

Casos Clínicos

Atención Primaria

CC
AP

JART 2023





JORNADAS ANDALUZAS DE RESIDENTES Y TUTORES DE MFYC

★ GRANADA ★

22 JUNIO 2023 | TANDAL URBAN
23 JUNIO 2023 | RESORT (MONACHIL)

[HTTP://RESIDENTESYTUTORESSAMFYC.COM](http://residentesytutoresSAMFYC.COM)

SAMFYC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

*“[...] dedicarse a la primera atención, en cualquier situación y lugar,
esa es la virtud del médico de familia”*

Anónimo

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
30 junio 2023
Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)
Maqueta: EFS
ISBN-e. 978-84-09-58337-9

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.
No obstante, la SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

Coordinadoras

Carmen M^a Escudero Sánchez
Vocal SAMFyC Residentes. MIR de MFyC en Granada

Isabel María Valenzuela López
Especialista en MFyC.
Jefa de estudios UDMAFyC. Granada Metropolitano

Revisores

María Filomena Alonso Morales
Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández
Especialista en MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

Celia Crespo Jiménez
MIR de MFyC. CS Armilla. Granda

Emilio José Delgado Soto
Vocal SAMFyC Residentes. MIR de MFyC en Málaga

Irene Fernández Peralta
Especialista en MFyC. Consultorio Cuevas del Campo.
UGC Baza (Granada)

José Luís Hernández Galán
Vocal SAMFyC de Formación. Especialista en MFyC. Sevilla

José Herrero Rubí
Especialista en MFyC. CS La Chana. Granada

Ignacio Merino de Haro
Especialista en MFyC. CS La Chana. Granada

Antonio Muñoz Gámez
MIR de MFyC. CS Armilla. Granda

María Pedros Árias
Especialista en MFyC. CS La Zubia. Granada

Alejandro Pérez Milena
Especialista en MFyC. CS El Valle. Jaén

Autores

"Todos los autores reconocen haber pedido consentimiento expreso a los pacientes y familiares para publicar los datos clínicos de forma anónima. Los datos clínicos son publicados de forma anonimizada, lo que implica que no habrá tratamiento de datos personales. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFYC. Se aconseja actualizar la información de cada caso con las nuevas evidencias que puedan surgir en adelante."

Para la redacción de este libro de casos clínicos se ha tenido en cuenta lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

ALARGUNSORO MAIZTEGUI	LEIRE		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
ALGORRI FERRERO	SARA ISABEL		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS UTRERA SUR. SEVILLA
ÁLVAREZ PÉREZ	EVA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS LAS PALMERITAS. SEVILLA
BARBERO CORTÉS	ELENA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
BATLLE I VIÑAS	JOAQUIM		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
BAUTISTA SIMON	ANGELES		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
BECERRA ALMAZÁN	MARÍA ANGUSTIAS		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS EL VALLE. JAÉN
BERMEJO VÉLEZ	MARÍA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS VALVERDE DEL CAMINO. HUELVA
BOHÓRQUEZ RÍOS	JULIA MARÍA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
CELIS ROMERO	MIGUEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
CUADRADO ALBURQUERQUE	CELIA CARMEN		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS LA CHANA. GRANADA
DARWISH MATEOS	SARA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
DOMÍNGUEZ BEJARANO	LAURA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS LAS PALMERITAS. SEVILLA
GARCÍA ARJONA	ÁNGEL		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
GARCÍA DE HARO	MARÍA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
GARCÍA MALDONADO	SIMÓN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS AGUADULCE NORTE. ALMERÍA
GOMEZ VERA	JOSEFA		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS FUENTES DE ANDALUCÍA. SEVILLA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	FRANCISCO JOSÉ		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	PILAR		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS SANTA ROSA. CÓRDOBA
GONZÁLEZ VICO	CLARA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
HERAS GONZÁLEZ	MARÍA LUISA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
HERNÁNDEZ GARCÍA	MARÍA DEL MAR		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS SANTA ROSA. CÓRDOBA
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ	BLANCA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALBAICÍN. GRANADA
LADERO PASCUAL	MERCEDES		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS EL VALLE. JAÉN
LÓPEZ CUEVAS	ESTEFANÍA		ENFERMERA MATRONA. CS HUÉTOR-TÁJAR. GRANADA
LUIS MORENO	CRISTINA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS EL TORREJÓN. HUELVA
MADRID MARTOS	MANUEL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
MALDONADO CENTENO	ANA MARINA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
MAMANI VALENCIA	OMAR		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
MARCOS CASTILLO	JIMENA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
MARFIL RUIZ	RAFAEL		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS ALMANJÁYAR. GRANADA

MARTÍNEZ GARCÍA FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS HUÉRCAL-OVERA. ALMERÍA
MEDINA SALAS VICTOR		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS HUÉTOR-TÁJAR. GRANADA
MELGUIZO JIMÉNEZ MIGUEL		ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
MONTAÑO AZOR LAURA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS ALMODÓVAR DEL RÍO. CÓRDOBA
MORENO PÉREZ AGUSTÍN		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS UTRERA SUR. SEVILLA
NAVARRETE ESPINOSA CRISTOBAL		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS LAS FUENTEZUELAS. JAÉN
NAVARRO GUERRA MARÍA JOSÉ		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS FUENTES DE ANDALUCÍA. SEVILLA
NAVARRO RIVERO PAOLA M.		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS HUÉTOR-TÁJAR. GRANADA
PACHECO CALVENTE FRANCISCO JAVIER		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS AGUADULCE NORTE. ALMERÍA
PARDO ÁLVAREZ JESÚS		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS EL TORREJÓN. HUELVA
PEGALAJAR MORAL BELÉN		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
PÉREZ MILENA ALEJANDRO		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS EL VALLE. JAÉN
PIEDRA RUIZ FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LUCENA I. CÓRDOBA
PLATA MARTÍNEZ JUAN JOSÉ		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. H RIOTINTO. HUELVA
PRIETO GÁLVEZ JOSÉ LUIS		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
RAYA REJÓN ALMUDENA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS ALMANJÁYAR. GRANADA
REQUENA CARRIÓN ESTEBAN		MÉDICO ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. CS HUÉRCAL-OVERA. ALMERÍA
RIVAS PEREGRINA JOSE ANTONIO		MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. TUTOR. HU SAN CECILIO. GRANADA
RIVERA FRESNEDA CRISTINA ELOÍSA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS UTRERA SUR. SEVILLA
RODRÍGUEZ CASTILLA FRANCISCO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS EL VALLE. JAÉN
RODRÍGUEZ GARCIA RUBÉN		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS LAS PALMERITAS. SEVILLA
RODRÍGUEZ SAMPEDRO ROSA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS CUEVAS DEL ALMANZORA. ALMERÍA
ROJA LLAMAS JUAN IGNACIO		ENFERMERO RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
ROSA MARTÍNEZ FRANCISCA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS CUEVAS DEL ALMANZORA. ALMERÍA
SÁNCHEZ PALOMEQUE ANA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS EL VALLE. JAÉN
SÁNCHEZ URIBE AMPARO		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS CUEVAS DEL ALMANZORA. ALMERÍA
SERRANO VARO PILAR		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTORA. CS ALMODÓVAR DEL RÍO. CÓRDOBA
SILLERO UREÑA MARIA DEL CARMEN		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS LAS FUENTEZUELAS. JAÉN
TENA SANTANA GONZALO		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. H RIOTINTO. HUELVA
TRUJILLO DÍAZ NOELIA		MÉDICA ESPECIALISTA EN MFYC. TUTOR. H RIOTINTO. HUELVA
VÁZQUEZ HARO ANÍBAL		MÉDICO RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA
VICENTE ALCOBA PALOMA		MÉDICA RESIDENTE DE MFYC. CS CAMPILLOS. MÁLAGA

Un año más, hemos celebrado las JART, las jornadas andaluzas de residentes y tutores. Este año, nos hemos encontrado en Granada, donde pese al calor y las dificultades acabaron siendo todo un éxito.

Las JART son un espacio que se consolida año tras año, donde prima el compañerismo, la formación, la educación, enfocado por completo a los residentes. Un espacio donde también agradecemos y resaltamos la figura del tutor, ese referente que nos toma de la mano y nos guía sin recibir nada a cambio, más allá del reconocimiento y la satisfacción personal. Gracias a todos los tutores que pese al cansancio y la situación actual seguís reciclándoos y aprendiendo.

Y especialmente me dirijo a vosotros, residentes, compañeros. Este es nuestro sitio, estas jornadas están pensadas por y para nosotros. Para los que vamos con ganas de aprender, de interesarnos y de encontrar nuevos intereses. Un espacio que nos recuerda las bondades de la atención primaria, especialmente cuando tan alejados estamos del centro de salud, durante los años de las rotaciones hospitalarias.

Durante los años venideros nos tocará luchar por lo que creemos, desde aquí os mando fuerza, y os doy las gracias por haberme permitido aportar mi granito de arena con estas jornadas.

*Carmen Escudero Sánchez,
vocal de residentes de SAMFyC y
presidenta del comité organizador de las JART'23*

Índice

Caso	Título	Página
1	6/221 MI MÉDICA CUIDA DE MI SALUD, NO DE MIS RESULTADOS	9
2	6/232 A PROPÓSITO DE UN CASO: CAUSA POCO FRECUENTE DE DISECCIÓN AÓRTICA	10
3	6/210 ABORDAJE DEL DUELO EN LA MUERTE PERINATAL	12
4	6/213 ABORDAJE INTEGRAL EN PACIENTE CON LESIONES DÉRMICAS	17
5	6/204 AHONDANDO EN LA "PSIQUE": ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	21
6	6/227 ALTERACIONES VISUALES: NO TODO ES PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA	23
7	6/218 AYUDA DOCTORA, NO VEO	27
8	6/220 BANDERA ROJA A LA CEFALEA	30
9	6/211 CUANDO LA CUIDADORA ENTRA EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS: ATENCIÓN FAMILIAR A UNA FAMILIA ATÍPICA	32
10	6/223 CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA PACIENTE EN DIÁLISIS	35
11	6/208 CUSHING IATROGÉNICO	38
12	6/206 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN EL PACIENTE ANCIANO	40
13	6/222 "DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA"	42
14	6/205 "DOCTOR, TENGO OTRA VEZ INFECCIÓN DE ORINA"	44
15	6/233 "¡DOCTORA, SE ME ENGARROTAN LAS MANOS!"	46
16	6/212 "DOCTORES, MI PADRE DICE COSAS MUY RARAS"	49
17	6/215 ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO NUEVA HERRAMIENTA EN NUESTRA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	52
18	6/231 ESTE MAREO NO DESAPARECE	54
19	6/214 GLUCOGENOSIS TIPO III (ENFERMEDAD DE CORI) EN ATENCIÓN PRIMARIA: FÓRMULA INTEGRAL O DERIVADA	56
20	6/201 LA MARCHA INSEGURA	59
21	6/209 MÁS VALE COMER QUE SER COMIDO	61
22	6/226 ME FALTA UN POCO EL AIRE	64
23	6/230 NO SOLO SE HEREDAN LOS GENES. UN RARO CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	68
24	6/216 NO TE PASES DE LA RAYA	71
25	6/234 NO TODA SENSIBILIDAD AL GLUTEN ES CELIAQUÍA	74
26	6/217 "NO TODO ES CÓLICO NEFRÍTICO"	76
27	6/207 PARÁLISIS FACIAL EN EMBARAZADA	79
28	6/225 ¿QUÉ MEDICACIÓN TOMA?	83
29	6/229 SARS-COV2 EN EDAD PEDIÁTRICA: NO OLVIDARNOS DE LAS COMPLICACIONES GRAVES Y POCO FRECUENTES	85
30	6/202 UN DOLOR TORÁCICO NO TAN INOFENSIVO	88
31	6/203 UNA NEFROPATÍA INESPERADA	91
32	6/219 Y... ¿ALGO MÁS?	94

MI MÉDICA CUIDA DE MI SALUD, NO DE MIS RESULTADOS

Rivera Fresneda, Cristina Eloísa | *Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla*
Moreno Pérez, Agustín | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Sevilla*
Algorri Ferrero, Sara Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla*

MI MEDICA CUIDA DE MI SALUD NO DE MIS RESULTADOS

REVISIONES HOSPITAL
Este mes me revisa Nefrología, Cardiología, Endocrino, Neurología, Oftalmología. Muchas me coinciden.

PRUEBAS Y AJUSTES DE TRATAMIENTO
Cada especialidad me hace sus pruebas, algunas repetidas, y me cambia su parte de tratamiento

TENGO MÁS DE 10 INFORMES
Me han dado informes actualizados y los resultados pero no entiendo nada: en uno me suspenden y en otro me ponen el mismo medicamento

MI CENTRO DE SALUD
Me conocen y me siento querido. Se lo saben aunque no funcionen los ordenadores

MI MEDICA ME EXPLICA
Me da seguridad, se enoja si no me cuida. Me programa según lo que necesito, cuida de que mi tratamiento esté organizado, mi transporte sanitario, las ayudas sociales que me corresponden

CONFIANZA
Porque coordina el equipo que me atiende y sigue mis progresos y mis travesuras. Está actualizada y estoy convencido que me aprecia

MI MEDICA DE FAMILIA LUCHA POR

A PROPÓSITO DE UN CASO: CAUSA POCO FRECUENTE DE DISECCIÓN AÓRTICA

González Vico, Clara | *Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*

García Arjona, Ángel | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Campillos. Málaga*

Roja Llamas, Juan Ignacio | *Enfermero Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*

Motivo de consulta

Dolor torácico asociado a epigastralgia de inicio brusco.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 20 años de 1 paquete/diario aneurisma de aorta abdominal y artritis reumatoide en seguimiento por su médico de Atención Primaria. En tratamiento con metotrexato 20 mg, ácido fólico 5 mg, omeprazol 20 mg, atorvastatina 40 mg y formoterol/beclometasona inhalada.

Anamnesis

Varón de 69 años trasladado por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) por dolor centrotorácico de características opresivas y epigastralgia sin cortejo vegetativo ni irradiación asociada de inicio súbito.

Además, el paciente refiere infección de vías altas de dos semanas en evolución por el que fue valorado e inició tratamiento con levofloxacino 500 mg/12 horas, prednisona 30 mg y salbutamol inhalado hace 5 días. Actualmente continua con tos y aumento de su disnea habitual.

Exploración física

Durante su traslado, el paciente precisó de oxigenoterapia con mascarilla Ventimask® para mantener saturaciones >92%, pese a esto, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable.

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias, el paciente se encuentra consciente, orientado en las 3 esferas y colaborador. Presenta tensiones arteriales con tendencia a la hipotensión (100/70 mmHg), taicárdico con FC en torno 110 lpm, afebril y eupneico con saturación 92% con mascarilla Ventimask®.

A la auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, MVC con roncus dispersos.

Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en epigastrio con defensa abdominal. Sin signos claros de irritación peritoneal. Peristaltismo presente.

Pulsos radiales y pedios bilaterales conservados y simétricos.

Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal a 105 lpm, con PR normal, QRS estrecho y descenso del segmento ST en V3-V5 menor de un milímetro.

Análítica de sangre en la que destaca: Hb 11.5, Hto 35%, plaquetas 220000, INR 1.41, TP 1.26, LDH 450 U/L, PCR 33.3 mg/L, troponina I 1.375 ng/ml, ácido láctico 28,6 mg/dl.

Radiografía de Tórax PA: cardiomegalia leve y ensanchamiento mediastínico.

AngioTAC de aorta: en el que destaca una aneurisma sacular en el origen de la aorta ascendente de 8 cm que involucra a los senos de Valsalva con rotura del mismo a nivel de la unión sinotubular anterior con hemopericardio, donde se identifica una úlcera penetrante en localización posterior de la misma.

Derrame pleural de contenido hemático secundario a la rotura descrita. Además, presenta aneurisma fusiforme de aorta torácica descendente de 60 mm que afecta a la práctica totalidad de la misma y aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal de 6 cm.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria y que vive solo con su mujer. Se trasladó desde Inglaterra hace 6 meses, a la localidad de Mollina.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome aórtico agudo. Úlcera aortica penetrante en aorta ascendente.

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo (SCACEST, SCASEST, angina inestable).

Dolor pleurítico (neumonía, neumotórax, derrame pleural).

Tromboembolismo pulmonar.

Síndrome aórtico agudo (disección aórtica, hematoma intramural y úlcera penetrante).

Plan de acción y evolución

Ante los resultados del angioTAC se consulta con Cirugía Vasculardel hospital de referencia, que recomienda traslado a su unidad para intervención quirúrgica urgente.

Se contacta con el centro coordinador para gestionar el traslado emergente del paciente en helicóptero hasta el hospital de referencia.

Evolución

Se realiza intervención quirúrgica emergente, implantando prótesis endovascular supracoronaria.

Durante su ingreso hospitalario, estuvo en la UCI por shock cardiogénico y distributivo precisando fármacos vasoactivos, episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FA RVR) precisando cardioversión farmacológica (CVF) y reintervención por dehiscencia esternal.

Posteriormente, ingresó en planta por buena evolución clínica hasta completar tratamiento antibiótico por neumonía bilateral con derrame pleural derecho y fue dado de alta tras un mes hospitalizado añadiendo a su tratamiento de base beta-bloqueantes (bisoprolol) y ácido acetilsalicílico 100 mg.

El paciente ha sido revisado en consultas externas de cirugía cardiovascular tras 3 meses desde la intervención, evolucionando favorablemente clínicamente y con buena calidad de vida.

Conclusiones

En 2018 la Administración de Alimentos y medicamentos (FDA-siglas en inglés), recomendaba evitar recetar fluoroquinolonas a pacientes con aneurisma de aorta o con factores de riesgo de tenerla (enfermedades vasculares ateroscleróticas periférica, síndrome de Marfan o síndrome de Ehlers-Danlos), por aumentar las probabilidades de eventos graves como la ruptura o desgarro de la arteria aorta. Tan solo recomienda su uso cuando no haya otras opciones de tratamiento disponibles, pero siempre advirtiendo a los pacientes de los posibles efectos secundarios y explicando los signos de alarma por los que debe consultar.

Como médicos de Atención Primaria y Comunitaria, debemos de tener en cuenta a la hora de prescribir medicación en los Servicios de Urgencias, no solo la patología aguda por la que consultan los pacientes en ese momento, sino también sus antecedentes personales y medicación actual, para tener en cuenta e intentar evitar las posibles interacciones farmacológicas y/o efectos adversos que puedan causar.

Palabras clave

Aneurisma de la Aorta (Aortic Aneurysm). Antibacteriano (Antibiotic). Dolor en el pecho (Chest Pain).

ABORDAJE DEL DUELO EN LA MUERTE PERINATAL

Melguizo Jiménez, Miguel	Especialista en MFyC. Tutor. CS Almanjáyar. Granada
García de Haro, María	Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada
Hernández Hernández, Blanca	Médica Residente de MFyC. CS Albaicín. Granada

Motivo de consulta

Duelo por muerte perinatal. Alta de incapacidad temporal por duelo tras pérdida fetal de primer embarazo en semana 16 + 3 (edad gestacional).

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 28 años, con antecedentes personales de trastorno adaptativo, acude acompañada por su pareja solicitando alta de incapacidad temporal por duelo tras aborto espontáneo. La paciente refiere necesitar reincorporarse a su rutina habitual. Considera que pasar tanto tiempo a solas en su domicilio no está favoreciendo su recuperación. El aborto fue una experiencia dolorosa física y psicológicamente para ella y su pareja. Su pareja comenta que, aunque también siente la pérdida, trata de ser un apoyo para ella.

Exploración

Durante la entrevista se encuentra colaboradora, aunque con labilidad emocional. Refiere sentimientos de vacío y culpabilidad. Trata de racionalizar la pérdida. No refiere anorexia, astenia ni alteraciones del sueño. Durante la gestación, las emociones predominantes fueron el miedo y la incertidumbre debido a episodios reiterados de metrorragia. Tras el aborto, se sentía: “frustrada, incomprendida y bloqueada, encontrándose más irascible”. Esto ha afectado a la dinámica de su pareja. El aborto ha supuesto una regresión en sus proyectos como pareja, volviendo a la etapa previa. Se exploran expectativas sobre nuevos embarazos. Desean saber si existe alguna condición biológica que impida en la actualidad una nueva gestación.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente convive con su pareja desde hace 5 años, formalizando su unión durante el último año. Existe corresponsabilidad de tareas domésticas, sin problemas relevantes de convivencia. Mantiene una relación muy estrecha con sus padres, que viven en su mismo municipio (*Anexo 1*). Cuenta con redes de apoyo emocional, confidencial, informacional y afectivo a través de la familia de su pareja, compañeros del trabajo y amigos (*Anexo 2*).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Listado de problemas

- Trastorno adaptativo.
- Duelo por muerte perinatal.

Diagnóstico diferencial

- Duelo complicado o patológico.
- Trastorno de estrés postraumático.

Plan de acción y evolución

Plan de acción

Tras la valoración del apoyo de su pareja e impacto sobre la relación, así como la evaluación de valores y preferencias de la pareja, se inicia seguimiento para:

- Valorar el apoyo familiar y social.
- Ofrecer espacio donde poder expresar sus sensaciones físicas, sentimientos o emociones.
- Ofrecer espacio de consulta de dudas e información.
- Ofrecer disponibilidad de equipo de Atención Primaria ante nuevas necesidades o demandas.
- Redactar carta de condolencia.

Evolución

Durante las sucesivas consultas, la paciente mencionó que, aunque la familia y allegados les han ofrecido soporte en todo momento, sentía que nada ni nadie podía calmar su dolor. A los 3 meses, una amiga le ofreció buscar ayuda juntas. Gracias a ello, se incorporó a la Asociación de Matrioskas Granada, donde recibió ayuda psicológica y conoció casos similares al suyo. No obstante, describe el duelo como un proceso privado y único en el que para determinadas cuestiones no encuentra consuelo o comprensión.

Dos meses después, solicita consejo preconcepcional. Desean un nuevo embarazo. En enero, vuelve a la consulta donde se realiza diagnóstico de nuevo embarazo, se inicia de nuevo protocolo de control gestacional y se evalúa reacción emocional. Lo afronta con fortaleza, optimismo y tranquilidad. No obstante, refiere que antes de cada ecografía siente miedo de que no se oiga el latido –se establece la ausencia de detección de latido fetal en el centro de salud como momento clave de reconocimiento de pérdida de su hijo y la exploración ecográfica como desencadenante de la reexperimentación-.

Conclusiones

En Atención Primaria, las intervenciones al duelo forman parte del quehacer diario. Culturalmente el término “duelo” se vincula con el fallecimiento de allegados. En cambio, desde la perspectiva biopsicosocial, el concepto se amplía a todos aquellos procesos psicológicos/psicosociales derivados de la pérdida afectiva (1), incluyendo la muerte perinatal.

A propósito de este caso, se realiza un abordaje de duelo por pérdida perinatal desde la consulta de Atención Primaria. Este proceso se distingue del resto en cuanto a la proximidad entre el inicio de la vida y la muerte, la juventud de los progenitores para afrontar la muerte y lo imprevisible del hecho (2). Al menos 1 de cada 5, experimentarán un duelo complicado y otros trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, estrés postraumático o síntomas de somatización (3).

El final de la gestación por muerte fetal es una pérdida escasamente reconocida social, institucional y sanitariamente. Desde la perspectiva religiosa, tampoco existen rituales que proporcionen consuelo. Generalmente, en el entorno familiar y social se resta importancia a la pérdida y al apego hacia el nonato, desautorizándose –de este modo- el duelo (2, 4).

Por otro lado, en España los neonatos no son reconocidos como miembros de la familia, ya que no tienen personalidad jurídica. La prestación recogida en la legislación actual, solo se considera para el progenitor gestante si el feto fallece después de los 180 días de embarazo; quedando excluidos tanto el otro progenitor como aquellas muertes que se producen con anterioridad (4).

Durante las últimas décadas del siglo pasado, surgieron protocolos para la asistencia a la pérdida perinatal; documentos que se convirtieron en un guion, homogeneizando el duelo y desatendiendo la individualidad (2). Sin embargo, la forma de afrontar esta muerte varía de unos padres a otros. En la actualidad se apuesta por personalizar el proceso asistencial, facilitando un espacio seguro basado en la empatía, capacitación en la toma de decisiones -de acuerdo a sus preferencias- y ofrecimiento de apoyo psicosocial (4).

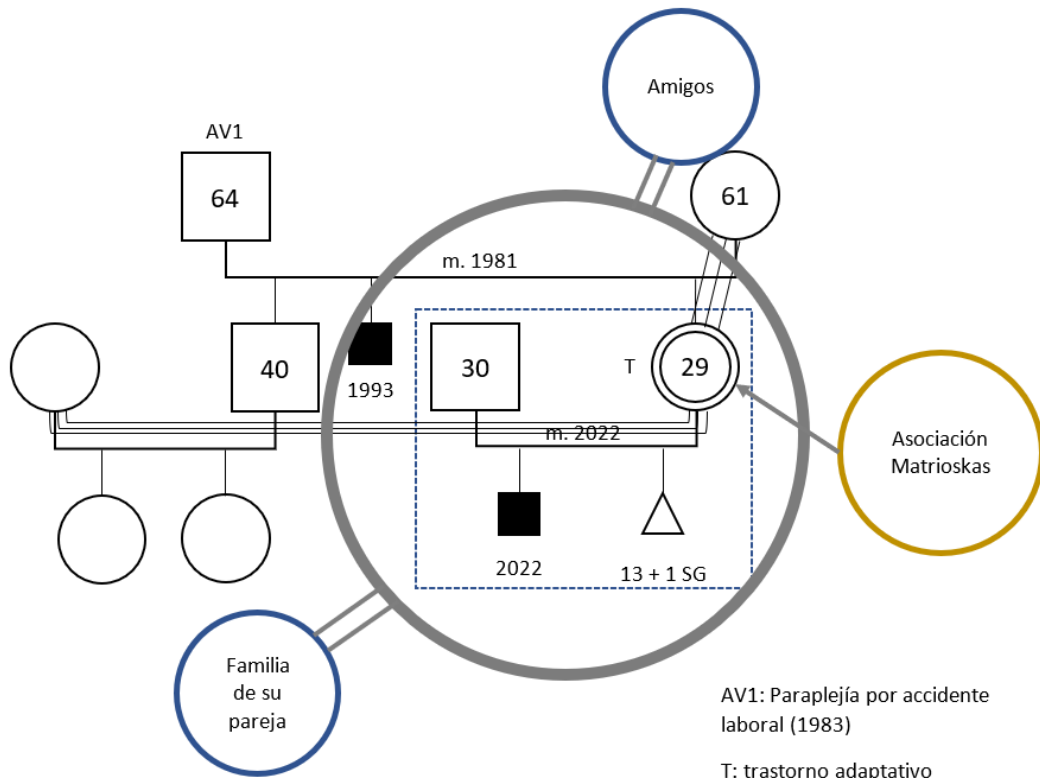
El uso de cartas de condolencia como método de prevención del duelo complicado es un recurso útil para promover aspectos que contribuyan a la adaptación a la pérdida. Es una herramienta de cierre del proceso asistencial previo y de ofrecimiento de continuidad de los cuidados a los deudos (5).

Autorización: la paciente autoriza la publicación del caso en los términos de la redacción del mismo. Se registra en la historia clínica.

Palabras clave

Duelo. Muerte Perinatal. Recursos Comunitarios.

Anexo 1. Genograma y Ecomapa



Anexo 2. Cuestionario MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

6

7

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con una X cada uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tiene que estar en la cama					X
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar					X
4. Alguien que le aconseja cuando tiene problemas					X
5. Alguien que le lleva al médico cuando lo necesita					X
6. Alguien que le muestra amor y afecto					X
7. Alguien con quien pasar un buen rato					X
8. Alguien que le informa y le ayuda a entender una situación					X
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					X
10. Alguien que le abrace					X
11. Alguien con quien pueda relajarse					X
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					X
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					X
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					X
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					X
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					X
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					X
18. Alguien con quien divertirse					X
19. Alguien que comprenda sus problemas					X
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					X

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positiva	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice global	95	19	57

Resultados:

Apoyo emocional: 40 pts.
 Apoyo instrumental: 20 pts.
 Interacción social positiva: 20 pts.
 Apoyo afectivo: 15 pts.
 Índice global: 95 pts.

Bibliografía

- 1 Tizón JL. Los procesos de duelo en atención primaria de salud: Una actualización. *Formación Médica continuada en Atención Primaria*. 2017; 24: 1-66. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.bvsspa.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S1134207216303905>
- 2 López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31 (1): 53-70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005#:~:text=1.1.1%20Aborto%20espont%C3%A1neo&text=Aunque%20no%20siempre%20resulta%20traum%C3%A1tica,tampoco%20hay%20muerte%2C%20ni%20duelo.
- 3 Alconero-Camarero AR, Íbañez Rementería MI, Gil Urquiza MT. Apoyo a madres, padres y familias para lograr un duelo sano tras la muerte perinatal. *Enfermería Clínica*. 2016; 26 (4): 261-2. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.12.001. Disponible en: [https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-apoyo-madres-padres-familias-lograr-S1130862115001850.](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-apoyo-madres-padres-familias-lograr-S1130862115001850)
- 4 Pastor-Montero SM. Duelo perinatal: hacia la visibilidad del cuidado. *Enfermería clínica*. 2022; 32 (5): 291-3. doi: 10.1016/j.enfcli.2022.08.001. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862122001140>
- 5 Barbero Gutiérrez J, Alameda Angulo A, Díaz Sayas L, Jiménez Ávalos MC, García Llana H. Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo. *Medicina Paliativa*. 2014; 21 (4): 160-72. doi: 10.1016/j.medipa.2012.10.006. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-las-cartas-condolencia-marco-conceptual-S1134248X1200122X>

ABORDAJE INTEGRAL DE PACIENTE CON LESIONES DÉRMICAS

Sillero Ureña, María del Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*
 Navarrete Espinosa, Cristóbal | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Las Fuentezuelas. Jaén*
 Pegalajar Moral, Belén | *Médica Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Erupción cutánea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas (NAMC).

FRCV: hipertensión arterial, dislipemia.

AP: nódulo tiroideo, cataratas, hemorragia vítrea.

Tratamiento habitual. Amlodipino 5 mg/24 h, Carbonato cálcico/colecalciferol 1 comprimido al día, ácido alendrónico 70 mg/7d, Omeprazol 20 mg 1 comprimido al día, Tiamina 300 mg 1 comprimido al día.

Anamnesis

Paciente de 74 años que nos refiere a través de consulta telefónica que desde hace una semana presenta una erupción cutánea generalizada por todo el cuerpo, había estado tomando tratamiento con antihistamínicos que le recetó un compañero nuestro por teléfono y un sobrino suyo que es médico pero que nadie la había visto y que ella estaba igual o peor que cuando comenzó.

Le indicamos a nuestra paciente que debería acudir de manera presencial a nuestra consulta para una correcta valoración y manejo terapéutico viendo así presencialmente las lesiones dérmicas que refiere presentar.

La paciente nos dice “pidió consulta telefónica porque vive sola, no hay nadie que pueda llevarla al centro de salud y a ella sola le cuesta llegar; pero uno de sus hijos viene a visitarla todos los miércoles que se lo diría para que la llevara mañana”.

Al día siguiente acude a consulta refiriendo que lleva una semana con esta erupción cutánea. Asocia prurito y dolor generalizado. Además, desde hace 10 días presenta tos y disfonía sin expectoración. No fiebre. No disnea, no dolor torácico. Niega síntomas gastrointestinales ni genitourinarios. Niega mialgias y/o artralgias. No otra sintomatología.

Exploración física

Buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. SaO₂ 97% basal. TA: 150/100 mmHg. T^a 36.5°C, FC 86 lpm.

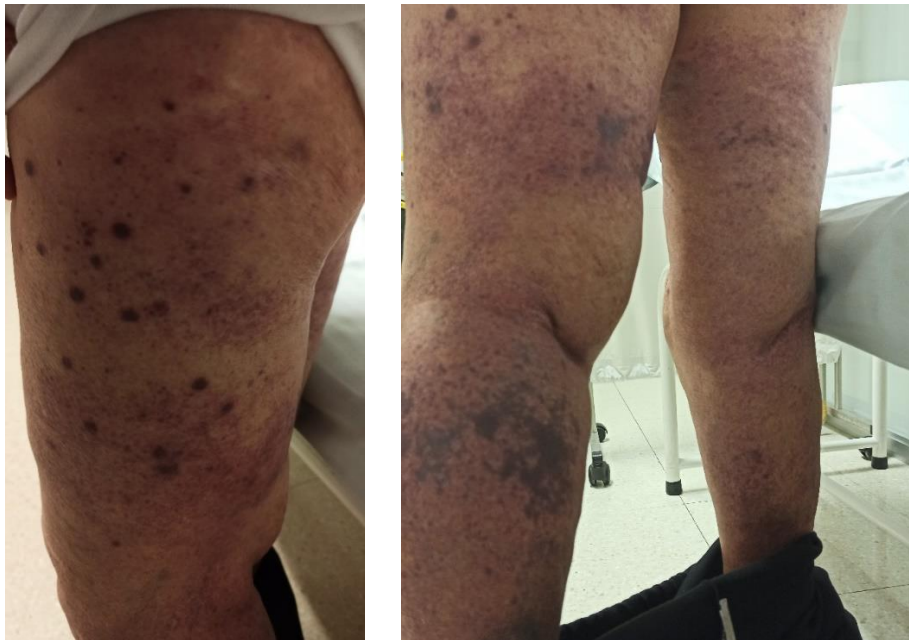
Auscultación cardíaca: rítmica sin extratonos.

Auscultación respiratoria: MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de peritonismo.

MMII sin edemas ni signos de TVP.

Presenta lesiones purpúricas palpables extensas y confluyentes, que no desaparecen a la vitropresión; en diferentes estadios de evolución. Localizadas en MMII, MMSS, encías, espalda y abdomen de gran tamaño.



Pruebas complementarias

- Analítica (primera):
 - Hemograma: Hemoglobina: 13.9 g/dL, Hematocrito 40.8 %, plaquetas $254 \times 10^3/\mu\text{L}$, leucocitos $7.24 \times 10^3/\mu\text{L}$, con fórmula normal.
 - Coagulación: normal, sin alteraciones.
 - Bioquímica: glucosa 120 mg/dL, creatinina 0.93 mg/dL, FG 70 mL/min, bilirrubina 0.40 mg/dL, LDH 210 U/L, sodio 142 mEq/L, potasio 4.9 mEq/L, fosfatasa alcalina 61 U/L, AST 15 U/L, ALT 9 U/L, GGT 19 U/L, proteínas totales 7.3 g/dL, calcio 9.8 mg/dL, colesterol total 279 mg/dL, LDL 171 mg/dL, triglicéridos 193 mg/dL. PCR 8.5 mg/L. VSG 8.
 - Sistemático de orina negativo.

- Analítica (segunda y más ampliada):
 - Hemograma, coagulación y bioquímica similar a previa.
 - F. Reumatoide 6.6, TSH 1.56. Inmunoglobulinas: IgG 899, IgA 197, IgM 99. Proteinograma: no se detecta componente monoclonal. Autoinmunidad (ANA, ENA, Anti-DNA, ANCA,

- Anti LKM, Antimicrosomales, Anti-musculo liso, Antitiroideos) negativos. Marcadores Hepatitis: VHB: Ag Hbs, Ac Anti-HBs y Ac Anti-HBc negativos; VHC negativo.
- El estudio microbiológico amplio (hemocultivos, coprocultivos, frotis faríngeo, Mantoux, serología VIH, *Brucella*, *Coxiella*, *Rickettsia*, *Lúes* y *Salmonella*) y de imagen (TAC tórax-abdomen, ecocardiografía) fueron normales o negativos.
 - Electrocardiograma: ritmo sinusal a 85 lpm, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.
 - Radiografía abdomen y tórax: sin alteraciones destacables.

Enfoque familiar y comunitario

Viuda, 3 hijos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (IABVD). Cada vez sale menos a la calle, le cuesta andar y se cansa. Fase vital de nido vacío, con extensión en segunda generación. Familia nuclear numerosa. Buen apoyo social. Apoyo familiar relativamente bueno. Todos viven más o menos cerca, en una aldea próxima. Uno de los hijos va a visitarla todos los miércoles. Los demás la visitan cada dos domingos. Puntuación de 223 en la escala de evaluación de reajuste social (modificada de Holmes y Rahe), pudiendo agravar esto las patologías crónicas del paciente entre otras.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Listado de problemas

- Brote de Vasculitis Leucocitoclástica.
- HTA mal controlada
- Dislipemia no tratada.

Diagnóstico Diferencial

Vasculitis de pequeño calibre o pequeños vasos mediados por inmunocomplejos, sean o no ANCA positivos, como son: púrpura de *Schönlein-Henoch*, vasculitis urticaria, eritema *elevatum diutinum* y granuloma facial, vasculitis crioglobulinémica, vasculitis no leucocitoclástica, púrpura hipergammaglobulinémica. Otros tipos de vasculitis. Otras afectaciones dermatológicas que se presentan con lesiones similares en piel.

Plan de acción y evolución

- Inicio de tratamiento con prednisona 30 mg. Uno en desayuno y otro en merienda hasta desaparición de lesiones, luego ir reduciendo a razón de 5 mg cada 5 días hasta quedar con la dosis de 2,5 mg/día.
- Mantenimiento con prednisona 2,5 mg uno en el desayuno, Si empeora aumentar la prednisona a 5 mg.
- Tratamiento sintomático con analgésicos, aines y antihistamínicos.
- Correcta nutrición, hidratación y ambiente cálido.
- Además, realizamos un seguimiento y control de la HTA y dislipemia, añadiendo terapia farmacológica (ya que la paciente refería “haber suspendido por su cuenta una de las pastillas de la tensión y la del colesterol”).
- Planificación de visitas domiciliarias de medicina y enfermería para seguimiento y control. Se habló con los hijos y familiares más cercanos de la paciente, explicando la situación en la que se encontraba, los cuales acordaron un seguimiento diario y un buen apoyo familiar que cumplieran correctamente; manteniéndonos en contacto continuo con ellos y estando a su disposición.

Buena evolución clínica de la paciente. Se derivó a Servicio de Reumatología y de Medicina Interna (estudio de la paciente y resto de pruebas complementarias -pruebas microbiológicas, TAC y ecocardiograma- descartado enfermedad sistémica) y se confirmó el diagnóstico de sospecha (confirmación histológica con biopsia cutánea). Está en seguimiento periódico por su parte

conjuntamente con nosotros desde Atención Primaria. El cuadro vasculítico se ha desencadenado en algunas otras ocasiones por procesos infecciosos intercurrentes, que son impredecibles, en la mayoría de los casos virales y sin terapia específica. En la actualidad se encuentra en fase estacionaria.

Conclusiones

La vasculitis leucocitoclástica es un trastorno autoinmune que afecta a los pequeños vasos y provoca inflamación, destrucción y necrosis de los mismos. Suele estar infradiagnosticada. La etiología es multifactorial y la fisiopatología es compleja. Las manifestaciones clínicas pueden limitarse a la piel o ser sistémicos. El diagnóstico suele ser tardío y la respuesta al tratamiento variable. Se trata de una enfermedad compleja.

La valoración diagnóstica debe realizarse siempre de manera dirigida y escalonada con base en los datos clínicos y de laboratorio en cada paciente. El diagnóstico final del tipo específico de una vasculitis cutánea se basa en la integración de los hallazgos de la historia clínica, exploración física, exámenes de laboratorio, histológicos y de imagen.

La importancia de una correcta anamnesis y exploración física del paciente en consulta, realizando un abordaje integral.

AHONDANDO EN LA “PSIQUE”: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Batlle I Viñas, Joaquim | *Médico Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Raya Rejón, Almudena | *Médica Especialista en MFyC. Tutor. CS Almanjáyar. Granada*

Alargunso Maiztegui, Leire | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Motivo de consulta

Varón de 17 años procedente de Honduras, que acude a la consulta por un cuadro de astenia y anorexia de meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Acudió hace 3 meses por anorexia y astenia, destacando en la exploración únicamente un peso de 51 kg y altura de 175 cm, 16,65 Kg/m² de IMC (Índice de Masa Corporal). Se le realizó una analítica sanguínea, uroanálisis y detección de *Helicobacter Pylori*, siendo este último positivo. Éste se erradicó, con test de confirmación negativo.

Actualmente acude con su madre por mantener la misma sintomatología. Peso de 49 kg, 16 Kg/m² de IMC. La madre nos comenta que el paciente consume de 3 a 4 litros de bebidas gaseosas al día y que apenas realiza otras ingestas. Nos explica que no tiene un buen horario, ya que se va a dormir muy tarde (hacia las 4-5 h de la mañana) y se levanta muy tarde (3-4 h de la tarde).

Enfoque familiar y comunitario

Llegó a España hace 7 años con su madre y su hermano de 27 años. Su padre falleció antes de venir a España. Su hermano es hijo del exmarido de la madre.

Realizó sus estudios hasta 3º de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria), donde los dejó hace 1 año, aludiendo que “él no vale para estudiar”. Ha estado trabajando con su hermano esporádicamente en la construcción. Actualmente sin estudiar ni trabajar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Posible TCA.

Plan de acción y evolución

Se pauta mirtazapina para mejorar la apetencia y como hipnótico.

Se concreta visita conjunta entre medicina de Atención Primaria y Psicología, con el paciente.

Evolución

En marzo de 2023 se hace la visita conjunta con psicología. Se le pide a la madre que espere fuera. Durante la consulta se descubre que:

- Repasando el ciclo horario de un día cualquiera, se evidencia que la mayor parte del tiempo lo pasa en su habitación con los videojuegos y las redes sociales, a excepción de cuando queda con sus amigos, puntualmente, apenas unas horas al día. Incluso las comidas las hace en su cuarto.
- Tiene poca relación con su familia nuclear, no hay un diálogo con su madre o hermano y refiere que no es un espacio donde esté cómodo para hablar más allá de lo cotidiano.

- El paciente niega que tenga ningún problema con el horario de sueño, con las redes sociales ni con los videojuegos. Niega cualquier otro posible problema de base. Sí que es consciente de que tiene que comer más.
- Ha tomado la medicación, pero cuando ha notado que le aumentaba el hambre, se la tomaba con menos frecuencia, aludiendo que se le olvidaban las tomas. La madre, posteriormente, comenta que ella le recuerda siempre cuando tiene que tomarse la pastilla.

Se acuerda con el paciente mínimo 3 comidas al día (comida, merienda y cena), siendo estas en el comedor, reduciendo el consumo de gaseosas a máximo un vaso por comida. Por la sospecha por parte de psicología de un posible TCA (Trastorno de Conducta de la Alimentación), se decide derivar al paciente a Salud Mental para valoración.

Conclusiones

Creemos que es un caso que evidencia la importancia crucial del abordaje biopsicosocial en nuestras consultas de Atención Primaria.

Primero de todo, destacar la importancia del trabajo que hay que llevar a cabo entre distintos profesionales para conseguir un abordaje multidisciplinar. En el caso actual, desde la consulta médica hemos abordado al paciente desde el punto de vista biológico, y, reconociendo en el caso, una mayor complejidad del origen de sus síntomas, nos sentimos necesitados de la ayuda de un psicólogo. En la medida que vayamos gestionando la “psique” y la biología, habrá que tener en cuenta el contexto social, e intervenir en él cuando el caso lo demande, y, si fuera necesario, ayudarnos de otros profesionales.

Segundo, resaltar los buenos resultados de este tipo de abordaje. Más allá de un paciente con anorexia y astenia, abordándolo desde la psicología y desde su contexto social, se puede vislumbrar la raíz del problema de salud del paciente.

Finalmente, recalcar la importancia que tiene la figura de el/la psicóloga en la Atención Primaria. Los médicos de Atención Primaria necesitamos de la ayuda de profesionales de la psicología para abordar de la mejor manera a nuestros pacientes, ya que parte de la patología que atendemos, necesita de un abordaje psicológico profesional.

Palabras clave

Trastorno mental. Abordaje multidisciplinar. TCA. Abordaje biopsicosocial.

ALTERACIONES VISUALES: NO TODO ES PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA

Sánchez Uribe, Amparo | *Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*
 Rodríguez Sampedro, Rosa | *Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*
 Rosa Martínez, Francisca | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

Motivo de consulta

Visión brillante.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 30 años acude a nuestra consulta de Atención Primaria por visión brillante en ojo derecho, de forma intermitente en primera instancia y de continua en los últimos días. Sufre migraña sin aura desde hace años y refiere que en la mayoría de ocasiones la visión brillante no tiene relación con los episodios de cefalea y en otras sí. Niega escotomas, miodesopsias o fopsias. Sin otra clínica asociada. Refiere 1 mes de evolución. AP: sin alergias medicamentosas, migraña sin aura. Niega tratamiento farmacológico crónico. AF: sin interés.

Exploración

Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Pulsos centrales y periféricos sin alteraciones. No palidez mucocutánea. Buen relleno capilar. No signos meníngeos ni sépticos. Constantes normales TA 120/75 mmHg, Sat. O2 99%, FC 65 lpm. Afebril. Eupneico. Consciente y orientado en las 3 esferas. Colaborador. Tolera el decúbito. Glasgow 15/15. Lenguaje sin alteraciones. Campimetría por confrontación de dedos: limitación en hemicampo visual inferior. Pupilas isocóricas normo reactivas a la luz. Músculos oculares externos conservados. No nistagmos. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza muscular y sensibilidad simétrica y sin alteraciones. Romberg negativo. No disidiadococinesia. Maniobra dedo-nariz sin alteraciones, no disimetrías. Marcha sin alteraciones. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de defensa ni peritonismo. No masas ni megalias. Orofaringe, conductos auditivos externos y membranas timpánicas sin alteraciones, no otorrea ni otorragia. No se palpan adenopatías laterocervicales ni en otras localizaciones.

Exploración por parte Oftalmología

Agudeza visual: ojo derecho 0,7 / ojo izquierdo 1. Fondo de ojo: papila con sobreelevación borde nasal (OD>OI). Polo anterior ambos ojos sin alteraciones. Pupilas y Cover, no valorables por midriasis farmacológica.

Pruebas complementarias

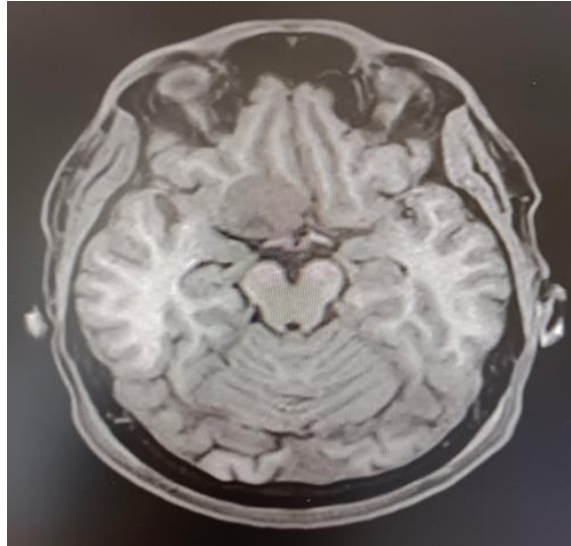
- Campo visual ojo derecho: hemianopsia altitudinal inferior / ojo izquierdo: normal.
- Presión intraocular: 16/15 mmHg.
- Tomografía de coherencia óptica: papila y mácula AO normal. Digitopresión normal.
- Analítica sanguínea bioquímica, hemograma, serie blanca y coagulación dentro de los parámetros normales.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje normal, segmento PR conservado, complejo QRS estrecho, no se objetivan alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

- Radiografía de tórax anteroposterior y lateral sin infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. Índice cardiorácico conservado. No signos de neumotórax.
- TAC de cráneo con y sin contraste intravenoso en Urgencias; informa lesión ocupante de espacio de 26 mm en cara orbitaria posterior de lóbulo frontal derecho con realce. Sugiere meningioma con edema perilesional y probable extensión a agujero óptico derecho. Ausencia de hematoma intra o pericerebral. Sistema ventricular simétrico. No se observa desplazamiento de la línea media. Fosa posterior sin particularidades.



TAC cráneo con y sin contraste intravenoso

- RMN de cráneo con y sin contraste y angio-RMN de cráneo realizada durante ingreso en planta Neurocirugía describe: se observa el cuarto ventrículo en línea media con mesencéfalo, protuberancia, bulbo y pedúnculos cerebrales de morfología y características de señal normal. Ángulos ponto-cerebelosos sin hallazgos patológicos significativos. Masa de 25 mm, homogénea, bien delimitada, con amplio contacto dural e intenso realce tras la administración de contraste en relación con esfenoides y apófisis clinioidea derecha. Probable meningioma. La masa presente edema perilesional moderado y desplaza carótida cavernosa y ACM derecha. Supratentorialmente el sistema ventricular se identifica en línea media. Ambos ventrículos laterales son simétricos, sin signos de compresión o tracción de éstos. Buena diferenciación entre sustancia blanca y gris cortical. Quiste de retención en seno maxilar izquierdo. Conclusiones: probable meningioma clinioideo derecho que desplaza carótida cavernosa y ACM derecha.



RMN cráneo con y sin contraste intravenoso

Enfoque familiar y comunitario

El paciente explica que tarda en consultar en primer lugar, porque banaliza los síntomas, quitándole importancia al relacionarlos con su migraña habitual (aunque ésta es sin aura desde hace años) y segundo, por la situación laboral y familiar complicada que vive en su domicilio (su esposa sin trabajo, 2 hijos menores a cargo e ingresos mínimos).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Meningioma clinoides derecho que desplaza carótida cavernosa y ACM derecha.

Diagnóstico diferencial

Migraña con aura, lesión ocupante de espacio intracraneal, desprendimiento retina, neuritis óptica infecciosa, epilepsia.

Plan de acción y evolución

Se interconsulta con Neurocirugía y se acuerda ingreso para vigilancia y evolución del paciente, así como para completar estudio. Durante su ingreso permanece estable clínica y hemodinámicamente. En tratamiento con dexametasona intravenosa para intentar conseguir mejoría del edema perilesional. Se realiza RMN cráneo con y sin contraste intravenoso junto a angio-RMN que confirma lesión clinoides derecha con edema moderado desplazando carótida cavernosa y ACM derecha, compatible con meningioma. Se plantea caso en Comité del Servicio de Neurocirugía y se decide plantear al paciente cirugía de resección, quien acepta. Se lleva a cabo sin incidencias de manera programada dos días después. Posterior recuperación favorable del paciente, procediendo a alta hospitalaria tras 5 días de la cirugía y acordando seguimiento en consulta de Neurocirugía de manera programada en 1 mes.

Conclusiones

La dificultad del caso radica en darle la importancia que merecen los síntomas oftalmológicos inespecíficos y aparentemente leves en pacientes jóvenes, en nuestra consulta de Atención Primaria. Debiendo de incluir en nuestro diagnóstico diferencial la patología ocupante de espacio a nivel intracraneal, como el meningioma, tumor primario central más común. Aunque su crecimiento suele ser lento y más prevalente en personas de edad avanzada puede aparecer en jóvenes, como en este caso, de crecimiento más rápido comprimiendo estructuras cerebrales y dando lugar a edema perilesional que produce sintomatología y que requiere de un tratamiento quirúrgico más temprano y definitivo. Por ello, debemos derivar preferentemente a centro hospitalario ante la duda diagnóstica y para completar estudio con pruebas complementarias y valoración por especialistas.

Palabras clave

Meningioma. Hemianopsia. Visión brillante.

AYUDA DOCTORA, NO VEO

Montaño Azor, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Almodóvar del Río. Córdoba*

Piedra Ruiz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

Serrano Varo, Pilar | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Almodóvar del Río. Córdoba*

Motivo de consulta

Paciente de 63 años que acude a Urgencias porque lleva 2 semanas con pérdida de visión en el ojo izquierdo y pérdida de memoria brusca. Además, en este periodo ha tenido mareos. Afebril, no cefalea. No disnea, ni dolor torácico. No dolor abdominal, no alteraciones en el hábito intestinal. No pérdida de conocimiento. No caídas. No cuadro constitucional. No otra sintomatología asociada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Paciente acude acompañada por su hija. Antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales: no alergia a los medicamentos, dermatofibrosarcoma protuberans en 2008 extirpado. Fumadora de 0,5 paquete al día.

Exploración física

Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo.

- CyC: no bocio ni adenopatías.
- ACR: tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación sobre todo en el hipogastrio, con defensa voluntaria por el dolor. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. *Murphy* y *Blumberg* negativos. Puño percusión renal derecha positiva.
- Exploración neurológica: *Glasgow* 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal. Marca talón-punta alterada.
- MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos femorales bilaterales presentes.

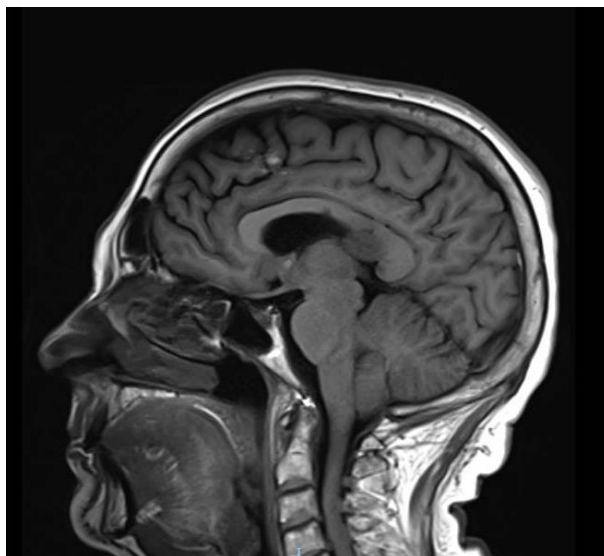
Pruebas complementarias

Se solicita analítica y Tac craneal sin contraste:

- Analítica: hemograma normal, bioquímica (enzimas hepáticas, bilirrubina normal), coagulación normal.
- Tac de cráneo: lesiones en el cuerpo caloso, periependimarias y en región temporal profunda izquierda, con edema perilesional. Sistema ventricular presenta un tamaño levemente mayor centrado en la línea media.

Se decide ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio de extensión, que le solicitaron una RM craneal.

- RM craneal: lesiones intraaxiales localizadas en cuerpo y esplenio del cuerpo caloso, zonas periependimarias, así como otra de mayor tamaño en la región temporal profunda izquierda (31 x 23 mm). En sustancia blanca de ambos hemisferios cerebrales se identificaron algunas lesiones de pequeño tamaño hiperintensas en FLAIR presumible de etiología isquémica crónica. Hallazgos compatibles con linfoma.



Se realizó interconsulta con Neurocirugía para realizar biopsia de la LOE temporal izquierda guiada por ecografía.

En el informe de anatomía patológica se confirmó que la paciente presentaba un Linfoma B difuso de células grande.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, con 3 hijas. Ama de casa. Buena vida social y familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de linfoma cerebral primario.

Diagnóstico diferencial

- Linfadenitis de Kikuchi.
- Otros linfomas: anaplásico T CD30/nulo, linfoma del manto blastoide.
- Carcinoma poco diferenciado.
- Carcinoma nasofaríngeo.
- Metástasis de melanoma.
- Tumor de células germinales.
- Sarcoma mieloide.
- Sarcoma histiocítico.

Plan de acción y evolución

Se deriva a la paciente al Servicio de Hematología, el cual va a llevar a cabo el tratamiento con quimioterapia según esquema ciclo B-RAM (carmustina, rituximab, citarabina y dosis altas de metotrexato).

La paciente se realizó 66 ciclos de quimioterapia, sin incidencias durante su administración. La paciente sigue presentando amnesia anterógrada, con astenia.

Conclusiones

El linfoma primario del sistema nervioso central (LPSNC), es un subtipo poco frecuente de linfoma no Hodgkin que se origina en el cerebro, los ojos, las leptomeninges, los ganglios de la base, las regiones periventriculares y, de forma infrecuente, en la médula espinal. Corresponde al 3% de los tumores primarios del SNC.

Se encuentran 2 picos de edad de presentación: el primero entre la tercera-cuarta década, correspondiendo a pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia, y un segundo pico de menor incidencia, en individuos en la sexta década de la vida.

Las manifestaciones clínicas son el deterioro cognitivo y cefalea, focalidades neurológicas o convulsiones. El diagnóstico se realiza con TAC de cráneo y con RM craneal.

El diagnóstico definitivo requiere la realización de estudios histopatológicos. Por lo que respecta al esquema de tratamiento del LPSNC, el recomendado es la quimioterapia basada en metotrexato a altas dosis solo o asociado a otras drogas (citarabina, rituximab).

Los LPSNC tienen peor pronóstico que los linfomas sistémicos, con supervivencia media sin tratamiento de 2-4 meses tras el diagnóstico.

Palabras clave

Linfoma. Sistema nervioso central. Neoplasia.

Bibliografía

Grommes C. Central nervous system lymphomas. Continuum (Minneapolis, Minn). 26 (2020), pp. 1476-1494.

Belhoucha B, Lahcen A, Skoumi M, Belghmidi S, Rochdi Y, Khalid A, et al. Isolated primary malignant lymphoma arising from the skull base. Int J Hematol Dis., 2 (2015), pp. 1-3.

BANDERA ROJA A LA CEFALEA

Plata Martínez, Juan José | *Médico Residente de MFyC. H Riotinto. Huelva*
Trujillo Díaz, Noelia | *Médica Especialista en MFyC. Tutor. H Riotinto. Huelva*
Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. H Riotinto. Huelva*

Motivo de consulta

Paciente varón de 46 años de edad, acude por segunda vez en 5 días a Servicio de Urgencias Hospitalarias derivado desde su centro de salud por vómitos con intolerancia oral y cefalea de 3 días de evolución que no responden a tratamiento analgésico de primer ni segundo escalón que incluso interrumpen el descanso nocturno, asociada ahora a febrícula, fotofobia y sonofobia; identificándose todos ellos como criterios de alarma del estudio de cefaleas.

La exploración neurológica es normal, sin rigidez de nuca y los signos meníngeos son negativos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente joven con antecedentes de diagnóstico de psicosis bipolar desde hace 15 años, con buen control con tratamiento habitual y seguimiento en consultas externas de Salud Mental. Sin otros antecedentes de relevancia.

Pruebas complementarias

Tras anamnesis y exploración física se solicita analítica con hemograma y bioquímica, evidenciando leucocitosis con neutrofilia moderada, proteína C reactiva elevada, pero procalcitonina negativa. Serologías de virus respiratorios gripe y COVID negativas.

Ante criterios de alarma, se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo sin contraste, informándose “hipodensidad laminar por debajo de la hoja izquierda del tentorio que sugiere la existencia de un quiste aracnoideo o bien un higroma subdural crónico. Resto del estudio dentro de los límites de la normalidad”.

Se pasa al paciente al área de Observación para, tras explicar procedimiento y firma de consentimiento informado, proceder a realización de punción lumbar obteniéndose líquido de aspecto macroscópico xantocrómico y remitiéndose el mismo para estudio a servicios de Bioquímica y Microbiología.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Meningitis Bacteriana.

Hemorragia subaracnoidea. Se traslada a hospital de referencia donde realizan arteriografía diagnóstica y terapéutica visualizando aneurisma sacular de bifurcación de ACM derecha de 2,7 milímetros de diámetro longitudinal y 1,6 milímetros de diámetro transverso. Se trata de un aneurisma sacular con cavidad pseudoaneurismática asociada en bifurcación intracraneal de arteria carótida interna de 4x4,1 milímetros de diámetro y cuello de 2,5 milímetros de diámetro en su saco de mayor tamaño. Logran un correcto tratamiento de aneurisma roto mediante coils.

Plan de acción y evolución

Plan de acción

Observación y titulación de analgesia intravenosa, precisando hasta de bomba analgésica para lograr control de cefalea. Posteriormente, el paciente ingresa en planta de Medicina Interna con doble antibioterapia de amplio espectro con ceftriaxona y vancomicina a espera de pruebas complementarias.

Evolución

El líquido cefalorraquídeo muestra hematíes, proteínas y consumo de glucosa con estudio microbiológico no concluyente y se prepara para cultivo y *Film Array*.

Durante su estancia en planta de Medicina Interna, a pesar de bomba analgésica se repite episodio de cefalea con cuadro de afasia y desorientación repentinas. Se objetiva bradipsiquia, rigidez de nuca y *Brudzinski* positivo, por lo que se solicita nueva TAC de cráneo sin contraste urgente informada como *“componente hemorrágico de aspecto extra axial subaracnoideo en la fosa temporal izquierda, con obliteración de la vertiente izquierda en la cisterna supraselar. Sin desviación de la línea media. El sistema ventricular muestra sutil aumento de astas temporales con respecto al estudiado realizado 24 horas antes. Moderado borramiento de surcos hemisféricos izquierdos. No otras alteraciones”*.

Diagnóstico al alta

Hemorragia subaracnoidea *FISHER II* secundaria a aneurisma de tronco carotídeo común izquierdo roto, tratado mediante *coils*. Aneurisma de arteria cerebral media derecha, contenido.

Conclusiones

Inicialmente se observan datos analíticos y en el estudio de líquido cefalorraquídeo que nos hace sospechar un proceso bacteriano, por lo cual se decide ingresar con tratamiento antibiótico empírico, esperando resultados de cultivo y antibiograma. Gracias a esto se logra detectar a tiempo la hemorragia subaracnoidea y se realiza tratamiento definitivo para lograr remisión del paciente con posteriores seguimientos por Neurocirugía de forma ambulatoria.

Palabras clave

Bacterial Meningitis. Subarachnoid Hemorrhage. Headache.



CUANDO LA CUIDADORA ENTRA EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS: ATENCIÓN FAMILIAR A UNA FAMILIA ATÍPICA

Darwish Mateos, Sara | *Médica Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
Rodríguez Castilla, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
Pérez Milena, Alejandro | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Pérdida de fuerza y temblor en anciana vulnerable con insuficiencia cardíaca mal controlada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Atención en domicilio a una mujer de 89 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, retinopatía diabética con ceguera, hipertensión arterial y fibrilación auricular. Está en tratamiento con metformina 850 mg/sitagliptina 50 mg/12 horas, bisoprolol 2,5 mg/24 horas, apixaban 2,5 mg/12 horas y omeprazol 20 mg/24 horas. Refiere pérdida progresiva de fuerzas en miembros inferiores que le impide deambular, con intensa astenia y fatigabilidad. Inapetencia por los alimentos y pérdida ponderal no cuantificada.

Exploración

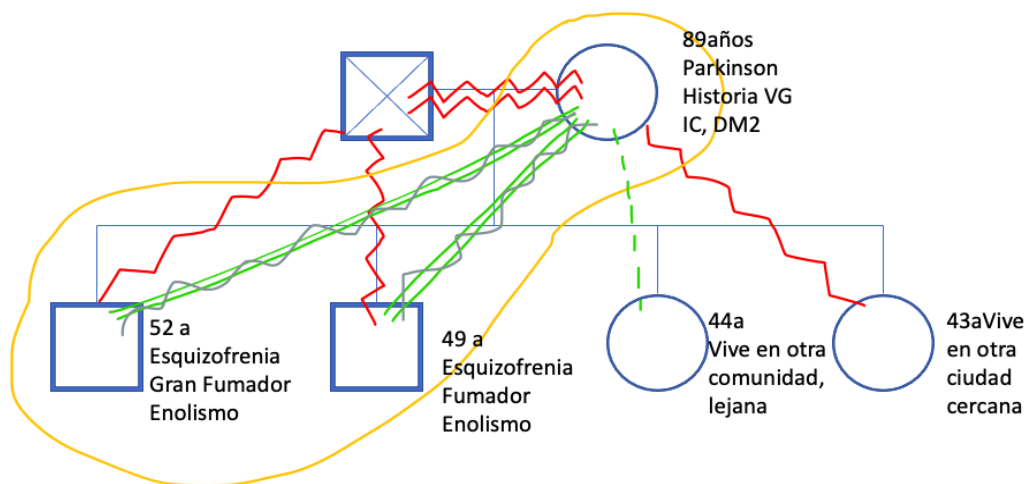
Palidez cutánea, con tonos cardiacos arrítmicos a 120 lpm, con edemas maleolares, hipertonicidad en extremidades superiores, con rigidez en rueda dentada y pérdida simétrica de fuerza 3/5, con extrema dificultad para pasar de sedestación a bipedestación, marcha vacilante que precisa apoyos.

Pruebas complementarias

ECG con fibrilación auricular a 126 lpm (realizado en domicilio con aparato Kardia©). Analítica con filtrado glomerular 54 ml/min, HbA1c 8,3% y pro-péptido natriurético cerebral 2591 pg/ml. Se añade al tratamiento levodopa 250 mg/carbidopa 25 mg/12 horas y furosemida 40 mg/24 horas, aumentando bisoprolol a 2,5 mg/12 horas.

Enfoque familiar y comunitario

Familia mononuclear, en fase de disolución, con atipia familiar al vivir y ser cuidadora de dos hijos de 52 y 49 años con diagnóstico de esquizofrenia, de evolución estable y en seguimiento por Salud Mental. Marido fallecido hace más de 40 años, con historia de maltrato. Relación estrecha y en ocasiones difícil con los hijos que viven en su hogar, sin situaciones de violencia física. Apoyo emocional en una hija que vive en otra comunidad (enfermera, comunicación solo por teléfono) e inexistente con la cuarta hija que vive en una ciudad cercana. Hasta un par de meses antes se encargaba de preparar la comida y distribuía el resto de tareas entre sus dos hijos. Sin apoyo social ni vecinal. En la actualidad solo toman comidas frías, los hijos refieren no poder encargarse de la higiene ni de la toma de medicación de la madre (desconoce las pastillas que toma por su ceguera), constatándose una total falta de cumplimentación farmacológica.



Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Listado de problemas

Insuficiencia cardiaca agudizada, enfermedad de Parkinson, mal control metabólico, depresión, falta de adherencia al tratamiento farmacológico, falta de cuidados e higiene, disfunción familiar por enfermedad mental severa de los hijos, falta de apoyos familiares y sociales.

Plan de acción y evolución

Plan de acción

La paciente se incluye en el programa de inmóviles con una atención domiciliar programada mensual. Pese al seguimiento y el cambio de tratamiento, la paciente continúa con su deterioro físico y presenta más disnea. Queda recluida en la cama de su dormitorio, con falta de higiene, pasando a ser dependiente total para ABVD (índice *Barthel* 80 a 35). Se realiza una intervención multidisciplinaria con enfermera gestora de casos y trabajadora social, contactando con las hijas que viven fuera para alertar de la situación vulnerable de la paciente y fomentar su participación en los cuidados de la madre. Se realiza una solicitud de ayuda a través de la *Ley de dependencia* y se busca ayuda informal por parte del vecindario. La farmacia comunitaria se encarga de rellenar pastilleros semanales, se simplifica la medicación para realizar tomas en dos momentos del día. Se comenta caso con equipo de Salud Mental para ofertar revisiones más cercanas a los dos hijos y solicitando la intervención de su trabajadora social.

Evolución

Durante cinco meses se realiza un seguimiento por parte de médico y enfermero de EBAP, de forma alterna, incluyendo en la atención domiciliar a enfermera gestora de casos y trabajadora social. La situación clínica de la paciente empeora, con completa inmovilización, pero se controla la disnea y la paciente no presenta dolor. Finalmente acaba falleciendo en su casa. Tras este evento, se realiza atención al duelo de los dos hijos con la incorporación de ayuda en el domicilio para las tareas domésticas.

Conclusiones

La atención domiciliar programada es esencial para valorar la situación de la paciente, descubrir problemas que podría pasar por alto (como la falta de cuidados básicos o la mala cumplimentación de la medicación), valorar situaciones de alto riesgo social (falta de higiene o descartar violencia familiar) y realizar un seguimiento continuado de las intervenciones realizadas. La atención multidisciplinaria coordinada por el EBAP permite movilizar recursos

familiares y sociales, así como planificar la atención al duelo y el apoyo social a los hijos tras el fallecimiento de la paciente.

Palabras clave

Atención domiciliaria programada. Seguimiento continuado. Atención multidisciplinar.

CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA PACIENTE EN DIÁLISIS

Maldonado Centeno, Ana Marina | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
 Barbero Cortés, Elena | *Médica Residente de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
 Marfil Ruiz, Rafael | *Especialista en MFyC. Tutor. CS Almanjáyar. Granada*

Motivo de consulta

Disminución de la ingesta, deterioro general y agitación.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 75 años, con antecedentes de:

- ERC en paciente monorrena derecha (angioesclerosis). Nefrectomía izquierda por litiasis coraliforme complicada (marzo 2010). Hemodiálisis desde hace 3 años. En la actualidad va a diálisis un día a la semana desde hace una semana (19 de abril). Se dializa por vía central, la vía periférica sufrió trombosis a pesar del ACO.
- Deterioro cognitivo severo, con episodios de heteroagresividad e ideas delirantes. GDS de *Reisberg* 6. Escala de *Pfeiffer*: 10 puntos.
- HTA. FA paroxística no valvular. Dislipemia mixta.
- Úlcera penetrante en cayado y aorta descendente decidiendo tratamiento conservador bajo control estricto de tensión arterial (diciembre 2022).
- Endocarditis por *S. Aureus* sobre válvula mitral (enero 2022).
- Hepatopatía crónica con esplenomegalia e hipertensión portal.
- Otros: ITUs de repetición, cofosis, ceguera por cataratas no intervenidas. Cifosis dorsal. Espondiloartrosis. Colelitiasis.

Situación basal: la paciente es totalmente dependiente para las ABVD (índice de *Barthel* 0) y severamente incapacitada (índice de *Karnofsky* 30). Así mismo, presenta déficit auditivo y visual severos, incontinencia muy grave (*Sandvick* 12), y alto riesgo de úlceras por decúbito (escala de *Norton* 9 puntos).

Tratamiento actual: doxazosina 4 mg /12 h, manidipino 20 mg/ 12 h, simvastatina 20 mg/24 h, sevelamero 2,40 g /24 h, esterios etílicos de los ácidos omega 3; 1 g/24 h, lorazepam 1 mg/8 h y risperidona 5 mg/5 mL 2 mL/24 h. Está anticoagulada con heparina desde hace un año por falta de control con acenocumarol con dudoso cumplimiento de dosis.

Anamnesis

La hija de la paciente solicita una visita a domicilio, por disminución de la ingesta en las últimas 48 horas y cuadros de agresividad. La paciente está inmovilizada desde hace más de 3 años en domicilio, limitada a la cama los últimos meses, presentando úlceras por presión que han requerido curas y seguimiento. También ha presentado cuadros de agitación y desorientación no sólo en el último ingreso y en las sesiones de diálisis, sino también en domicilio, precisando asistencia médica. La paciente asiste a un centro de diálisis concertado, sin poder acceder a su historia digital en dicha unidad, ni poder contactar con el equipo médico que la sigue allí.

Cuando llegamos al domicilio encontramos a la paciente tumbada en la cama articulada manual, con cabecero a 25 grados acompañada por su sobrina la cual es una de las cuidadoras principales.

Exploración física

Regular estado general, somnolienta, desorientada, poco colaboradora. Eupneica en reposo, normohidratada con hiperpigmentación cutánea. Tensión arterial 140/80, frecuencia cardiaca de

86 lpm y saturación de oxígeno 95% basal. Auscultación rítmica sin soplos, y se aprecia ligera hipoventilación. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin peritonismo. Exploración neurológica sin focalidad grosera. Dificil valoración y comunicación por barrera acústica. Miembros inferiores con atrofia muscular, sin edemas.

Pruebas complementarias

En la última analítica destaca insuficiencia renal ya conocida con creatinina de 4.23, albúmina 3.3, iones en rango, e hiperparatiroidismo. Ferritina elevada y leve ferropenia con hemoglobina en rango, y sin reactantes de fase aguda.

Se realizó hace mes y medio un TAC de cráneo en contexto de agitación aguda por la que se derivó a Urgencias destacando atrofia cortical generalizada sin lesiones agudas.

Enfoque familiar y comunitario

Nuestra paciente habita en una zona con necesidad de transformación social (ZNTS), donde concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, déficit de infraestructuras, viviendas y servicios públicos, con importantes irregularidades de suministro energético, desestructuración familiar, absentismo, fracaso escolar, desempleo, adicciones y gran estigma social que dificulta la integración en todos los ámbitos.

La paciente vive en un segundo sin ascensor, las zonas del edificio presentan un mantenimiento y limpieza muy deficiente pero la vivienda está limpia. Viuda, madre de 6 hijos, uno fallecido, otro en prisión. La cuidan por turnos dos hijas, una vive en Málaga, otra en el barrio, junto con sobrina; un tercer hijo antes colaboraba, pero no la trataba bien y ya no la cuida.

No existen voluntades anticipadas registradas por la paciente. Entre los familiares existe poca comunicación, ocultándose información entre ellos en ocasiones.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Iniciar cuidados paliativos por enfermedad renal crónica.

Pacto de silencio entre familiares.

Ausencia de coordinación entre niveles asistenciales (centro de diálisis, atención hospitalaria y Atención Primaria).

Plan de acción y evolución

Iniciamos tratamiento corticoideo para estimular el apetito y continuamos con estrecho seguimiento en colaboración con enfermería, con visitas alternas entre ambos más de 3 días a la semana.

Tras dos semanas, ante la ausencia de mejoría en los síntomas, progresión del deterioro del estado general de la paciente y la irreversibilidad del cuadro, se plantea a cuidadora principal (que transmitirá al resto de familiares) cesar asistencia a la sesión semanal de diálisis y control de síntomas, planteando en el caso de no alcanzar control sintomático sedación.

En nuestra visita dos días después, la cuidadora nos informa de la falta de acuerdo entre familiares respecto a la suspensión de diálisis, algunos temen la aparición de sintomatología y la muerte inminente tras retirada, así como el rechazo de la sedación.

Sí acordamos con la familia, retirar medicación dejando la fundamental para control de síntomas. Además, junto con enfermería se realiza inserción de vía subcutánea para administrar medicación por dificultades con la deglución. Nos informa su hija que han conseguido además 3 horas de ayuda a domicilio.

Conclusiones

En los pacientes sometidos a diálisis, es importante evaluar periódicamente el estado funcional del paciente, la situación clínica y la efectividad de las terapias administradas, con el fin de evitar la obstinación terapéutica. Se recomienda llevar a cabo una actuación coordinada entre niveles asistenciales, que en la práctica está limitada por la falta de acceso y comunicación entre servicios. Desde Atención Primaria debemos realizar un abordaje biopsicosocial, acompañando al paciente y familiares en la toma de decisiones, ofreciéndoles la información y recursos que necesiten, consensuando la actuación y adaptación del esfuerzo terapéutico a seguir por el equipo, respetando siempre sus tiempos y preferencias.

Palabras clave

Cuidados paliativos al final de la vida. Enfermedad renal crónica. Toma de decisiones compartidas.

Bibliografía

Sánchez Hernández R, Zamora González-Mariñoa R, Rodríguez-Osorio Jiménez L. Servicio de Nefrología. Hospital General de Villalba. Collado Villalba, Madrid. Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. NefroPlus. 2018; 10(1): 1-93. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-cuidados-paliativos-enfermedad-renal-cronica-articulo-X1888970018627957>

CUSHING IATROGÉNICO

Mamani Valencia, Omar | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
 Celis Romero, Miguel | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
 Sánchez Palomeque, Ana | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Tumoración preauricular.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente con AP de hipotiroidismo y dislipemia en tratamiento con Eutirox® (levotiroxina) y simvastatina, acude a Urgencias para valoración de tumoración preauricular derecha de aproximadamente 1 mes de evolución, aumento de progresivo de tamaño, por lo cual hace 10 días su médico de familia le recetó dexametasona 80 mg/24 h durante 5 días, además, la paciente se queja de fatiga generalizada, eritema, aumento de temperatura y edematización facial, cifras tensionales altas, indagando sobre el tratamiento con corticoides el paciente indica que al 5º día suspendió bruscamente sin pauta descendente y que la sintomatología ha empezado unos días después.

Al 3º día de la alta paciente acude a Urgencias del Hospital General Universitario de Jaén por empeoramiento de la sintomatología, (eritema facial con edema más acentuado y deformidad facial), donde es evaluado por Medicina Interna, se descarta patología urgente y se realiza interconsulta con Endocrinología para seguimiento y manejo de *Cushing iatrogénico*.

Exploración física

Cara: se evidencia eritema generalizado que se extiende hasta cuello, aumento de temperatura y edema facial, más acentuado en párpado inferior y región peribucal (cara de luna llena), en hemicara derecha se evidencia tumoración preauricular blando depresible, no hay signos de inflamación, que aparentemente depende de cola parotídea.

Analítica con leucitosis 13380 desviado a la izq. PCR 9,3 cortisol sérico 5,6 y ACTH 13,9.

Tras un mes de seguimiento paciente indica mejoría clínica, disminución de la sintomatología casi desapareciendo por completo.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente casada, vive con su marido, tenía 3 hijos, hace aproximadamente 1 año falleció su hijo menor, que era dependiente para todas las ABVD tras accidente de tráfico, los otros 2 hijos mayores e independientes cada uno con su familia.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de *Cushing iatrogénico*.

Lesión parotídea a estudio.

Plan de acción y evolución

Se Interconsulta con ORL para valoración de tumoración parotídea, se cita para PAAF y pruebas de imagen, actualmente pendiente de resultado.

Se deriva a Endocrinología para seguimiento.

Conclusiones

La hiperfunción de la corteza suprarrenal independiente de la ACTH suele ser secundaria a uso de corticoides y/o adenomas suprarrenales, en esta situación el uso de corticoides ha provocado síndrome de *Cushing*. En Atención Primaria al recetar los corticoides debemos tener en cuenta la dosis, duración del tratamiento, y realización de pauta descendente cuando se usa corticoides de alta potencia como la dexametasona o tienen una duración prolongada, la dexametasona tiene potencia 4, suprime el eje hipotálamo hipofisario con dosis de 7,5 mg, la paciente ha tomado 80 mg que equivale a 500 mg de prednisona, y tiene una vida media de aproximadamente 2-3 días.

Palabras clave

Cushing Syndrome. Dexamethasone. Iatrogenic disease.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN EL PACIENTE ANCIANO

Domínguez Bejarano, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Rodríguez García, Rubén | *Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Álvarez Pérez, Eva | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 85 años que acude por disnea de mínimos esfuerzos, desde hace dos semanas aproximadamente sin otra clínica acompañante. Exclusivamente, como dato de interés, esta mañana en su domicilio se ha colocado un pulsómetro que ha detectado frecuencias cardíacas (FC) en torno a 40 latidos por minuto (lpm).

Niega episodios sincopales previos ni dolor torácico.

Antecedentes personales

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial y dislipemia.
- Glaucoma en tratamiento con carteolol gotas.

Exploración

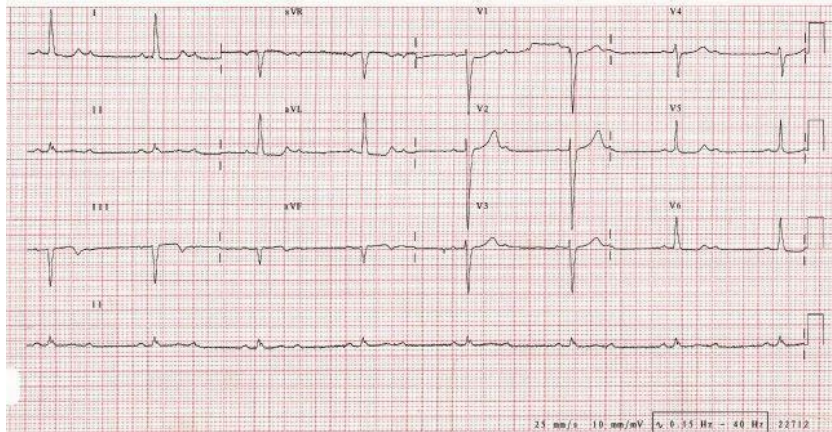
Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida, eupneica en reposo, con saturación de oxígeno del 97% sin aportes. TA 145/67 mmHg y FC 45 lpm. Afebril.

A la auscultación cardiopulmonar se aprecian tonos cardíacos apagados y arrítmicos con buen murmullo vesicular y sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen anodino y miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias

Se realiza electrocardiograma (ECG) en la consulta de acogida de enfermería en nuestro centro de salud compatible con bloqueo auriculoventricular *Mobitz II* tipo 2:1.



Enfoque familiar y comunitario

Viuda, ama de casa. Padre fallecido de infarto agudo de miocárdico a los 60 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sería preciso abordar aquellas posibles causas de bradicardia: fisiológica-vagal, farmacológica, alteraciones hidroelectrolíticas, cardiopatía isquémica entre otros.

Plan de acción y evolución

Ante la ausencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, se inicia 0.5 mg de atropina intravenosa como medida provisional y se deriva a la paciente a Urgencias Hospitalarias en ambulancia medicalizada con vistas a implante de marcapasos.

Evolución

Finalmente, la paciente es ingresada en Cardiología y, tras comprobar mediante telemetría la presencia de dicho bloqueo, se implanta marcapasos DDD definitivo.

Conclusiones

La bradicardia se define como toda FC inferior a 60 lpm y es un motivo de consulta frecuente.

Las últimas actualizaciones sobre esta patología ponen de manifiesto la necesidad de evaluar al paciente, en primer lugar, con un enfoque ABCDE.

Posteriormente debemos descartar signos o síntomas que amenacen la vida: shock, síncope, isquemia miocárdica o fallo cardíaco severo. El manejo será diferente en caso de que se presente alguno de ellos, puesto que implicará tratamiento farmacológico con atropina 0.5 mg iv y, en función de la respuesta posterior, valorar otras posibilidades terapéuticas o simplemente observar.

Para finalizar, resulta interesante conocer aquellas entidades que se benefician de la implantación de un marcapasos por el riesgo de asistolia como en nuestro caso. Otras situaciones serían el bloqueo AV completo con QRS ancho, la asistolia reciente y la pausa ventricular mayor a 3 segundos.

Palabras clave

Bradicardia. Marcapasos. Disnea.

“DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA”

Celis Romero, Miguel | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
Sánchez Palomeque, Ana | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS El Valle. Jaén*
Mamani Valencia, Omar | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Cefalea de varios meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 81 años que acude a consulta de Atención Primaria refiriendo cuadro de cefalea holocraneal de varios meses de evolución, asociando episodios intermitentes de mareo sin sensación de giro de objetos y astenia. La paciente comenta tener una cefalea continua, no haciendo referencia a crisis. Dolor de tipo opresivo de intensidad leve-moderada que no empeora con el ejercicio físico habitual ni con el abandono del mismo. No refiere cuadro vegetativo ni fotofobia ni sonofobia asociadas a las crisis. Ha consultado en varias ocasiones por dicho cuadro en Urgencias, siendo tratada con diversos antiinflamatorios y analgésicos, con mejoría parcial tras la administración de los mismos.

Entre sus antecedentes destaca la presencia de alergias medicamentosas, entre las cuales se encuentran el contraste yodado y las pirazonas. También posee múltiples intolerancias, a destacar: ácido clavulánico, fosfomicina, amlodipino y losartán.

La paciente padece de fibrilación auricular (FA) no valvular, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II (DM2), dislipemia, hipotiroidismo, artrosis y hernia de hiato. Intervenida de fibroadenoma de mama en su juventud. No presenta hábitos tóxicos. Como tratamiento habitual toma rivaroxabán 20 mg, Eutirox® 25 mcg, metformina, pravastatina, Acfol®, hierro, sertralina y omeprazol. Además de los datos mencionados, la paciente se encuentra actualmente en seguimiento activo por Dermatología para intervención quirúrgica de un carcinoma basocelular en el labio inferior.

Exploración

Se objetiva una exploración neurológica anodina, sin alteraciones apreciables en los pares craneales, con la paciente orientada en espacio, tiempo y persona. A la auscultación cardiopulmonar presenta tonos arrítmicos a buena frecuencia sin soplos, con un murmullo vesicular conservados sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias

Se examina la última analítica realizada, donde sólo destaca la presencia de una hemoglobina de 11.9 g/dL, con el resto del hemograma y hemostasia en rango, así como los perfiles renal, hepático e iónico normales. En una de sus visitas a Urgencias se realizó un TAC de cráneo en el contexto de la cefalea, en el que se apreció un quiste aracnoideo frontal como hallazgo incidental.

Dicha alteración fue valorada por Neurocirugía, que descartó actitud intervencionista y no relacionaron el cuadro de cefalea presente en aquella situación con dicho hallazgo.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente viuda, con 3 hijos. Mantiene buena relación con los mismos, todos viven cerca. Buen apoyo social y familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Cefalea a estudio. Descartar origen secundario de la misma (trastorno vascular vs metabólico vs infeccioso). Descartar origen tóxico/farmacológico de la misma.

Plan de acción y evolución

Se consensua con la paciente realización de nueva analítica más completa para filiar origen de la cefalea y valorar tratamiento profiláctico de la misma. Igualmente, la paciente suspende toma de rivaroxabán de forma temporal por la proximidad de la cita para cirugía dermatológica por carcinoma basocelular.

Evolución

En la visita de recogida de resultados, con una analítica donde no se aprecian hallazgos patológicos, la paciente refiere desaparición de los síntomas. También comenta que la cirugía había transcurrido sin complicaciones, aunque incidentalmente no había reiniciado el tratamiento con rivaroxabán.

Tras retomar la pauta habitual, la paciente comenta que vuelven a aparecer los síntomas de cefalea. Después de realizar una búsqueda en bases bibliográficas, se comprueba que en efecto una de las posibles reacciones adversas del rivaroxabán es la cefalea. Habiendo comprobado que con el cese de la toma de dicho medicamento desaparecen los síntomas, se inicia tratamiento con edoxabán en sustitución del mismo, tras lo cual la paciente no ha vuelto a presentar clínica de cefalea.

Conclusiones

Este caso destaca la trascendencia de la labor del médico de Atención Primaria, esencial en el estudio inicial del paciente, realizando una correcta anamnesis para lograr un abordaje más preciso y eficaz. En concreto se pretende resaltar la importancia de revisar de forma sistemática y de manera activa la medicación del paciente, en búsqueda de posibles interacciones y, por supuesto, de posibles efectos secundarios de los fármacos que toma, evitando caer en la inercia terapéutica. En la práctica habitual de un médico de familia no es extraño enfrentarse a pacientes polimedicados, siendo posible que cada uno de dichos medicamentos pueda generar reacciones adversas. Por ello, es necesario que, ante los síntomas y patologías que los pacientes refieren, una de las posibles causas que siempre debemos considerar son sus propios tratamientos farmacológicos.

Palabras clave

Cefalea. Rivaroxabán. Efecto secundario.

“DOCTOR, TENGO OTRA VEZ INFECCIÓN DE ORINA”

Domínguez Bejarano, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Rodríguez García, Rubén | *Médico Residente de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Álvarez Pérez, Eva | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta

Disuria y polaquiuria de repetición.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 85 años que consulta por episodios de disuria y polaquiuria recurrentes de aproximadamente dos años de evolución sin fiebre asociada, niega dolor abdominal ni otra clínica relevante excepto incontinencia urinaria que se ha reagudizado en las últimas semanas. Ha realizado varias líneas de tratamiento antibiótico con escasa mejoría clínica.

Antecedentes personales:

- Alergia a levofloxacino y amoxicilina.
- Hipertensión arterial, dislipemia.
- Fibrilación auricular anticoagulada con dabigatrán.
- Gonartrosis.

Exploración

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida, eupneica en reposo. Afebril.

A la auscultación cardiopulmonar se objetivan tonos cardíacos arrítmicos con buen murmullo vesicular y sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen anodino y miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis.

A la exploración genital se aprecia estrechamiento de meato urinario con signos de atrofia vulvovaginal sin signos de prolapso.



Pruebas complementarias

Se realiza analítica en la que no aparecen hallazgos significativos, sistemático de orina con leucocituria y urocultivo que resulta negativo.

Enfoque familiar y comunitario

Viuda. Padre fallecido de cáncer de colon con 65 años y madre fallecida de infarto agudo de miocardio a los 70 años.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Sería preciso abordar aquellas posibles causas de disuria, diferenciando, por un lado, la patología de origen infeccioso y por otro, la de origen inflamatorio u obstructivo como en este caso.

Plan de acción y evolución

Ante la ausencia de signos y síntomas de alarma, ni de parámetros infecciosos y la sospecha de estenosis uretral se decide no pautar de nuevo tratamiento antibiótico y derivar con carácter preferente a Urología.

Evolución

Finalmente, la paciente es valorada en las consultas de Urología donde se realiza estudio urodinámico y dilatación uretral apreciando vejiga urinaria con trabeculación de pared sin reflujo vesicoureteral, dilatación vesical y estenosis focal de 3,1 mm a nivel uretral medio.

Se estableció el diagnóstico de estenosis uretral y se decidió realizar dilatación uretral ambulatoria con la cual la paciente experimentó mejoría notable de la sintomatología.

En la revisión programada a los tres meses, la paciente persiste asintomática. Se mide calibre uretral que presenta grosor adecuado. Se cita de nuevo a los tres meses para valorar evolución.

Conclusiones

La estenosis uretral femenina es una patología poco frecuente, producida por una cicatriz de origen inflamatorio o traumática que se presenta habitualmente con acortamiento de la uretra.

Puede ocasionar una disfunción del vaciado uretral con repercusión significativa en las mujeres, llegando a veces a empeorar incluso la función renal.

Generalmente es tratada con dilataciones uretrales periódicas y si no mejora se puede plantear realizar uretroplastia.

Aunque esta patología sea poco frecuente debemos pensar en ella en pacientes con clínica miccional de largo tiempo de evolución con pruebas analíticas que descarten infección de orina, destacando la importancia de la exploración en la consulta presencial.

Palabras clave

Disuria. Incontinencia urinaria. Estenosis uretral.

“¡DOCTORA, SE ME ENGARROTAN LAS MANOS!”

Navarro Guerra, María José | *Médica Residente de MFyC. CS Fuentes de Andalucía. Sevilla*
 Gómez Vera, Josefa | *Especialista en MFyC. Tutora. CS Fuentes de Andalucía. Sevilla*

Motivo de consulta

Parestesias en ambos brazos, incluso presenta “engarrotamiento” de ambas manos y contracturas cervicales.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 60 años con los siguientes antecedentes personales: no RAM, glaucoma, hernia de hiato por RGE, HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica crónica por IAMSEST Killip I en 2014.

Hábitos tóxicos bebedor de un litro de cerveza al día y fumador de 20 cigarrillos al día.

En el momento de la clínica, el paciente tomaba simvastatina/ezetimiba, omeprazol, aspirina, losartán /hidroclorotiazida, bisoprolol, calcio/ colecalciferol, brinzolamina/timolol.

Antecedentes familiares

Padre con pólipos de colon, por lo que se encuentra en seguimiento para cribado familiar pólipos de colon.

Antecedentes personales

- En septiembre de 2014, IAMSEST Killip I con la colocación de dos stents farmacoactivos. Seguido en Cardiología, con bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. Desde 2017 a 2019 varias revisiones por Cardiología donde se le propone abandono de hábito tabáquico sin éxito, a pesar de varios tratamientos. Continúa asintomático desde el punto de vista cardiológico.
- En seguimiento con Digestivo por: hernia de hiato por RGE desde 2016 que se visualizó con endoscopia oral. Endoscopia oral en 2020 donde se diagnostica de gastritis antral. Se realiza una colonoscopia en 2020 normal hasta ciego por cribado familiar. Solo se objetiva un pólipo sésil que se retira, sin otras lesiones.
- En 2017 se le deriva a Neumología por tos persistente. Se diagnostica de SAOS grave, no criterios de EPOC.
- En 2019 valoración por otorrinolaringología derivado desde AP por disfonía fluctuante con diagnóstico de laringitis crónica.

Exploración

Consciente, orientado y colaborador, buen estado general, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril. Auscultación cardiaca: rítmica a buena frecuencia, sin soplos, auscultación pulmonar con buen murmullo vesicular, sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible sin defensa ni megalias. Sin edemas en miembros inferiores ni signos de TVP.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 60 años, vive con pareja, dos hijos mayores de edad. Enfermero de profesión. Nivel sociocultural alto. Buen soporte familiar y buena red de apoyo social.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipocalcemia e hipomagnesemia por toma crónica de omeprazol.

Plan de acción y evolución

Paciente que ha acudido en diversas ocasiones desde abril de 2021 a Urgencias por engarrotamiento, calambres musculares, mialgias y parestesias periorales.

Se deriva desde Urgencias en Atención Primaria para valoración hospitalaria por rabdomiólisis + hipocalcemia. Durante las visitas a Urgencias se le realizan analíticas cuyos resultados más llamativos son CPK 3897, calcio 5,5, Mg 0,54, tras tratamiento en Urgencias con suero, calcio y magnesio intravenoso; el paciente tras una buena evolución se da de alta sin tratamiento ambulatorio en una primera ocasión.

Desde Urgencias Hospitalarias se gestiona consulta con Medicina Interna para ampliar estudio.

Durante la espera presenta un episodio de varias deposiciones diarreicas. Es estudiado por hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia por posibles pérdidas digestivas (a valorar pérdidas por toma crónica de omeprazol, hidroclorotiazida, alcohol...). Durante el estudio se retira omeprazol y se controlan analíticamente los niveles de magnesio y calcio. En un primer episodio el paciente mejora y se da alta con tratamiento oral.

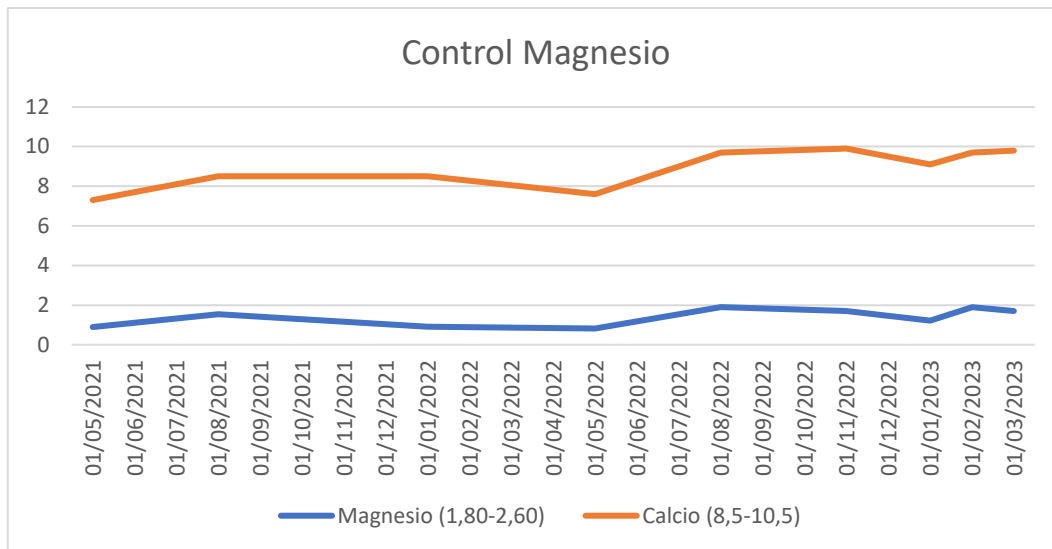
Nuestro paciente acude a revisión con Medicina Interna tras alta, acude con sintomatología digestiva. Última endoscopia en agosto de 2020 con resultado de gastritis antral. Se ajusta tratamiento retiramos esomeprazol, se prescribe Levogastrol® y famotidina, además de su tratamiento crónico.

Se deriva al paciente a Digestivo por cribado familiar y pirosis donde se le realiza nueva analítica con calcio 7.6 y mg 0.82 y resto de analítica normal. EnterorMN que resulta dentro de la normalidad. Se propone cambiar a famotidina + Almax® pero el paciente comienza con síntomas digestivos por lo que el paciente alterna con IBP el tratamiento. Esto conlleva a nuevas sensaciones parestésicas.

En revisión por Medicina Interna de diciembre del 2022 el paciente continúa con leves hormigueos en dedos y parestesias leves periorales. Se añade magnesio oral al tratamiento.

El paciente continúa con controles por Medicina Interna, en el proceso ha dejado de fumar y ha ganado peso. Comienza con dolor precordial y ambos antebrazos durante la deambulación sin otros síntomas, que describe en revisión de Medicina Interna; tras reintroducir bisoprolol se deriva a Cardiología para nueva valoración. Se revisa por Cardiología hasta noviembre de 2022, el paciente se encuentra asintomático, sin nuevos episodios. Por parte de Cardiología se ajusta tratamiento y revisiones anuales.

Durante las diferentes consultas por parte de Medicina Interna, al paciente se le reajusta el tratamiento administrando de forma semanal magnesio además del tratamiento oral, se amplía incluso a dos dosis semanales. Esto conlleva a nuevas sensaciones parestésicas. Actualmente se propone toma de lansoprazol bucodispensable para mejorar la reabsorción del magnesio.



Conclusiones

El *omeprazol* es un fármaco muy consumido por los pacientes de Atención Primaria cuyo funcionamiento es: antiúlcera péptica, inhibidor de la bomba de H⁺/k^{*}. Es inhibidor específico, no competitivo e irreversible, en la superficie de la célula parietal gástrica. Así se impide la producción de ácido gástrico, tanto basal como ante un estímulo. Es un profármaco, mezcla de 2 estereoisómeros S-omeprazol (esomeprazol, activo) + R-omeprazol (sin actividad sobre la producción de ácido).

La absorción del *magnesio* tiene lugar principalmente en el intestino delgado, a través de un sistema de transporte saturable y difusión pasiva. Existen varios factores que pueden modificar la absorción: la disminuye el alcohol, fosfatos y la ingestión de algunos alimentos. Otro órgano fundamental es el riñón, parece ser un proceso de filtración-reabsorción. Entre el 25% y el 30% del magnesio filtrado se reabsorbe en el túbulo proximal, dependiendo en parte de la reabsorción de sodio y calcio. Pero no existen suficientes estudios que relacionen alguna patología exclusivamente por la hipomagnesemia, aunque se relaciona con muchas como hipertensión, arritmias o trastornos musculares y renales.

En el caso de este paciente, al retirar el IBP mejora las parestesias y calambres musculares; por lo que se concluye que este medicamento es el causante de la sintomatología.

Autorización: el paciente autoriza de forma explícita la publicación de su caso clínico.

Palabras clave

Hipomagnesemia. Hipocalcemia. Parestesias.

“DOCTORES, MI PADRE DICE COSAS MUY RARAS”

García Maldonado, Simón | *Médico Residente de MFyC. CS Aguadulce Norte. Almería*
 Pacheco Calvente, Francisco Javier | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Aguadulce Norte. Almería*

Motivo de consulta

Desorientación.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 82 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde 1998 de 40 cigarros al día, hipertenso y diabético tipo 2. Como otros antecedentes destacan episodio de accidente isquémico transitorio en 2013 y diagnóstico reciente de carcinoma microcítico de pulmón T4N3MO con estudio de extensión, incluyendo TC craneal, sin signos de metástasis; desestimado para cirugía, pero sí subsidiario de quimioterapia. Medicación habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg al día, simvastatina 20 mg al día, valsartán 160 mg al día y vildagliptina 50/metformina 850 mg cada 12 horas.

El paciente es traído por uno de sus hijos a Urgencias Hospitalarias porque refiere que su padre presenta desorientación y lenguaje incoherente asociado a debilidad generalizada desde hace 2 días. Previamente sin alteraciones cognitivas ni neurológicas.

Ambos negaban otra clínica asociada, incluyendo fiebre, otra focalidad neurológica, cefalea, palpitaciones, disnea, dolor abdominal, alteraciones del hábito intestinal o molestias genitourinarias.

Exploración física

Constantes a su llegada: TA 161/78 mmHg, FC 89 lpm, SAT02 95% basal, afebril.

Paciente con buen estado general, *Glasgow* 15/15, desorientado en tiempo y espacio, normoperfundido, normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo.

A nivel neurológico, pares craneales sin alteraciones. Bradipsíquico. Movilidad y sensibilidad de extremidades conservadas. No rigidez de nuca.

Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos. Hipoventilación, más marcada en hemitórax derecho, y roncus generalizados.

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias

- Realizadas en urgencias:
 - Bioquímica, con glucosa 260 mg/dL, PCR 0,64 mg/dL, procalcitonina 0,07 ng/mL, calcio plasmático 8,8 mg/dL y sodio plasmático 117 mEq/L. Resto de parámetros, incluyendo creatinina, transaminasas, FA y potasio, dentro de los parámetros de normalidad.
 - Hemograma sin alteraciones patológicas.
 - Coagulación sin hallazgos de interés.
 - Gasometría venosa con pH 7,44, presión parcial de CO₂ 40 mmHg y lactato 1,9 mmol/L.
 - Estudio de orina con sodio de 152 mEq/L y osmolaridad de 720 mOsm/kg. Resto sin datos de interés.

- Radiografía de tórax con atelectasia de lóbulo superior derecho y masa pulmonar parahiliar derecha ya descrita en estudios previos.
- TC de cráneo sin contraste intravenoso sin lesiones ocupantes de espacio, patología isquémica ni hemorrágica.
- Realizadas en planta de hospitalización:
- Cabe destacar analítica con serología de VIH, VHB, VHC y sífilis negativa. Igualmente, TSH y vitamina B12 dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive solo en casa. Su esposa falleció hace 1 año por neoplasia de páncreas. Es totalmente independiente para ABVD y presenta cognitivo conservado. Tiene 4 hijos que lo visitan casi a diario.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

- Infección.
- Accidente cerebrovascular.
- Metástasis cerebral.
- Hipercapnia.
- Efectos secundarios de fármacos.
- Alteraciones tiroideas.
- Alteraciones de la glucosa.
- Déficit de vitamina B12.
- Alteraciones del calcio.
- Alteraciones del sodio.

Plan de acción y evolución

Tras la valoración del paciente desarrollamos una lista de posibles etiologías de su cuadro confusional agudo y solicitamos pruebas complementarias necesarias para ir descartando y/o confirmándolas. Tras los resultados iniciales, problemas como infecciones, metástasis cerebrales y alteraciones del calcio pudieron ser descartadas. Además, encontramos un sodio plasmático de 117 mEq/L que podía justificar la clínica. El siguiente paso fue buscar su causa. Dado que la osmolaridad plasmática era baja (257 mOsm/L) y el volumen extracelular del paciente era aparentemente normal (no tenía edemas ni signos de deshidratación), el diagnóstico más probable era síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH), posiblemente secundario al carcinoma microcítico de pulmón. Dicho diagnóstico pudo confirmarse al presentar osmolaridad en orina >100 mOsm/kg, sodio en orina >40 mmol/L, sin edemas, toma de diuréticos, insuficiencia suprarrenal, renal ni hipotiroidismo. Una vez establecido el diagnóstico de SIADH, se inició en Urgencias tratamiento con restricción de líquidos y sodio oral, y se decidió su ingreso en Medicina Interna para continuar seguimiento.

Evolución

A las 24 horas, el sodio era de 118 mEq/L, con escasa mejoría neurológica. Al quinto día, con un sodio de 126 mEq/L y asintomático se decide dar de alta al paciente. Además de su tratamiento habitual se indica terapia domiciliaria con urea sobres 15 mg, 1 cada 24 horas, así como restricción de líquidos (se insiste en la importancia de no ingerir más de 1 litro de líquidos al día). Asimismo, se recomienda control analítico y seguimiento por su médico de familia. A la semana del alta, en el control realizado por su médico de familia, el paciente presentaba un sodio de 140 mEq/L, continuaba asintomático y 2 días más tarde pudo iniciar su primera sesión de quimioterapia.

Conclusiones

Ante todo paciente con clínica neurológica, debe valorarse el sodio plasmático, dado que la hiponatremia definida por valores de sodio inferiores a 135 mEq/L, es causa de múltiples manifestaciones clínicas de nuestros pacientes. El manejo de las hiponatremias leves (125-135 mEq/L) y muchas moderadas (115-125 mEq/L) puede realizarse de manera ambulatoria. Por ello, es esencial tener un conocimiento adecuado de la hiponatremia en Atención Primaria.

Para su tratamiento es esencial buscar y actuar sobre su causa desencadenante. Para ello suele ser suficiente con una adecuada anamnesis, exploración física, antecedentes y pruebas complementarias accesibles como bioquímica de sangre y orina.

La causa más frecuente de hiponatremia hipoosmolar normovolémica es el SIADH. Para su diagnóstico se precisa osmolaridad urinaria > 100 mOsm/kg, sodio en orina > 40 mmol/L así como ausencia de edemas, toma de diuréticos, insuficiencia suprarrenal, insuficiencia renal, hipotiroidismo ni situaciones postquirúrgicas o dolor y náuseas intensas. Entre sus causas se encuentran neoplasias como el carcinoma de células pequeñas, infecciones pulmonares, patología neurológica o fármacos. El tratamiento del SIADH se basa en el manejo etiológico y restricción de líquidos (500-1000 mL/día). Si con ello no es suficiente existen otras alternativas como sodio oral, diuréticos de asa, vaptanes o urea oral.

Palabras clave

Hiponatremia. Síndrome de secreción inadecuada de ADH. Carcinoma de células pequeñas (DeCS).

Bibliografía

F.J. Montero Pérez, J.M. Concha Jaraba, E. Baena Delgado y L. Jiménez Murillo. Hiponatremia. En: Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Edición 6. Barcelona: Elsevier España; 2018. p. 509-513.

Illduara Pintos Pascual I, Antón Santos JM. Alteraciones del sodio. En: Bibiano Guillen C, coordinador (Hospital Infanta Leonor). Manual de Urgencias. Tercera edición. Grupo Saned; 2018. p. 658-665.

Martínez-Vea A. Alteraciones del metabolismo hidrosalino. En: Domarus A, Farreras P, Rozman C, Cardellach F, Nicolas JM, Cervera R et al. Medicina Interna. Edición 19. Barcelona: Elsevier España; 2018. p. 784-796.

Mount D. Alteraciones de líquidos y electrolitos. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D y Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna Medicina Interna. 21 edición. McGraw Hill; 2022.

Chamorro AJ. Alteraciones de la natremia. En: Laso FJ. Diagnóstico diferencial en medicina interna. Edición 4. Elsevier España; 2018. p.387-391.

Dr. Richard H. Sterns. Pathophysiology and etiology of the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH). UpToDate [Internet] 2023 [consultado February 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/pathophysiology-and-etiology-of-the-syndrome-of-inappropriate-antidiuretic-hormone-secretion-siadh?search=Fisiopatolog%C3%ADa%20y%20etiolog%C3%ADa%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20secreci%C3%B3n%20inadecuada%20de%20hormona%20antidiur%C3%A9tica%20\(SIADH\)&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/pathophysiology-and-etiology-of-the-syndrome-of-inappropriate-antidiuretic-hormone-secretion-siadh?search=Fisiopatolog%C3%ADa%20y%20etiolog%C3%ADa%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20secreci%C3%B3n%20inadecuada%20de%20hormona%20antidiur%C3%A9tica%20(SIADH)&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Dr. Richard H. Sterns. Treatment of hyponatremia: Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) and reset osmostat. UpToDate [Internet] 2023 [consultado February 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/treatment-of-hyponatremia-syndrome-of-inappropriate-antidiuretic-hormone-secretion-siadh-and-reset-osmostat?search=Fisiopatolog%C3%ADa%20y%20etiolog%C3%ADa%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20secreci%C3%B3n%20inadecuada%20de%20hormona%20antidiur%C3%A9tica%20\(SIADH\)&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/treatment-of-hyponatremia-syndrome-of-inappropriate-antidiuretic-hormone-secretion-siadh-and-reset-osmostat?search=Fisiopatolog%C3%ADa%20y%20etiolog%C3%ADa%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20secreci%C3%B3n%20inadecuada%20de%20hormona%20antidiur%C3%A9tica%20(SIADH)&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

Franco-Díez E, Ruiz-Mateos B, Campos-Pavón J, Suárez-Barrientos A, Sánchez-Vadillo I, Gallo-Santacruz S, et al. Manual AMIR Endocrinología. 14ª Edición. Madrid: Iceberg Visual Diseno; 2020.

Franco-Díez E, Ruiz-Mateos B, Campos-Pavón J, Suárez-Barrientos A, Sánchez-Vadillo I, Gallo-Santacruz S, et al. Manual AMIR Nefrología. 14ª Edición. Madrid: Iceberg Visual Diseno; 2020.

ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO NUEVA HERRAMIENTA EN NUESTRA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Pegalajar Moral, Belén | *Médica Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
Becerra Almazán, María Angustias | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS El Valle. Jaén*
Sillero Ureña, María del Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*

Motivo de consulta

Diarrea, cansancio y temblor de meses de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 32 años acude a nuestra consulta por diarrea, irritabilidad, cansancio, temblor y pérdida de unos seis kg de peso no intencionada de seis meses de evolución. Además, desde hace tres meses comenta encontrarse peor con cierta sensación de opresión cervical y a veces diplopía.

El paciente es de un cupo el cual cambia continuamente de médico, ahora será yo por un tiempo su médica de referencia, comenta que nadie le ha prestado atención a este problema que lleva meses con él.

No presenta alergias medicamentosas conocidas, es fumador activo de unos 20-30 cigarrillos al día desde que tenía 20 años. No consume alcohol habitualmente. Como antecedentes presenta colon irritable. No tiene factores de riesgo cardiovascular. No toma ninguna medicación habitualmente.

A nuestra exploración en la consulta: peso 66.5 kg, talla 170 cm, IMC 23, TA 119/80, FC 85. Glucemia capilar 90.

Presenta buen estado general, consciente y orientado. Eupneico en reposo. No presenta focalidad neurológica. No presenta alteración de los movimientos extraoculares. Sí que se nota algo inquieto e irritable.

En cuanto a la auscultación cardio-respiratoria es rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Pulso normal.

A la palpación del tiroides, se encuentra aumentado de manera difusa. Se aprecia leve edema palpebral. No retracción ni proptosis.

Además, presenta acropaquías en dedos de las manos.

En cuanto al abdomen, se encuentra blando y depresible, no se palpan visceromegalias, no presenta signos de peritonismo. Las maniobras de *Blumberg* y *Murphy* son negativas.

Debido a la clínica tan “*florida*” junto con el hallazgo en la exploración física del tiroides aumentado de tamaño, dado que tenemos la posibilidad de tener el ecógrafo en nuestra consulta, realizamos ecografía clínica de tiroides, encontramos un tiroides aumentado de tamaño, con la ecoestructura característica de tiroiditis difusa, hipoecoico, e hipervascularización.

Debido a este hallazgo, solicitamos analítica con hormonas tiroideas, intentando orientar nuestra sospecha diagnóstica.

Analítica: bioquímica general normal, hormonas tiroideas (TSH<0.050), T4 2.83. Confirmándose así nuestra sospecha diagnóstica.

Realizamos además un ECG por completar estudio donde se aprecia un ritmo sinusal a 100 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es el más pequeño de sus hermanos, son dos hermanas y él, único varón. Es soltero. Buena relación con sus hermanas y padres. Él sigue viviendo en casa sus padres. Buen apoyo social y familiar.

En cuanto a antecedentes familiares, la madre ha tenido un carcinoma gástrico. Tío y abuelo materno fallecidos por cáncer gástrico, lengua y faringe. Además, su madre y hermanas presentan hipotiroidismo autoinmune.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipertiroidismo primario. En nuestro caso nos orienta a una posible enfermedad de *Graves-Basedow* ya que esta constituye la causa más frecuente de hipertiroidismo, además se caracteriza por una tríada sintomática de bocio difuso, edema, mixedema pretibial y oftalmopatía, definida por la protrusión de los globos oculares con diplopía o disminución de visión (nuestro paciente también nos había comentado que en alguna ocasión había tenido visión doble sin haberle dado importancia ya que había durado tan solo unos minutos), junto con el resto de los síntomas propios de hipertiroidismo que nuestro paciente también ha presentado en alguna ocasión y nos contaba en la anamnesis.

Es una enfermedad de tipo autoinmune en la que existen anticuerpos contra ciertos componentes de la glándula tiroides de causa desconocida.

Plan de acción y evolución

Dado el resultado analítico y la correspondencia con la ecografía clínica que hemos realizado en nuestra consulta, se decide realizar teleconsulta a Endocrino -indicando como motivo de consulta hipertiroidismo- que se encuentra ofertado por dicho “nuevo método de telemedicina”.

Dicha teleconsulta es contestada con seguimiento por su parte con indicación de tratamiento con tiamazol (dos comprimidos mañana y noche hasta acudir a su consulta).

Se realiza seguimiento clínico, analítico y ecográfico evidenciando mejoría en las tres esferas.

Evolución

Tras dos semanas de tratamiento, clínicamente el paciente refiere encontrarse mejor, expresando abiertamente el seguimiento tan estrecho realizado, logrando establecer una relación de confianza médico-paciente tan importante para el cumplimiento terapéutico como para establecer un ambiente cordial que beneficie al paciente y al profesional.

Realizamos nueva ecografía clínica donde vamos observando la disminución de la hipervascularización del tejido.

Conclusiones

A día de hoy, me gusta la medicina de familia ya que gracias a las nuevas tecnologías de que disponemos en Atención Primaria, como la ecografía y telemedicina, se nos permite diagnosticar y orientar el tratamiento más precozmente, ayudando así a que el paciente se encuentre mejor a la mayor brevedad posible, al mismo tiempo que realizamos un abordaje más completo.

Además, me gustaría destacar con este caso, como de fundamental es la continuidad asistencial en los pacientes y como el tener un médico referente al que acudir y poder contar con una buena relación médico-paciente siempre agiliza y hace mucho mejor uso de los recursos, como mejorar la adherencia terapéutica del paciente junto con la propia relación entre médico-paciente, tanto para el paciente es muy reconfortante alguien que te escuche, te ayude y sepa un poco de ti, como para el profesional que el paciente sea agradecido con él y pueda irse a casa tranquilo de haber podido ayudarle.

Palabras clave

Nuevas tecnologías. Continuidad asistencial. Relación médico-paciente.

ESTE MAREO NO DESAPARECE

Rodríguez Sampedro, Rosa | Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería
Sánchez Uribe, Amparo | Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería
Rosa Martínez, Francisca | Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Cuevas del Almanzora. Almería

Motivo de consulta

Mareo y náuseas de horas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Hombre de 52 años que acude a Urgencias por cuadro de mareo con sensación de giro de objetos, náuseas sin vómitos, y dificultad para la marcha de inicio súbito hace unas horas. Refiere así mismo que se trata del tercer episodio similar, no obstante, el más acusado y duradero, siendo el anterior una semana antes, con recuperación completa. El primero en septiembre de 2022, autolimitado con tratamiento. Comenta en el último año episodios de sensación de inestabilidad y de acorchamiento transitorio (segundos de duración) de las manos o la pierna izquierda sin repercusión funcional.

Antecedentes personales

Alergia a metoclopramida y cleboprida. Exfumador. Dislipemia. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esofagitis péptica grado IV. Hernia hiatal. Vitíligo. Glaucoma ángulo abierto. Intervenciones quirúrgicas: acalasia. Absceso periamigdalino izquierdo. Situación basal: independiente para actividades básicas vida diaria. Trabaja como agricultor. Escala *Rankin* modificada 0.

Exploración

Constantes: 173/99 mmHg. Temperatura: 36°C. Saturación de oxígeno 96%. Frecuencia cardíaca: 89 latidos por minuto. Consciente y orientado. Colaborador. Regular estado general. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico. Tolera el decúbito. No fiebre ni signos sépticos ni meníngeos.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos. Sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No puntos dolorosos. *Blumberg* negativo. *Murphy* negativo. *Mc. Burney* negativo. Psoas negativo. No ascitis. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño-percusión renal bilateral negativa. Sin focalidad neurológica. *Glasgow* 15/15. PINLA. MOEC. Pares craneales normales. No alteración del lenguaje. No disimetrías ni disartria. No asimetría facial. Sensibilidad y fuerza conservadas en extremidades. *Kernig* negativo. *Romberg* y *Brudzinski* negativo. Trastorno de la marcha con inestabilidad y aumento de la base de sustentación.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 83 lpm, eje izquierdo, PR normal, QRS estrecho, QT normal. No alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

Analítica: bioquímica: glucosa 139, urea 21, creatinina 0.85, sodio 143, potasio 4.9. Perfil digestivo normal. PCR 0.1. Hemograma: hemoglobina 15.7, hematocrito 47.8, volumen corpuscular medio 97.5. Leucocitos 13.900 (con fórmula normal), plaquetas 522.000. Coagulación: tiempo de protombina 96%. INR 1.03.

TC sin contraste de cráneo: ausencia de hematoma intra o pericerebral. Sistema ventricular simétrico. No se observa desplazamiento de la línea media. Ausencia de signos que sugieran procesos expansivos. Fosa posterior sin particularidad.

Enfoque familiar y comunitario

Padre con ictus a los 65 años.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico, enfermedad de *Ménière*, neuronitis vestibular, laberintitis, hipoglucemia, migraña, epilepsia, tumor del ángulo pontocerebeloso.

Juicio clínico

Ictus isquémico en hemisferio cerebeloso derecho.

Plan de acción y evolución

Durante su estancia en Urgencias se administró tratamiento parenteral sin mejoría clínica. Se reevalúa a paciente objetivando parálisis facial izquierda con afectación de párpado inferior en reposo y presencia de nistagmo horizonte-rotatorio hacia la izquierda que se agota, no presente en la exploración inicial.

Se solicita angio TC de cráneo y troncos supraaórticos donde se objetiva tenue hipodensidad pseudo triangular cortico-subcortical, posteroinferior, en hemisferio cerebeloso derecho en relación con lesión isquémica aguda en evolución. Resto normal.

Se interconsulta con neurólogo de Teleictus y dados los resultados en pruebas de imagen y el inicio incierto de los síntomas, se desestiman medidas de reperfusión.

Se decide traslado al hospital de referencia para ingreso en la Unidad de ictus para vigilancia y evolución.

El ingreso cursó sin incidencias y el paciente mejoró progresivamente, encontrándose estable clínica, neurológica y hemodinámicamente en el momento del alta. Se reajustó su tratamiento y se dio cita para control en consultas externas de Neurología.

Conclusiones

Destacar la importancia de hacer un seguimiento estrecho por parte de su médico de Atención Primaria en los pacientes que ya han tenido un ictus previo o en aquellos que tienen factores predisponentes.

Controlar factores de riesgo vascular. Fomentar la promoción de la salud y la prevención, motivando al paciente a abandonar el tabaco y desaconsejar el hábito enólico, llevar a cabo una dieta mediterránea y tratar de mantener un peso ideal con ayuda de ejercicio aeróbico diario.

Ofrecer apoyo psicológico al paciente que ha tenido un ictus, ya que en muchas ocasiones supone un trastorno de adaptación debido a limitaciones en su vida diaria.

Como conclusión debemos continuar con educación sanitaria, trabajando con el paciente en la consulta, evitando la aparición de futuros eventos cerebrovasculares y concienciando a la población de la importancia de llevar una vida sana y de reconocer los signos y síntomas de alarma ante los que deben acudir a un Servicio de Emergencias de manera inmediata.

Insistir en que el tiempo es cerebro.

Palabras clave

Vértigo. Accidente cerebrovascular. Mareo.

GLUCOGENOSIS TIPO III (ENFERMEDAD DE CORI) EN ATENCIÓN PRIMARIA: FÓRMULA INTEGRAL O DERIVADA

Rivera Fresneda, Cristina Eloísa | *Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla*

Moreno Pérez, Agustín | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Utrera Sur. Sevilla*

Algorri Ferrero, Sara Isabel | *Médica Residente de MFyC. CS Utrera Sur. Sevilla*

Motivo de consulta

Debilidad en ambas manos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 36 años que trabaja como mecánico, nuevo en el cupo, que acude porque en los últimos 6 meses ha notado pérdida de fuerza progresiva en ambas manos, con empeoramiento en las últimas dos semanas. Se encuentra preocupado porque ha ido perdiendo precisión en el uso de herramientas, en el ajuste de piezas y pérdida de fuerza a la hora de manejar las cargas habituales de su profesión.

Además, refiere astenia que relaciona en parte con crisis de hipoglucemias que presenta con cierta frecuencia desde la infancia.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas.

Fumador de 10 cigarrillos al día.

Glucogenosis III (enfermedad de Cori) diagnosticada a los 3 años de edad.

En seguimiento por Digestivo desde 2011 por cirrosis hepática Child A5 con marcada esplenomegalia e hipertensión portal.

Revisiones periódicas con Cardiología por hipertrofia ventricular concéntrica.

No consta seguimiento actual en consultas externas endocrinológico y/o neurológico.

Exploración

Peso 83,4kg. Talla 180 cm. TA 120/70 mmHg.

A la auscultación, tonos rítmicos a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular.

Ligera ptosis derecha, sin otras alteraciones de pares craneales.

Deformidad distal en manos, con atrofia de ambas eminencias tenares, con dificultad para hacer la pinza índice-pulgar.

Marcha conservada, aunque con leve tendencia a arrastrar los pies. No camina de talones ni tampoco de puntillas. Amiotrofia distal en ambas piernas, más en la derecha. Pie cavo bilateral.

Pruebas complementarias

En la analítica, resulta llamativa la alteración persistente de enzimas hepáticas (GGT 170 U/L, AST 83 U/L, ALT 98 U/L) y de la creatina quinasa (>2.000 U/L), junto con déficit de vitamina D y ácido fólico.

Ecocardiograma: hipertrofia ventricular concéntrica por infiltración miocárdica, con fracción de eyección preservada y sin valvulopatías.

Ecografía abdominal: hepatopatía crónica con hipertensión portal y marcada esplenomegalia. No se visualizan lesiones focales hepáticas.

Enfoque familiar y comunitario

Varón de 36 años que trabaja como mecánico desde hace años. Ambos padres son de la misma localidad, de unos 50.000 habitantes. No consanguinidad. Tiene un hermano sano de 39 años. Pareja estable. Deseo genésico.

Dado que el problema principal por el que acude el paciente es la imposibilidad para atender su profesión, acordamos la baja laboral.

Se trata de un paciente que ha pasado su juventud prácticamente asintomático, y que tan solo ha precisado revisiones rutinarias por parte de Cardiología y Digestivo. En cuestión de pocos meses, experimenta un rápido y progresivo empeoramiento de la posible miopatía relacionada con su enfermedad.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Probable miopatía severa en relación con glucogenosis tipo III (enfermedad de Cori).

Plan de acción y evolución

En este contexto, se decide llevar a cabo una actitud más proactiva, persiguiendo siempre una visión integradora en las próximas citas.

Se solicitan pruebas complementarias para control evolutivo:

- Electromiograma: miopatía severa, con denervación florida en toda la musculatura explorada, y mayor afectación de músculos distales de extremidades superiores (de ahí la atrofia de dicha musculatura). Lo que confirma la sospecha diagnóstica.
- Estudio genético actual: se han identificado dos variantes tipo inserción una y delección la otra, ambas heterocigotas en el gen AGL, asociado a la glucogenosis tipo III con herencia de carácter recesivo. El ARNm se considera potencialmente patológico.

Por ello, no solo se deriva a neurología y a endocrinología, de lo que había déficit desde nuestro punto de vista y a la Unidad de Enfermedades Minoritarias para ampliar estudio, y se le propone contactar con asociaciones de pacientes, con el fin de conseguir apoyo y asesoramiento específico.

Durante este proceso, el paciente se va implicando cada vez más en preservar su salud y comienza a seguir las recomendaciones que le da la asociación. Esto implica empezar a hacer deporte adecuado a su enfermedad, pero también seguir una dieta específica, basada principalmente en almidón y suplementada con proteínas.

Por nuestra parte, ha precisado aparatos para monitorizar su estabilidad metabólica/nutricional. Se ha gestionado para el paciente un glucómetro con tiras reactivas y un medidor de cetonemia, que en principio no estarían financiadas para su patología, pero que son indispensables para prevenir/reconocer hipoglucemias y para ajustar su tratamiento con almidón y suplementos proteicos.

Actualmente, el paciente se encuentra incluido en un estudio clínico evolutivo no farmacológico realizado por la Universidad.

Los cambios dietéticos monitorizados de manera intensiva parecen ser útiles, ya que en el último ecocardiograma el cardiólogo informa de disminución de los depósitos.

Conclusiones

Este caso es un ejemplo del importantísimo valor que tiene la medicina de familia en cuanto a la continuidad asistencial y a la integración de procesos.

Cuando el paciente acude por primera vez a nuestra consulta no sigue ninguna medida específica para mejorar la sintomatología asociada a su enfermedad.

Progresivamente, ha tomado conciencia de su enfermedad y se ha ido implicando cada vez más en las pautas que debe seguir para mejorar su salud y su calidad de vida.

Por otro lado, cabe mencionar la importancia que tiene el trabajo en conjunto con todo el equipo de Atención Primaria, ya que ha sido necesaria la coordinación e implicación entre personal de enfermería, administrativo y auxiliares de enfermería para conseguir proporcionar al paciente todo el material médico que necesita.

Por eso el símil matemático de *“usar las integrales necesarias bien formuladas y coordinadas por médico de familia y no sobresaturar con derivadas aisladas entre sí”*.

La glucogenosis tipo III es una enfermedad autosómica recesiva, está causada por mutaciones en el gen AGL (1p21), que conducen a un déficit de la actividad de la enzima desramificante del glucógeno, que actúa junto con la glucógeno fosforilasa, para catabolizar el glucógeno.

El déficit puede presentarse en el hígado y el músculo (tipo IIIa) o sólo en el hígado (tipo IIIb).

Suele aparecer tempranamente en la infancia. Los pacientes pueden presentar hepatomegalia, retraso en el crecimiento y convulsiones ocasionales asociadas a la hipoglucemia. La hepatomegalia puede desaparecer con la edad adulta. La debilidad muscular es lentamente progresiva. Otros signos frecuentemente asociados son la hipotonía muscular y la miocardiopatía hipertrófica. Los síntomas a menudo mejoran en la pubertad, excepto en algunos pocos casos, donde aparece una cirrosis o una miopatía. Los hallazgos biológicos incluyen: hipoglucemia sin acidosis, hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia durante la infancia.

Palabras clave

Glucogenosis. Cori. Integración. Continuidad.

LA MARCHA INSEGURA

Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. AGS Norte de Huelva. Huelva*
Bermejo Vélez, María | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Valverde del Camino. Huelva*

Motivo de consulta

Mujer de 78 años de edad, institucionalizada en residencia de ancianos que mientras paseaba con su andador por los jardines presenta pérdida de equilibrio con caída y contusión desde su misma altura a nivel ttemporo-parietal derecho. Testigos del incidente refieren amnesia del episodio y relajación de esfínteres tras la contusión, aunque sin pérdida de conciencia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales de trastorno de la personalidad, síndrome ansioso-depresivo, melanosis coli, dispepsia y trombosis venosa profunda. No factores de riesgo cardiovasculares conocidos. Niega intervenciones quirúrgicas previas ni otros antecedentes personales de interés.

Reacciones alérgicas conocidas a mórficos y haloperidol. En el momento de la valoración realiza tratamiento con levomepromazina 25 miligramos / 12 horas, mirtzapina 30 miligramos / 24 horas, venlafaxina 150 miligramos / 24 horas, omeprazol 20 miligramos / 24 horas, paracetamol 1 gramo / 12 horas, diazepam 10 miligramos / 24 horas, ácido fólico 5 miligramos / 24 horas, alprazolam 1 miligramo / 8 horas y acenocumarol 4 miligramos diario según pauta calculada.

Es inicialmente valorada por servicio de Urgencias de Atención Primaria en el lugar del incidente, prestando primera asistencia y procediendo a traslado medicalizado en ambulancia a servicio de Urgencias Hospitalarias donde se transfiere a la paciente para valoración con pruebas complementarias.

Tras reevaluar a la paciente en consulta, la exploración cardio-pulmonar de la paciente es normal, así como la exploración neurológica. Se aprecia herida inciso-contusa de unos 4 centímetros de diámetro máximo en cuero cabelludo sobre región ttemporo-parietal derecha cerrada previamente con 10 agrafes previo lavado de herida.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente pasa a consulta en camilla acompañada de una auxiliar de enfermería de la residencia que nos informa sobre su situación basal. Se trata de una paciente institucionalizada con dependencia débil para cuidados, anticoagulada con acenocumarol con pauta diaria estable desde hace más de cinco años. Realiza marcha autónoma con ayuda de andador de cuatro patas con dos ruedas, realizando paseos a diario en interior y exteriores de su residencia. Buen apoyo tanto de personal sanitario del centro como de sus familiares que la visitan casi a diario. No cuenta con otros antecedentes familiares de interés conocidos y no presenta hábitos de riesgo para su salud.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Traumatismo craneo-encefálico moderado en región ttemporo-parietal derecha en paciente anticoagulada.

Plan de acción y evolución

Tras exploraciones básicas, se realiza exploración neurológica completa con colaboración de la paciente, encontrándose orientada en persona, tiempo y espacio, coherente en el discurso, con fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas de miembros superiores e inferiores, reflejos

pupilares y campos de visión normales y pares craneales explorados normales, pudiéndose calificar la exploración sin anomalías.

Se toman muestras analíticas para hemograma, bioquímica y coagulación comprobando normalidad de parámetros y no anemia, con tiempos de coagulación en rango de la normalidad.

No obstante, al encontrarse anticoagulada y la clínica asociada al episodio que nos han relatado, se realiza tomografía axial computarizada de cráneo sin contraste intravenoso, previa firma de consentimiento informado, refiriendo lo siguiente:

“Atrofia predominantemente cortical. En región medial-uncal del lóbulo temporal derecho se aprecia tenue imagen redondeada hiperdensa (mide aproximadamente 0,5 - 0,6 centímetros) que puede corresponder a pequeña contusión hemorrágica. Hematoma subgaleal en región parietal derecha. No otros hallazgos significativos”.

Evolución

Tras consultar con el Servicio de Neurocirugía, se decide pasar a observación a la paciente para monitorización, revertir anticoagulación y realizar nuevo control de imagen a las 24 horas que informa de lo siguiente: “foco hiperdenso uncal derecho de 4 milímetros, prácticamente sin cambios con respecto al estudio realizado horas antes”.

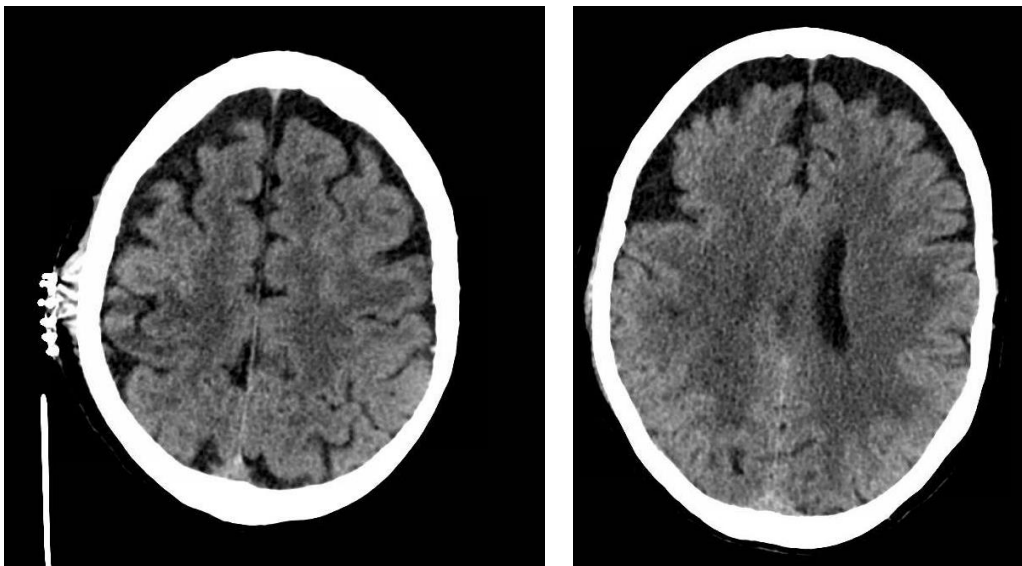
Ante la situación clínica de la paciente, sin alteraciones en las últimas 24 horas ni nueva clínica asociada al episodio y estabilidad de la lesión observada en pruebas de imagen seriadas, se decide alta a domicilio con indicación de suspender acenocumarol por una semana y sustituir por heparina de bajo peso molecular, reintroduciendo el fármaco posteriormente.

Conclusiones

Aunque la exploración neurológica pueda resultar normal, los pacientes anticoagulados que presentan un traumatismo craneo-encefálico deben ser valorados con pruebas de imagen para descartar hemorragias asociadas que puedan producir clínica subaguda y complicar el cuadro.

Palabras clave

Traumatic brain injuries. Anticoagulants. Neurologic examination.



MÁS VALE COMER QUE SER COMIDO

Bohórquez Ríos, Julia María | *Médica Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Ladero Pascual, Mercedes | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS El Valle. Jaén*

Prieto Gálvez, José Luis | *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Motivo de consulta

Mareo y lagunas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 60 años. Alergia a tramadol. Tabaquismo. Epicondilitis. Osteopenia no involutiva severa lumbar. Osteopenia involutiva moderada de cadera. Síndrome de *Gilbert*.

La paciente acude a consulta refiriendo sensación de mareo que relaciona con los cambios posturales (flexo-extensión cervical). Náuseas ocasionales sin vómitos. No acúfenos ni hipoacusia. Refiere además sensación de pérdida de memoria.

Exploración física

Otoscopia normal. Contractura paracervical derecha. TA 118/87 mmHg.

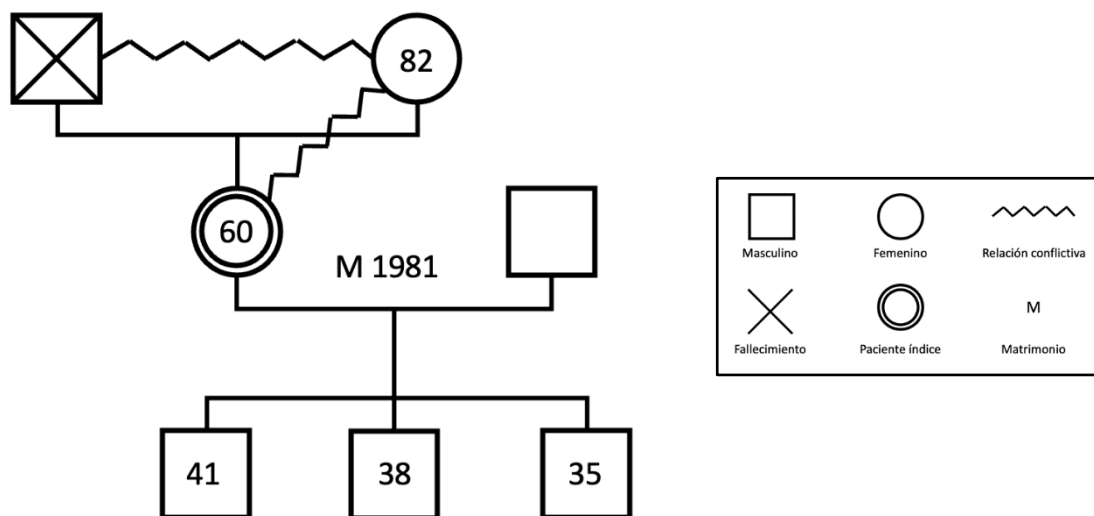
Pruebas complementarias

Se solicita analítica con hemograma, coagulación, bioquímica y uroanálisis. En la analítica destaca Hb 9,5 g/dL, Hto 32,5%, VCM 75,4 fL, HCM 22pg, CHCM 29,2 g/dL, plaquetas 455000, reticulocitos 1,44%. Bioquímica con perfil hepático, lipídico y renal normal. Iones normales. Hierro 18 µg/dL. Ferritina 5,3 ng/mL. Transferrina 320 mg/dL, IST 4,6%. Perfil tiroideo normal. Vitamina B12 604 pg/mL. Ácido fólico 6,7 ng/mL.

Ante estos hallazgos, que surgieren una anemia ferropénica, se indaga sobre posibles síntomas y signos de patología digestiva o síndrome constitucional, sin hallazgos relevantes. Se pauta tratamiento con sulfato ferroso y se comienza estudio de anemia, solicitando tres determinaciones de SOH.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 60 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Hija única en familia nuclear. Padre fallecido hace 10 años. Está casada y tiene tres hijos, ya independizados. Trabaja como limpiadora.



Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Anemia ferropénica en estudio, a descartar pérdidas sanguíneas por proceso oncológico, enfermedad ulcerosa, hernia de hiato, divertículos, anemia de la inflamación crónica (ATC), síndrome de malabsorción (gastritis, infección por *H. pylori*, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal), anemia por producción inadecuada de hepcidina adquirida o congénita (IRIDA), ingesta inadecuada de hierro o malnutrición.

Plan de acción y evolución

Ante los resultados analíticos y puesto que estamos ante una anemia ferropénica (microcítica, hipocrómica, regenerativa) con cifras bajas de ferritina, iniciamos tratamiento con sulfato ferroso y citamos a la paciente para dar resultados de seriación de SOH y realizar control analítico.

Los resultados de las tres mediciones de SOH dan negativo. La paciente presenta una mala adherencia al tratamiento, así que insistimos en la importancia de realizar la pauta de tratamiento para conseguir la mejoría de síntomas y evitar empeoramiento. Volvemos a citar para realizar control analítico tras la toma de hierro y para ver los resultados.

Conforme se afianza la relación médico-paciente a través de las sucesivas consultas, la paciente comenta que hace meses dejó de comer de manera equilibrada a raíz de retomar contacto con su madre, a manos de la cual fue maltratada desde la infancia. Esta situación, nos explica la paciente, le provoca miedo, mucha ansiedad y pérdida de apetito.

Se realiza un abordaje biopsicosocial de la paciente en consulta, explicándole la necesidad de ponernos en contacto con la psicóloga clínica del centro de salud y la trabajadora social, ofreciéndole además la posibilidad de tratamiento farmacológico para las crisis de ansiedad en caso de precisar. Es así como comienza el abordaje multidisciplinar de esta paciente, que experimenta una clara mejoría, tanto clínica como psicológicamente, a lo largo de las sucesivas consultas.

Los resultados de la analítica de control en la última consulta hasta la fecha, fueron satisfactorios, con hallazgos de cifras de Hb 14,6 g/dL y ferritina 42,8 ng/mL.

La paciente se encuentra algo menos ansiosa y han desaparecido las pérdidas de memoria y la sensación de mareo, aunque continúa en seguimiento por psicología clínica, pues debemos seguir haciendo hincapié en los síntomas psíquicos, tan importantes como los puramente clínicos.

Conclusiones

Este caso clínico evidencia la importancia del enfoque integral en Atención Primaria, pues las esferas biológica, psicológica y social no son independientes, sino que interactúan en los pacientes y sus problemas de salud.

Muchas veces surgen problemas para abordar quejas somáticas que no se explican médicamente porque olvidamos que la concepción de salud incluye no solo la dimensión biológica, sino también la psicosocial, restando importancia a adquirir habilidades de entrevista clínica en esta esfera, ya sea por deficiencias formativas, estilo de práctica clínica centrada en el médico, falta de relación médico-paciente, síntomas psicológicos presentados de forma tardía o incluso el poco tiempo disponible para la consulta.

Nuestra paciente precisaba un abordaje multidisciplinar, trabajando coordinadamente el equipo médico, psicóloga clínica, trabajadora social y enfermera de enlace, que fue crucial para su progresiva mejoría. Pone de manifiesto la necesidad de una atención global y la integración de servicios como características esenciales de la Atención Primaria.

Palabras clave

Enfoque integral. Abordaje multidisciplinar. Atención global.

Bibliografía

Guía clínica de Anemia ferropénica - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 9 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anemia-ferropenica/>

Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I. Atención primaria orientada a la comunidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

San Miguel JF, Sánchez-Guijo F. Hematología. Manual Básico Razonado. 5a ed. Elsevier; 2020.

El genograma: cómo construirlo. En: De la Revilla L, ed. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.

ME FALTA UN POCO EL AIRE

Heras González, María Luisa | Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga
Vázquez Haro, Aníbal | Médico Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga
González Rodríguez, Francisco José | Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Campillos. Málaga

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: exfumador severo.
- FRCV: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia.
- Obesidad.
- Dermatitis seborreica.
- Queratitis actínicas.
- Laringitis crónica. Disfonía.

Tratamiento habitual

Omeprazol 20 mg 1/24 h, metformina 850 mg ½ comprimido cada 12 h, lisinopril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg 1/24 h, paracetamol 1 g 1/8 h a demanda, imiquimod crema.

Historia actual

Paciente varón de 83 años, que acude a Urgencias del centro de salud acompañado de su hijo refiriendo sensación disneica leve de reciente aparición y un esputo hemoptoico aislado. Sin fiebre. Niega clínica miccional u otra sintomatología.

Su hijo refiere que a su padre no le gusta ir al médico pero que en esta ocasión ha sido él quien ha pedido que le llevaran a Urgencias. Insistiendo en la anamnesis refieren pérdida de peso progresiva no explicada con dieta y no intencionada en los últimos meses.

Exploración física

Buen estado general. Consciente y orientado. Afebril, discreto tiraje subcostal, bien hidratado y perfundido. Saturación de oxígeno 87%, FC: 98 lpm.

En la auscultación cardiopulmonar destacan ruidos rítmicos, sin soplos, con una hiperventilación generalizada en campos pulmonares derechos posteriores, en el resto murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. El abdomen es blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión renal negativa. En miembros inferiores no encontramos edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Se pauta ciclo de aerosolterapia inhalada con salbutamol, ipratropio y budesónida tras la que refiere encontrarse algo mejor. A pesar de mejoría sintomática decide derivar a servicio de Urgencias Hospitalarias para realización de analítica y radiografía de tórax urgente.

A su llegada al hospital las constantes fueron: tensión arterial: 120/64, frecuencia cardíaca: 91 lpm, saturación de oxígeno: 92%.

Pruebas complementarias

Se realizó analítica de sangre en la que destaca anemia con hemoglobina de 9.5 g/dL y hematocrito 31.4%, hiperglucemia de 152 mg/dL con filtrado glomerular y sodio dentro de límites de la normalidad, leve hiperpotasemia en 5.70, elevación de la proteína C reactiva a 136.6 mg/dL con procalcitonina dentro de límites normales. Además, encontramos en la gasometría acidosis respiratoria no compensada, y en la coagulación INR y fibrinógeno ligeramente elevados, resto sin alteraciones.

Analítica de orina: sin alteraciones.

También se realiza radiografía de tórax PA y lateral las cuales están bien inspiradas, con índice cardiotorácico normal, no pinzamiento de senos costofrénicos, imágenes múltiples sugerentes de "suelta de globos".



Figura 1. Radiografía PA tórax.



Figura 2. Radiografía lateral tórax.

Durante la estancia en área de Observación el paciente se desorienta, se agita y sufre episodio de hipotensión que finalmente se estabiliza. Dados los resultados obtenidos en las pruebas complementarias y la situación clínica del paciente se decidió ingreso a cargo del servicio de Medicina Interna para completar estudio por insuficiencia respiratoria secundaria a probable patología paraneoplásica.

Durante el ingreso se realiza tomografía con contraste iv de tórax y abdomen: numerosos nódulos y masas metastásicas pulmonares, masa tumoral hiliar derecha que invade el mediastino, neumotórax derecho.



Figura 3. Tomografía con contraste. Corte a nivel torácico.

Enfoque familiar y comunitario

Buena calidad de vida, vive en domicilio con su mujer, independiente para las actividades de la vida diaria, cuenta con buen apoyo familiar. Tras la emisión del juicio clínico se informa a la familia de mal pronóstico evolutivo. Existe pacto de silencio familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Hemoptisis, metástasis pulmonares múltiples de probable origen primario pulmonar no conocido previamente. Masa hilar derecha. Neumotórax derecho. Anemia normocítica.

Diagnóstico diferencial

Infecciones (absceso pulmonar, tuberculosis, neumonía estafilocócica, enfermedades autoinmunes -síndrome de *Goodpasture*, enfermedad de *Wegener*, hemorragia pulmonar idiopática-), enfermedades pulmonares (bronquitis crónica, EPOC, bronquiectasias, sarcoidosis), neoplasias (cáncer de pulmón, metástasis de pulmón, tumor carcinoide, tumores laríngeos y traqueales), neumotórax, derrame pleural, enfermedades cardiopulmonares -insuficiencia cardíaca izquierda, hipertensión pulmonar, tromboembolismo pulmonar-.

Plan de acción y evolución

Evolución

Tras el alta, dos semanas después, requiere de asistencia a domicilio por empeoramiento de la disnea. A la exploración se encuentra taquipnéico con hipoventilación y roncus bilaterales. Se administran butilbromuro de escopolamina 20 mg y metilprednisolona 80 mg intramuscular e hidrocortisona 200 mg intravenoso. Se pauta inicio de tratamiento con morfina retard 5 mg cada 12 h e inhaladores de ipratropio y budesónida cada 8 h si persiste la disnea. Finalmente, fallece tres días después.

Plan

Se ofrece tratamiento quimioterápico sin opción curativa, que los familiares rechazan. Se incluye al paciente en programa integrado de cuidados paliativos. Visitas domiciliarias de seguimiento.

Prescripción de fármacos paliativos. Hablar con familiares y ofrecer educación sanitaria en cuidados, dificultad respiratoria y medidas de confort y bienestar.

Conclusiones

El cáncer de pulmón es el tumor maligno más frecuente en la población mundial y por lo general no presenta síntomas hasta estadios muy avanzados. Por ello es importante conocer al paciente y tener en cuenta los antecedentes personales y familiares e imprescindible realizar tareas de prevención primaria.

Es importante destacar la labor del médico de familia ante la sospecha clínica, toma de decisiones y enfoque del caso, ya que constituye el primer nivel asistencial del paciente y el que debe realizar el manejo biopsicosocial del mismo, seguimiento a largo plazo y brindar cuidados paliativos en domicilio y acompañamiento tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores.

Palabras clave

Prevención primaria. Cáncer de pulmón. Cuidados paliativos.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6.ª ed. Barcelona: elsevier; 2018.

Sociedad Española de Medicina de Familia: Guía Terapéutica en Atención Primaria. 8ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2022.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2009.

NO SOLO SE HEREDAN LOS GENES. UN RARO CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Madrid Martos, Manuel | *Médico Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*
Vicente Alcoba, Paloma | *Médica Residente de MFyC. CS Campillos. Málaga*
Marcos Castillo, Jimena | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Campillos. Málaga*

Motivo de consulta

Absceso interdigital supurativo entre el 2º y 3º dedo de la mano izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 28 años, soltero, vive solo y es independiente para las actividades de la vida diaria. De profesión peluquero, con antecedentes personales de cáncer colorrectal por parte de su abuelo paterno y de un sinus pilonidal intervenido quirúrgicamente en 2017.

Anamnesis

Acude a nuestra consulta del centro de salud por tumefacción supurativa y dolorosa entre el 2º y 3º dedo de la mano izquierda, sin fiebre de una semana de evolución. Sin alergias medicamentosas conocidas. El paciente no refirió contusiones previas, ni cambios en su estilo de vida.

Exploración

Absceso supurativo con dos puntos de entrada, ulcerado, doloroso y caliente interdigital, con eritema circundante y aumento de la temperatura local. Con buena movilidad articular y con pulsos distales, braquial y radial presentes. No presentaba dactilitis.

Pruebas complementarias

Se realiza en un primer lugar cultivo del exudado que presentaba el absceso, cuyo resultado fue positivo para *Rhizobium radiobacter* y multisensible (ampicilina, cefotaxima, ceftriaxona, levofloxacino y tetraciclina). Otro exudado a los dos meses, positivo a *Streptococcus mitis* también multisensible (ampicilina, levofloxacino, claritromicina, azitromicina y tetraciclina).

Enfoque familiar y comunitario

Realiza su actividad profesional junto con su padre en la peluquería (de caballeros) que es el negocio familiar. Su padre presenta desde joven las mismas lesiones, siendo diagnosticado en un primer lugar de hidradenitis recidivante y celulitis interdigital sin resolución del cuadro a pesar de los tratamientos propuestos en el pasado (sobre todo antibioterapia y tratamiento sintomático cuando el cuadro infeccioso empeoraba).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

Sinus Pilonidal Interdigital (SPI) o tricogranuloma.

Diagnóstico diferencial

Absceso interdigital, hidradenitis recidivante, gota, pseudogota, pioderma gangrenoso.

Plan de acción y evolución

En primer lugar, se abordó como absceso cutáneo con numerosas curas por parte del equipo de enfermería y tres tandas de antibioterapia dirigidas por cultivo obtenido por punción aspiración (amoxicilina clavulánico 875 mg durante 7 días, levofloxacino 500 mg durante otros 10 días y nuevo ciclo de amoxicilina clavulánico 875 mg con la misma pauta). En una de las curas enfermería nos advierte de contenido piloso (de varios colores) en la lesión, lo que, junto con la profesión del paciente, nos insta a establecer el diagnóstico de sinus interdigital y es derivado a consulta de traumatología para desbridamiento quirúrgico del sinus, pero fue desestimado. El paciente empezó a trabajar con guantes y mejoró parcialmente.

Conclusiones

Es una enfermedad profesional poco común que puede observarse en peluqueros, cuidadores de perros o de ganado y se debe a la exposición traumática repetida del pelo corto, rígido y afilado en espacios interdigitales, con penetración del mismo a través de la epidermis. Debido a ello, se produce una reacción inflamatoria crónica y repetida que resulta en la formación de fístulas intradérmicas y cavidades quísticas rellenas de pequeños pelos, rodeadas por tejido de granulación. Por lo tanto, a diferencia del sinus pilonidal, el SPI aparece en zonas anatómicas sin folículos pilosos, ya que su causa es pelo exógeno y no del propio paciente.

Aunque la antibioterapia es útil, en casos en los que la herida se sobreinfecte, y la extracción manual de los pelos permite una mejoría temporal del cuadro, el tratamiento definitivo, requiere en la mayoría de los casos la exéresis quirúrgica de la cavidad quística y de los trayectos fistulosos.

Importante, además, son las medidas preventivas, como el uso de guantes y el lavado frecuente de manos para evitar la impactación dérmica de los pelos, y evitar en la medida de lo posible, posibles recurrencias y sobreinfecciones de los trayectos fistulosos. Recalcar, que el hecho de tener una peluquería de caballeros y el tipo de pelo masculino, favorece en gran medida que el pelo que se incruste sea más corto y afilado, creándose el caldo de cultivo idóneo para el desarrollo de la enfermedad.

Las condiciones de vida (y laborales) de los pacientes tienen un gran interés a la hora de la asistencia sanitaria de los pacientes. En algunos casos, como este, conocer la profesión del paciente es indispensable para el diagnóstico. Su desconocimiento nos llevó a un diagnóstico inicial equivocado, como había pasado durante años con su padre. Además, destacar que una buena comunicación entre el personal de enfermería y el equipo médico puede facilitar el tratamiento de muchas enfermedades que pueden llegar a infradiagnosticarse pudiendo repercutir gravemente en la calidad de vida del paciente.





Palabras clave

Entrevista clínica. Enfermedad profesional. Medidas preventivas.

NO TE PASES DE LA RAYA

Piedra Ruíz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*
 Montañó Azor, Laura | *Médica Residente en MFyC. CS Almodóvar del Río. Córdoba*
 Serrano Varo, Pilar | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Almodóvar del Río. Córdoba*

Motivo de consulta

Varón de 71 años HTA, DLP, exfumador, hipotiroidismo, DM2 de 20 años de evolución, EPOC GOLD B y ACVA isquémico del lóbulo temporal a los 54 años con leves secuelas en la marcha de la pierna derecha.

Acude a revisión después de hospitalización reciente debido a SCA que la lleva a ICC con FEVI al alta del 30%. Actualmente puede caminar a moderados esfuerzos (NYHA II), pero nota mareo, especialmente al incorporarse, no refiere ortopnea, ni edemas en MMII. Exfumador desde hace 3 meses, pero fumando desde los 15 años 1,5 paquetes/día, 85.5 paquete-años, junto a 2 UBE/día.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Exploración física y pruebas complementarias

Toma de constantes:

- T.A: 100/60 mmHg y FC 47 lpm (sentado).
- T.A: 80/55 al incorporarse y FC 65 lpm y mareado.
- Talla 165 cm.
- Peso: 73 Kg (78,5 Kg hace 3 meses).
- IMC: 26 (28,7 hace 8 meses).
- Sat O2 pulsioxímetro 93%.
- No edemas.
- EKG: bradicardia sinusal 55 lpm qs en v1-v4.
- Rx de tórax normal.

*3 meses antes de enfermedad cardiovascular:

- Glucosa 150 mg/dl.
- Hb1Ac: 7,8.
- Colesterol total: 240 mg/dl.
- LDLc: 180 mg/dl.
- HDLc: 65 mg/dl.
- Triglicéridos 200 mg/dl.
- Creatinina: 1,03 IFG 63 ml/min.
- No microalbuminuria.
- Creatina quinasa: 130U/L. Creatina quinasa (MB) 4.85 ng/ml.
- K: 4,5 mEq/l.
- Na: 146 mEq/l.
- TSH 4.7 µUI/ml.

Plan de acción y evolución

Tratamiento

- AAs 100 mg /día.
- Ticagrelor 90 mg/día.
- Omeprazol 20 mg /día.
- Bisoprolol 10 mg/día.
- Sacubitril/Valsartán 97 mg /103 mg/día.
- Tiotropio/olodaterol 2,5 mcg/2,5 mcg cada 24 h.
- Metformina/empagliflozina 850 mg /12,5 mg (1-0-1).
- Espironolactona 25 mg/día.
- Atorvastatina 80 mg/día.
- Levotiroxina 50 mcg/día.
- Trazodona 100 mg/día.

Conclusiones

Paciente que hay que realizar un enfoque multifactorial de control de glucemias, manejo de HTA, ajuste de lipídicos y prevención cardiovascular y cerebral. Es conveniente tener en cuenta la fragilidad del paciente con el que tratamos, pues es de suma importancia realizar los pertinentes cambios y prevención de posibles efectos secundarios no deseados, que junto a la polifarmacia incrementan la probabilidad de procesos adversos en nuestros pacientes.

Aplicamos la Escala de *Frail*, obteniendo una puntuación de 4 y un test SPPB con resultado de fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.

Observamos en consulta un grado moderado de sarcopenia con pérdida de masa muscular en piernas y brazos.

Debemos de obtener un control más estricto de los niveles lipídicos ante los procesos descritos de ACVA y cardiovascular de nuestro paciente con niveles LDL menores a 55 mg/dl por lo que reforzamos tratamiento con la combinación de atorvastatina/ezetimiba 80/10 mg cada 24 h con vigilancia de la función renal, aunque esta se encuentra conservada por el momento.

Es apreciable también la presencia de un ortostatismo y mareos inespecíficos en la paciente por su tratamiento referido a su insuficiencia cardíaca donde podemos apreciar varios diuréticos junto a un beta-bloqueante y un uricosúrico. Este fenómeno es concomitante al aumento del riesgo de caídas con el alto porcentaje de posibles fracturas con las que se acompañan, incrementando la morbimortalidad.

Según los últimos estudios la cuádruple terapia reduce en un 61% el riesgo de mortalidad de ICC e IRC, en un 65% la hospitalización por ICC y un 67% el riesgo relativo de mortalidad por prevención cardiovascular, por lo que es fundamental el control y seguimiento de futuras o probables efectos secundarios de los mismos para no precipitar ningún evento adverso que nos perjudique en la variación de la estabilidad del paciente, incluso llegando a predecir tales procesos como el ortostatismo descrito en nuestro paciente, por lo que se decidió disminuir la dosis de bisoprolol a 5 mg/ día mejorando sustancialmente la clínica de mareos y flojedad que nos describía, sin aparición de signos que nos hagan sospechar de ICC descompensada.

No debemos de pasar por alto que nuestro paciente tiene una EPOC-B de base, situación que incrementa aún más la morbilidad por fallo cardíaco, recordemos que nuestro paciente ya tiene de por sí un riesgo muy elevado de fallecimiento por causa cardíaca, por lo cual el control de la diabetes será fundamental para una corrección de los riesgos.

Tratamiento

- AAs 100 mg /día.
- Ticagrelor 90 mg/día.
- 3 omeprazol 20 mg /día.
- Bisoprolol 5 mg/día.
- Sacubitril/Valsartán 97 mg /103 mg /día.
- Tiotropio/olodaterol 2,5 mcg/2,5 mcg cada 24 h.
- 10 UI bolo Insulina glargina cada 24 h por las noches.
- Metformina/empagliflozina 850/12,5 mg (1-0-1).
- Espironolactona 25 mg/día.
- Atorvastatina/ Ezetimiba 80/10 mg/día.
- Levotiroxina 50 mcg/día.
- Trazodona 100 mg/día.

Precauciones y anamnesis dirigida de nuestro paciente en la consulta de Atención Primaria:

- Dejar por completo de fumar y el alcohol.
- Realizar 20 min diarios de actividad física aeróbica de manera continua y de suave esfuerzo.
- Control TA (Objetivo TA <130/80 mmHg).
- LDL-c reducción de 50% Y < de 55 mg/dl.
- Objetivo HB1Ac < 7%.
- Doble antiagregación durante un año.
- Cuádruple tratamiento de la ICC (SGLT2, ARNI, BB, ARM).
- Control del peso frecuentemente.
- Seguimiento de los síntomas y señales de descompensación.
- Manejo de fármacos de ICC en base a: TA si es TAS mayor a 100 mmHg, frecuencia cardiaca superior a 60 spm, control filtrado glomerular y cifras de potasio en suero y orina.
- Estado de alerta de la aparición de albuminuria.
- Control de retinopatía diabética.
- Control reagudización y seguimiento EPOC con espirometría.
- Seguimiento estrecho y coordinado entre equipo de AP y cardiología.

Palabras clave

Enfoque multifactorial. Cuádruple terapia. Seguimiento.

Bibliografía

Manel Mata Cases, Sara Artola Menéndez, Javier Diez Espino, Patxi Ezkurra Loiola, Francisco Javier García Soidán y Josep Franch Nadal. Algoritmo de tratamiento de la DM2, de la redGDPS 2020. <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-dm2-de-la-redgdps-2020/#algoritmo>.

Martín Zurro A.; Cano Pérez J.F.; Gené Badia J. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. (2014) 8ª Edición. Cano Pérez J.F. (páginas 237-268).

NO TODA SENSIBILIDAD AL GLUTEN ES CELIAQUÍA

Luis Moreno, Cristina | *Médica Residente de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*
Pardo Álvarez, Jesús | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS El Torrejón. Huelva*

Motivo de consulta

Mujer de 23 años que consulta por inflamación abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes

Sin hábitos tóxicos. Intolerancia a la lactosa. Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox® 75 mcg. Sin antecedentes familiares de interés.

Anamnesis

Refiere que desde hace varios meses (no sabe precisar con exactitud) presenta inflamación abdominal, epigastralgia intermitente y cambios en el hábito deposicional, con ciclos de hasta 4 días sin defecar tras los que presenta episodios diarreicos sin productos patológicos. Dicha inflamación es más acusada al tomar alimentos como pan, pasta y galletas, lo que ella socia a que son alimentos ricos en hidratos de carbono, tras los cuales el periodo de inflamación abdominal y el dolor son más prolongados que con el resto de alimentos. Asocia además astenia y sensación de niebla mental. Cumple adecuadamente con su medicación, que toma de forma correcta, y con la dieta sin lactosa, usando puntualmente pastillas de lactasa. Ha consultado por la vía privada con Digestivo, quien en un principio le pautó IBP y procinéticos, sin presentar mejoría, tras lo cual le realizó endoscopia con toma de biopsias, resultando ambas pruebas negativas, diagnosticándola de síndrome de intestino irritable.

Exploración

Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, bien hidratada y perfundida, normocoloreada.

Abdomen: globoso, ruidos hidroaéreos normales, timpánico. No presenta masas ni megalias, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha. No presenta signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias

Se solicita analítica de control de hormonas tiroideas y anticuerpos antitransglutaminasa. Todos los resultados obtuvieron valores normales.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente se encuentra actualmente acabando su etapa formativa, viviendo independiente fuera de su núcleo familiar, lo que afirma que le conlleva un estrés añadido. En su núcleo familiar su madre tiene un control estricto con la comida y las raciones.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Alteración del hábito intestinal, dolor e hinchazón abdominal.

Diagnóstico

Sensibilidad al gluten no celiaca, asociada a intolerancia a la lactosa de base.

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo mal controlado, celiaquía, alergia al trigo, síndrome de intestino irritable.

Plan de acción y evolución

Consensuamos con la paciente el inicio de dietoterapia sin gluten de las mismas características de la utilizada para la celiaquía, pero informamos de que no es necesario mantener esta dieta de forma tan estricta y permanente como en el caso de dicha enfermedad ya que al ser una intolerancia la paciente puede realizar un testeo de aquellos alimentos bajos en gluten que no le desencadenen síntomas.

Instruimos en diferenciar los alimentos que no contienen gluten (*como el maíz, arroz, trigo sarraceno, quinoa, legumbres, carne, frutas y verduras*) de los que sí (*trigo, cebada, centeno, triticale y espelta fundamentalmente*).

Evolución

Reevaluamos a la paciente a los 2 y 4 meses del inicio de la dieta, presentando mejoría clínica, con digestiones menos pesadas y regulación de su hábito intestinal, resolviéndose la inflamación y el dolor abdominal.

Conclusiones

La sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC), es una enfermedad emergente que se caracteriza por presentar síntomas tanto digestivos como sistémicos asociados a la ingesta de alimentos ricos en gluten. Dicha enfermedad, al compartir sintomatología con la enfermedad celiaca y la alergia al trigo, debe ser un diagnóstico de exclusión. Actualmente, pese a que se han realizados pocos estudios, se estima que su prevalencia es 6-10 veces mayor que la de la enfermedad celiaca.

Pese a que se desconoce su patogénesis exacta se sabe que se produce por un aumento de la permeabilidad intestinal al paso de péptidos del gluten y proteínas del trigo, lo que induce una respuesta inmune innata que propicia una respuesta inflamatoria de baja intensidad, no siendo una patología autoinmune.

Las personas que presentan dicha enfermedad se benefician de una dieta exenta de gluten, si bien pueden tolerar pequeñas dosis del mismo que varían dependiendo de cada individuo.

Palabras clave

Enfermedad celiaca. Gluten. Dietoterapia.

“NO TODO ES CÓLICO NEFRÍTICO”

Montaño Azor, Laura | *Médica Residente de MFyC. CS Almodóvar del Río. Córdoba*

Piedra Ruiz, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

Serrano Varo, Pilar | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Almodóvar del Río. Córdoba*

Motivo de consulta

Mujer de 40 años que acude al servicio de Urgencias por dolor de varios días de evolución en fosa renal derecha. Afebril. Además, refiere hematuria, sin disuria, no disnea ni dolor torácico. No trastornos gastrointestinales. Niega posibilidad de embarazo.

La paciente está en estudio por el servicio de Digestivo por presentar dolor abdominal y sospecha de hemorragia digestiva baja.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que acude acompañada de su marido. Antecedentes familiares: sin interés. Como antecedentes personales: no alergias a medicamentos, hemorroides. Fumadora activa (1 paquete diario).

Exploración física

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo.

- CyC: no bocio ni adenopatías.
- ACR: tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación sobre todo en el hipogastrio, con defensa voluntaria por el dolor. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. *Murphy* y *Blumberg* negativos. Puño percusión renal derecha positiva.
- Exploración neurológica: *Glasgow* 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal.
- MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos femorales bilaterales presentes.

Pruebas complementarias

Se solicita analítica y Rx de abdomen:

- Analítica: hemograma normal, en la bioquímica (la amilasa, enzimas hepáticas y la bilirrubina son normales). En el sistemático de orina se observa 80 hematíes. Sedimento urinario normal.
- Radiografía de abdomen: sin hallazgos patológicos; no se objetivan niveles hidroaéreos ni dilatación de asas intestinales.

Dada la persistencia de dolor de la paciente, sin remisión a pesar de tratamiento sintomático se solicita ecografía abdominal. Siendo está normal.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, sin hijos. Enfermera. Buena vida social y familiar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome del cascanueces o síndrome de *nutcracker*.

Diagnóstico diferencial

- Litiasis renal.
- Neoplasias.
- Pielonefritis.
- Malformaciones vasculares congénitas.

Plan de acción y evolución

A través del servicio de Digestivo, se le realizó una colonoscopia y un TAC abdominal.

- Colonoscopia se observa: hemorroides, pólipo en recto inferior el cual se extirpa.
- Tac de abdominal y pelvis con contraste: se encuentran hallazgos compatibles con síndrome de congestión venosa pélvica izquierda por probable síndrome de cascanueces.



Debido a estos hallazgos se deriva a la paciente a Urología.

Tratamiento

El servicio de Urología decidió tener una actitud conservadora, realizando un TAC de control. En nuestro caso, el síndrome del cascanueces se trata de un hallazgo casual. La paciente no recibe tratamiento y mantiene una actitud expectante.

Conclusiones

El síndrome del cascanueces es poco frecuente. Suele manifestarse en la tercera y cuarta década de la vida. Se produce por compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior, lo que resulta en una elevación de la presión en la vena renal izquierda y posible desarrollo de venas colaterales. La etiología no está aclarada, no se hereda. La mayoría de los casos ocurren de forma esporádica en personas sin antecedentes familiares con el síndrome.

Entre las manifestaciones clínicas, puede permanecer silente. En ocasiones, cursa con hematuria, micro o macroscópica, llegando incluso a producirse hematuria franca. Puede presentar dolor a

nivel de la fosa renal izquierda tipo cólico y/o dolor abdominal. Se relaciona con proteinuria. Es posible que existan episodios de albuminuria recurrente en jóvenes, que aumenten con el ortostatismo. Esta afección puede cursar con varicocele izquierdo y varices lumbares, dado el incremento de presión a nivel del plexo planiforme. Esta obstrucción al flujo gonadal se relaciona con síntomas congestivos pélvicos en las mujeres, tales como dismenorrea, dispareunia o dolor pélvico. Constan casos descritos complicados con nefropatías tipo IgA.

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome: tumores pancreáticos, hinchazón de los ganglios linfáticos paraaórticos (un grupo de ganglios linfáticos frente a la base de la columna vertebral), tumores situados por detrás del estómago y de los intestinos (retroperitoneales), aneurisma aórtico abdominal, nefroptosis del riñón izquierdo, hiperlordosis, bajo índice de masa corporal.

Para llegar al diagnóstico es preciso, en un primer momento, el estudio de la hematuria, y descartar sus causas más frecuentes. Tras esto, existen varias técnicas de imagen que pueden conducirnos al diagnóstico:

- La flebografía, permite calcular gradientes de presiones entre la porción distal de la vena renal y la vena cava inferior. Se trata de una técnica invasiva y varía en función del grado de circulación colateral existente.
- La ecografía doppler, permite determinar el diámetro y la velocidad máxima de flujo en las porciones distal y proximal de la vena renal izquierda. Una ratio distal/proximal mayor de 5 es diagnóstico de síndrome del cascanueces.
- La tomografía axial computarizada, permite la descripción anatómica de esta horquilla vascular.

El tratamiento depende de la severidad del caso. Ante un paciente asintomático se puede optar por una actitud expectante, valorando la evolución del cuadro. Si existe una discreta anemia o hemorragia intermitente se pueden proporcionar suplementos de hierro oral.

La cirugía puede ser considerada en los siguientes casos:

- Hematuria macroscópica.
- Síntomas graves (dolor del flanco o dolor abdominal, anemia, síntomas de disfunción autonómica -como palpitaciones o alteraciones de la presión arterial-, alteración de la función renal).
- Si el tratamiento conservador no es eficaz después de un cierto período de tiempo, dependiendo de la edad del paciente.

Palabras clave

Cascanueces. Hematuria. Dolor abdominal.

Bibliografía

Ananthan K, Onida S, Davies AH. Nutcracker syndrome: an update on current diagnostic criteria and management guidelines. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017; 53: 886-94.

Polaina Rusillo M, Liébana Carpio L, Borrego Hinojosa J, Liébana Cañada A.

Hematuria macroscópica en paciente con síndrome del cascanueces. *Nefrología.*, 32 (2012), pp. 537-538.

PARÁLISIS FACIAL EN EMBARAZADA

Navarro Rivero, Paola M | *Médica Residente de MFyC. CS Huétor-Tájar. Granada*
López Cuevas, Estefanía | *Enfermera Matrona. CS Huétor-Tájar. Granada*
Medina Salar, Víctor | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Huétor-Tájar. Granada*

Motivo de consulta

Gestante de 31 semanas que acude por asimetría facial.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Mujer de 32 años, gestante de 31 semanas, que acude a su centro de salud por asimetría facial de menos de 24 horas de evolución, detectada al despertarse. El día previo presentó cefalea repentina con sensación parestésica en hemicara izquierda, que mejoró con toma de paracetamol. No otra clínica por órganos y aparatos.

Exploración

A la exploración se aprecia desviación de la comisura labial hacia la derecha con dificultad para el cierre palpebral completo contralateral (*Imagen 1*). Presenta una disfunción moderada a severa, que ocasiona asimetría desfigurativa tanto en reposo como con los movimientos, por lo que se podría clasificar como una paresia moderada o grado IV según la clasificación de *House-Brackmann*. Resto de exploración neurológica sin alteraciones. No presenta lesiones dérmicas vesiculares faciales ni a la otoscopia sugerentes de afectación herpética.

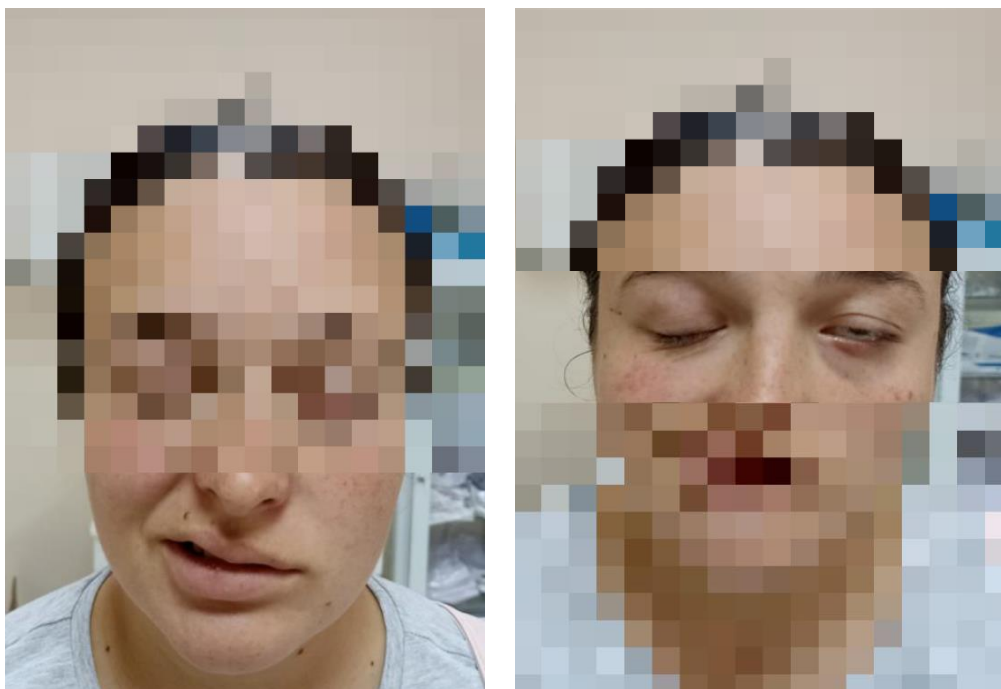


Imagen 1.

Antecedentes personales

Destaca intervención previa de fístula anal y neuralgia de Arnold izquierda diagnosticada durante esta gestación, ya resuelta. La paciente se encuentra en la 31ª semana de su tercera gestación, normoevolutiva y con buenos controles tensionales durante la misma.

Enfoque familiar y comunitario

Dentro de los antecedentes familiares únicamente destaca para este caso clínico que su padre padece de migraña e hipertensión arterial.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Parálisis facial en gestante de carácter moderada-severo, compatible con grado IV del sistema de *House-Brackmann*.

Plan de acción y evolución

Dado el estado de gestación, se derivó a la paciente a Urgencias para evaluación por parte de Otorrinolaringología y Ginecología para valorar inicio de medicación. Al encontrarse en el tercer trimestre de gestación, el uso de corticoides es seguro. Por ello, se inició pauta de prednisona 60 mg diaria durante 7 días, con reducción progresiva posterior. Durante la duración del tratamiento se recomendó realizar control tensional estrecho.

Además, se aconsejaron medidas protectoras oculares mediante uso de lágrimas artificiales para hidratación ocular, incluso oclusión nocturna si precisara.

Evolución

Se citó a la paciente en varias ocasiones, tras el inicio de los síntomas y tratamiento, para valoración de posibles secuelas y ver evolución de la parálisis. Durante la duración del tratamiento la paciente refirió aumento de cifras glucémicas y de tensión arterial, que cedieron tras el tratamiento con corticoesteroides. Mantuvo además cefalea de perfil migrañoso, motivo por el cual la paciente acudió “motu proprio” a sesiones de acupuntura.

A las dos semanas del inicio del tratamiento se citó presencialmente a la paciente en la consulta, donde se evidenció una notable mejoría de la asimetría facial (*Imagen 2*). La paciente refirió mejoría de los episodios de cefalea, con el cese completo de los mismos.

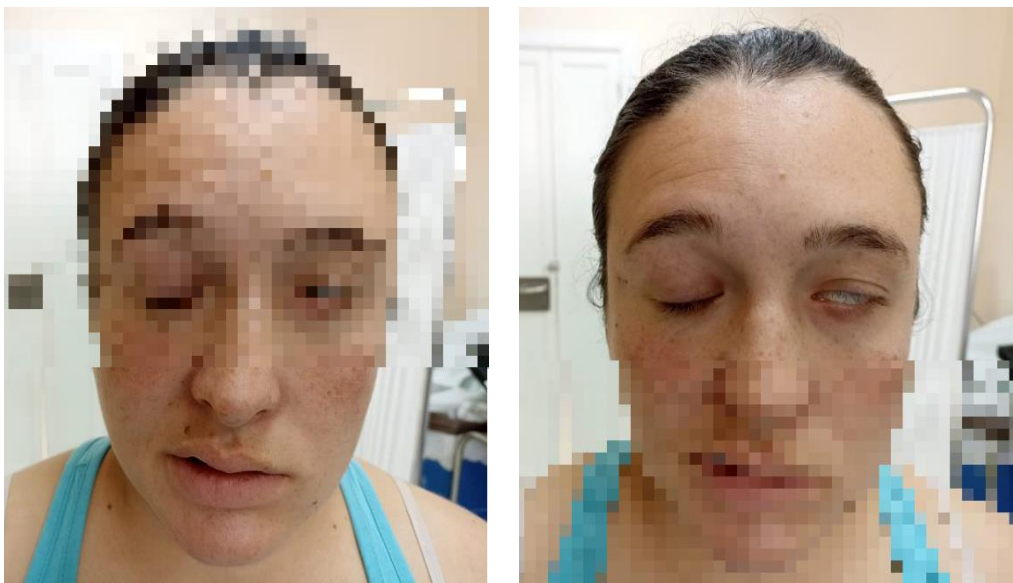


Imagen 2.

Se adjunta también la valoración en consulta a las tres semanas de inicio de los síntomas, donde se aprecia leve mejoría respecto a la semana anterior (*Imagen 3*). Si realizamos una comparación con la primera imagen, la desviación de la comisura labial es menos desfigurativa y el cierre palpebral se consigue casi en su totalidad.

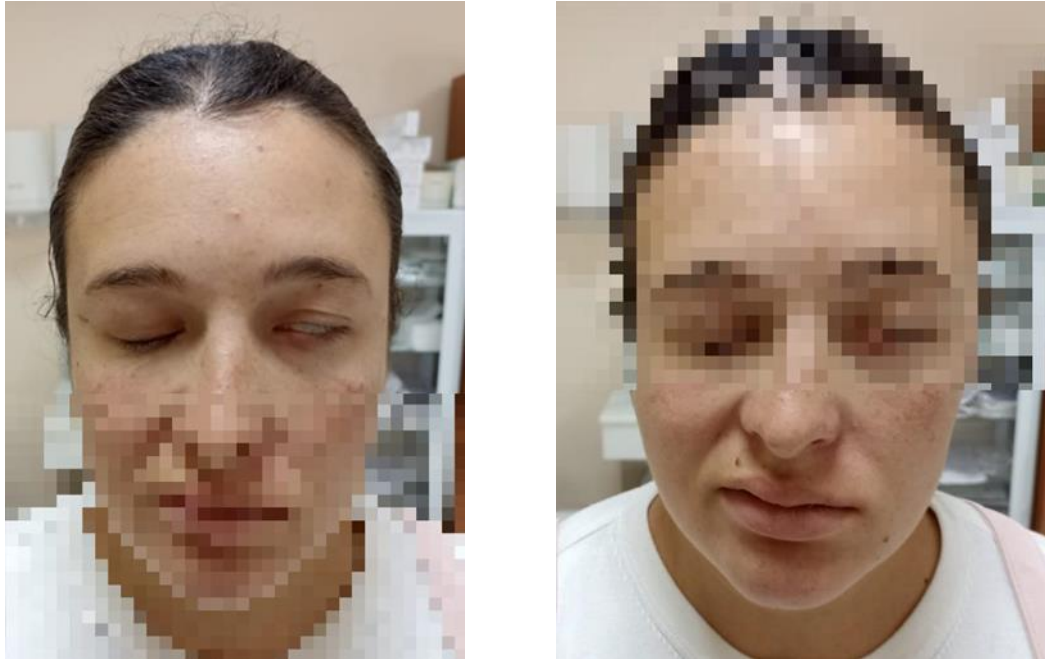


Imagen 3.

Conclusiones

A propósito del caso que nos ocupa, querríamos resaltar cuatro puntos:

1. Aunque inicialmente se creía que la parálisis facial periférica era más frecuente en mujeres embarazadas que en no gestantes, la evidencia actual muestra que no hay diferencias de prevalencia entre ambas. Sí se ha evidenciado que dentro del embarazo la parálisis facial periférica es más probable en el tercer trimestre y en el posparto inmediato. Se ha correlacionado este dato con la posibilidad de mayor reactivación del virus herpes simple, aunque no hay métodos diagnósticos actualmente para poder demostrar esta teoría.
2. Remarcar la relación que existe entre la aparición de parálisis facial periférica en gestantes y el desarrollo de preeclampsia, por lo que sería importante recomendar un mejor control tensional en aquellas embarazadas que la padezcan.
3. El uso de glucocorticoides durante el tercer trimestre es seguro, e incluso en casos severos está indicado la utilización de antivirales orales, sin que haya grandes riesgos para el feto. El uso de glucocorticoides durante la embriogénesis (primer trimestre) es controvertido, motivo por el que se aconsejaría evitarlos durante esta etapa del embarazo.
4. La ausencia de tratamiento farmacológico se ha relacionado con peor pronóstico y una tasa menor de recuperación de la movilidad y sensibilidad facial.

Por todo esto, es importante para el médico de familia saber reconocer la parálisis facial periférica y valorar el tratamiento glucocorticoideo en gestantes, sobre todo en el tercer trimestre. La recuperación completa tras el tratamiento está en torno al 80%.

Autorización: se solicitó el consentimiento expreso de la paciente que autorizó el uso de sus datos para la realización de este caso clínico, adjuntando fotos de su evolución.

Palabras clave

Parálisis facial periférica. Gestantes. Glucocorticoides.

Bibliografía

Vrabec JT, Isaacson B, Van Hook JW. Bell's palsy and pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; Vol. 137 (6), pp. 858-61

Phillips KM; Heiser A; Gaudin R; Hadlock TA; Jowett N. Onset of bell's palsy in late pregnancy and early puerperium is associated with worse long-term outcomes. *The Laryngoscope* 2017; Vol. 127 (12), pp. 2854-2859

¿QUÉ MEDICACIÓN TOMA?

Bautista Simón, Ángeles | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Rivas Peregrina, José Antonio | *Médico Especialista en Medicina Interna. Tutor. HU San Cecilio. Granada*

Cuadrado Albuquerque, Celia Carmen | *Médica Residente de MFyC. CS La Chana. Granada*

Motivo de consulta

Paciente de 48 años que acude a consulta de Enfermedades Infecciosas derivado desde Atención Primaria por lesiones eritemato-costrosas en glande, compatibles con balanopostitis candidiásica que no se consigue erradicar con múltiples tratamientos antifúngicos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales

- Sin hábitos tóxicos reconocidos.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad, dislipemia.
- Intervenido de ligamento cruzado anterior y menisco de ambas rodillas, túnel carpiano derecho.
- Niega relaciones sexuales de riesgo.

Tratamiento habitual

- Metformina 1 g / dapagliflozina 5 mg un comprimido cada 12 horas.
- Gliclazida 60 mg.
- Rosuvastatina 5 mg.
- Enalapril 20 mg / hidroclorotiazida 12,50 mg.

Anamnesis

Varón de 48 años que acude a consulta de Enfermedades Infecciosas, derivado por su médico de Atención Primaria, por unas lesiones en el glande compatibles con candidiasis. Refiere haber sido tratado con varios antifúngicos tópicos y orales que resuelven el cuadro temporalmente, aunque vuelven a aparecer las lesiones en varios días, sin resolución completa. El paciente al preguntarle relaciona la aparición inicial de las lesiones con la toma de antidiabéticos orales tipo iSGLT2.

Exploración

Consciente y orientado, estable hemodinámicamente.

Peso: 125.5 kilogramos.

Talla: 1.75 metros.

IMC: 40.8 kg/m².

Tensión arterial: 133/85 mmHg, FC 79 latidos/minuto.

Se observan placas eritematosas en zona prepucial y glande sin exudado aparente.



Enfoque familiar y comunitario

Vida basal sedentaria, trabaja de encargado de mantenimiento. Tiene dos hijos.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Candidiasis, balanopostitis.

Plan de acción y evolución

Se decide retirar metformina/dapagliflozina y gliclazida y en su lugar tomará metformina 1 gramo/ saxagliptina 2,5 mg un comprimido por la mañana y otro por la noche. Además, para las lesiones se prescribe clotrimazol 1% en la zona, dos veces al día, durante 1 a 3 semanas y dosis única de fluconazol 150 mg vo. Se insiste además en la necesidad de hábitos saludables en su vida diaria para el control de los factores de riesgo cardiovasculares.

Conclusiones

Se podría haber evitado la derivación a consulta de Enfermedades Infecciosas, cayendo en la cuenta de que es el antidiabético el causante de las lesiones que presenta el paciente. Debemos preguntar y contrastar la medicación habitual del paciente como posible causa de la patología por la que nos consultan los pacientes en Atención Primaria, ya que la causa iatrogénica es una de las más frecuentes.

Palabras clave

Diabetes. iSGLT2. Candidiasis.

SARS-COV2 EN EDAD PEDIÁTRICA: NO OLVIDARNOS DE LAS COMPLICACIONES GRAVES Y POCO FRECUENTES

Rosa Martínez, Francisca | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

Sánchez Uribe, Amparo | *Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

Rodríguez Sampedro, Rosa | *Médica Residente de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

Motivo de consulta

Fiebre y dolor torácico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Varón de 11 años acompañado de su madre consulta por fiebre de 38,5-39°C de 5 días de evolución, a pesar de antitérmicos cada 6 horas (última dosis de paracetamol administrada 4 horas antes de consultar) junto a hiporexia, astenia y dolor torácico ocasional asociado a tos leve, al ejercicio físico en colegio y al decúbito supino. Niega diarrea, vómitos, disnea y clínica respiratoria infecciosa, a excepción de tos leve ocasional. En domicilio se realiza tres días antes test de antígenos para COVID-19 siendo negativo. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas, correctamente vacunado, resto sin interés. Peso 47 kg. Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración

Regular estado general. Tensión arterial 86/55 mmHg, frecuencia cardíaca 135 lpm. Temperatura 38°C. Saturación oxígeno 99%. Normohidratado y normoperfundido. No palidez mucocutánea. Pulsos centrales y periféricos presentes y simétricos. Eupneico. Tolera el decúbito. Consciente, orientado en las 3 esferas y colaborador. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos, sin soplos audibles. Orofaringe, conductos auditivos externos y membranas timpánicas sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, *Murphy* y *Blumberg* negativos, sin signos de defensa ni peritonismo. Ruidos hidroaéreos presentes y no metálicos. No masas ni megalias. No se palpan adenopatías. Tórax: signo de *Tietze* negativo, pared torácica sin alteraciones, expansión simétrica durante ciclo respiratorio. No crepitación subcutánea a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP. Neurológicamente sin alteraciones. No exantemas ni petequias en piel ni mucosas. Sin signos de meningismo ni sépticos.

Pruebas complementarias

En centro de salud de Atención Primaria se realiza electrocardiograma que se informa como ritmo sinusal a 130 lpm, eje normal, segmento PR conservado, complejo QRS estrecho. Impresiona leve elevación de segmento ST en AVL, V4-V5 y V6. No ondas Q. Además, se realiza con exudado nasofaríngeo PCR para virus SARS-COV2, *Influenza A* y *B* y virus respiratorio sincitial, siendo el resultado positivo para SARS-COV2.

Con estos resultados se deriva al paciente pediátrico junto a su madre al servicio de Urgencias Hospitalarias donde se completa estudio con analítica sanguínea, incluida gasometría venosa, siendo los parámetros normales: PH 7,36 con bicarbonato y PCO2 dentro de la normalidad, glucosa 115, urea 28, creatinina 0,59, sodio 135, potasio 4,1, procalcitonina 0,57, hemoglobina 12, leucocitos totales 12400 con 54,5% neutrófilos y 24% linfocitos, plaquetas 408000. A

excepción de Troponinas I con valor de 11560,7 y como reactante de fase aguda la proteína C reactiva (PCR) de 23,9.

Se solicita también radiografía de tórax anteroposterior y lateral en la que no se objetivan infiltrados ni condensaciones, no hay signos de derrame pleural, el índice cardiotorácico está conservado y no hay signos de neumotórax.

Enfoque familiar y comunitario

La madre refiere que en los primeros días no le dio más importancia, pensando en el inicio de un cuadro catarral ya que como único síntoma presentaba tos, sólo ocasional, con fiebre, sin mocos ni otra clínica respiratoria infectiva, por lo que administró antitérmicos habituales (alternando paracetamol e ibuprofeno) y sólo consigue control parcial de la temperatura. Con poca mejoría en el transcurso de los días y fiebre mantenida, sin foco claro y con más decaimiento e hiporexia, la madre decide acudir a consulta para valoración por nuestra parte.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Perimiocarditis aguda con disfunción ventricular moderada y leve derrame pericárdico por respuesta inflamatoria sistémica consecuente a infección por SARS-COV2.

Diagnóstico diferencial

Neumonía atípica, dolor osteomuscular, derrame pleural, hiperreactividad bronquial, pericarditis, miocarditis, derrame pericárdico, arritmia cardíaca.

Plan de acción y evolución

Se decidió ingreso en planta de Pediatría para control hemodinámico y evolución. A las horas, dado que persiste hipotensión y taquicardia a pesar de carga de SSF a 10 ml/kg, se consensua ingreso en UCI Pediátrica. Le realizan ecocardiografía presentando disfunción ventricular moderada con FEVI de 45% con alteración segmentaria de predominio en ápex. Adecuada función ventricular derecha con TAPSE de 21 mm. Insuficiencia mitral moderada. Mínima insuficiencia tricúspidea y pulmonar. Válvula aórtica sin alteraciones. Leve derrame pericárdico de 4 mm sin repercusión ni colapso de cavidades derechas. Vena cava con adecuado calibre y colapso durante inspiración. Resto, dentro de la normalidad.

Durante el ingreso en UCIP requirió de soporte inotrópico con adrenalina a 0,05 mcg/kg/min. Además, se pautó, por recomendación del servicio Infecciosos Pediátricos, "off label" (previo consentimiento escrito de la madre) antiviral nirmatrelvir- ritonavir (Paxlovid®) a 300 mg cada 12 horas junto a perfusión de gammaglobulina intravenosa y dexametasona a 0,6 mg/kg durante 5 días. A lo largo de los 6 días que duró el ingreso en UCIP, la evolución fue muy favorable recuperando y manteniendo tensión arterial en rangos normales para su edad. Se traslada a planta de Pediatría ya que mantiene estabilidad hemodinámica y con ecocardiograma de control se constata también recuperación de la FEVI en torno al 60%, procediéndose a alta médica finalmente.

En posterior revisión en Cardiología Pediátrica e Infecciosos Pediátricos, un mes después, el paciente refiere encontrarse bien, estar asintomático y se confirma con exploración física y pruebas complementarias recuperación completa de la función miocárdica y del derrame pericárdico, por ello se procede a alta por su parte y control por su pediatra de Atención Primaria según programa de salud habitual.

Conclusiones

La dificultad del caso radica en la importancia de no olvidarnos de encuadrar los síntomas de dolor torácico y fiebre, sin foco claro y en edad pediátrica, dentro del posible contexto vírico, en una infección por SARS-COV2 complicada. Más aún, dados los frecuentes y continuos rebrotes tras pandemia, y a pesar de un test de antígenos COVID-19 con resultado negativo (alta

prevalencia de falsos positivos o baja carga viral que no es detectada). Lo habitual es que se trate de un cuadro banal y autolimitado, pero no debemos dejar de indagar sobre síntomas y signos acompañantes, solicitando pruebas complementarias que nos ayuden a completar el estudio y descarten complicaciones graves derivadas de la respuesta inflamatoria sistémica que este virus puede llegar a desencadenar, incluso en edad pediátrica, aunque afortunadamente sean poco frecuentes.

Palabras clave

Perimiocarditis. SARS-COV2. Dolor torácico. Fiebre.

UN DOLOR TORÁCICO NO TAN INOFENSIVO

Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. AGS Norte Huelva. Huelva*
Martínez García, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Huércal-Overa. Almería*
Bermejo Vélez, María | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Valverde del Camino. Huelva*

Motivo de consulta

Paciente varón de 79 años de edad que consulta en su centro de salud por cuadro de dolor abdominal y torácico con múltiples consultas por este motivo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Cuenta con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, con implantación de 8 stents, hipertensión pulmonar ligera, doble lesión aórtica, fibrilación auricular permanente, hemorragia digestiva alta por úlcus duodenal tratada, hipertensión arterial con buen control, diabetes mellitus tipo II y aneurisma de aorta abdominal intervenido con implante endovascular de injerto de aorta torácica y sin cambios en revisiones programadas.

Realiza tratamiento habitual con ramipril 5 miligramos / 24 horas, acenocumarol 4 miligramos / 24 horas (según pauta), furosemida 40 miligramos / 24 horas, sitagliptina 50 miligramos – metformina 1 gramo / 12 horas, ácido acetilsalicílico 100 miligramos / 24 horas, lorazepam 1 miligramo / 24 horas, bisoprolol hemifumarato 2,5 miligramos / 12 horas, tamsulosina 400 miligramos – dutasterida 500 miligramos / 24 horas y clorzepato dipotásico 10 miligramos / 24 horas.

Niega otros hábitos tóxicos ni antecedentes familiares de interés.

Durante la entrevista, explica que ha sido valorado con anterioridad por cuadro de dolor abdominal ascendente hasta región centro-torácica con irradiación a región interescapular que ha empeorado en días sucesivos. Niega alteraciones deposicionales ni astenia, no sensación distérmica ni diaforesis, aunque sí refiere pérdida de peso de 2 kilogramos en el último mes.

Ha sido valorado por este mismo motivo en consulta de Atención Primaria y servicio de Urgencias Hospitalario en semanas previas hasta en 5 ocasiones sin objetivar causa clara desencadenante.

La exploración cardio-respiratoria y abdominal son compatibles con la normalidad. Se aprecia edema sin fóvea de miembros inferiores en probable contexto de insuficiencia venosa crónica, sin recorte de diuresis. No cambios significativos a la toma de presión arterial en ambos brazos, siendo las constantes vitales adecuadas.

El electrocardiograma muestra fibrilación auricular conocida a 104 latidos por minuto sin otras alteraciones agudas de la repolarización. Segmento ST isoelectrico en todas las derivaciones y eje eléctrico cardiaco normal.

Por este motivo y ante la sospecha de precisar pruebas complementarias adicionales para objetivar el cuadro clínico, se decide traslado medicalizado al Servicio de Urgencias Hospitalarias de referencia.

Tras realizar el traslado sin incidencias, pasa a consultas y volvemos a historial al paciente. Ante la clínica referida se solicita estudio analítico de las cuatro series, resultando éstas normales, incluidas creatina quinasa y troponina T que son negativos. Durante su estancia en urgencias el dolor mejora parcialmente con analgesia de primer escalón, consiguiendo control y alivio completos con perfusión de tramadol clorhidrato.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una persona activa, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive acompañado de su mujer y no precisan ayuda en domicilio. Refiere que cumple adecuadamente con la toma de medicación, controles rutinarios en Atención Primaria, así como el registro de tensiones arteriales en domicilio. Acude también a las consultas de revisión citadas de los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, sin precisar cambios en actitud terapéutica ni tratamientos crónicos en las revisiones de los últimos tres años.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de síndrome aórtico agudo.

Plan de acción y evolución

Ante los episodios de consulta repetidos y la escasa mejoría del paciente y clínica característica conociendo los antecedentes quirúrgicos y de elevado riesgo cardiovascular que presenta, se contacta con radiólogo de guardia para comentar el caso, decidiendo estudio con angio-tomografía axial computarizada de aorta urgente con contraste intravenoso. Tras firma del consentimiento informado del paciente, se procede a la prueba y se recibe el informe describiendo los siguientes hallazgos tras el estudio de imágenes:

“El saco aneurismático que ocupa la mitad inferior del hemitórax izquierdo, muestra signos de material trombótico en diferentes estadios y alcanza un diámetro mayor transversal oblicuo de alrededor de 14 centímetros (en estudio de junio de 2022 era de 10 – 11 centímetros). En su zona más periférica se pierde la continuidad del límite hiperdenso visible en el estudio sin contraste.

En la transición toraco-abdominal se aprecia paso de contraste a la zona excluida en relación con la endofuga diagnosticada. En los estudios previos esta región estaba contenida y sin embargo ahora presenta una solución de continuidad de al menos 15 milímetros, con paso de contraste al saco citado anteriormente”.

Ante el estudio de imágenes y clínica del paciente, se realiza diagnóstico de síndrome aórtico subagudo en paciente con intervención previa de aneurisma de aorta.

Evolución

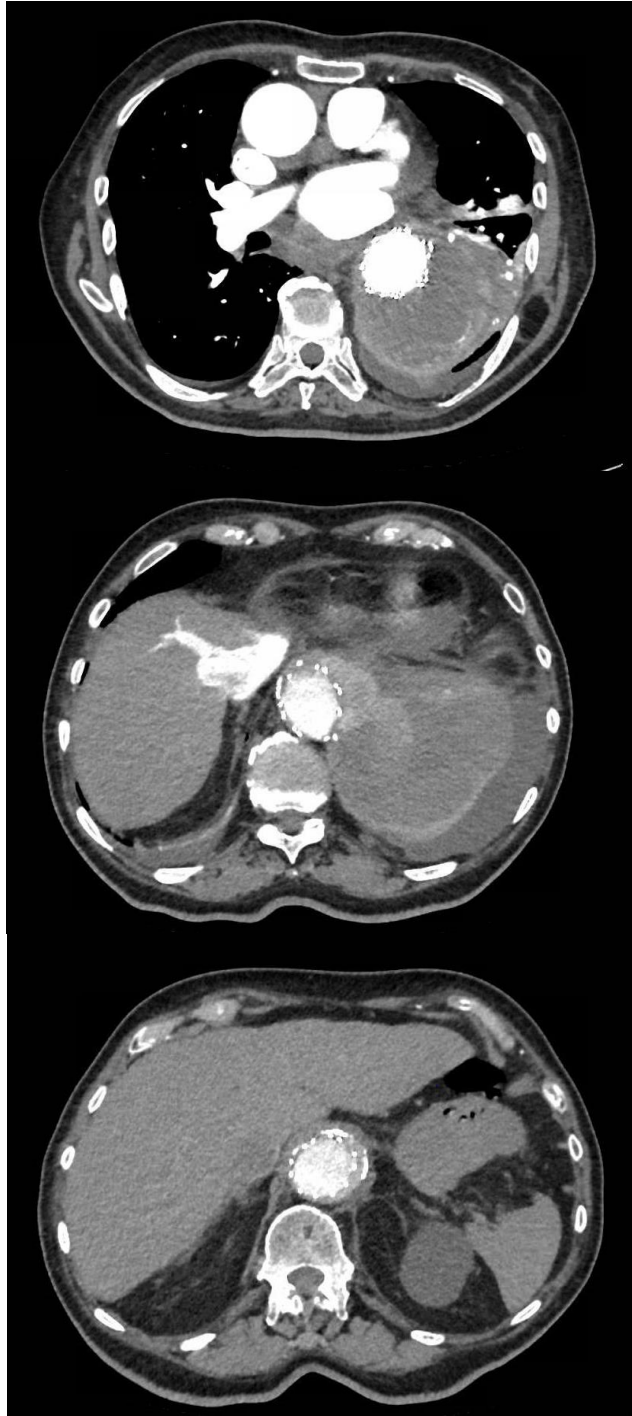
El paciente permanece durante su estancia en el servicio de Urgencias con constantes vitales adecuadas, decidiendo tras consultar con servicio de Cirugía Vasculatranslado urgente a unidad de referencia para valoración, realizando traslado con equipo médico e infusión con bomba analgésica.

Conclusiones

Todo cuadro de dolor abdominal inespecífico en pacientes mayores de 40 años, especialmente con factores de riesgo cardiovascular, debe ser estudiado y complementar con estudios, aunque las pruebas iniciales puedan resultar negativas en relación a cuadros cardiovasculares. Así, en el caso del paciente, la realización de una prueba de imagen adicional ante la falta de mejoría de la clínica en días previos, ha sido crucial para alcanzar el diagnóstico, decidiendo posteriormente la posibilidad y criterios de someterse a nuevo intervencionismo.

Palabras clave

Chest pain. Aortic aneurysm. Surgery.



UNA NEFROPATÍA INESPERADA

Martínez García, Francisco | *Médico Residente de MFyC. CS Huércal-Overa. Almería*
Requena Carrión, Esteban | *Médico Especialista en MFyC. Tutor. CS Huércal-Overa. Almería*
Tena Santana, Gonzalo | *Médico Residente de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva*

Motivo de consulta

Dolor Torácico.

Enfoque Individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 20 años que consulta en Urgencias por dolor torácico opresivo irradiado a axila izquierda, de 4-5 días de evolución. Asocia cierto grado de disnea, así como tos con expectoración hemoptoica.

Al examen físico, apreciamos obesidad mórbida (índice de masa corporal 43.32 kilogramos/metro²), siendo el resto de exploración física inicial normal al mostrarse eupneica, normohidratada y normocoloreada. Saturación de oxígeno al 98% y tensión arterial en cifras 170/90 milímetros de mercurio (mmHg).

La auscultación cardiaca es normal a buena frecuencia sin soplos ni extratonos, impresiona la rítmica; la exploración respiratoria muestra murmullo vesicular conservado sin presencia de agregados o ruidos respiratorios patológicos.

La auscultación abdominal es globuloso, blando y depresible, sin edema de pared ni signos de ascitis.

La exploración de extremidades muestra edema en tercio inferior de ambas piernas con fóvea, afectando a ambos tobillos, simétrico, sin cambios de temperatura.

Neurológicamente la paciente está consciente y orientada, sin signos de focalidad ni de déficit sensorial o motor. Colaboradora. Pares craneales dentro de la normalidad. *Romberg* negativo.

Para complementar el estudio se solicitan pruebas analíticas y de imagen.

En pruebas complementarias destaca creatinina 6.62 mg/dl, urea 98 mg/dl, iones normales, péptido natriurético cerebral >35000 pg/ml y proteinuria. La radiografía de tórax evidencia cardiomegalia e infiltrado intersticial bilateral. Electrocardiograma rítmico a 85 latidos por minuto, eje eléctrico con desviación a la izquierda, bloqueo incompleto de rama derecha con signos de hipertrofia, sin signos de isquemia ni alteraciones de la repolarización.



Enfoque familiar y comunitario

La paciente acude sola y a raíz de los acontecimientos sobrevenidos en su estancia en urgencias, se advierte la nula existencia de apoyo familiar. No existen hábitos de riesgo para la salud.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Insuficiencia renal aguda.

Plan de acción y evolución

Durante su estancia en Urgencias se evidencia aumento de la disnea y desaturación, con crisis hipertensiva de hasta 180/110 mmHg. Aparición de crepitantes en ambas bases pulmonares a la auscultación, sin cambios a nivel cardiaco.

Se inicia perfusión de Solinitrina® y oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales. Se consulta con intensivista de guardia decidiendo ingreso en su unidad. Durante su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se inicia tratamiento con furosemida en bolos con respuesta adecuada consiguiendo diuresis clara abundante, en analítica de control en UCI persiste creatinina 6.6 mg/dl con urea 92mg/dl, sodio 139 mEq/l, potasio 3.8 mEq/l. Proteinuria objetivada en sedimento urinario.

Se realiza ecocardiografía en la que presenta hipertrofia ventricular izquierda con cavidad ventricular izquierda normal, y una posible insuficiencia aortica moderada. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

Dada la situación se realiza interconsulta con servicio de Nefrología de referencia, acordándose traslado para estudio.

A su llegada, se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio, SatO₂ 98% con gafas nasales sin taquipnea, tendencia a la hipertensión con Solinitrina® a 20 ml/h, refiriendo cefalea. Durante su estancia se mantiene furosemida 20 mg cada 6 horas y se añade labetalol para control de tensión. Se intenta la retirada de Solinitrina® según tolerancia.

Tras consultar con médico radiólogo de guardia se realiza ecografía abdominal que descarta existencia de anomalías hepato-bilio-pancreáticas u esplénicas. Riñones de tamaño normal, con

buen aspecto cortical, pero con corticales de ecogenicidad aumentada, sin dilatación pielocalicial. Ausencia de líquido libre.

Se solicita proteinograma, Ig y autoinmunidad, urocultivo y cultivo de esputo. Se tramita biopsia renal que la paciente entiende y acepta. La paciente presenta un fracaso renal agudo AKIN III, no oligúrico sobre enfermedad renal crónica no filiada. *Rifle F*. Se plantea dicha biopsia ante la sospecha de nefropatía IgA vs nefropatía rápidamente progresiva.

A la espera de resultados, la paciente recibe tres pulsos de metilprednisolona 500 mg. Se objetiva en control analítico la persistencia de alteraciones con deterioro progresivo de función renal: creatinina 7,48 mg/dl, urea 152 mg/dl e iones en rango de normalidad. Llama la atención proteinuria de 10 g en orina de 24 horas (no estudios previos).

La patóloga informa telefónicamente de los resultados de anatomía patológica, refiriendo que la paciente no presenta una glomerulonefritis rápidamente progresiva activa, sino glomérulos esclerosados con fibrosis y atrofia tubular. Refiere la existencia de hallazgos compatibles con nefropatía IgA crónica evolucionada.

Conclusiones

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en Urgencias y puede ser expresión de multitud de síndromes, debiendo cumplir con las cronas, objetivo de valoración de estos pacientes pues en ocasiones el cuadro puede ser más grave de lo imaginado, como en este caso, donde fue la vía para descubrir una nefropatía IgA que, aunque es la primera causa de glomerulonefritis en adultos, suele asociarse a cirrosis etílica, sexo masculino u purpura de *Schönlein-Henoch*.

Palabras clave

Chest pain. Creatinine. Glomerulonephritis.

Y... ¿ALGO MÁS?

Hernández García, María del Mar | *Médica Residente de MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba*
 González Rodríguez, Pilar | *Médica Especialista en MFyC. Tutora. CS Santa Rosa. Córdoba*

Motivo de consulta

Episodio de afasia autolimitado y palpitaciones.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

Acude a nuestra consulta Julia, paciente mujer de 60 años, con antecedentes personales de HTA en tratamiento con losartán 50 mg/24 h y osteopenia en tratamiento con carbonato de calcio 1cp/24 h y sin antecedentes familiares de interés.

Consulta por haber presentado cuadro autolimitado de afasia hace una semana. Refiere además episodios esporádicos de palpitaciones de unos 2 meses de evolución.

Niega fiebre, dolor torácico, disnea u otra clínica asociada.

Exploración

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Afebril.

Constantes: TA 124/73 mmHg, FC 681pm, satO2 basal 98%.

Auscultación cardiaca: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles.

Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación.

Exploración neurológica normal: PINR, MOEC, pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad conservadas, diálogo coherente.

Pruebas complementarias

Solicitamos electrocardiograma y control analítico completo.

Dos semanas después, la paciente consulta de nuevo para recogida de resultados que fueron los siguientes:

- ECG: RS a 651pm con eje normal sin alteraciones agudas en la repolarización.
- Analítica: hemograma normal y bioquímica normal excepto valores de calcio en 14.3 (calcio corregido 14.6).

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Hipercalcemia.

Diagnóstico diferencial

La presencia de niveles elevados de calcio en sangre han de alertarnos. Ante este hallazgo debemos realizar diagnóstico diferencial con diferentes situaciones clínicas como: hiperparatiroidismo, neoplasias (pulmón, mama, hematológicas...), fármacos (tiazidas, litio...), suplementos vitamínicos paramédicos y otras enfermedades.

Plan de acción y evolución

Tras los hallazgos analíticos, suspendemos carbonato de calcio y solicitamos nuevo control con otros parámetros como PTH, proteinograma y marcadores tumorales.

Con los valores de calcio obtenidos y siguiendo estrictamente las guías de práctica clínica, si nuestra paciente hubiera presentado sintomatología aguda derivada de la hipercalcemia (la afasia y las palpitaciones no se incluyen dentro de los mismos) y/o no hubiera presentado patología de base (osteopenia) que lo contraindicara, habríamos debido de iniciar tratamiento con agentes hipocalcemiantes en este momento.

Dos semanas después, Julia acude a por los resultados del nuevo control analítico en el que todos los valores de los parámetros solicitados son normales incluyendo el calcio que también resultó normal en esta ocasión con un valor de 9.7.

Indagamos en cambios que la paciente haya realizado y manifiesta que tras los resultados de la primera analítica dejó de tomar unos suplementos vitamínicos paramédicos (calcio + magnesio + vitamina D) que le había recomendado su dietista.

Conclusiones

Con la presentación de este caso, nuestra intención ha sido la de remarcar la importancia de incluir en una buena anamnesis la utilización por parte de nuestros pacientes de productos de herboristería y/o dietistas, como suplementos vitamínicos o infusiones entre otros, como posibles causas de síntomas y/o alteraciones analíticas que estos presenten.

Asimismo, recordar la necesidad de individualizar cada caso clínico y el tratamiento de cada paciente en función de sintomatología y comorbilidades.

Palabras clave

Hipercalcemia. Suplementos vitamínicos. Comorbilidades.

JART 2023