS, que se encuentren escolarizados entre 1º ESO-2º Bachillerato.

Criterios de inclusión: edad entre 13 y 21 años, escolarización entre 1º ESO-2º Bachillerato, consentimiento centro educativo, padres y madres.

Muestreo: muestro estratificado teniendo en cuenta como estratos cada uno de los cursos escolares de estudio.

Mediciones: se entregará a los/as adolescentes un cuestionario anónimo, validado (Escala de conocimientos sobre VIH y otras ITS para adolescentes de Espada, Morales y Orgilés, 2013) y con respuestas verdadero/falso/no sé. Se llevará a cabo en horario escolar (mañana) en el mismo centro educativo, entre los meses de octubre y diciembre. Para ello se contactará previamente con el centro educativo para informarle del objetivo del estudio y obtener los consentimientos necesarios.

Análisis estadístico: se calcularán las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar, o típicas, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Cuando las variables analizadas tengan desviaciones elevadas, se incluirá el cálculo de otras medidas de tendencia central, como medianas o modas. Estos análisis se harán en toda la muestra, estratificado por sexo. Se describirá el cálculo de intervalos de confianza del 90, el 95 o el 99% tanto para medias como para proporciones.

Limitaciones: este estudio presenta un gran reto en cuanto a que se requiere de la colaboración de la población adolescente, en su mayoría menor de edad, pudiendo encontrar algún obstáculo por parte del centro educativo o de los tutores legales en cuestión.

Material y Métodos

Tras la evaluación inicial del conocimiento sobre VIH y otras ITS en adolescentes, con los resultados obtenidos se pretenden optimizar los programas preventivos vigentes y posteriormente analizar su efectividad.

Aspectos ético-legales

Consentimiento por parte de padres/madres y centros educativos para realizar cuestionario.

Palabras clave

HIV, Adolescent Behavior, Health Knowledge

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Los profesionales de salud y el plan de cuidados integral

Simao Aiex L¹, Simao Aiex M²

¹ Médico de Familia. CS San Miguel. Málaga

² Trabajadora Social. OS Santa Catarina. Sao Paulo. Brasil.

Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial. Proceso que viene acompañado de una serie de necesidades de cuidados especiales para la población, con niveles diferenciados de complejidad y por largos periodos, muchas veces debidos a enfermedades crónicas o condiciones inherentes al envejecimiento. Esta realidad conlleva desafíos para la gestión de políticas sociales, por lo que se ha propuesto la construcción y cualificación de herramientas y redes y de atención a la salud de personas mayores, destacando el plan de cuidados a ancianos.

Objetivos

Identificar y analizar las percepciones de profesionales de equipos multidisciplinares de la red de atención de salud de ancianos acerca de las necesidades y desafíos para la gestión del plan de cuidados integral, y posibilidad de superación además conocer las opiniones sobre la importancia de existencia del plan de cuidados.

Diseño

Estudio cualitativo en el que se pretende explorar en profundidad las percepciones de los profesionales sobre las necesidades además de identificar las contradicciones inherentes al fenómeno lo que permite rehacer el proceso de construcción de la realidad social.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Se estima que participen de 10-15 profesionales de la red de Atención al anciano, que atienden y participan directamente de la gestión del cuidado personal en la región del estudio.

Los datos se recogerán por medio de encuestas virtuales acerca de la formación del profesional, experiencia con ancianos, experiencia en elaboración de plan de cuidados; en base a ello se formará un grupo focal en dos sesiones para la elaboración del nuevo plan de cuidados adaptado a las necesidades actuales.

Las informaciones serán analizadas en plantillas y gravadas en audio. Se hará un análisis temático y sistemático cuidadoso para identificar tendencias y patrones de respuestas utilizando el agrupamiento y categorización de los temas que emerjan.

Material y Métodos

Se espera que los profesionales piensen sobre posibles formas de participar en cada servicio, en la composición y gestión del plan de cuidados, con énfasis en los desafíos a los que se puedan enfrentar para así actuar de modo integrado y, por lo tanto, como puntos de atención de cuidado integral a esta población, que cada día tiene nuevas y más distintas necesidades, para así poder adaptarse a los constantes cambios que viene sufriendo la sociedad pudiendo prestar una asistencia de mejor calidad...

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Científica Provincial correspondiente y presentado a los participantes y al equipo directivo de la zona básica de salud, que expresan consentimiento informado de participar en el estudio. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica.

Palabras clave

Patient Care Planning, Envejecimiento

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Educación terapéutica cardiovascular en pacientes con ICC

Suárez Pita J, Peña Salas C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Jaén

Introducción

Los pacientes con insuficiencia cardíaca (ICC) están limitados para realizar ejercicio físico. Aunque esta limitación se atribuye con frecuencia a la incapacidad del corazón para asumir esta posible sobrecarga, se infravalora el efecto que sobre el aparato musculoesquelético tiene el exceso de reposo que se asocia a esta patología. Las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan con evidencia de clase IA la realización de ejercicio físico aeróbico y una buena alimentación con el fin de mejorar la capacidad funcional y los síntomas de los pacientes, así como plantear programas multidisciplinarios.

Objetivos

Conocer si un Taller de Educación Terapéutica disminuye el número de ingresos, avisos domiciliarios y mejora la calidad de vida, de los pacientes con ICC.

Diseño

Se realizará un estudio Antes-Después con seguimiento a 2 años posteriores al taller y se compararán los datos obtenidos con los de los 2 años previos al comienzo de dicho taller. Además, se irán haciendo mediciones cada 6 meses.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Métodos

Se necesitan incluir a 50 parejas de pacientes (cada paciente actúa como su propia pareja) para detectar una disminución de reingresos del 25% en una muestra relacionada, considerando una potencia del 80%, y nivel de significación del 5%. Se realizará un muestreo consecutivo en consulta de Atención Primaria a los pacientes con clase NYHA 1-3. Los talleres se impartirán en el CS, constarán de 4 sesiones

de 1 hora (10 pacientes por grupo). En la primera sesión se abordará la ICC (qué es, qué conlleva), en la segunda la alimentación-dietas; en la tercera la medicación y en la última el ejercicio físico. El personal (médicos y enfermeros) será el mismo en cada taller, y las herramientas de trabajo estarán calibradas. *Variables:* Sexo (mujer/hombre), edad (años), clasificación NYHA (1, 2, 3), número de sesiones que acude, número de reingresos y avisos domiciliarios, calidad vida (CV) mediante el cuestionario Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (0 peor calidad, a 100 mejor calidad y dicotómica, calidad preservada si ≥ 50).

Previo consentimiento informado se entrevistará a los pacientes para conocer su CV y se consultará la historia clínica para conocer el resto de variables. Casa 6 meses se repetirá el proceso.

Se realizará un análisis descriptivo (medias y desviación típica, porcentajes) y bivariante para datos apareados (Mc Nemar, t-Student o Wilcoxon, según la normalidad de los datos).

Material y Métodos

Mejora de la calidad de vida del paciente, reducción de reingresos/avisos domiciliarios, disminución del gasto económico. Aplicación a otras patologías crónicas.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el CEI Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Insuficiencia Cardíaca, Ejercicio físico, Alimentación

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Existe mayor consumo de tóxicos en el personal médico de una ciudad andaluza?

Peña Arredondo M¹, Martín Pérez M², Fiñana Sánchez R³

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

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

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

Introducción

Las drogas con mayor prevalencia de consumo en nuestro País en los últimos años son: alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. En España, la prevalencia del consumo de sustancias ilegales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años: aproximadamente un tercio de los adultos admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia ilegal. Por otra parte el alcohol supone la toxicomanía más relevante a nivel mundial y por tanto uno de los problemas médico-sociales más importantes en nuestro entorno. En otros estudios, no parece existir un consumo de drogas diferenciado para los profesionales sanitarios, con unas prevalencias de consumo similares, incluidas drogas ilegales, pese a tener un mayor conocimiento sobre los peligros de su uso y su especial labor de promoción y prevención.

Objetivos

El objetivo principal de nuestro proyecto es conocer la prevalencia del consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas ilegales) en los médicos de una capital andaluza. Como objetivos secundarios se pretende determinar si existen diferencias entre sexo y edad, valorar si a mayor número de guardias aumenta el consumo de sustancias tóxicas, y por último, determinar si existen diferencias entre especialidad hospitalaria médica, hospitalaria quirúrgica y atención primaria.

Diseño

Estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento

Atención primaria y hospital.

Material y Métodos

La población de estudio está compuesta por el personal médico de los 3 hospitales y 8 centros de salud de la capital. Se incluirán a todos los médicos en activo y con cuenta de correo electrónico de los centros a estudio. Se estima una posible muestra de 1000 profesionales. Se excluirán los cuestionarios incompletos.

Se va a realizar una encuesta anónima (ya publicada en la revista AP) enviada a través del correo electrónico, que recogerá las variables: edad, sexo, ámbito profesional, número de guardias al mes, consumo de tabaco (número de cigarrillos/día), alcohol (UBE/semana) y consumo de drogas ilegales (cocaína y cannabis), así como el patrón de consumo de cada sustancia (diario, fines de semana, ocasional).

Análisis estadístico: análisis descriptivo y bivariante de los datos. Regresión logística multivariante (consumo/no consumo)

Limitaciones: la implicación y respuesta por parte de los participantes, así como la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados por éstos.

Material y Métodos

Hemos decidido realizar este estudio, con el fin de motivar a nuestros médicos en la prevención y atenuación de dichas conductas.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al participante, solicitando en la propia encuesta su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Tóxicos, Adicciones

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

¿Existe relación entre la obesidad infantil y la alimentación, estilo de vida y nivel sociocultural del entorno familiar?

Oliver Peña A¹, García Sáez M², Fiñana Sánchez R³

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

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

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

Introducción

La OMS considera la obesidad una epidemia global y un importante problema de salud crónico, complejo y multifactorial, que suele comenzar a edad temprana. Es uno de los trastornos nutricionales más frecuentes en infancia y adolescencia. Según la pediatra y responsable del Plan Contra la Obesidad Infantil de la Junta de Andalucía, el 23% de los niños andaluces tienen obesidad o sobrepeso en 2018

Objetivos

El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia de obesidad en niños entre 0 y 5 años de una capital de provincia andaluza, y como objetivos secundarios relacionarla con el estilo de vida, tipo de alimentación y ámbito sociocultural familiar.

Diseño

Se trata de un estudio de prevalencia.

Emplazamiento

Se llevará a cabo en Pediatría de Atención Primaria.

Material y Métodos

Sujetos: se va a tomar una muestra aleatoria de los niños de entre 0 y 5 años de la capital que acudan a consultas de Atención Primaria.

CI: niños de la capital que comprendan las zonas sanitarias de 5 Centros de Salud

Mediciones e interacciones: variables: cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, tipo de lactancia, estilo de vida (escala de nivel actividad de 0 a 10) y nivel socioeconómico parentales (Escala NSE-VL), obteniéndose a través de entrevista personal.

El tamaño muestral será de 270 niños, basándonos en una prevalencia de obesidad del 23% en Andalucía. Se seleccionarán 54 pacientes de cada centro.

Análisis Estadístico: se realizará un análisis descriptivo y bivalente (medias con desviación típica y porcentajes).

Limitaciones: la limitación más importante será la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados por los padres/tutores, ya que se trata de un trabajo con componente subjetivo. Otra limitación sería que se tomará la muestra de los CS urbanos, no incluyendo el resto de localidades y provincias, lo que no posibilitará generalizar los resultados obtenidos a toda la comunidad. El diseño a aplicarse, que no es experimental, limitará establecer relación causa-efecto y sólo establecerá relación.

Material y Métodos

Fomentar entre los niños andaluces el derecho a conocimiento, prevención y participación en todas las actividades de salud pública para alcanzar y mantener una alimentación equilibrada, una actividad satisfactoria y un entorno físico y psicosocial saludable.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación a los padres/tutores del paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Obesidad Infantil, Estilo de Vida

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Utilidad del Programa de Mantenimiento con Metadona y su cumplimiento en Atención Primaria.

Luna Pereira M¹, López Díaz J¹, Hinojosa Fuentes F², Ramírez Sánchez D³, Álvarez Domínguez R⁴, Remesal Barrachina T⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. CS Trigueros. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

⁴ Médico de Familia. CS Isla Cristina. Huelva

Introducción

En España no hay estudios sobre cómo afectan los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) en la esfera biopsicosocial de los pacientes. Los trabajos existentes manifiestan como las diferencias entre los distintos PMM unido a tamaños muestrales pequeños, afectan negativo activamente a sus resultados, sin aportar datos fiables. Se considera oportuno realizar un estudio sobre el PMM en nuestra área sanitaria. Además los profesionales sanitarios están dejando de confiar en estos tratamientos, por verlos insuficientes o innecesarios, opiniones alejadas de la realidad que muestran los estudios existentes y que aportan los profesionales encargados del seguimiento estrecho de los pacientes drogodependientes.

Objetivos

General: estudiar la utilidad del Programa de Mantenimiento con Metadona a nivel de Atención Primaria comprobando si cumple su función de mantener en abstinencia a opioides ilegales a los pacientes que forman parte de él, así como permitir una correcta funcionalidad biopsicosocial de los mismos.

Específicos: Determinar el control de las enfermedades infectocontagiosas contraídas en relación con el uso de drogas por vía parenteral de los pacientes adscritos al PMM. Describir el apoyo social, la evolución de las conductas delictivas, la reinserción laboral y la funcionalidad familiar de los pacientes tratados en el programa así como su nivel de ingresos. Objetivar la valoración y el conocimiento que tiene los profesionales sanitarios y los propios pacientes del Programa de Mantenimiento con Metadona.

Diseño

Estudio Observacional Descriptivo Longitudinal.

Análisis de datos: Se determinará la media y la desviación típica para las variables cuantitativas y se calculará porcentajes para las cualitativas. Intervalos de confianza del 95%. Se verificarán las condiciones de aplicación y se

analizarán los datos usando el programa SPSS para Windows.

Emplazamiento

Tres centros de salud, dos urbanos y uno rural.

Material y Métodos

La información será aportada por los pacientes del PMM a través de cuestionarios que se les entregarán así como a través de la historia clínica Diraya. Se preguntarán datos personales y tiempo de evolución en el programa así como características derivadas de la adicción a drogas: enfermedades infectocontagiosas, antecedentes legales, funcionalidad familiar, apoyo social y situación laboral y económica. También su opinión personal sobre el propio programa y las posibles mejoras que desde su vivencia se podrían realizar. Se facilitará un segundo cuestionario a los profesionales sanitarios de los centros anteriormente descritos con los que se objetivarán los conocimientos que tienen los propios profesionales sanitarios del PMM así como su valoración personal y mejoras que crean conveniente realizar para optimizar el programa. Todos los cuestionarios se validarán mediante un comité de expertos y sometidos a un pilotaje inicial. Tras ello se medirá la fiabilidad de los mismos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Material y Métodos

No hay estudios recientes que comprueben la utilidad y beneficios del PMM en nuestro medio, siendo oportuna su realización.

Aspectos ético-legales

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente. Ley General de Sanidad. Código de Deontología Médica. Declaración de Helsinki. Principios fundamentales Bioéticos. Consentimiento Informado. Comité Ético de Huelva.

Palabras clave

Methadone Treatment, Drug Abuse

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Cambios en la dinámica y función de las familias con adolescentes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Ramírez Sandalio N¹, Medina Estrella M², Megias Fernandes L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Jaén

Introducción

Dada la alta prevalencia del TDAH se nos plantea la necesidad de evaluar el impacto funcional y los cambios en la dinámica familiar que tiene en el ámbito familiar el convivir con un adolescente diagnosticado de TDAH. La adolescencia es una etapa de cambio y transición para el adolescente y para la familia, por lo que aumenta el riesgo de disfunción familiar.

Objetivos

Principal: Conocer la dinámica familiar de los niños y adolescentes con TDAH.

Específicos: Valorar la relación entre la percepción de la función familiar del adolescente y del cuidador principal. Conocer la importancia de la estructura de la familia en su funcionalidad. Determinar la relación de la edad y el sexo del adolescente, y del nivel socioeconómico de la familia en la funcionalidad de la misma. Relacionar la ansiedad del cuidador principal con el impacto en la función familiar.

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal a realizar mediante encuesta y entrevista grupal (familiar) y personal (individual).

Emplazamiento

Se va a realizar en Atención Primaria en dos centros de salud urbanos, con un total de 20 cupos médicos y 5 cupos de pediatría.

Material y Métodos

Se estudiará a adolescentes con TDAH. Con edades entre 12-18 años, con diagnóstico y /o tratamiento para el TDAH, y que pertenezcan al CS estudiado. Quedaran fuera aquellos que no quieran participar o que tengan un diagnóstico de salud mental grave. Los datos serán analizados mediante el programa informático SPSS (versión

21), comprobándose la Normalidad de los datos y la homocedasticidad de las varianzas.

Material y Métodos

La familia constituye un pilar básico en el tratamiento multimodal de TDAH, siendo un agente terapéutico esencial para la evolución favorable del Trastorno. En la atención sanitaria, el enfoque de los sistemas familiares es un marco de referencia útil para dar sentido a las complejas relaciones entre los miembros de la familia y ayuda al profesional sanitario en la tarea de prevenir y abordar situaciones de estrés social provocadas por los cambios en el ciclo vital familiar. En el caso de un adolescente con un comportamiento que requiere una gran inversión en recursos por parte de la familia, los reajustes de roles y normas que ésta precisa, debe basarse aún más en la cohesión y la adaptabilidad del sistema familiar, que permitirán alcanzar correctamente una dinámica adecuada. El conocimiento específico de la funcionalidad familiar en estos casos, la diferente percepción de adolescentes y adultos del mismo hogar, y el impacto funcional de la enfermedad (convivencia y educación) en la dinámica familiar podrá ayudar a realizar intervenciones específicas en este grupo poblacional para evitar comorbilidades asociadas y riesgos en la salud.

Aspectos ético-legales

Consentimiento informado a pacientes y a sus familias para la realización de encuestas (Ley 41/2002 y RD 223/04) asegurando la confidencialidad (Ley 15/99) e informando de los derechos ARCO. Autorización al CEIC.

Palabras clave

Adolescents, Family Dynamics, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Navega con Álvaro: una experiencia de rehabilitación a toda vela

Ortega Carpio A¹, Romero Herranz F², Arias Fortes E¹, De la Rosa Martín M¹, Jiménez Castellanos Holgado L³, Pardo Álvarez J⁴

¹ Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

³ FEA Pediatría. Hospital ADE Alcázar de San Juan. Ciudad Real

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Introducción

La Atención Primaria puede incorporar dentro de sus actividades la Rehabilitación desde una perspectiva comunitaria. Fomentar el ocio activo mediante una Escuela de Navegación en el colectivo de niños y adolescentes con enfermedades oncohematológicas y crónicas, puede mejorar su Calidad de Vida y los resultados en Salud.

Objetivos

Incrementar la satisfacción de pacientes y familiares, y proporcionar elementos de formación náutica en los participantes.

Diseño

Ensayo de intervención comunitaria.

Emplazamiento

CS Urbano.

Material y Métodos

Población: Niños y/o Adolescentes con enfermedades oncohematológicas y crónicas en fase estable seguidos en los Servicios de Pediatría y Hematología del Hospital.

Material y Métodos: estudio descriptivo transversal. Se hará una salida al mes desde Mayo a Octubre en horario de tarde, con buen tiempo y coeficiente bajo de marea. Cada barco llevará un máximo de 5 niños junto al patrón, un sanitario y un educador. El número de barcos de cada salida dependerá del total de niños que participen. Disponemos de 6 barcos de navegación a vela con sus tripulantes, y de un equipo de profesionales sanitarios (Médicos, Pediatras y Enfermeras) y no sanitarios (Educadores) para acompañar y supervisar a los niños. No es necesario que los niños se

apunten a todas las salidas ni que vayan en el mismo barco. Las travesías se iniciarán desde el Club Marítimo local y se realizarán habitualmente por la ría, y si el mar está bueno, por la zona costera adyacente. Durante la travesía se introducirán elementos de formación náutica acordes a la edad de los niños, priorizando siempre la diversión y la evasión. Un resumen del historial médico de cada niño estará disponible en cada barco. Al finalizar la actividad se realizará una encuesta de satisfacción adaptada a todos los niños y padres participantes.

Material y Métodos

No se dispone ni se ha solicitado apoyo financiero, siendo una actividad absolutamente altruista de todos los organizadores y participantes. Colabora con nuestra iniciativa el Club Marítimo local, que nos cede sus instalaciones y salvavidas para los niños.

Aspectos ético-legales

Todos los barcos dispondrán de la Inspección Técnica de Buques en regla y llevarán a bordo el certificado del seguro y el material de seguridad reglamentario. Los capitanes y tripulantes firman en su ficha de inscripción su compromiso formal de respetar todas las exigencias legales en materia de navegación. Se solicitará Consentimiento Informado escrito a todos los padres de los niños que participen. Se cumplirá la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave

Rehabilitación, Cáncer, Calidad de Vida

ÁREA: ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Promoción de hábitos saludables en población adulta según la perspectiva salutogénica. “proyecto Marchena activa”

Alves Martins A¹, Narváez Martín A², Barrera Moyano R³, Parrilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Osuna. Sevilla

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

³ AGS Osuna. Sevilla

Introducción

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad están contribuyendo al envejecimiento de la población andaluza, que unido al incremento del sedentarismo, sobrepeso, consumo de alcohol, tabaco y alimentación inadecuada, se obtiene un aumento de las enfermedades cardiovasculares (ECV). La mayoría de las intervenciones comunitarias se basan en la prevención y en la generación de barreras para el desarrollo de la enfermedad. Este enfoque centrado en la patología, aunque haya contribuido a la mejoría de los indicadores de salud, ha potenciado la dependencia del sistema sanitario y fomentado la medicalización desmedida de la sociedad que observamos en la actualidad. Es por lo tanto necesario el desarrollo de intervenciones basadas en otros métodos que busquen complementar el modelo actual. El modelo de salutogénesis desarrollado por Antonovsky fue el punto de partida para el desarrollo del modelo de activos, basándose en la identificación de los recursos que generan salud y producen bienestar.

Objetivos

1. Evaluar el impacto de una intervención comunitaria para la promoción de hábitos de vida saludables basada en el modelo de activos. 2. Identificar los recursos promotores de hábitos saludables dentro del municipio elaborando un mapa de activos de Marchena relacionados con el ejercicio físico y la alimentación saludables.

Diseño

El proyecto consta de 2 fases: 1) Mapeo de Activos. 2) Escuela de Salud: Intervención Comunitaria con realización de talleres, a partir del cual. Ecológico transversal.

Emplazamiento

Atención primaria, medicina comunitaria.

Material y Métodos

Para la fase 2. *Población de referencia y de estudio:* adulta de entre 45 – 65 años.

Criterios: inclusión: población adulta de 45 a 65 años, residentes en Marchena. Exclusión: deterioro cognitivo, déficit movilidad. Problemas de salud que impidan participar en el estudio.

Mediciones e Intervenciones: Cuestionario inicial para recoger variables generales y antecedentes médicos relevantes. Registro de medidas antropométricas. Cuestionarios validados: Test de Salud Percibida (EuroQol-5D). Cuestionario de sentido de la Coherencia (SOC29). Cuestionario de ejercicio físico (IPAQ). Cuestionario de adherencia a dieta mediterránea. Realizaremos las Intervenciones: Paseos saludables “Marchena Activa”, Talleres de ejercicio físico, alimentación saludable y autocuidado.

Análisis estadístico: SPSS.

Limitaciones: Complejidad debido a factores socio-comunitarios y los relacionados con el trabajo con equipo multidisciplinar. Riesgo de baja adherencia al proyecto. Variables de confusión al tratarse de un estudio transversal.

Material y Métodos

Según la OMS la práctica de la medicina comunitaria desde la atención primaria es la estrategia más adecuada para la mejora de salud dentro de las comunidades. En la actualidad el modelo de Salud Pública en Andalucía integra trabajos basados en activos en salud. Los resultados del estudio serán aplicables a los modelos de salud pública basados en activos en salud del SSPA.

Aspectos ético-legales

Los participantes firmarán consentimiento informado. Los autores no tienen conflicto de intereses.

Palabras clave

Salutogenesis, Health Promotion, Social Determinants of Health

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Efectos nutrigenómicos del aceite de oliva: presente y futuro del riesgo cardiovascular

Ruiz López C¹, Montero Pérez M², González Arrechea R², Gutiérrez Adrián E³, González Carretero M³

¹ Hospital Fundación Jiménez Díaz. CS Lavapiés. Madrid

² Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

³ 2º año de medicina familiar y comunitaria. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la 1º causa de muerte en el mundo incluso por encima del cáncer. Es por ello que la prevención del riesgo cardiovascular es uno de los objetivos primordiales hoy en salud. Aquí es donde juega un papel fundamental nuestro estudio desarrollado acerca del aceite de oliva como elemento protector del riesgo cardiovascular. El aceite de oliva está compuesto por 99% por triglicéridos y un 1% por polifenoles y esteroides (la presencia de dichos polifenoles depende de las condiciones agroclimáticas del cultivo), por otra parte los polifenoles más abundantes en el aceite de oliva son: 1) hidroxitirosol, oleuropeína y tirosol. Es fundamental entender la biodisponibilidad de los polifenoles en nuestro organismo para lograr entender el proceso: Estomago: resisten. Intestino delgado: glucuronidación. Colon: absorción. Excreción: hígado y riñón. Actuación a nivel celular: Incrementado BDNF factor de transcripción neuronal que protege de (Alzheimer, depresión). Inhibe señales activadoras (cd40) de aterosclerosis y de proliferación endoteliales. Uniéndose a factores de transcripción tipo nrf2 que regula factores antioxidantes. Por tanto crea beneficios a nivel de secuestro de radicales libres, inhibición de agregación plaquetaria, disminuye LDL, aumenta la formación ósea etc. Es de ahí cuando surge la necesidad de crear un estudio que pueda demostrar consenso en este sentido.

Objetivos

Estudio de distribución de metabolitos biológicos en diferentes órganos y tejidos mediante modelos animales. Identificación de principales metabolitos en heces y fluidos biológicos animales tras consumo de aceite virgen. Identificación de cascadas de señalización post-ingesta.

Diseño

En el diseño del estudio se eligieron 16 ratas Wistar de 6 semanas que aleatorizándose en 4 grupos de 2 hembras y dos machos. Se alimentaron durante 3 semanas con dieta comercial suplementada con dosis de 50mg/kg peso/día de

hidroxitirosol otros oleuropeína (polifenol) otro extracto de oliva y otros 4 animales fueron control sin suplemento. Administrándose oralmente y posteriormente en 4 semanas se sacrificaron por perfusión obteniéndose muestras de tejido, sangre y orina (determinándose mediante análisis cromatográfico en sangre y orina la cantidad de hidroxitirosol y metabolitos.

Emplazamiento

Laboratorio biología animal (Hospital FJD).

Material y Métodos

Análisis de sangre (observando concentración de hidroxitirosol y metabolitos) en los 4 grupos de tratamiento. Análisis de orina (Igual que en sangre). Análisis de tejidos (concentraciones en dichos tejidos).

Material y Métodos

1) Ingesta durante 21 días de aceite de oliva o suplementos) con polifenoles aumentan niveles de antioxidantes endógenos. 2) Buena opción para prevención de enfermedades cardiovasculares. 3) Los animales alimentados con extracto de aceite muestran más excreción de hidroxitirosol que el resto de suplementos y estaban más sanos. 4) El aceite de oliva enriquecido con compuestos fenólicos constituye una buena estrategia como alimento funcional. 5) Capacidad de mejorar el perfil lípido, sobre todo aumento de HDL y disminución de LDL. 6) Actualmente no existen métodos para cuantificar la cantidad de polifenoles que se absorben en el cuerpo; si los excretados.

Aspectos ético-legales

Se ha utilizado el mínimo de animales posible. Se ha utilizado anestésicos para paliar el sufrimiento que el experimento pueda causar.

Palabras clave

Aceite de Oliva, Polifenoles, Hidroxitirosol

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Competencias en género y salud de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (Técnica Grupo Nominal)

Hernández Galán J, Rodríguez Rodríguez M

Médico de Familia. DS. Sevilla

Introducción

Las desigualdades de género en salud se observan en los diferentes patrones de enfermar y de morir entre mujeres y hombres, en la diferente forma de percibir la salud y la enfermedad, en la desigual distribución de los factores de riesgo de enfermar y en la diferencia de oportunidades de acceder a los recursos sanitarios. Las/os profesionales de la salud tienen la oportunidad de influir sobre estos determinantes a nivel individual y para ello es necesaria la incorporación y consolidación de la perspectiva de género en la atención sanitaria; especialmente en atención primaria que es la puerta de acceso de las personas al sistema de salud. Cabe preguntarse si los/as profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria cuentan con las competencias necesarias para incorporar el enfoque de género a su práctica asistencial y cuál sería la mejor forma de incorporar la formación sobre perspectiva de género en su proceso formativo.

Objetivos

Definir las competencias que deben adquirir quienes se forman como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para que puedan incorporar la perspectiva de género a su práctica profesional.

Diseño

Se propone el diseño del contenido de un cuestionario mediante la metodología de la Técnica Grupo Nominal (TGN).

Emplazamiento

Atención primaria, médicos/as de familia, enfermeros/as, trabajadores/as sociales.

Material y Métodos

La TGN es una herramienta de investigación cualitativa utilizada para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas; que permite, en poco tiempo, alcanzar conclusiones sobre la

pregunta formulada. Siguiendo esta Técnica se consultará a un grupo de entre 8 y 12 personas cualificadas y/o expertas en materia de género y salud. La pregunta a formular será: ¿Cuáles son, a su juicio, las actitudes, los conocimientos y las habilidades con las que debe contar una persona especialista en Medicina Familiar y Comunitaria con enfoque de género? La TGN se desarrolla de acuerdo a una metodología estandarizada y permitirá obtener un listado de las tres clases de competencias ordenadas en función de la importancia que el conjunto del grupo les otorgue. El grupo no tendrá ninguna restricción en su creatividad. Se calcularán las medianas, intervalos intercuartílicos, coeficientes de variación de las competencias obtenidas por el grupo.

Material y Métodos

El estudio se realizará en una UD de MFyC de Medicina Familiar y Comunitaria y estará dividido; en una primera fase donde se diseñará un cuestionario mediante metodología de Grupo Nominal y una segunda fase que consistirá en la consulta propiamente dicha mediante una encuesta siguiendo la metodología Delphi. Los resultados de esta investigación serán utilizados para la elaboración de un programa de visibilización, sensibilización y formación en el abordaje de problemas de salud con perspectiva de género, que se propondrá incluir dentro de la programación formación durante los cuatro años de formación, esperando impacto positivo sobre la eliminación de sesgos de género en atención primaria.

Aspectos ético-legales

Consentimiento de las personas expertas que participen en la TGN de la difusión de los resultados obtenidos.

Palabras clave

Gender, Professional Competence, Family Physician

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Estimar que el consumo de aceite de oliva es un factor protector del cáncer de mama en mujeres entre 40 y 65 años

González Gallardo L¹, Lorite Ruíz C²

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Jaén

Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres; por ello es esencial la investigación y desarrollo de nuevas rutas de tratamiento para poder sino evitar, frenar la progresión de dicha enfermedad. El aceite de oliva gracias a su alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados y antioxidantes, parece potenciar la citotoxicidad de los fármacos antitumorales e inhibir la sobreexpresión del oncogen Her-2/neu. Además, los lignanos del aceite de oliva son capaces de inhibir la proliferación de las células MCF-7 del carcinoma de mama.

Objetivos

Determinar si el consumo de aceite de oliva reduce la aparición de cáncer de mama.

Diseño

Estudio de cohortes retrospectivo.

Emplazamiento

Datos recogidos en el ámbito hospitalario.

Material y Métodos

Sujetos y criterios de inclusión: Mujeres de 40-65 años diagnosticadas de cáncer de mama en el último año en una ciudad.

Criterios de exclusión: Mujeres con alteraciones cognitivas y psiquiátricas.

Muestreo: Seleccionamos un grupo de mujeres entre 40 y 65 años que han sido diagnosticadas de cáncer de mama en el último año y las

dividimos en dos cohortes según toma o no de aceite de oliva en los últimos diez años. Siendo el tamaño poblacional 19162, utilizando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%; el tamaño muestra utilizado es de 377 mujeres. Datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Mediciones e intervenciones: Se utilizará un cuestionario validado de consumo de aceite de oliva (encuesta nutricional). Análisis estadístico: Análisis observacional analítico. Limitaciones: Gran dispersión de la población, dificultad para estimar la cantidad total de aceite de oliva consumido y sesgo de memoria del estado nutricional en la encuesta nutricional.

Material y Métodos

Determinar los gramos de aceite de oliva que puedan suponer un factor protector frente al cáncer de mama.

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial. Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado, y se preservará la confidencialidad de los datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos).

Palabras clave

Breast Cancer, Olive Oil, Nutrition

27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



Jaén

**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER:
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

ÁREA: COMPETENCIAS ESENCIALES DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Es fácil calcular la Función Renal Eficientemente en Atención Primaria?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Pérez Buendía I³, García González J⁴

¹Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

²Médico de Familia. CS Huetor Vega. Granada

³Médico de Familia. Complejo Hospitalario Granada (Granada)

⁴Enfermero. CS La Zubia. Granada

Objetivos

Determinar la importancia de la utilización de la Cistatina-C para valorar la función renal, así como su aplicabilidad en Atención Primaria.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Se estudian en 222 pacientes, (127 hombres, 57.2% y 95 mujeres, 42.8%, edad=61.3±16.6 años pertenecientes a 4 zonas básicas de Salud), el grado de función renal, tomando como Gold standard el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con las ecuaciones que estiman la función renal basándose en la cistatina-C: Filler, Le Bricon, Hoek y Larsson así como con las ecuaciones que realizan dicha estimación con la creatinina sérica Cockcroft-Gault, MDRD-abreviado, MDRD-7y CKD-EPI.

Resultados

Los coeficientes de correlación obtenidos son: formulas basadas en la Cistatina-C; Filler: 0.417. Le Bricon: 0.509. Hoek: 0.511. Larsson: 0.485. Formulas basadas en la creatinina sérica; CKD-EPI: 0,821. MDRD-7: 0,732. MDRD-abreviado: 0,696. COCKCROFT-GAULT: 0,591.

Conclusiones

Las ecuaciones basadas en la creatinina sérica son las que tienen un índice de correlación mayor que la Cistatina-C para estimar el filtrado glomerular. La ecuación que mejor estima el filtrado glomerular es la CKD-EPI. Operativamente en atención Primaria son más fáciles de utilizar tanto MDRD como Cockcroft-Gault, y solo utilizaremos el CKD – EPI con cifras dudosas ante la derivación a Nefrología. La Cistatina-C no aporta valor clínico en Atención Primaria, ya que no es superior a las basadas en la creatinina sérica y su determinación es menos eficiente.

Palabras clave

Renal Insufficiency, Cystatin C, Albuminuria

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Tienen nuestros mayores controlada la función renal?

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

¹Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

²Médico de Familia. CS Huetor Vega. Granada

³Médico de Familia. Complejo Hospitalario Granada (Granada)

Objetivos

Ver la prevalencia de la Insuficiencia Renal (IR) en pacientes diabéticos (DM) con o sin HTA y dislipemia dentro de una zona básica de salud separados en dos grupos : Menores y mayores de 65 años.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Se estudian a 1493 pacientes de una zona básica de salud realizando un estudio descriptivo observacional.

Se estima el filtrado glomerular (eFG) mediante la ecuación CKD-EPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un eFG < 60 ml/min x 1.73 m². Se realiza estudio estadístico con Test de Chi-Cuadrado.

Resultados

Resultados para menores y mayores de 65 años respectivamente: insuficiencia renal en DM: 2,70% - 18%. Dislipemia con DM: 4,50% - 7,70%. HTA con DM: 2,50% - 33,50%. HTA + DM + Dislipemia: 10% - 35,80%.

Conclusiones

Observamos que la prevalencia de incrementa en mayores de 65 años. Tanto en pacientes diabéticos con Insuficiencia renal, como en pacientes con dislipemia, siendo muy destacado este incremento en los pacientes diabéticos con HTA, donde la prevalencia se multiplica por 13. Son cifras que nos hacen darnos cuenta de la importancia de la cronicidad y del abordaje de la misma en Atención Primaria.

Palabras clave

Renal Insufficiency, Hypertension, Aged

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Uso del implante subdérmico como método LARC en una UGC semiurbana

Zorrero I¹, Martín Valencia A¹, Gómez Vargas F¹, Fernández Bernal N¹, Pedregal González M²

¹Médico de Familia. CS de Moguer. Huelva

²UD de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva

Objetivos

Describir patrón de sangrado, efectos secundarios, extracción anticipada y grado de satisfacción. Describir edad, paridad, situación socioeconómica y circunstancias que determinan la preferencia del método.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

UGC semiurbana con alta tasa de población inmigrante.

Material y método

55 mujeres (noviembre 2014-junio 2018: se incluye la recomendación del implante subdérmico como método de larga duración (LARC)).

Variables: edad, paridad, situación socioeconómica, patrón de sangrado, efectos secundarios, grado de satisfacción, extracción anticipada y circunstancias que determinan la preferencia.

Análisis: variables cuantitativas, media y desviación típica. Cualitativas, porcentajes. Intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Edad 31,49 (DT 6,72) años. El patrón de sangrado más frecuente fueron la amenorrea (29,1% IC (18,27-42,07)) y reglas periódicas (18,2% IC (9,62-30,02)). El 70,9% (IC (57,93-81,73)) no presentó efectos secundarios. El 12,7% (IC (5,74-23,56)) precisó extracción anticipada. En el 85,5% (IC (74,24-93,01)) el grado de satisfacción fue alto.

El 67,3% (IC (54,11-78,66)) tenían 2 o 3 hijos. La situación socioeconómica fue buena en el 70,9% (IC (57,93-81,73)). En la mayoría (72,7 % (IC (59,81-83,24)) el deseo de no gestación a largo plazo fue la circunstancia para la elección. El 80% (IC (57,9-89,01)) fueron españolas.

Conclusiones

El patrón de sangrado más frecuente fue la amenorrea. La mayoría no presentó efectos secundarios. 7 mujeres precisaron extracción anticipada y el grado de satisfacción fue alto. La edad se encuentra en torno a 30 años. La mayoría tenían entre 2-3 hijos y una situación socioeconómica buena. El no deseo de gestación a largo plazo determinó la elección del método.

Palabras clave

Implante, Patrón Sangrado

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Infiltraciones musculoesqueléticas en consulta de atención primaria, análisis actividad

Guiote Torres A¹, Martínez Navarro I², Cordero de Oses J³, Sierras Jiménez M⁴, Marín Lozano A², Contreras Anguita F⁵

¹Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

²MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

³MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

⁴Médico de Familia. Hospital Neurotraumatología y Rehabilitación Virgen de las Nieves. Granada

⁵MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda-La Cruz. Granada

Objetivos

Describir la actividad relacionada con las infiltraciones musculoesqueléticas en una consulta de atención primaria a lo largo de un año.

Diseño

Estudio descriptivo prospectivo sobre las infiltraciones musculoesqueléticas con finalidad terapéutica directa realizadas en una consulta de atención primaria a lo largo de un año, variables: pacientes, sexo, infiltraciones, localización anatómica/patología.

Emplazamiento

Consulta de medicina familiar y comunitaria en CS urbano.

Material y método

Análisis del registro de datos de la actividad de infiltraciones en una consulta de atención

primaria a lo largo de un año. *Variables:* pacientes, sexo, infiltraciones, localización anatómica/patología.

Resultados

Pacientes 25, masculino 9, femenino 16, infiltraciones 27, epicondilo1, rizartrosis 3, homalgia 5, fascitis plantar 3, rodilla 4, dedo resorte 5, carpo 1, codo 1, neurinoma plantar 2, cadera/trocanter 2.

Conclusiones

La técnica de la infiltración musculoesquelética es útil y demandada en atención primaria, requiere formación y dotación para mantener y mejorar la calidad de realización para conseguir resultados óptimos, siendo una técnica útil como técnica aislada, o complementaria a otras medidas.

Palabras clave

Infiltration, Pain

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Actividad cirugía menor en consulta de Atención Primaria

Martínez Navarro I¹, Cordero de Osés J², Marin Lozano A¹, Gómez Jiménez E³, Moreno Carrasco S⁴

¹MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

²MIR 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

³MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda-La Cruz. Granada

⁴Médico de Familia. Hospital Neurotraumatología y Rehabilitación Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos

Descripción de la actividad en cirugía menor de una consulta de atención primaria a lo largo de un año.

Diseño

Estudio descriptivo prospectivo, intervenciones realizadas en una consulta de atención primaria a lo largo de un año, variables: pacientes, sexo, número intervenciones, tipo de actividad y distribución anatómica.

Emplazamiento

Consulta de atención primaria en un CS urbano.

Material y método

Estudio descriptivo prospectivo, intervenciones registradas correctamente en una consulta de atención primaria a lo largo de un año, variables: pacientes, sexo, número intervenciones, tipo de actividad, localización anatómica.

Resultados

Número de pacientes 47, masculino 22, femenino 25, intervenciones 57, quiste sebáceo/dermoide 5, queratosis seborreica 3, uña exéresis 3, papiloma 7, condilomas 1, fibromas 23, absceso 5, nevus 7, ganglión 1, xantelasma 1, reconstrucción oreja 1.

Conclusiones

La cirugía menor es una actividad plenamente integrada y necesaria en la consulta de atención primaria, es crecientemente su importancia e incremento de su demandada por los usuarios, forma parte de las estrategias para aumentar la resolutivez de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Palabras clave

Ambulatory Surgery

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Relación entre el cumplimiento terapéutico y el ingreso en el área de urgencias hospitalarias

Ramírez Sánchez D¹, Rodríguez Soriano B², García Prat M³, Ruibérriz de Torres Fernández E⁴, García Sardón P⁵, Pedregal González M⁶

¹MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de La Vega. Huelva

²MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

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

⁴MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

⁵Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁶Adjunto. UD de MFyC de Huelva

Objetivos

Determinar la relación entre el cumplimiento e ingreso, en urgencias hospitalarias.

Determinar la prevalencia de incumplimiento.

Describir la frecuencia de alta, ingreso en observación y en planta.

Determinar la relación del cumplimiento e ingreso con otras variables.

Diseño

Descriptivo.

Emplazamiento

Urgencias.

Material y método

Pacientes con al menos una enfermedad crónica y tratamiento de manera continuada. Frecuencia de incumplimiento del 50%, precisión del 5% y confianza del 95% (n=384).

Variables: edad. Sexo. Educación. CS docente. Enfermedad crónica. Pluripatológico. Polimedicado.

Efectos secundarios. Compresión sobre la información. Convivientes. APGAR. Duke UNC. Cumplimiento terapéutico (Haynes-Sackett). Frecuentación.

Análisis estadístico: descriptivo: cuantitativas, media y desviación típica. Cualitativas: porcentajes. Inferencial: Intervalos de confianza

al 95%. Comparación de medias: Test de la t y ANOVA. Comparar variables cualitativas: Ji-Cuadrado.

Resultados

Se encontró una relación al borde de la significación ($p=0,055$), entre el incumplimiento y el ingreso. Prevalencia de incumplimiento: 16,4% IC (8,29-27,91%). Prevalencia de ingreso en planta del 30,91 % IC (19,79-43). Perfil del paciente incumplidor: hombre, mayor, sin estudios, pluripatológico, polimedicado, con disfunción familiar y que percibe más efectos secundarios. Mayor incumplimiento entre los hipertensos, diabéticos, dislipémicos e insuficiencia cardíaca y renal.

Conclusiones

No hay relación significativa entre incumplimiento e ingreso aunque los incumplidores ingresan más. Es relevante la prevalencia elevada de incumplimiento. Son más incumplidores los de mayor edad, hombres, polimedicados y que perciben más efectos secundarios.

Palabras clave

Adverse Effects, Patient Compliance, Medication Adherence

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Doctor la Preeclampsia tiene tratamiento?

Merino de Haro I¹, De Haro Romero M², Pérez Buendía I³, Fernández López P⁴

¹Médico de Familia. CS Estepona. Málaga

²FIR. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

³Médico de Familia. Complejo Hospitalario de Granada

⁴Médico de Familia. Huétor Vega. Granada

Objetivos

Realizar un estudio de los resultados del ratio sFlt-1/PIGF en nuestra área y su impacto en la práctica clínica.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención primaria y hospital.

Material y método

La determinación de sFlt-1 y PIGF se realizó en un equipo Cobas e801 de Roche diagnostics®. Se recopilaron todos los resultados de los primeros seis meses desde la introducción del ratio sFlt-1/PIGF en nuestra cartera de servicios.

Resultados

Durante 6 meses se realizaron 113 determinaciones, correspondientes a 84 embarazadas. El 19% de Atención Primaria, el resto de Atención Hospitalaria.

De las que presentaron riesgo bajo (59%), sólo 2 evolucionaron hacia un riesgo intermedio o alto, pero siempre en meses posteriores. En el grupo de riesgo intermedio (20%), 2 evolucionaron

hacia riesgo alto en 2 semanas y el resto no volvieron a presentar signos de preeclampsia tras control y seguimiento por su médico de familia. Las de riesgo alto (20%), entre las que 7 (41%) eran casos de inicio temprano (menos de 34 semanas de gestación).

De estos 7 casos, se consiguió disminuir el riesgo hacia intermedio en un caso, mientras que en las otras 6 se decidió proceder a cesárea urgente en menos de una semana, tras maduración pulmonar fetal con corticoides.

Conclusiones

La incorporación de los biomarcadores de angiogénesis ha permitido pautar tratamiento preventivo y evitar la interrupción innecesaria de las gestaciones, demostrando así que el ratio sFlt-1/PIGF puede aportar gran información en el diagnóstico precoz, evaluación del riesgo y seguimiento de las embarazadas con preeclampsia.

Palabras clave

Pre-Eclampsia, Cesárea, Section, Neovascularization, Pathologic

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

¿Qué pacientes se beneficiarían más de la medición del índice tobillo-brazo?

Lebrón Martínez De Velasco C¹, Barco Sánchez B¹, Cervilla Suárez F², Gaspar Solanas A¹, Alarcón Pariente E³, Navarro Guitart C¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

²Médico de Familia. Hospital Regional Universitario de Málaga

³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

Objetivos

Determinar la frecuencia de índice tobillo brazo (ITB) alterado (<0.9) en pacientes con riesgo de arteriopatía de miembros inferiores, factores asociados a su alteración y evolución del ITB en dichos pacientes.

Diseño

Descriptivo longitudinal.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y método

Pacientes con riesgo de arteriopatía: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE>5%) y/o clínica compatible. Muestreo consecutivo, n=140 (alfa 0.05, precisión 0.083). Variable dependiente: ITB. Variables independientes: edad, sexo, ECV, DM, Hemoglobina glicosilada (HbA1c), Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipemia (HLP), LDL colesterol (LDL), tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), pulsos, tratamiento. Análisis multivariante: regresión lineal.

Resultados

173 pacientes, 28 pérdidas (25 éxitos, 2 desplazamientos, 1 institucionalización). 64.2% hombres, 35.8% mujeres. Edad media 70.69±0.67 años. Datos basales: DM 67.6%, HTA 62.4%, HLP 59.5%, fuman 30.1%, ECV 26.6%, palpación de pulsos patológica 30.6%. Valores medios de HbA1c 7.12±0.11% (60.7% de pacientes), LDL 115.5±2.82 mg/dL (40.6%100), IMC 30.2±0.39 kg/m² (15.9%<25), ITB 1.08±0.02, ITB<0'9 18.5% e ITB1.4 7% de pacientes. Terapia antiagregante 63%, de los cuales 90.7% con AAS. El modelo multivariante (R20.969) relaciona ITB disminuido con: ECV (p=0.008), mayor IMC (p=0.002) y mayor HbA1c (p<0.0001). El ITB permanece estable en la segunda medición (media de la diferencia 0.06±0.04, p=0.08).

Conclusiones

El 18.5% de los pacientes presentan ITB <0'9 sin cambios significativos en la evolución. Los factores asociados a ITB patológico son ECV y valor elevado de HbA1c e IMC.

Palabras clave

Ankle Brachial Index, Peripheral Vascular Disease, Cardiovascular Disease

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

El uso de AMPA en seguimiento de hipertensos, disminuye la necesidad de cambio terapéutico

Vera Soto Y¹, Sánchez Ramos M¹, Ternero Solís C², Gómez Jiménez G³, Toribio Onieva J¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

²MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Linares C. Hospital San Agustín Norte de Jaén

³MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Linares C. Hospital San Agustín Norte de Jaén

Objetivos

Determinar si el uso del AMPA en el seguimiento de nuestros hipertensos disminuye la necesidad de cambiar tratamientos.

Diseño

Estudio observacional descriptivo, en el que se realiza medición de AMPA a una serie de pacientes hipertensos no controlados en consulta de enfermería.

Emplazamiento

Pacientes HTA no controlados en 3 consultas de UAF de un CS urbano.

Material y método

Se seleccionan 64 pacientes hipertensos en tratamiento, con TA \geq 140/90, tomadas en condiciones idóneas, en dos vistas, separadas al menos 2 semanas. Se descartaron aquellos con TA \geq 180/110, o con LOD.

Descartada una causa conocida que explicara el descontrol de la TA, en lugar de realizar un cambio terapéutico de inmediato, se procedió a realizar control de la PA mediante técnica AMPA, con aparato validado OMRON 705 IT, previa

instrucción del paciente. Se tomaron tres determinaciones antes del desayuno, comida y cena durante 5 días consecutivos, descartando la primera medida del primer día. Se calculó la medida media de todas las determinaciones efectuadas para cada paciente.

Resultados

Un 30,76 % de los varones hipertensos y un 35,2% de las mujeres hipertensas, presentaban cifras medias de PA inferiores a 135/85, y por tanto no susceptibles de cambio terapéutico. Del total de los 60 pacientes hipertensos considerados "no controlados" en consulta de enfermería, el 33,3% presentaron cifras de control de TA (<135/85) con medidas AMPA.

Conclusiones

En nuestra experiencia, el uso sistemático del AMPA en los pacientes hipertensos "no controlados", ha evitado la modificación del tratamiento en un tercio de ellos.

Palabras clave

Hypertension, Blood Pressure Monitoring, Self

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Conciliación de la medicación en Atención Primaria

Carbajo Martín L¹, Caballero Baena M², Prieto Justicia C³, Maqueda Vílchez Á², Dorante Delgado M², Rivero García S⁴

¹Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

²MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Sevilla

³MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Sevilla

⁴Médico de Familia. AGS Sur de Sevilla

Objetivos

Mejorar la conciliación de la medicación en Atención Primaria en pacientes frágiles.

Diseño

Realización de protocolo de valoración y auditoría de historias clínicas.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población de estudio: paciente frágil que es alta en fin de semana o prefestivo y se registra en Servicio de Telecontinuidad.

Tamaño muestral: 345 pacientes de los que se hizo aleatorización y se obtuvieron 80 pacientes (altas de enero a marzo 2018). 8 personas fueron éxitos (se excluyeron) y 5 historias no fueron localizadas porque la plataforma no aporta NHUSA de pacientes. Por tanto se han auditado 67 historias.

Resultados

Edad promedio: 72 años. Mujeres 61% - Hombres 39%. Unidades de altas hospitalarias: medicina

interna 56,72%. Unidades quirúrgicas 10,45%. Otras Unidades médicas 32,84%.

Preguntas auditadas: ¿se refleja la medicación domiciliaria en el informe de alta? sí 70,15%. ¿Se refleja la nueva medicación prescrita al alta en el informe de alta? sí 77,61%. En el mes siguiente del alta hospitalaria. ¿El paciente ha tenido una consulta u otro contacto registrado con su médico de familia? sí, 77,61%. Si se ha realizado algún cambio en la medicación. ¿Se refleja el motivo de cambio de tratamiento en la Historia del paciente? en el 31,34% el médico de familia no refleja los cambios.

Conclusiones

Resulta complejo valorar la conciliación de un acto habitual del médico de familia por lo que la selección de pacientes frágiles ayuda a tener un denominador asumible. En general se realizan pocos cambios de medicación al alta pero en un alto porcentaje no se refleja en la historia del paciente en atención primaria (31,34%), esto supone un problema de seguridad del paciente.

Palabras clave

Conciliación, Paciente Frágil, Polimedición

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Código sepsis

Carbajo Martín L¹, A. Mateos Gómez A², Fernández Pérez M², García González J², Jiménez Cabrera R²

¹Subdirección Médica. Hospital Universitario Valme. Sevilla

²Médico de Familia. AGS Sur de Sevilla

Objetivos

Valorar implantación Código Sepsis.

Diseño

Validación casos clínicos activados como Código Sepsis.

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias.

Material y método

La población de estudio son los casos activados como Código Sepsis por los equipos extrahospitalarios desde enero a mayo 2018. Se activaron un total de 7 casos. Aunque son pocos casos sirve para validar el protocolo de activación de un código tiempo dependiente algo más olvidado que el resto.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 71,28 años siendo 6 mujeres y 1 hombre. Los diagnósticos confirmados: Sepsis de origen biliar. Sepsis en relación a infección de catéter picc. Fiebre larga evolución en relación con infección del tracto

respiratorio. Shock séptico de origen respiratorio. Cervicitis clínica. Shock séptico posible origen biliar. Itu no complicada. El tratamiento implicado fue en el 100% de los casos fluidoterapia y se añadió antibioterapia en menos de 2 horas en el 70% de los casos (ceftriaxona 2 g).

Conclusiones

El tratamiento precoz de sospecha de Sepsis se basa en la fluidoterapia y reposición hídrica así como antibioterapia en los primeros momentos. La difusión del protocolo de Código Sepsis completa el cuadro de activaciones de códigos tiempo dependientes del Sistema Público Andaluz pero resulta complejo diagnosticar de inicio este tipo de situaciones. Hay que realizar un ejercicio importante de difusión y formación a todos los equipos de atención urgente extrahospitalario porque sólo 7 casos nos indican un infrarregistro importante.

Palabras clave

Sepsis, Septicemia, Infección

ÁREA: NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD DEL INDIVIDUO

Manejo de la dispepsia en Atención Primaria. Diagnóstico no invasivo y tratamiento

López González J¹, Lozano-León T², Rodríguez Sánchez M¹

¹Médico de Familia. CS de Cartaya. Huelva

²Enfermero de Familia. CS de Cartaya. Huelva

Objetivos

Identificar a los pacientes con dispepsia portadores de *Helicobacter Pylori* (HP). Disminuir la clínica de dispepsia en pacientes portadores de HP tras tratamiento erradicador.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

El estudio se circunscribe en un CS (CS) de atención primaria (AP) como colaboración internivel con la Unidad de Aparato Digestivo del hospital de referencia.

Material y método

Población: pacientes que acuden a la consulta de Medicina de Familia del CS durante los meses de febrero a junio de 2018, menores de 55 años, por dispepsia no investigada y sin signos de alarma (Criterios de Roma III).

Muestra: se realiza muestreo consecutivo, incluyéndose a todos los pacientes que cumplen los criterios de selección. Resultando una muestra de 25 pacientes.

Variables: edad, sexo, presencia de HP.

Medición: para la identificación del HP se utiliza el Test de Aliento 13C-Urea (Taukit®).

Resultados

Nuestra población la componen 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%) con una edad media de 45,43 años. 11 pacientes (44%) han resultado positivos al HP; 7 mujeres (46,66%) y 4 hombres (40%). A ellos se le aplicó tratamiento erradicador de 1º nivel (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) siendo efectivo en el 90,9% (10 pacientes) de los casos.

Conclusiones

La prevalencia de HP en pacientes dispépticos en nuestra población es del 44%. Se obtiene una mejoría clínica significativa en pacientes con HP tras tratamiento erradicador. El test de aliento en AP tiene un alto valor diagnóstico de infección por HP, evitando de este modo pruebas invasivas y derivaciones a la atención especializada.

Palabras clave

Dispepsia, *Helicobacter Pylori*, Técnicas de Diagnóstico del Sistema Digestivo

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

La Cooximetría y el Test de Richmond como herramientas de trabajo en Atención Primaria (COOXIRICH)

González López A¹, Blanco Rubio B², De Francisco Montero M³, González Hernández F³, Adrada Bautista A⁴, Varo Muñoz A⁴

¹Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

²FEA de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

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

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

Objetivos

Describir características socio-demográficas y de consumo de tabaco. Elaborar modelo predictivo de cooximetría con respecto al número de cigarrillos/día y del Test de Richmond con respecto a abstinencia.

Diseño

Estudio observacional descriptivo y de casos-controles.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Inclusión: fumador mayor 18 años y solicitante de tratamiento para dejar de fumar de enero 2009 a diciembre 2016.

Exclusión: enfermedad psiquiátrica, drogodependencia activa, embarazo. Recogida de datos mediante auditoría de Historias Clínicas del Plan Integral Tabaquismo de Andalucía de un CS urbano.

Variables: dejar hábito tabáquico, cigarrillos/día, sexo, edad comienzo, motivo inicio, tipo tabaco, convivientes fumadores, intentos previos, número recaídas, otros hábitos tóxicos, enfermedades relacionadas, factores de riesgo cardiovascular, Test de Fagerström, Test Richmond, fármacos, número de sesiones, cooximetría. Análisis descriptivo mediante RCommander. Para estudio de cooximetría modelo de regresión lineal multivariante.

En comparación de variables categóricas, Chi cuadrado.

Para hipótesis del Test Richmond, modelo de regresión logística binaria multivariante. Aprobado Comité Ético de Investigación.

Resultados

Muestra 189 pacientes. Más de la mitad mujeres, social es el motivo más importante de inicio (96.71%). Media de edad de comienzo 17 años. Tabaco rubio preferido. Las terapias no farmacológicas método utilizado mayoritariamente, 76.34%. Dentro de las farmacológicas, varones mayor frecuencia parches de nicotina y mujeres Bupropion. Recaídas 69.95%. Destacar relación con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (62.96%). Los valores de cooximetría son más elevados en fumadores con mayor tasa de cigarrillos/día (R^2 ajustada= 0.032; $p=0.01$). Modelo de regresión lineal monovariante hace posible calcularla también en base al número de cigarrillos fumados. Test de Richmond no ha sido predictor de deshabitación (OR= 0.86; IC 95%:0.45-1.64).

Conclusiones

El número de cigarrillos/día es buen predictor de cooximetría, no así el test Richmond de abandono del tabaquismo. El interés de este estudio reside en la posibilidad de tener una herramienta más para la aproximación diagnóstica y terapéutica de los pacientes fumadores en AP.

Palabras clave

Cese del Tabaquismo, Conductas Saludables Atención Primaria de Salud

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Resultados de lactancia materna en un CS

Cuerva Gómez R¹, Rueda Illescas M¹, Escabias Molina C²

¹Médico de Familia. CS de Guadix. Granada

²CS de Guadix. Granada

Objetivos

Mejorar la asistencia que ofrece el equipo de salud a madres y lactantes para incrementar las cifras de inicio y duración de la lactancia materna.

Diseño

Observacional.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Cálculo del tamaño muestral y selección aleatoria de la muestra. Recogida: presencial a los recién nacidos menores de 15 días. Encuestas telefónicas aleatorizadas a cuidadores principales de bebés menores de dos años en la Zona de influencia. Encuesta estructurada, sobre alimentación y establecimiento/continuación de la lactancia materna, el día anterior a la encuesta, en distintas etapas del desarrollo hasta los 2 años.

Resultados

Tamaño muestra: 181 lactantes. Encuestas no contestadas: 29.3%, contestadas: 70.7%.

Lactancia materna exclusiva al inicio (25 lactantes); si: 84%, no: 16%. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (37 lactantes); si: 37.8%, no: 62.2%. Lactancia materna continuada al año de vida (13 lactantes); si: 53.8%, no: 46.2%. Lactancia materna continuada a los 2 años (16 niños); si: 12.5%, no: 87.5%. Inicio de la alimentación complementaria (15 niños); con alimentación complementaria: 100% Sin alimentación complementaria: 0%.

Conclusiones

La lactancia materna está bien instaurada en los menores de quince días. Llama la atención la disminución de la misma a los seis meses de edad y si se mantiene al año, junto con la alimentación complementaria. Obtenemos el punto de partida en cuanto a alimentación infantil de nuestra zona; para en un futuro, tras la implantación del proyecto IHAN volver a analizar los resultados y valorar si ha habido mejora.

Palabras clave

Lactancia, Materna, IHAN

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Estamos en la web: los ancianos y las nuevas tecnologías

Simao Aiex L¹, Simao Aiex M²

¹Médico de Familia. CS San Miguel. Malaga

²Trabajadora Social. OS Santa Catarina. Sao Paulo (Brasil)

Objetivos

Mejorar la autonomía e independencia del anciano para poder adaptarse a la sociedad actual.

Diseño

Instituciones gubernamentales y no gubernamentales unidas para ofrecer un servicio gratuito de clases básicas de informática en aulas de 16 alumnos divididas en dos grupos al año.

Emplazamiento

Atención primaria, en una zona básica de salud a través de los equipos de atención al anciano.

Material y método

Se incluyen personas mayores de 60 años de una zona básica de salud. Estudio cualitativo.

Resultados

Se han inscrito en el proyecto 21 ancianos, 10 han acabado el curso básico, 8 siguen en clases y 3 han abandonado; 2 por problemas de salud y 1 por grandes dificultades en el aprendizaje.

El proyecto se ha evaluado a través de los relatos de los ancianos de cara a la nueva realidad vivida y no por el proceso de aprendizaje.

Al finalizar el primer curso se constató una mejora en la calidad de vida, en el estado de ánimo, memoria y concentración, además de la mayor socialización e integración en la sociedad, fortaleciendo los vínculos familiares y relacionamientos intergeneracionales.

Conclusiones

La población anciana mundial está en constante crecimiento, por lo que es importante buscar un envejecimiento saludable. Aprender informática puede suplir muchas de estas necesidades, por la informatización de las instituciones públicas, comercios...lo que dificulta su vida diaria autónoma. Es importante tener en cuenta que más que saber manejar un ordenador el anciano lo que busca es ser parte activa de la sociedad que lo ve como alguien con conocimientos de épocas pasadas, con escasas habilidades innovadoras.

Palabras clave

Innovation, Healthy Aging

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Abordaje de la fibrilación auricular en el paciente de edad avanzada

Pimentel Quezada Y¹, Gámez López A², Bonilla Palomas J², López Ibáñez M³, Moreno Conde M³

¹EBAP. CS de Martos. Jaén

²FEA cardiólogo. Hospital San Juan de La Cruz. Jaén

³Medicina Interna. Hospital San Juan de La Cruz. Jaén

Objetivos

Analizar las características de los pacientes con fibrilación auricular (FA) y edad superior a los 80 años así como describir el manejo que de la FA se realiza en este grupo de edad.

Diseño

Registro de práctica clínica diaria.

Emplazamiento

Hospital de primer nivel con un área de referencia de 180.000 personas.

Material y método

Se realizó un análisis estratificado según la edad de los pacientes con FA fuese superior o inferior a los 80 años.

Resultados

Se analizaron 1007 pacientes con FA. De ellos 316 (31%) tenían 80 o más años (edad media 84±4 años). Este grupo presentaba un mayor CHADSVASC (4.1±1.2 vs 2.8±1.6, p<0.001) y HASBLED (2.1±0.7 vs 1.7±0.9, p<0.001) así como un menor CICr/MDRD-7 (63±23 vs 75±24 ml/min, p<0.001). La estrategia de control de

ritmo fue menor en el grupo ≥80 años (3.7% vs 15%, p<0.001). En cuanto al tratamiento antitrombótico recibido, un mayor porcentaje de **los pacientes de ≥80 años no fueron** anticoagulados (4.9% vs 10%). Si bien los antagonistas de la vitamina K (AVK) fue el tratamiento más elegido estos fueron menos empleados en los pacientes de mayor edad (59% vs 61%) con un menor uso de anticoagulantes directos (ACOD) en el grupo de pacientes mayores (31% vs 34%), p=0,001.

Conclusiones

Los pacientes con FA y ≥80 años a pesar de presentar un mayor riesgo isquémico (determinado por la escala CHADSVASC) no reciben tratamiento anticoagulante en un mayor porcentaje de casos. Si bien los AVK son el anticoagulante de elección, los ACOD representan un porcentaje elevado de los tratamientos anticoagulantes prescritos en ambos grupos de edad.

Palabras clave

Atrial Fibrillation

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Uso y riesgo de adicciones de nuevas tecnologías entre los adolescentes y jóvenes andaluces

Morcillo Jiménez J¹, Pimentel Quezada Y², Dueñas Dueñas L³, Jiménez Pulido I⁴, Valverde Bolívar F⁵

¹EBAP. CS De Antequera. Málaga

²EBAP. CS de Martos. Jaén

³EBAP. CS Virgen Del Gavellar. Jaén

⁴Directora UGC de Úbeda. Jaén

⁵Jefe de Estudios de la UUD de MFyC. Jaén

Objetivos

Evaluar el uso de las nuevas tecnologías entre los adolescentes y jóvenes. Conocer el grado de adicción al uso de las nuevas tecnologías en un grupo de adolescentes.

Diseño

Observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Equipo de atención primaria que realiza charlas sobre Ciberacoso a una población de estudiantes de 2º de la ESO con edades entre 13 y 15 años pertenecientes a diversos centros educativos de una zona rural y no rural de una zona en el período comprendido entre Febrero y Marzo de 2017.

Material y método

Se aplica posterior a las charlas el cuestionario (Internet Addiction Test, IAT), (Young, 1998) modificado por los investigadores.

Resultados

Se analizaron cuestionarios realizados por 156 estudiantes con una edad media (13±4 años) y el 52 % del sexo masculino.

Mostrando un grado de adicción leve (32%), moderado (17%) severo (1.3%); de los que tenían algún grado de adicción utilizaban el móvil más de dos horas al día (37.8% vs 63 %), p=0,005.

El total de uso del móvil al día (4.6±3.8 horas). La red social más utilizada WhatsApp (96.2%). Comparando la media de adicción con las redes sociales Snapchat (37.25%), p=0.002, Instagram (34.29%), p=0.001.

Conclusiones

51 % de la población presentó algún tipo de adicción al uso de nuevas tecnologías. El 63% de los encuestados con adicción utilizan el móvil más de dos horas al día. Un 19% de los adolescentes encuestados presentan un grado de adicción entre moderado y severo. Las redes sociales más asociadas a la adicción fueron Instagram y Snapchat.

Palabras clave

Cyberbullying

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Manifestaciones orales en pacientes institucionalizados con desórdenes mentales

Bejarano Ávila G, Sánchez García M, Reyes Gilabert E

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Objetivos

Este estudio valora las condiciones de la mucosa oral entre los enfermos mentales crónicos de 3 residencias de mayores.

Diseño

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento

Pacientes institucionalizados de 3 residencias dependientes de un distrito de Atención Primaria.

Material y método

Periodo: entre 2017 y 2018.

Inclusión: pacientes institucionalizados con enfermedad mental cuyos tutores legales firmaron el consentimiento informado mayores de 18 años.

Exclusión: imposibilidad de realizar las exploraciones orales.

Variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (psicofármacos, enfermedad mental, lesiones en la mucosa oral, tabaco, xerostomía).

Análisis estadístico: descriptivo y bivariado (test de chi cuadrado, t de student). Significación estadística ($p < 0,05$). Intervalos de confianza al 95%.

Resultados

201 pacientes, 63% hombres. Edad media 58,2 años (rango: 22-96) y el periodo medio de residencia fue de 30,5 años (rango: 6-65). Los esquizofrénicos eran los más frecuentes (48,8%) y los psicofármacos más consumidos: fenotiazinas (68,2%) y los antiparkinsonianos (39,8%) con una media de 2,3 psicofármacos. El 21,9% fumadores. El 18,9% de los enfermos mentales presentaban alguna alteración de la mucosa oral, siendo la candidiasis (12,9%) y leucoplasia (4,5%) las más frecuentes relacionadas con la xerostomía y el consumo de tabaco ($p=0.0001$). Los antiparkinsonianos y las fenotiazinas se asociaron significativamente ($p=0,001$) a la presencia de candidiasis y leucoplasia oral, así como el riesgo de padecer esquizofrenia ($p=0,04$).

Conclusiones

Hay que indicar la importancia de la patología de la mucosa oral entre los enfermos mentales crónicos y la necesidad de continuar la investigación en el campo de la medicina oral.

Palabras clave

Institutionalization, Oral Health, Mental Disorders

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Dime cuántos fármacos tomas y te diré cómo eres

González Hevilla A¹, De Juan Roldán J², Castillo Jimena M³, Sánchez Sánchez C⁴, Rivera Ríos I⁵, Álvarez de Cienfuegos Hernández M⁶

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Valle del Guadalhorce. Málaga

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Málaga

³Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

⁴Médico de Familia. DA. Málaga

⁵MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Perchel. Málaga

⁶MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Conocer prevalencia de polimedicación en muestra de pacientes que consultan a demanda con MFyC. Explorar diferencias en características sociodemográficas/clínicas según número de fármacos.

Diseño

Observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Población de estudio: sujetos de agenda de MFyC los 2 primeros días de semanas alternas, 2 meses.

Muestreo por conveniencia. Tamaño muestral (N) 175.

Variables: asistencia, consulta mañana/tarde, edad, género, nacionalidad, TSI, número de fármacos larga duración, número de problemas registrados, número total consultas en urgencias hospitalarias, número de consultas AP en meses previos y asistencia de familiar delegado.

Análisis descriptivo de datos. Intervalos de confianza 95%. Explorar asociación estadística entre número de fármacos consumidos y otras variables con ANOVA y Chi2 para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Resultados

Mujeres 59,4% (IC 52,1-66,8). Edad media 54,4 (DE 19,7). Españoles 82,9 (IC 77,2-88,5). TSI 001/002 40% (IC 32,7-47,3). Media 4,3 problemas clínicos (DE 4,2); 1,7 consultas AP en 2017 (DE 2); 7,4 en urgencias (DE 11,2) y 3,8 fármacos (DE 4).

30,3% (IC 23,4-37,16) no consume fármacos, 34% (IC 36,6-51,4) consume hasta 5 y 24% (IC 17,9-30,9) >5. Quienes consumen >5 fármacos son mujeres en 54,7% (IC 39-70,4), edad media 69,7 (IC 65,1-74,3), mayoritariamente españoles y TSI 001/002, con media de 9 problemas (IC 7,9-10), 4,2 consultas en urgencias (IC 8,4-20), 2,6 en AP (IC 1,8-3,5) y no acude paciente en 26,2% (IC 12,3-40,1).

Diferencias estadísticamente significativas entre grupos en edad, número de problemas, número de consultas urgencias, número de consultas en AP, nacionalidad, TSI y quién consulta. Género, horario y asistencia sin diferencias.

Conclusiones

1/4 de la muestra son pacientes cuantitativamente polimedificados. Éstos son mayores, con TSI bajo, más problemas, más consultas en urgencias y AP y acude en mayor proporción un familiar delegado.

Palabras clave

Primary Health Care, Population Characteristics, Polypharmacy

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Diagnóstico y control del asma en atención primaria

Arroyo Morales R¹, Soto Rebollo M², Milia Pérez F², Señalada Salinas L³, Escolano Fernández de Córdoba M⁴, Domínguez Santaella M⁵.

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

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁴Enfermera. CS Victoria. Málaga

⁵Médico Adjunto. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir el manejo clínico de los pacientes con asma atendidos en nuestro CS.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria, CS urbano.

Material y método

Población: pacientes incluidos en PAI Asma (N=703 pacientes).

Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral de 185 sujetos, calculado para estimar una proporción (diagnóstico funcional) en una población finita (alfa 0,05 precisión 5%), sin pérdidas.

Variables: datos sociodemográficos, método diagnóstico, grado de control, gravedad y tratamiento del asma.

Método de evaluación: revisión historia clínica.

Resultados

N= 159. Se consideraron 23 pérdidas (12.5%) al no disponer en la historia clínica, ningún criterio diagnóstico o terapéutico de asma. Edad media 40,5 años, 60% mujeres.

Diagnóstico funcional: espirometría con prueba broncodilatadora (PBD)(+) 14%, variabilidad Peak-flow 0%, fracción expirada óxido nítrico 0%, test metacolina 1%, sin datos 86%. Alguna espirometría realizada 59,1%.

Gravedad: asma Intermitente 28%, asma persistente leve 8%, asma persistente moderada 11%, asma persistente grave 1%, sin datos 53%.

Grado de control: control de síntomas en último año 6,25% (10 pacientes).

Tratamiento: corticoides inhalados en asma persistente 31,2%. Consumo anual de Beta-adrenérgicos: sin dispensaciones 61,6%, 1-3 envases 23,9%, 5-8 envases 10,1%, 9-12 3,1% y > 12 1,3%.

Conclusiones

Es preciso mejorar el diagnóstico funcional de asma y la atención centrada en la valoración del control de esta enfermedad. El perfil de consumo de inhaladores puede ser un buen criterio para identificar pacientes con asma mal controlada a los que dirigir intervenciones orientadas a mejorar el control de esta enfermedad.

Palabras clave

Asthma, Quality Indicators, Health Care, Primary Health Care

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Comportamiento de la variable pappaxbetahidroxicorionico en pacientes con diabetes gestacional

De Francisco Montero M¹, Marcos Alonso C², Molinero Delgado L², Gabaldon Rodríguez I¹, Varo Muñoz A³, Ortega Calvo M¹

¹Médico de Familia. CS Las Palmerita. Sevilla

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

³MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Dentro de un proyecto que trata de generar modelos predictivos de Diabetes Gestacional (DG) a partir de los biomarcadores de cribado del primer trimestre, queríamos analizar la correlación entre las variables PAPPa y betahidroxicoriónico con respecto a la glucemia basal de las 26-28 semanas en un grupo de gestantes incluidas en el PAI Embarazo.

Diseño

Se trata de un diseño observacional de tipo casos-control en el que se realiza un estudio previo de correlación mediante regresión lineal.

Emplazamiento

Se extrajeron datos de cinco centros de salud urbanos.

Material y método

Sobre una muestra de 186 gestantes se construyeron modelos de regresión lineal monovariada con la glucemia de las 26-28 semanas como variable resultado, y la PAPPa, el betahidroxicoriónico y una variable producto de

ellas dos (PAPPaBetahidroxicoriónico) como predictoras. Se realizó un análisis visual de las nubes de puntos generadas y un estudio de modelos lineales mediante la R cuadrado (coeficiente de correlación) ajustada. Se había obtenido permiso del CEI local para este proyecto en el año 2012.

Resultados

De todas las correlaciones estudiadas (PAPPa con glucemia de 28 semanas; Betahidroxicoriónico con glucemia de 28 semanas; variable producto de ambas con glucemia de 28 semanas) tan sólo esta última mostró una correlación positiva y significativa ($p < 0,05$) en las pacientes con DG.

Conclusiones

La variable producto PAPPaBetahidroxicoriónico se correlaciona positivamente con la glucemia de las 26-28 semanas.

Palabras clave

Diabetes Gestacional, Proteínas de la Gestación, Modelos Lineales

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Prevalencia del uso de antimicrobianos (AM) en pacientes institucionalizados

Sevilla Ramírez N¹, Casado Martín M¹, Fernández Zabala S², Salomé Gómez R³, Fernandez Urrusuno R⁴, Pascual de la Pisa B⁵

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla.,

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

³Enfermera. Residencia de Mayores Alkama. Sevilla

⁴Farmacéutica. DS Aljarafe. Sevilla

⁵Médico de Familia. CS de Camas. Sevilla

Objetivos

Determinar la prevalencia del uso de antimicrobianos (AM) en pacientes institucionalizados.

Diseño

Descriptivo transversal en dos cortes 2015 y 2017.

Emplazamiento

Centro sociosanitario periurbano.

Material y método

Sujetos: personas institucionalizadas en residencia con atención única por el Sistema Sanitario Público.

Muestra: universo muestral: 49 (2015) y 55 (2017). Muestreo consecutivo.

Variables: edad, sexo, comorbilidades, infecciones, número envases dispensados AM y tipo; adecuación AM según guía.

Fuente de datos: sistema de facturación de recetas y auditoría de historias clínicas.

Análisis estadístico: uni y bivariente.

Resultados

Edad media 85,69 años ($\pm 8,93$); 77,6% mujeres.

En 2015 la prevalencia de AM fue 42,9%; la media de envases de AM dispensados fue 0,45 ($\pm 0,73$).

Los AM más utilizados fueron combinación penicilina (16,3%) seguido de penicilina amplio espectro (10,2%). En el 20,4% de los casos constaba el motivo de prescripción, siendo las más frecuentes infecciones respiratorias (30%) y urinarias (20%). El 40% eran adecuadas según guía.

En 2017 la prevalencia de AM fue 36,4%; la media de envases de AM dispensados fue 0,75 ($\pm 1,2$). Los AM más utilizados fueron penicilina amplio espectro (9,1%) seguido de fluorquinolonas y penicilina resistente betalactamasas (7,3%). En el 21,1% de los casos constaba el motivo de la prescripción, siendo las más frecuentes infecciones respiratorias y celulitis (31,3%). El 12,5% eran adecuadas según guía.

Conclusiones

La prevalencia observada es inferior a la publicada en la literatura científica y no se modifica en el tiempo, a pesar de la edad y complejidad. Es preciso mejorar la calidad de los registros y prescribir según la evidencia actual.

Palabras clave

Inappropriate Prescribing, Anti-Bacterial Agents, Residency

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Conocer la cobertura vacunal del virus del papiloma humano (VPH) y la influencia que desempeñan la estrategia vacunal empleada y la pertenencia a zonas con necesidades de transformación social (ZNTS)

Molina Hurtado E, Leyva Alarcón A, Poyato Zafra I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivos

Conocer la cobertura vacunal del VPH en una provincia andaluza y el tipo de vacuna empleada.

Diseño

Estudio observacional de cohortes históricas mediante auditoría de las historias clínicas digitales y registros escritos de vacunación del VPH.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Menores susceptibles de vacunación de VPH según recomendaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante los años 2014 hasta 2018, ambos inclusive independientemente del tipo de vacuna utilizada.

Como variable principal se recoge la cobertura vacunal completa contra el VPH incluyendo el año de vacunación, tipo de vacuna, número de dosis recibida y vacunación completada o no (según el tipo de vacuna), tipo de captación empleada para la vacunación y pertenencia o no a una zona en riesgo de exclusión social. Análisis

descriptivo y análisis bivariante entre todas las variables independientes y la variable principal, categorizada como cobertura vacunal completa si/no.

Resultados

Del total de la muestra (n=100), el 67% del total han realizado una vacunación completa. Del 37% de no vacunadas o vacunadas de forma incompleta, un 25% corresponde a pacientes en zona de riesgo de exclusión social. El 60% del total están vacunadas con Gardasil, el 22% con Cervarix y el 18% restante no están registrados.

Conclusiones

Es necesario obtener mejores coberturas en los programas de vacunación, conseguir una integración efectiva entre vacunación y cribado y ampliar la población objetivo de dichos programas a colectivos como niños entre 11 y 12 años, varones y mujeres adultas.

Palabras clave

Virus Papiloma Humano, Vacunación, Cáncer de Cérvix

ÁREA: ATENCIÓN A GRUPOS POBLACIONALES Y CON FACTORES DE RIESGO

Patología oral en gestantes atendidas en un CS

Sánchez García M, Reyes Gilabert E, Bejarano Ávila G

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Objetivos

Conocer las lesiones bucales que pueden presentarse con mayor frecuencia en las gestantes y valorar los factores que pueden influir en la salud bucal de las mujeres embarazadas.

Diseño

Estudio descriptivo de prevalencia retrospectivo.

Emplazamiento

Mujeres atendidas durante un año dentro del programa de embarazo de un centro de atención primaria.

Material y método

La muestra de pacientes analizada se tomó de la población de mujeres embarazadas que acudió a la consulta de embarazo de un CS durante el período comprendido entre enero a diciembre de 2017. Recabándose los siguientes datos: tipo de lesión, edad, tiempo de gestación, hábitos, número de dientes cariados, perdidos y obturados.

Resultados

Se revisaron un total de 75 pacientes embarazadas con lesiones bucales, se observó que la lesión más frecuente en este tipo de pacientes fue la gingivitis (70%) en forma exclusiva y en el 30% de los casos asociada a otras lesiones (ulceraciones 6%, agrandamientos gingivales 4,5%, estomatitis subprotésicas 3,2%, leucoplasias 2,78 %, lenguas sin papilas 4,38%, glositis migratoria 3,19%, lenguas fisuradas 2,7%, herpes labial 2,39%, queilitis angular 0,86%). Los cambios hormonales, salivales, microbiológicos e inmunológicos, constituyeron factores que aumentaron el riesgo de padecer estas enfermedades.

Conclusiones

Las lesiones que se presentan a nivel bucal, son muy variadas y ocurren como resultado de las alteraciones hormonales que acontecen en el transcurso del embarazo.

Palabras clave

Gingivitis, Gestación, Enfermeras Periodontal

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Tiempos de resolución del episodio de urgencias por parte de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

Carrasco Gutiérrez V¹, Fernández Natera A², Manzano Felipe M³

¹Médico de Familia. DDCU. Cádiz

²Médico de Familia. Servicio de Urgencias de AP Bahía de Cádiz. Cádiz

³Enfermera. Servicio de Urgencias de AP Bahía de Cádiz. Cádiz

Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer el tiempo de resolución del episodio de urgencias de los distintos Equipos Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de un distrito sanitario.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento

Distrito sanitario de atención primaria. Ámbito de urgencias extrahospitalaria.

Material y método

Se auditaron las historias clínicas digitales de las consultas de los servicios de urgencias de un distrito sanitario del mes de febrero del 2018. Se calculó el tiempo de resolución del episodio de urgencias (TRU) como el transcurrido desde la hora de entrada de la demanda a través del centro coordinador hasta la hora de disponible emitida por el correspondiente DCCU y se promediaron para el total de pacientes.

Resultados

El TRU medio fue de 1 hora y 7 minutos con un mínimo de 3 minutos y un máximo de 7 horas y 17 minutos. El 25% de las urgencias atendidas no superaron los 39 minutos de TRU y el 75% de las urgencias atendidas no tardaron en resolverse más de 1 hora y 25 minutos. Nos encontramos con valores atípicos de TRU en todos los DCCU excepto en uno de ellos.

Conclusiones

Conocer los tiempos de resolución de urgencias de los diferentes DCCU de un mismo distrito sanitario es importante, pues ello permite realizar mejoras en los diferentes DCCU que permitan la agilización de las resoluciones y así prestar una calidad al usuario que demanda la atención urgente.

Palabras clave

Urgencias Extrahospitalaria, Tiempo de Resolución, Equipos Móviles de Urgencias y Emergencias

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Photovoice: cambiando el fonendo por una herramienta comunitaria

Hernández Galán J¹, Rodríguez Romero M², Real Romano S³, Bohórquez Colombo M⁴

¹Médico de Familia. DS. Sevilla

²Médico de Familia. AGS Sur de Sevilla

³Ayuntamiento Los Palacios y Villafranca. Sevilla

⁴Médica de Familia. DS. Sevilla

Objetivos

Describir experiencia docente en salud comunitaria para especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC).

Diseño

Descriptivo, de experiencia docente en formación sanitaria especializada de MFyC.

Emplazamiento

Atención primaria, formación sanitaria especializada.

Material y método

Se seleccionaron 110 residentes de primero y segundo año, a los que se impartieron talleres de introducción a la salud comunitaria. Durante el taller se explicó la técnica Photovoice. La técnica/metodología está situada dentro de amplio marco conceptual de la etnografía visual; a veces referida como investigación fotográfica, documental o fotográfica participativa. Con esta técnica de mapeo de activos en salud se da voz a los que no tienen acceso a tomar algunas decisiones sobre sus vidas. Tras el taller debían realizar la técnica, con libertad de tema y

posteriormente exponerla al resto de compañeros/as de la Unidad Docente Provincial en los próximos dos meses.

Resultados

Se expusieron 64 photovoices de 34 centros docentes, el 96.8% se ajustaron a propuesta. Los determinantes sociales de la salud principalmente discutidos fueron: arquitectura, redes sociales y comunitarias, estilos de vida de la población, recursos y relaciones institucionales.

Conclusiones

Esta propuesta formativa ha permitido a residentes: iniciar una mirada y sensibilidad comunitaria, salir del espacio físico y conceptual de la consulta, entender que en la salud y más en concreto la promoción de la salud es protagonista la comunidad, entender qué son los determinantes sociales, practicar una técnica de mapeo de activos en salud mediante el uso de smartphones (vehículo atractivo y muy utilizado).

Palabras clave

Community Medicine, Medical Education, Primary Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¿Recordamos la gripe los profesionales sanitarios?

Blanco Rubio B¹, González López A², De Francisco Montero M³, Adrada Bautista A⁴, González Hernández F⁴, Varo Muñoz A⁵

¹FEA de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

²Médico de Familia. CS Amante Laffón. Sevilla

³Médico de Familia. CS Las Palmerita. Sevilla

⁴MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁵MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Conocer la implicación de los profesionales de una UGC (UGC) en la campaña antigripal 2017-2018.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y método

Recogida de datos mediante encuesta anónima de 30 preguntas en relación a la campaña antigripal 2017-2018, a todos los profesionales del CS. Limitadores: Algunos no realizaron la encuesta.

Resultados

31 profesionales, 19 médicos. El 70.96% mujeres; un médico forma parte de la red centinela. 19.35% tiene indicación de vacunarse por presentar alguna enfermedad. 30% convive con mayores de 65 años o enfermedades crónicas. 70% formación en gripe y en vacunación. 74% recomienda la vacuna a gestantes e inmunodeprimidos, 96.77% a enfermos crónicos y mayores de 65 años. 35.48% no se vacunaron por miedo a efectos

adversos. 71% muestran preocupación por contagiarse en el trabajo, más de la mitad por enfermar y 80% por contagiar a pacientes y familiares. 80.64% considera la vacuna la mejor medida preventiva. 68% piensa que la mayor incidencia de gripe es a principios de invierno. Más de la mitad afirma que existen medicamentos para combatir la gripe y que la base del tratamiento es sintomática. Un 6.45% no cree que la vacuna reduzca los costes terapéuticos.

Conclusiones

La gripe es una enfermedad infecto-contagiosa potencialmente grave. Una efectividad moderada/baja de la vacuna para prevenir la infección confirmada de gripe puede tener un elevado impacto en salud pública en términos de reducción de hospitalizaciones y mortalidad atribuible a gripe en personas con riesgo de complicaciones. Los profesionales sanitarios y personal en contacto con estos grupos de riesgo deben estar concienciados de su importante labor educativa y preventiva.

Palabras clave

Gripe, Estudio Observacional

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

¿Preguntamos al paciente si tiene algún otro motivo de consulta?

Morales Rodríguez C¹, López Martos G², López Salas M³, Tormo Molina J⁴, Jiménez Liñán R⁵, Navarro López I⁶

¹MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

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

³MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

⁴Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

⁵Médico de Familia. CS La Chana. Granada

⁶Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

Objetivos

Cuantificar en qué proporción los profesionales utilizan la pregunta al paciente: ¿Algo más?, al finalizar la fase exploratoria de la entrevista, y su posible relación con otras variables.

Diseño

Estudio descriptivo trasversal.

Emplazamiento

Dos centros de salud urbanos.

Material y método

Sujetos: todos los médicos de los dos centros, tres pacientes por médico.

Intervención: observación realizada por médicos residentes durante la actividad asistencial con observados que desconocían el motivo; el mismo tramo horario para todas las observaciones.

Criterios de exclusión: médicos residentes y pediatras, consultas administrativas y pacientes no pertenecientes al cupo del médico observado.

Variables principales: años de ejercicio profesional, sexo del médico y paciente, edad del paciente, pregunta "algo más", nuevos motivos de consulta añadidos por el paciente al finalizar la consulta, frecuentación del paciente, duración de la consulta, duración jornada laboral, número de

pacientes de la jornada, Media diaria de pacientes.

Estadística: univariante con las medidas de frecuencia y dispersión habituales. Bivariante con t de Student, Ji Cuadrado.

Resultados

32 profesionales y 88 entrevistas observadas (100% y 92% de lo esperado, respectivamente).

En el 10,2% de las entrevistas se preguntó "algo más". Encontramos relación significativa ($p < 0,05$) entre preguntar algo más y frecuentación: IC-95%.- 0,2 a 5 veces menos de frecuentación si se realiza la pregunta. No relación con el resto de variables.

Conclusiones

En nuestro medio 1 de cada 10 profesionales pregunta por otros motivos de consulta al finalizar la fase exploratoria de la entrevista. Su uso quizás podría asociarse a una menor frecuentación del paciente.

Palabras clave

Communication, Physician-Patient Relations, Physicians, Primary Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Perfil de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria ¿Es esta su primera opción?

Bohórquez Colombo M¹, Hernández Galán J²

¹Médica de Familia. DS. Sevilla

²Médico de Familia. DS. Sevilla

Objetivos

Describir el perfil de residentes de primer año que se incorporan durante la última convocatoria de formación sanitaria especializada de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Determinar las preferencias iniciales en la elección de especialidad. Establecer los principales motivos de elección de la especialidad en MFyC.

Diseño

Descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

Realización de encuesta online a residentes de MFyC que se incorporaron en la convocatoria 2017-2018 en una Unidad Docente Provincial.

Resultados

Este año se han incorporado 57 residentes, de los cuales el 68,4% eran mujeres. La universidad de estudios de grado más frecuente fue la US con un

54,4% seguida de la UCA con un 12,3%. En la elección de especialidad tenía como primera opción MFyC el 28,1%, como segunda el 35,1% y como tercera el 25,6%. El principal motivo para **elegir la especialidad fue “mayor trato personal y reconocimiento de los pacientes”**; **seguido de “amplitud, abarca mucha medicina”**.

Conclusiones

Se mantiene la tendencia de feminización de la formación sanitaria especializada en MFyC, con incorporación de residentes jóvenes, con formación universitaria en la misma ciudad donde eligen especializarse. En la mayoría de los casos la MFyC no fue la opción inicial de especialidad, sin embargo, una vez ajustadas las preferencias al número obtenido en convocatoria, deciden realizarla por considerarla una especialidad donde es realmente posible un verdadero trato personal, familiar y comunitario.

Palabras clave

Preceptorship, Primary Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Estrategias para facilitar la incorporación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Bohórquez Colombo M¹, Hernández Galán J²

¹Médica de Familia. DS. Sevilla

²Médico de Familia. DS. Sevilla

Objetivos

Describir el nivel de satisfacción de las jornadas a puertas abiertas (JPA) y de la información ofrecida a través de tecnologías de información y comunicación (TICS). Analizar la utilidad de TICS y JPA en la elección de CS y zona hospitalaria.

Diseño

Descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se realizó encuesta online a residentes de primer año de MFyC de Unidad Docente (UD) provincial, que se incorporaron en mayo de 2018.

Resultados

De 57 residentes eligieron la UDMFyC, el 68,4% son mujeres, con edad media de 25,9 años. El 46,4% acudió a JPA. La información facilitada fue puntuada con 4,57, considerándola un 60,7% muy

útil. Del 70,2% con conocimiento sobre JPA, el 50% lo habían conocido por un compañero seguida del uso de la web de la UD en un 35%. El 64% entraron en Web de UD antes de elegir plaza en ministerio de sanidad. La valoración de la información web, correo electrónico y/o teléfono fue 4,57; el 55,6% considerada como muy útil. Para elección de hospital la información se valoró con 3,32, siendo muy útil para 31,8%. Para la elección de CS la valoración fue 2,75, siendo muy útil para 29,5%.

Conclusiones

Se consolida el uso de TICS como herramienta para favorecer la comunicación y el intercambio de información a residentes antes de elegir plaza MIR. En relación a la JPA, no solo aumentó el nivel de conocimiento previo de MIR antes de escoger destino, sino que facilitó la incorporación posterior a la UD y centros de salud.

Palabras clave

Preceptorship, Information Technology

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Ansiedad dental y escala MDAS en Atención Primaria

Reyes Gilabert E, Sánchez García M, Bejarano Ávila G

Servicio de Odontología. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Objetivos

Analizar el nivel de ansiedad previa a la consulta de odontología de pacientes no expuestos con los pacientes expuestos a un procedimiento dental.

Diseño

Estudio de cohortes prospectivo, no aleatorizado y multicéntrico.

Emplazamiento

Medicina de Familia y Odontología de Atención Primaria.

Material y método

Escala de ansiedad dental MDAS Corah modificada. Periodo: Abril 2015 - junio 2017.

Población y muestra: inclusión. Expuestos: pacientes que necesitan un procedimiento dental. No expuestos: pacientes que acuden a la consulta del médico familia o al odontólogo para revisión.

Exclusión: enfermos psíquicos y tratamiento ansiolítico.

Variables: edad, sexo, experiencia previa.

Se analizaron 231 pacientes, edad media (DS) 41,23 (14,4) años. 123 (53,2%) mujeres. Muestreo

consecutivo dándole su médico de familia la encuesta MDAS previo a acudir a Odontología.

Análisis estadístico: descriptivo (T de Student o la U de Mann-Whitney). Significación estadística si $p < 0,05$. Intervalos de confianza al 95%.

Resultados

155 (67,1%) de los pacientes presentaban ansiedad moderada, 39 (16,9%) ansiedad severa/fobia y 31 (13,4%) ansiedad elevada. En el grupo de expuestos, 45 (29,1%) presentaban ansiedad elevada o incluso fobia frente a 25 (21,6%) en el grupo no expuesto, ($p=0.002$).

Conclusiones

La proporción de pacientes con ansiedad elevada o severa-fobia es significativamente mayor en el grupo de los pacientes expuestos. La ansiedad dental es un predictor de no adherencia a tratamiento, lo que implica riesgo para el mantenimiento de la salud oral.

Palabras clave

Anxiety, Dentists, Dental Care

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso realizadas en atención primaria

Leyva Alarcón A, Molina Hurtado E, Poyato Zafra I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivos

El objetivo del presente estudio es determinar la efectividad real de las infiltraciones con corticoides locales en la patología del hombro para conseguir la mejoría y/o curación del síndrome doloroso.

Diseño

Estudio de cohorte única retrospectiva (o histórica) mediante auditoría de historias de salud, comprendiendo desde el año 2009 hasta el año 2017.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se incluyen todos los pacientes que hayan sido objeto de infiltración local con corticoides por patología relacionada con el hombro doloroso en un CS urbano. Se recogen las características del paciente, diagnóstico, analgesia, características de la infiltración y mejora en dos semanas, tres meses y 1 año. Análisis descriptivo y multivariante mediante regresión logística.

Resultados

Se valoran 55 pacientes (edad 56,6 años \pm 11,6), 69% mujeres, con lesión no especificada, tendinitis calcificante de hombro y tendinitis del supraespinoso. 1,5 (\pm 0,6) infiltraciones con betametasona (78%) por vía lateral (81%). Mejora 67% (2 semanas), 60% (3 meses) y 48% (1 año). Se relaciona con fisioterapia previa (OR 7,3)(corto plazo), uso de triamcinolona (OR 4,2) y un diagnóstico inicial correcto (OR 0.1)(medio plazo) y número de infiltraciones (OR 0,3)(largo plazo).

Conclusiones

La mejoría del dolor después de la infiltración del hombro disminuye con el tiempo (2/3 a 1/2) y se relaciona con la realización previa de fisioterapia, el uso de triamcinolona, el número de infiltraciones y la realización correcta de un diagnóstico antes de la infiltración.

Palabras clave

Dolor de Hombro, Inyecciones Intralesionales, Atención Primaria, Efectividad, Cirugía Menor

ÁREA: FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Auditoría del Proceso Asistencial Integrado de Diabetes en cuatro Centros de Salud

García Jiménez A1, García Jiménez J2, Martín Sánchez S3, Ruiz Ojeda I3, Chamorro Borrego L4, Liétor Villajos N5

¹MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

²MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Jaén

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

⁴MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

⁵Médico de Familia. CS Belén. Jaén

Objetivos

Evaluar la efectividad de los Médicos de Familia de una provincia cuando aplican el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Diabetes.

Diseño

Auditoría interna. Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y método

La auditoría la realizan cinco médicos residentes que escogen, de entre su cupo, a diabéticos que hayan sido incluidos en PAI diabetes antes del 1 de marzo de 2017. Mediante muestreo probabilístico con arranque aleatorio, se extraen los 40 pacientes que conforman la muestra de cada residente, analizando 200 pacientes en total. En cada paciente se calculan las siguientes variables, fijándose unos estándares de calidad para cada una de ellas: solicitud semestral de Hemoglobina Glicosilada a Diabéticos. Mínimo >40%, óptimo >60%. Número de pacientes diabéticos con Hba1c inferior a 7. Mínimo >30%,

óptimo >50%. Control de la exploración del pie diabético, que incluye "registro de la exploración", "número de diabéticos con registro de exploración sensitiva" y "número de diabéticos con registro de exploración vascular". Mínimo >30% y óptimo >50%.

Resultados

Solicitud semestral de Hemoglobina Glicosilada: 85%, supera valor óptimo. Número de pacientes diabéticos con Hba1c inferior a 7: 65,29%, supera valor óptimo. Registro pie: 67%; registro exploración sensitiva: 92,5 %; registro exploración vascular: 94%. Los 3 valores superan el 50% que es el valor óptimo.

Conclusiones

Los criterios que hemos analizado han superado el estándar definido para cada indicador, obteniendo resultado satisfactorio pero mejorable.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Auditoría Médica, Atención Primaria de Salud

Fundación

SAMFyC

