

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 24, número 2, suplemento 1, noviembre 2023



29º
Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

ecm andaluza de
congresos médicos
Asociación de Médicos de la Región de Andalucía
C/Alfonso de Torres, 154, 41013, Sevilla, España. Teléfono: 954 421 200
www.asociacionmedicosandaluza.com

Comité Científico

Presidente

Juan Manuel Parras Rejano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC del Guadiato. Córdoba. Miembro del Programa de Comunicación Clínica y Salud de SAMFyC

Vocales

Juan Manuel García Torrecillas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. HU Torrecárdenas. Almería. Vocal Sección de Investigación SAMFyC

Virginia González Blanco

E Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP. UGC Bujalance. Córdoba. Miembro del GdT SAMFyC de Respiratorio

Jesús González Lama

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico EBAP. CS Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra (Córdoba)

José Luis Hernández Galán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Estudios. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Sevilla

Alejandro López Moreno

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Gertrudis Montes Redondo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP CS Santa Rosa. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Luis Ángel Pérula de Torres

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Investigador del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba -IMIBIC- Universidad de Córdoba

Francisco Javier Ruiz Moruno

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP. UGC Aeropuerto. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Elena Ruiz Peralta

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Levante Sur Dr. Manuel Barragán Solís. Córdoba.

Comité Organizador

Presidenta

Ana María Lemos Pena

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP. UGC Posadas. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Vocales

Cristian Brata

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Posadas. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Jaime Jesús Castro Moreno

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS de Villa del Río. UGC Montoro. Córdoba

Elena Díaz Crespo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barriada de los Ángeles. UGC Fuensanta. Córdoba

Ana Fons Díaz

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio La Guijarrosa. UGC La Carlota. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

Mari Cruz Linares Ramírez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica EBAP. UGC Santa Rosa. CS Santa Rosa. Córdoba

María Victoria López Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica EBAP. CS Trujillo del Río. UGC Palma del Río. Distrito Sanitario Córdoba- Guadalquivir. Córdoba

Leonor Marín Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP. UGC Castilleja de la Cuesta. Sevilla. Vocal Provincial SAMFyC de Sevilla

Ángeles Rubio Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico EBAP. UGC Guadiato. AGS Norte de Córdoba

Livia Tena Caballero

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Córdoba-Guadalquivir. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. GdT SAMFyC Inequidades en salud, salud internacional

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia

Rocío Medero Canela

Vocal de Formación

Pedro Mesa Rodríguez

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

Emilio José Delgado Soto

Carmen María Escudero Sánchez

Vocal de Comunicación e Imagen

Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincial de Almería: *María Araceli Soler Pérez*

Vocal provincial de Cádiz: *José Joaquín Cordero de Oses*

Vocal provincial de Córdoba: *Juan Manuel Parras Rejano*

Vocal provincial de Granada: *Irene Fernández Peralta*

Vocal provincial de Huelva: *Eduardo Pérez Razquín*

Vocal provincial de Jaén: *María de la Villa Juárez Jiménez*

Vocal provincial de Málaga: *Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández*

Vocal provincial de Sevilla: *Mercedes Casado Martín*

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Tel: 958 804201

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Disponible en formato digital en la web de SAMFyC (**acceso libre**):

<https://www.samfyc.es/revista/>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Manuel García Torrecillas
Idoia Jiménez Pulido
Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO DITORIAL

Luis Ávila Lachica. *Málaga*

Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*

Pilar Barroso García. *Almería*

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. *Málaga*

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

Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*

Juan Manuel García Torrecillas. *Almería*

José Antonio Jiménez Molina. *Granada*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga*

José Gerardo López Castillo. *Granada*

Manuel Lubián López. *Cádiz*

Antonio Manteca González. *Málaga*

Rafael Montoro Ruiz. *Granada*

Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*

Andrés Moreno Corredor. *Málaga*

Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*

Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*

Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*

J. Daniel Prados Torres. *Málaga*

Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*

Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*

Reyes Sanz Amores. *Sevilla*

Jesús Torío Durántez. *Jaén*

Juan Tormo Molina. *Granada*

Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Incluida en Latindex

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia.
Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada
(España)
e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría:

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

Título clave:

Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Reservados todos los derechos.

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

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain.

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Fundación SAMFyC
C.I.F.: G – 18449413

Maqueta:

Juan Francisco González Ibáñez



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 24, número 2,
suplemento 1, noviembre de 2023

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y/o defendidas.

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

CS/2023

Comunicaciones orales

- Casos clínicos: médico de familia / atención primaria
- Casos clínicos: médico residente / atención primaria
- Experiencias médico de familia
- Experiencias médico residente
- Proyectos de investigación médico residente
- Resultado de investigación cualitativa médico residente
- Resultado de investigación cualitativa médico de familia
- Resultado de investigación cuantitativa médico de familia
- Resultado de investigación cuantitativa médico residente

CS/2023

Comunicaciones tipo póster

- Casos clínicos: médico de familia / atención primaria
- Casos clínicos: médico residente / atención primaria
- Resultado de investigación cuantitativa médico de familia
- Resultado de investigación cuantitativa médico residente
- Resultados de investigación cualitativa médico residente
- Experiencias médico de familia
- Experiencias médico residente
- Experiencias docentes médico de familia
- Proyecto de investigación médico de familia

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES ORALES
CASOS CLÍNICOS:
MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, tengo un tapón en el oído

Durán García, C¹, Cruz Briega, AP², Gavilán Martínez, M²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria EBAP. CS Nta Sra de las Nieves. Los Palacios. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nta Sra de las Nieves. Los Palacios. Sevilla

Ámbito del caso

Servicios Urgencias de AP.

Motivos de consulta

Tapón de cerumen.

Historia clínica

Varón de 52 años sin *Antecedentes personales* de interés que acude a urgencias por sensación de taponamiento ótico. Se ha administrado las gotas óticas anticerumen que suele usar, sin éxito. Narra sensación continua de taponamiento e hipoacusia del oído derecho de dos semanas de evolución. No otalgia ni supuración.

Enfoque individual

Realizamos otoscopia de ambos oídos. Oído izquierdo sin alteraciones. En el conducto auditivo externo del oído derecho se detecta masa de aspecto polipoideo que impide visualizar membrana timpánica. Ante los hallazgos remitimos al paciente a Hospital para valoración por el Servicio de Urgencias de Otorrinolaringología. Allí realizan exéresis con biopsia para estudio anatomopatológico y despistaje de VPH.

Enfoque familiar y comunitario. Casado, independiente para ABVD aunque con leve disminución de sensibilidad en mmii izquierdos (secuela ictus). Finalmente la masa presenta diagnóstico de nevus melanocítico intradérmico en CAE derecho.

Tratamiento, planes de actuación. Control por médico de Atención Primaria sin necesidad de seguimiento por parte de otorrinolaringología.

Evolución. Actualmente asintomático, sin hallazgos en oído derecho y resolución de la clínica de hipoacusia y taponamiento.

Conclusiones

Es importante no dar nunca por sentado lo que el paciente trae ya "diagnosticado". La anamnesis y la exploración física son la base de nuestro trabajo y, a veces, un motivo de consulta banal nos trae sorpresas.

Palabras clave

Taponamiento Ótico, Masa en Cae, Biopsia, Nevus Melanocítico Intradérmico Cae.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

¡Qué mal me ha sentado su medicación, doctor!Fons Cañizares, S¹, Ramos Galindo, N², Pérez Gutiérrez, M³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria (Málaga)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria (Málaga)³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Control anual en paciente hipertenso, diabético, con analítica y cambio de medicación.

Historia clínica

En revisión anual está elevada la hemoglobina glicosilada, 8,7-, por lo que a metformina, añadimos sitagliptina. También cambiamos antihipertensivo, -hidroclorotiazida con amilorida por ramipril-

Enfoque individual

A los dos días presenta reacción cutánea pruriginosa en manos y espalda con pápulas eritematosas que se blanquean a la presión. Iniciamos prednisona 30 mg en pauta descendente y hacemos varios ensayos, retirando una semana sitagliptina, con escasa mejoría, después se retira el ramipril, con más mejoría, pero tras una semana sin corticoides salen lesiones y decidimos retirar toda la medicación, paracetamol, simvastatina, ambas que tomaba desde hace varios años, y metformina. E iniciamos giargina 8 ui por la noche, con buen control de glucemia y de tensión arterial, ésta a pesar de no tratar. Realizamos biopsia por punch de 6 mm incluyendo toda la lesión de zona dorsal lateral en consulta de

Antecedentes personales. Mínimo infiltrado linfocitario superficial con fibrosis donde se ven aislados eosinófilos que histológicamente es compatible con toxicodermia. Y analítica con complemento C3 y C4 normales, leve aumento

de IgE (140), Ac antinucleares negativos, para clasificarla como un tipo de hipersensibilidad retardada tipo IV b, mediada por eosinófilos.

Enfoque familiar y comunitario. Seguimiento semanal de lesiones en consulta presencial, telefónica y en domicilio, ya que por miedo hizo crisis de ansiedad.

Toxicodermia, patrón clínico de erupción maculopapular, (es fundamental la historia cronológica en la toma de fármacos, designar un fármaco como posible causa, manejar criterios de imputabilidad con prueba de retirada positiva) y diagnóstico diferencial, con otros patrones como vasculitis leucocitoclástica, erupción liquenoide, lupus eritematoso, síndrome de Steven Johnson, eritema acneiforme, eritema nodoso, es necesario biopsiar, e identificación de problemas.

Tratamiento, planes de actuación. Continúa con 7.5 mg de prednisona, pues al suspenderla vuelven las lesiones. Derivado a alergología para estudio.

Evolución. Tras tres meses persisten lesiones. Dejará prednisona 1 semana antes de cita con alergología.

Conclusiones

Conocer manejo de toxicodermias por alta prevalencia. Mejorar comunicación con paciente sobre enfermedad para tranquilizarlo.

Palabras clave

Primary Care, Papular Urticaria, Adverse Drug Reactions.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, la última cosa: deríveme a cirugía para la herniaGámez Navarro, M¹, Mateos Gómez, AM¹, Espinal Sanchez, M²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hernia inguinal derecha.

Historia clínica

Varón 67 años con *Antecedentes personales* HTA, dislipemia. Fumador 40 cigarrillos/día desde los 16 años (consumo acumulado 120 paquetes/año) y exbebedor de 2 l de cerveza/día. Ingreso mes previo por dolor torácico, descartándose isquemia. Acude a consulta por diferentes motivos: dolor muscular generalizado, astenia y alteración intestinal. Al terminar consulta solicita derivación a cirugía general para intervención de hernia inguinal derecha que ha aumentado de tamaño, sin otros síntomas. Niega sobreesfuerzo.

Enfoque individual

Fuerza proximal y distal en MMSS y MMII, sin debilidad. No claudicación en cintura escapula. Precisa ayuda para pasar a bipedestación, leve claudicación pélvica. Abdomen blando, depresible. No doloroso a la palpación, sin peritonismo. No palpo masas ni megalias. Se palpa nódulo inguinal de 3 cm, duro, no móvil, adherido a plano profundo, no doloroso. No aumento de tamaño con valsalva. Exploración compatible con posible adenopatía con datos de alarma. No adenopatías en otras localizaciones.

Enfoque familiar y comunitario. FFSS conservadas, IABVD. Buen apoyo familiar.

Adenopatía localizada con signos de alarma. Tumoración vs hernia inguinal.

Tratamiento, planes de actuación. Solicitamos analítica completa, perfil reumatológico, anticuerpos, sangre oculta en heces+ecografía inguinal preferente. Resultados: analítica normal, sangre oculta negativa y ecografía

inguinal que confirma lesión sólida compatible con adenopatía.

Evolución. Contactamos con medicina interna, explicándose sintomatología+exploración compatible con adenopatía patológica, solicitándose TAC-toraco-abdominal y cita urgente para resultados: neoplasia pulmonar LII estadio T4 N2 M1 con metástasis a nivel suprarrenal derecho, cola pancreática e inguinal derecho.

Conclusiones

Destacar la importancia de la exploración física como herramienta básica en la consulta de AP, permitiéndonos realizar un diagnóstico diferencial y alertarnos ante determinados signos de alarma, siendo clave para sospechar una adenopatía patológica. Ante la exploración de adenopatía es importante tener en cuenta síntomas y signos de alarma que nos hagan sospechar una adenopatía patológica:

Adenopatías cervicales/inguinales >2,5 cm, >1cm en cualquier otra localización.

Adenopatía supraclavicular o axilar palpable independiente del tamaño (sin infección local).

Adenopatías de consistencia aumentada, no dolorosas y adheridas a planos profundos.

Adenopatías que aumentan en el tiempo, no mejoran tras 2 semanas de antibiótico/antiinflamatorio.

Fiebre sin foco.

Pérdida ponderal (>10%).

Hepatoesplenomegalia.

Sudoración nocturna.

Destacar trabajo en equipo y comunicación interniveles, agilizando diagnóstico y tratamiento. “Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado del paciente”

Palabras clave

Adenopatía, Hernia Inguinal, Neoplasia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Valores de la Medicina Familiar y Comunitaria

Sánchez Sánchez, C¹, Gonzalez Hevilla, A²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Altza. OSI Donostialdea. Gipuzkoa

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Alozaina. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 79 años derivado a consulta de MFyC tras ingreso en cardiología por angina vasoespástica al identificar anemia normocítica (Hb 11.1g/dl, previa 14.6, VCM 96).

Historia clínica

Ha ganado peso recientemente, sin cambios en hábito intestinal, heces de características normales, no clínica respiratoria, no hematuria. Tranquilo.

Enfoque individual

IAVD, activo. Exfumador (mantenimiento, 4 meses). Alcohol ocasional.

Antecedentes personales: HTA, DM2, hipertiroidismo, EPOC, arteriopatía coronaria crónica desde 2012, claudicación intermitente, HBP, sd de Raynaud, úlcera gástrica en 1986. Tratamiento habitual: omeprazol, gliclazida, AAS, nitroglicerina transdérmica, diltiazem retard, olmesartan/HCTZ, ezetimiba, tamsulosina, tiamazol, formoterol, diazepam a demanda.

Buen estado general. Normocoloreado. Auscultación cardíaca y respiratoria normal. Sin edemas de MMII. Abdomen anodino. Sin adenopatías palpables. Hb 12.1 VCM 102.2 HCM 32.7 Hierro sérico 49 Transferrina 152 Sat 23% Ferritina 515 TSH 0.21 B12 313, A.fólico 4'8 SOH-, orina sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario. Cáncer de colon en padre. Familia reconstituida en etapa V del ciclo vital familiar según OMS. Barrio con mayor privación socioeconómica que la media

de la región y mayor mortalidad especialmente por asociadas a la privación (informe institucional 2017). Es su pareja quien insiste en que pudo ser un corte cocinando, muy sangrante, hace unas 3 semanas.

Anemia normocítica (trastornos crónicos, hemorragia, aplasia). Planteamiento de investigación de anemia ante ausencia de causa evidente. Control de factores de riesgo cardiovascular en paciente activo.

Tratamiento, planes de actuación. Se realiza toma de decisiones compartida y no se inician estudios complementarios además de analíticas sanguíneas de control.

Evolución. Un mes después sin modificaciones terapéuticas: Hb 13, VCM 99, resto de parámetros en rango de normalidad

Conclusiones

El MFyC ha de gestionar simultáneamente múltiples problemáticas agudas y crónicas; coordinar la atención con otros profesionales, minimizando la iatrogenia y teniendo en cuenta las necesidades de cada persona, su estilo de vida, preferencias y prioridades en Salud. Esto supone manejar gran cantidad de información, valorar riesgos asociados a la polifarmacia y procedimientos y adaptar los planes terapéuticos a las circunstancias de los pacientes. Hablamos de integralidad, coordinación, continuidad, confianza, atención centrada en el paciente y corazonadas de seguridad.

Palabras clave

Continuidad de la Atención al Paciente, Anemia, Multimorbilidad.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Celiaquía. Debut extraintestinalRivas Zuazo, S¹, Rivas Zuazo, S², Gregorutti, E²¹ CAP Larrard. Barcelona² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**Ámbito del caso**

CAP Larrard. Barcelona ciudad. Ámbito urbano.

Motivos de consulta

Acude por clínica de 4 meses de astenia, cefalea con visión borrosa, urticaria intermitente, caída de cabello, disminución de la libido, pérdida de peso y algún episodio aislado de dolor abdominal generalizado. No diarreas. Niega otra sintomatología.

Historia clínica

Mujer de 35 años con antecedentes personales erradicación de H.pylori (2020). No AMC.

Exploración y pruebas complementarias: analítica: glucosa 79 mg/dl, función renal estable. Ionograma correcto. BQ hepática: normal. IgA 297.4 mg/dL. Hb 13.6 g/dL, linfocitos 4.68×10^3 u/mc. TSH 1.784 mU/L (0.550 - 4.780). Cobalamina 450 pg/ml. Vitamina D 50 ng/mL. Hierro 80 µg/dL (50-170). Ferritina 33 ng/mL (25-250). FSH 8.93 U/L. LH 11.59 U/mL. Ac. IgA anti-endomisio serum Positivo: Título 1/160. Ac. IgA anti-transglutaminasa serum >250.0 U/mL (0-15). Ac. IgG anti-transglutaminasa tisular 18.8 U/mL (0-15).

Juicio clínico: enfermedad celiaca con manifestaciones extra intestinales

Diagnóstico diferencial: 1) Hipotiroidismo. 2) SOPQ. 3) Patología psiquiátrica. 4) Sd de sensibilización central.

Enfoque individual.

Atención integral y transversal de la paciente con síntomas diversos en medicina de familia.

Enfoque familiar y comunitario. Transversalidad, integración.

Conclusiones

La enfermedad celiaca es un trastorno inmunitario sistémico mediado por el gluten y prolaminas relacionadas, en individuos genéticamente predispuestos, y caracterizado por una combinación variable de manifestaciones clínicas, anticuerpos específicos, haplotipos HLA-DQ2 y/o DQ8 y enteropatía. Es una enfermedad frecuente (prevalencia en torno al 1% en países occidentales) que puede manifestarse con síntomas extraintestinales que en ocasiones son confusos. Más del 70% de los nuevos casos diagnosticados se producen en edades superiores a los 20 años.

Palabras clave

Enfermedad Celiaca, Enfermedad Inmunitaria, Síntomas Extraintestinales.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Distensión abdominal ¿solamente gas?García López, A¹, Carreño Meca, P², Guerrero Pérez, C²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

El caso se desarrolla en consultas de medicina de familia.

Motivos de consulta

Distensión abdominal.

Historia clínica

Desde hace 6 meses la paciente acude a consulta de forma reiterativa por distensión abdominal que a veces cursa con aumento de flatulencias y otras veces, aunque nunca consigue descender el perímetro abdominal. La paciente refiere que independientemente del tránsito intestinal, de las comidas y del ejercicio continua con la misma distensión abdominal.

A la *exploración* llama la atención el marcado timpanismo generalizado. Se solicita rx de abdomen donde se aprecian algunos niveles de intestino delgado y la presencia de gas y heces en marco cólico.

Enfoque individual

Se realiza el enfoque de un probable patología digestiva en torno a una intolerancia alimentaria, solicitando un análisis con hemograma y bioquímica general así como calprotectina en heces, IgA, ag H. pylori, test de intolerancia a la lactosa y celiacía. En la recogida de resultado hallamos el H. Pylori positivo por lo que procedemos a su erradicación persistiendo a pesar de ello la distensión abdominal.

Enfoque familiar y comunitario. La familia en todo momento mostraba su preocupación por el

problema pero comprometida con todo lo que se estaba haciendo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Tras 6 meses sin encontrar la causa del problema se decide realizar una ecografía abdominal donde nos encontramos con la resencia de una imagen anecoica con un volumen de 880 ml y otra anexa de 4,5 x 4 cm dependiente del ovario izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación. Ante el hallazgo se decide su derivación a ginecología para el estudio del caso. Se le realiza a la paciente para la resolución de su problema una marsupialización del ovario izquierdo, evolucionando favorablemente.

Evolución. Varios días al alta comienza de nuevo con dolor en la zona, valorándose en consulta. Se realiza POCUS presentando hemorragia peri ovárica y en saco de Douglas siendo enviada de nuevo a urgencias de ginecología con extirpación posterior del ovario izquierdo.

Conclusiones

No toda alteración abdominal sugiere un problema digestivo, importante la clínica y su posterior evolución. La ecografía a pie de cama cada vez más introducida en nuestro ámbito de trabajo y resulta excitante su utilización haciendo un acto único la consulta. menos en este.

Palabras clave

Distension Abdominal, Quiste Anexial, POCUS.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES ORALES
CASOS CLÍNICOS:
MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Síndrome de Cushing: abordaje diagnóstico desde Atención PrimariaDíaz Amorín, AM¹, Fernández Bonilla, CM²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivares. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipertensión arterial.

Historia clínica

Paciente de 27 años que acude a urgencias de su centro de salud por cifras tensionales elevadas en el último mes. En consulta, TA 200/110 mmHg. Tras la administración de 50 mg de captopril sublingual y 20 mg de furosemida IM, se consigue control de cifras tensionales.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fumadora de 50 paquetes/año, asma en tratamiento con salbutamol y budesonida e HTA en tratamiento con Losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, furosemida 40 mg y amlodipino 5 mg.

A la *exploración* llama la atención: obesidad abdominal, fascies de luna llena, acné e hirsutismo, alopecia, giba de búfalo, amiotrofia proximal, hiperpigmentación en cuello y estrías rojo-vinosas por todo el cuerpo.

Consensuamos analítica reglada: glucosa basal 126 mg/dl, HbA1c 6.7%, cortisol sérico 30.9 µg/dl, cortisol libre en orina de 24 horas 484 µg/24 h, resto de hemograma, bioquímica y estudio hormonal sin hallazgos. ECG: ritmo sinusal 80 lpm con elevación del punto J en V2 y V3.

Se realiza teleconsulta con endocrinología ante la sospecha de síndrome de Cushing y es citada para ampliar estudio: aCTH 1 pg/ml, cortisol sérico 33.1 µg/dL, cortisol libre en orina de 24 horas 478 µg/24h, DHEA-S 0.12 µg/dL y 2 ritmos de cortisol elevado (32 y 27 µg/dl

respectivamente). Test de Nugent con 1 mg de dexametasona: cortisol plasmático 28 µg/dl. TAC de abdomen: en glándula suprarrenal izquierda se visualiza adenoma de 4 cm.

Enfoque familiar y comunitario. Familia nuclear con parientes próximos, etapa I (formación familiar). Familia normofuncional. Red social con moderado apoyo emocional.

Juicio clínico: síndrome de Cushing ACTH independiente.

Diagnóstico diferencial: se debe establecer el diagnóstico diferencial con depresión, alcoholismo o diabetes mellitus tipo II, que son causas frecuentes de pseudo-Cushing.

Tratamiento, planes de actuación. Ingresa para suprarrenalectomía izquierda con buena evolución, aunque requiere cobertura corticoidea con hidrocortisona 40 mg.

Evolución. Por parte de atención primaria realizamos conciliación al alta ajustando tratamiento antihipertensivo, losartán 100 mg/HCTZ 25 mg, y recomendaciones higiénico-dietéticas.

Conclusiones

Ante elevada sospecha de hipercortisolismo debemos realizar prueba de confirmación de síndrome de Cushing como puede ser: cortisol libre urinario de 24 horas (mínimo dos determinaciones), cortisol nocturno salival o test de supresión con 1 mg de dexametasona.

Palabras clave

Primary Care, Cushing Syndrome, Hypertension.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, todo me sienta malCrespo Jiménez, C¹, Ruiz Vílchez, E²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil, La Zubia (Granada)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea y dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 45 años que acude 6 veces en los últimos 3 meses. Refiere distensión abdominal, flatulencias, pesadez, deposiciones diarreicas de hasta 7-8 al día alternadas con periodos de estreñimiento. Heces líquidas de características normales sin sangre ni moco. Asocia dolor abdominal tipo cólico que comienza a nivel epigástrico y que se irradia hacia el resto del abdomen. No pérdida de peso. No fiebre. No datos de alarma.

Enfoque individual.

Antecedentes personales: sin interés. Hasta hace tres meses niega cuadros previos similares. No AF de CCR, EII o patología digestiva.

Exploración física: buen estado general. NH, NC Y NP. Eupneica en reposo. TA: 164/ 77 mmHg, FC: 100lpm, SatO₂: 97% aa. Abdomen blando y depresible sin masas ni regalías. No signos de irritación peritoneo. No doloroso a la palpación. RHA conservados.

Pruebas complementarias:

Analítica con TSH, IgA, AC antitransglutaminasa normal. Estudio genético de celiacía negativo. Coprocultivo, toxina *Clostridium Difficile*, SOH: negativo. Rx tórax y abdomen sin hallazgos significativos. Colonoscopia normal.

Enfoque familiar y comunitario. Recientemente divorciada. Tiene dos hijos de 7 y 5 años que residen con ella. Profesora sin plaza fija, actualmente opositando.

Juicio clínico: SII.

Diagnóstico diferencial: síndromes de malabsorción, enfermedades intestinales inflamatorias o infecciosas, patología endocrinológica, alteraciones de la motilidad, organicidad. Tras descartar organicidad y la normalización de las pruebas complementarias, se comenzó a citar a la paciente cada dos semanas para ver cómo iba evolucionando. Ahí e identificó que la paciente estaba pasando por un periodo de estrés emocional importante que le estaba interfiriendo en su tránsito intestinal.

Tratamiento, planes de actuación. Se pautaron antidepresivos diariamente y ansiolíticos a demanda, que mejoraron considerablemente la sintomatología de la paciente. Se realizó seguimiento de la paciente cada 15 días y después una vez al mes hasta remisión de la clínica. Actualmente, en revisión por nuestra parte cada 1-2 meses.

Evolución. La paciente actualmente se encuentra asintomática de su problema digestivo. Revisiones periódicas por nuestra parte y por psicólogo privado.

Conclusiones

Es muy importante identificar las causas de los problemas que presentan nuestros pacientes. En muchas ocasiones un seguimiento continuo por nuestra parte y una escucha activa, puede ayudarnos a identificar y solucionar muchos de sus problemas.

Palabras clave

Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, Gastrointestinal Diseases.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Melanoma coroideo: detección precoz y acompañamiento del paciente ante el diagnóstico de enfermedad grave desde Atención Primaria. Presentación de un caso

Estepa Domínguez, AM¹, Poyato López, AR², Jiménez, C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Mochos (UGC Posadas). Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Tutor/a de MIR MFyC. Consultorio Los Mochos (UGC Posadas). Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Visión de imagen lineal, central y fija en campo visual derecho, de cinco días de evolución. Disminución de agudeza visual derecha desde hace tres meses, sin antecedente traumatológico.

Historia clínica

Hombre de 60 años, sin alergias conocidas ni antecedentes oftalmológicos, familiares o personales. *Problemas de Salud*: síndrome cerebeloso-vestibular secundario a anoxia cerebral por accidente laboral (profesional de la construcción, actualmente jubilado). Vértigos recurrentes benignos que requieren tratamiento médico (sulpiride). *Antecedentes quirúrgicos*: colecistectomía. Ex-fumador.

La exploración oftalmológica NO presenta: dolor, epífora, hiperemia, signos de inflamación o infección, fotofobia ni lesión palpebral. Tampoco diplopía monocular ni anisocoria.

Enfoque individual

La detección de señales de alarma (escotoma central) en consulta de Atención Primaria y derivación urgente al hospital es crucial para la rapidez diagnóstica y terapéutica.

Enfoque familiar y comunitario. El médico de familia constituye el profesional de referencia tanto para brindar apoyo emocional (individual y familiar), como para la resolución de dudas generadas durante el proceso y seguimiento de la evolución de la enfermedad, junto al resto de

especialidades médicas.

Diagnóstico diferencial de lesión en retina, protruyente y pigmentada: melanoma coroideo, nevus coroideo, melanocitomas, hemangioma coroideo, metástasis coroideas, entre otros.

Pruebas complementarias: de imagen y analíticas sanguíneas. Tras estudio por diferentes disciplinas médicas, se concluye que se trata de melanoma coroideo derecho sin extensión extraocular de la enfermedad.

Tratamiento, planes de actuación. Braquiterapia oftálmica, con posibilidad de enucleación en un segundo tiempo.

Evolución. Favorable, física y anímicamente estable. Seguimiento estrecho por diferentes disciplinas (cada 2 meses).

Conclusiones

El diagnóstico y tratamiento temprano de enfermedades oftalmológicas poco frecuentes, como el melanoma coroideo, es clave para un manejo posterior adecuado y eficaz. La rapidez de actuación va a depender en primera instancia del médico de familia, cuya identificación precoz de las señales de alarma (“Red Flags”) iniciará el proceso de estudio, diagnóstico y tratamiento. Junto al seguimiento clínico, la Atención Primaria tiene una labor clave en el acompañamiento del paciente (y familiares) con diagnóstico reciente de enfermedad grave.

Palabras clave

Melanoma Uveal, Agudeza Visual y Atención Primaria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Este lunar. Ya no es el mismo de siempre

Vera Del Río, M¹, Amaya Guerrero, M², de la Vega Carranza, P

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arriate. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude por cambio de coloración en lunar del hombro izquierdo.

Historia clínica

Desde hace un año, “el lunar que tenía en el hombro no tenía el mismo color de siempre”.

Enfoque individual.

Anamnesis: mujer de 28 años sin *Antecedentes personales* ni familiares de interés. No hábitos tóxicos.

Exploración: fototipo II. Nevus de coloración marrón-negrusca de unos 2 mm de diámetro, casi inapreciable a nivel macroscópico, en hombro izquierdo.

Pruebas complementarias: al dermatoscopio, se distinguía la asimetría de los bordes de la lesión y la coloración marrón-negrusca de la misma.

Ante los signos de alarma, se realizó interconsulta preferente a dermatología con escisión de la lesión y diagnóstico final de “melanoma in situ sin afectación de los bordes de resección”.

Juicio clínico: melanoma in situ

Diagnóstico diferencial: melanoma de extensión superficial; léntigo maligno; nevus de Spitz pigmentado.

Supone un desafío en nuestra práctica clínica

identificar como malignas aquellas lesiones que macroscópicamente aparentan benignidad (tamaño pequeño, simetría, unicoloreadas.), o aquellas de localizaciones más atípicas o difíciles de visualizar por el propio paciente o su familia.

Tratamiento, planes de actuación: siguiendo el protocolo de melanoma actual, desde dermatología se ampliaron los bordes de la lesión. No fue necesario realizar estudios de extensión. Se trataba de un estadio 0 (in situ), pues los melanocitos aún no han traspasado la membrana basal de la piel y, por tanto, no hay riesgo de diseminación a distancia de la enfermedad.

Evolución. Actualmente, en revisión cada 6 meses por la Unidad de Melanoma.

Conclusiones

Este caso se trataba de una MIR de Medicina Familiar y Comunitaria que realizaba su rotación por Atención Primaria. Allí, gracias al estudio diario y la formación actualizada de sus tutores, supo identificar por ella misma que la lesión no era típica y que respondía a los signos de alarma típicos de una lesión maligna. Desde Atención Primaria, tenemos la responsabilidad y, a la vez, la inmensa fortuna, de disponer de herramientas que nos permiten prevenir desenlaces graves en las vidas de las personas a las que atendemos. Y, a veces, como en este caso, de salvarnos la vida a nosotras mismas.

Palabras clave

Melanoma, Nevus atípico, Cáncer de piel.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, y además, me molesta el cuelloLeyva Conde, MJ¹

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad.

Historia clínica*Antecedentes personales:* Trastorno de ansiedad, hemorroides. Ex-fumador.

Tratamiento actual: lorazepam 1 mg/24 h.

Enfoque individual.*Anamnesis:* varón de 54 años que acude por síntomas ansiosos tratados ambulatoriamente de forma crónica. Como motivo secundario refiere dos adenopatías cervicales de un año de evolución y crecimiento progresivo sin otra clínica asociada.*Exploración:* dos adenopatías bilaterales aisladas de gran tamaño en áreas II-III, duras, adheridas, no dolorosas a la palpación. Faringe, palpación tiroidea y analítica del mes anterior normales.*Pruebas complementarias:* ecografía a pie de cama en CS: dos grandes nódulos submandibulares irregulares sin captación Doppler. Áreas de diferente ecogenicidad.

Teleconsulta preferente a otorrinolaringología. El paciente es valorado presencialmente, donde se descubre una induración en la base derecha de la lengua. Se solicita biopsia de dicha lesión, PAAF de ganglio cervical y TAC con el siguiente resultado: carcinoma escamoso, HPV p16 positivo, pobremente diferenciado, ulcerado e infiltrante. Adenopatías metastásicas.

Enfoque familiar y comunitario. Al ser médicos de la unidad familiar, abordamos la importancia

de la comunicación con el resto de familiares. Citamos al paciente con su mujer para tratar el cómo plantear la noticia a los padres de él, dado que son personas añosas; su madre tiene demencia y su padre antecedente oncológicos. Con esta sesión logramos además un mejor control de los síntomas ansiosos del paciente. Nos aseguramos de que su pareja realice un seguimiento de citologías programadas.

Juicio clínico: adenopatía cervical bilateral sospechosa de malignidad.*Diagnóstico diferencial:* adenopatía de origen infeccioso, linfomatoso, inflamatorio o neoplásico.*Identificación de problemas:* ansiedad del paciente; su pareja no tiene citologías previas.*Tratamiento, planes de actuación.* Quimioterapia (cisplatino) + radioterapia en varias sesiones.*Evolución.* En la actualidad ha recibido una sesión de tratamiento, con regular tolerancia.**Conclusiones**Alcance del uso del ecógrafo en Atención Primaria para la valoración de patología urgente, evitando la demora diagnóstica. Manejo integral y biopsicosocial del paciente, incluyendo a su familia. Importancia de la exploración de la cavidad oral en el despistaje de adenopatías cervicales. Valoración de todos los **Motivos de consulta** del paciente, no solo en principal. Desestigmatización de los problemas de salud mental.**Palabras clave**

Lymphatic Metastasis, Mouth Neoplasm, Human papillomavirus 16.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cuido de ti, pero no de mí

Jiménez Cordero, A¹, Navarrete Martínez, E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Caídas, pérdida de equilibrio y parestesias.

Historia clínica

Varón de 77 años hipertenso, diabético, dislipémico, fumador (1 paq/día), con adenoma de próstata y portador sondaje vesical permanente. Antiagregado con AAS.

Enfermedad actual. Su hija acude preocupada porque en la última semana percibe a su padre más torpe. Comenta caídas, pérdida de equilibrio, y hormigueos en miembros superiores. El paciente no quiere acudir a consulta.

Manejo en consulta. Se tranquiliza a la hija y se recomienda acudir a urgencias hospitalarias para valoración.

Manejo en urgencias hospitalarias Se realiza exploración neurológica, que es normal. Se solicitan analítica y TAC cráneo sin contraste. Analítica: normal. TAC cráneo sin contraste: dos LOES intracerebrales con realce periférico, con características de metástasis, hemisféricas izdas, de unos 20 mm cada una a nivel fronto parietal y parietal posterior. Extenso edema vasogénico hemisférico izquierdo asociado y desviación derecha de línea media estimada en 4 mm (herniación subfacial).

Enfoque individual. Varón plenamente autónomo para las actividades de la vida diaria y con funciones superiores conservadas.

Enfoque familiar y comunitario. Padre de 3 hijos. Un hijo con trastorno bipolar, otra hija con minusvalía. Cuidador principal de su esposa que padece demencia y de sus dos hijos.

Juicio clínico: focalidad neurológica.

Diagnóstico diferencial: metástasis cerebrales por cáncer de pulmón o vejiga.

Identificación de problemas: dificultad para conciliar el manejo del paciente porque rechaza ingreso para estudio. Se decide programar el ingreso al cabo de varios días para organización de logística familiar.

Tratamiento, planes de actuación. Ingreso hospitalario programado. Se completa el estudio y al alta se establece diagnóstico de CNMP tipo adenocarcinoma pulmonar poco diferenciado estadio IV. Se plantea tratamiento médico por parte de oncología médica que rechaza por no querer desplazarse de su domicilio. Finalmente se consensua tratamiento quimioterápico en su hospital de referencia.

Evolución. Actualmente en seguimiento y tratamiento por parte de oncología médica de su hospital de referencia.

Conclusiones

Resaltar la importancia de la medicina de familia en el ámbito social. Se trata de un caso complejo dado que el paciente prefiere seguir cuidando a su familia antes que a él mismo.

Palabras clave

Cerebro, Metástasis, Focalidad Neurológica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor dedo meñique de 13 años de evoluciónSantos Collado, A¹, Santos Collado, N², Santos Lozano, José M³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollulos del Condado. Huelva² MIR 2º año de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San P. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor falange distal 5º dedo mano izquierda.

Historia clínica

Mujer 40 años, sin *Antecedentes personales* ni familiares de interés, Acudió a su nuevo centro de salud en agosto de 2022 por dolor de tipo "pinchazo eléctrico" que se inicia en dedo meñique izquierdo irradiándose hasta codo y hombro homolateral, sin antecedentes traumáticos, de aparición espontánea.

Exploración física: hipersensibilidad y disestesia y dolor al roce en 5º dedo mano izquierda, ligero enrojecimiento en borde interno de falange. Se solicita radiografía de codo para descartar compresión nervio cubital: sin alteraciones significativas.

Hojas de evolución anteriores con el mismo motivo de consulta se remontan a octubre/2012, la exploración solo revelaba dolor a la digitopalpacion de falange con exploración vascular y neurológica normales, sin edemas, movilidad activa/pasiva normales, sin signos de flogosis, sin alteración en color o forma de la uña, Radiografía de mano normal. Analítica básica con VSG normales. Los diagnósticos ofrecidos fueron variopintos: cutícula muy fina, dolor neuropático, panadizo y tendinitis. Recibiendo tratamientos con AINES, pregabalina y antibioticos, sin mejoría clínica, aunque el diclofenaco le aliviaba cuando lo tomaba por la noche. En agosto de 2022 se sospecha Tumor glómico por las características

de presentación: dolor paroxístico intenso, localización exquisita del punto doloroso en región subungueal que se exagera a la presión. Con esta sospecha diagnóstica se deriva a traumatología 2º nivel, donde la RM detecta lesión compatible con tumor glómico que contacta pero no infiltra la cortical ósea,

Enfoque individual

Abordaje: inercia diagnóstica.

Enfoque familiar y comunitario. No necesario.*Juicio clínico:* Tumor glómico.

Diagnostico diferencial: tumores: neuroma, espiadenoma ecrino, ganglión o exóstosis. Causalgia, artritis gotosa o calcinosis.

Tratamiento, planes de actuación. Toma diclofenaco cuando es más intenso el dolor. Tratamiento de elección: escisión quirúrgica.

Evolución. Esperando cita para cirugía.**Conclusiones**

Ante un dolor intenso subungueal de origen incierto pensar en tumor glómico para evitar demoras en el tratamiento. Ante un problema de Salud aparentemente sin gravedad y después de tantos años de evolución sin un diagnóstico certero habría que actuar de forma más resolutiva y derivar si no se tiene claro el diagnóstico.

Palabras clave

Glomus Tumor, Diagnosis, Delayed Diagnosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, renuéveme las pastillas de la alergiaCruz Briega, AI¹, Gavilán Martínez, M², Durán García, C³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sra de las Nieves. Los Palacios (Sevilla)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sra de las Nieves. Los Palacios (Sevilla)³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sra de las Nieves. Los Palacios (Sevilla)**Ámbito del caso**

Servicios de urgencias.

Motivos de consulta

Recetas.

Historia clínica

Mujer de 66 años alérgica a gramíneas y epitelio de perro. Acude a Urgencias del centro de salud para renovación de medicación antihistamínica (dado que la cita de su médico de familia tarda un mes). Refiere disnea que atribuye a su congestión nasal alérgica habitual, que le obliga a pararse tras caminar unos metros. Durante la anamnesis aprovecha para comentarnos que lleva dos semanas con gonalgia izquierda irradiada a toda la pierna y que “será de su artrosis de siempre, aunque esta vez se ve la pierna hinchada”. La paciente, apurada por el tiempo, refiere que es su alergia y nos pide que le renovemos la medicación para ir a la farmacia hoy antes de que cierre.

Enfoque individual

Antecedentes personales. Enfermedad de Parkinson.

Exploración: nos llama la atención que la paciente se encuentra taquipneica en reposo, con esfuerzo respiratorio. Saturación de O₂ 92%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Miembro inferior izquierdo caliente, empastado y edematoso con fovea hasta rodilla, signo de Hommans positivo. ECG sin hallazgos de interés. Ante sospecha de TVP administramos primera dosis de Heparina subcutánea.

Enfoque familiar y comunitario. Vive con suhermana, cuidadora principal.

Derivación a Urgencias del Hospital para completar estudio. Realizan analítica completa con Dímero D 35200 µg/l. Radiografía de tórax con expansión pulmonar adecuada. ECO Doppler con hallazgo de TVP de vena femoral superficial, poplítea y lagos sóleos gemelares. Se realiza Angio-TAC que confirma TEP masivo bilateral.

Tratamiento, planes de actuación. Anticoagulación crónica con apixaban, control por nuestra parte y revisiones anuales en neumología.

Evolución. Actualmente asintomática, realizando sus actividades diarias sin disnea y, como no, en tratamiento antihistamínico para sus síntomas alérgicos.

Conclusiones

Una adecuada anamnesis y exploración física, sea cual sea el motivo inicial de consulta y la saturación del centro, es esencial para diagnosticar y tratar correctamente a nuestros pacientes. Podemos caer en banalizar ciertos motivos de consulta por aceptar el auto-diagnóstico realizado por ellos mismos pero casos como este nos demuestran que la historia clínica es nuestra mejor herramienta.

Palabras clave

Tromboembolismo Pulmonar, Trombosis Venosa Profunda, Disnea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Atención Primaria (AP): herramienta primordial frente al error humano

Muñoz Martínez, B, Ochoa Morán, MA

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente que consulta por pérdida de peso no cuantificada junto a astenia y anorexia desde hace meses.

Historia clínica

Se trata de una paciente de 78 años nueva en el cupo. Entre sus *Antecedentes personales* destacan: HTA mal controlada y poliplectomía en 2020. En la anamnesis refiere epigastralgia intermitente sin relación con la ingesta ni alteración del hábito intestinal. Exploración física sin hallazgos.

Enfoque individual

Se decide ampliar estudio con analítica urgente, Rx de tórax y ECG y en función de los resultados valorar derivación a digestivo y/o medicina interna. Únicamente destaca una Hb de 10 y un metabolismo del hierro disminuido. Resto de parámetros incluyendo marcadores tumorales dentro de la normalidad. Proteinograma pendiente. ECG y Rx normal. Se deriva a ambos servicios para completar estudio, realizándose EDA y colonoscopia, siendo normales. Pendiente de resultados de análisis solicitado por Interna. Acude de nuevo por empeoramiento clínico. Revisamos analíticas previas en la que destaca un proteinograma alterado desapercibido por todos nosotros hasta la fecha. Ante la sospecha de mieloma múltiple (MM) se deriva de forma urgente a Hematología.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares de CCR (madre). Se le informa de los pasos a seguir de cara a descartar malignidad ante el cuadro constitucional que presenta.

Cuadro constitucional con anemia no filiada a estudio.

Diagnóstico diferencial: descartar proceso tumoral de probable etiología digestiva.

Tratamiento, planes de actuación. Revisiones e inicio de tratamiento de MM por hematología. Controles analíticos en su CS.

Evolución. Favorable con el tratamiento. Aprovechamos una de sus visitas para disculparnos por no haber detectado antes las alteraciones analíticas sugerentes de MM e informarle sobre la naturaleza de su proceso. Nos agradece el estudio llevado a cabo desde el inicio y acordamos próxima revisión presencial con nueva analítica.

Conclusiones

Este caso es un ejemplo de la conocida como teoría del “queso suizo sociosanitario”. Fallos humanos y del sistema se alinean, en este caso desde Atención Primaria hasta Atención Hospitalaria, incrementando el riesgo de seguridad del paciente. Reforzar la puerta de entrada del sistema sociosanitario y una adecuada relación médico-paciente es clave a la hora de evitar/subsanar los daños ocasionados.

Palabras clave

AP, MM, Proteinograma.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un "bulto" inesperado

Espinal Sanchez, M¹, Mateos Gómez, AM², Gámez Navarro, M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los palacios (Sevilla)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS. San Isidro (Los Palacios-Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Mioma uterino vs posible patología benigna/maligna.

Motivos de consulta

Masa en hipogastrio.

Tratamiento, planes de actuación. Realizamos ECO abdominal en consulta, donde visualizamos feto en transversa, con movimientos fetales y auscultación cardiaca positiva. Peso fetal estimado de unos 800 gramos (25 semanas).**Historia clínica**

Mujer de 24 años que refiere dolor abdominal de carácter intermitente, EVA 6, que no relaciona con ingesta, ni movimientos. Se acompaña de "bulto" en hipogastrio, que aumenta de tamaño con el decúbito supino y tendencia al estreñimiento en las últimas semanas. Niega náuseas, vómitos u otros síntomas de interés. FUR: 31/07/23 (con último día de menstruación el previo a la consulta según refiere). FM: 4/28 (ciclo menstrual regular). G1A1 (IVE hace 12 meses).

Evolución. Facilitamos analítica del segundo trimestre y derivamos a matrona y consulta de alto riesgo de ginecología por gestación de captación tardía.**Enfoque individual**

A la *exploración*: abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación de hipogastrio, sin peritonismo, masa a dicho nivel de aproximadamente 10 cm de diámetro, no móvil y no adherida a planos profundos. No megalias. Blumberg y Murphy negativo.

Conclusiones

Ante mujer joven en edad fértil con dolor abdominal, debemos descartar posibilidad de embarazo. Hasta un 25% de mujeres presentan sangrado durante el embarazo. Situaciones como la implantación, los cambios hormonales o las relaciones sexuales pueden provocar sangrado en gestantes. Por tanto, no debemos confiar en la imposibilidad de que una mujer no este embarazada solo por referir metrorragias puntuales.

Enfoque familiar y comunitario. Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar.

Palabras clave

Embarazo (Pregnancy), Metrorragia (Metrorrhagia), Embarazo No Planeado (Pregnancy Unplanned).

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un infarto olvidadoRuiz Salcedo, S¹, Flores Soler, O², Contreras Aranda, R³¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba² MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS D. R Flórez Crespo. Posadas (Córdoba)³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Varón de 63 años fumador con hipertensión arterial, cardiopatía isquémica revascularizada con stent en 2014 e insuficiencia venosa crónica (IVC). Acude a su CS por lesiones cutáneas habonosas tras la administración de gentamicina intramuscular prescrita por cirugía cardiovascular por úlcera en maléolo interno izquierdo. Se instaura tratamiento con corticoide y antihistamínico, cediendo el cuadro, pero apareciendo posteriormente dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambos brazos sin cortejo vegetativo, por lo que es trasladado a urgencias.

Enfoque individual

En urgencias, buen estado general. Eupneico. Afebril. PA 140/90 mmHg. FC 70 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Miembros inferiores: signos de IVC y úlcera en maléolo interno izquierdo. Análítica sanguínea: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 lpm, eje izquierdo, QRS límite, lenta progresión de R en precordiales. Troponinas: 8'5, 107, 13836, 16810.

Enfoque familiar y comunitario. Síndrome de Kounis tipo II (síndrome coronario agudo en contexto de reacción alérgica en paciente con enfermedad coronaria ya conocida).

Diagnóstico diferencial con otras causas de dolor torácico no coronario (osteocondritis, espasmo esofágico, ansiedad), así como

identificar si es una reacción alérgica grave (anafilaxia).

Tratamiento, planes de actuación. Es importante evaluar vía aérea, estado respiratorio y hemodinámico. En nuestro caso, se administró metilprednisolona 60 mg y dexclorfeniramina intramuscular. Por otro lado, se instauró tratamiento para el SCA sin elevación del ST: doble antiagregación, tratamiento hipolipemiente y ramipril, limitando el uso de betabloqueantes y sopesando riesgo-beneficio en cuanto al ácido acetilsalicílico. El uso de antagonistas de los canales del calcio puede ser útil para el vasoespasm coronario.

Evolución. El paciente ingresó en cardiología. Se realizó coronariografía: arteria circunfleja con persistencia de buenos resultados en stent previo, resto sin lesiones arterioscleróticas significativas. El paciente presentó una evolución favorable, sin complicaciones tras el cateterismo ni nuevos episodios de dolor torácico. No alteraciones electrocardiográficas, parámetros de daño miocárdico en descenso. Pendiente de valoración por alergología.

Conclusiones

El síndrome de Kounis no es una entidad tan infrecuente, pero sí infradiagnosticada. Es función del médico de Atención Primaria estar alerta y actualizado para la identificación de síntomas de alarma, administrar tratamiento adecuado y derivar precozmente patologías que de otra forma pueden tener un pronóstico infausto.

Palabras clave

Síndrome de Kounis, Síndrome Coronario Agudo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Todo comenzó con lo que parecía una faringitisLozano García, M¹, Medina Zuheros, T¹, Yélamos Lorente, MA¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia y lesiones eritematosas en orofaringe.

Historia clínica

Este paciente acude en varias ocasiones a urgencias hospitalarias por este motivo orientando el cuadro como faringoamigdalitis vírica. Tras varios ciclos de tratamiento sintomático sin éxito decide acudir a su médico de familia quien realiza un seguimiento exhaustivo. Dada la evolución tórpida del proceso se deriva a dermatología. Tras un largo proceso diagnóstico y varios intentos de tratamientos fallidos, confirman mediante biopsias el diagnóstico de pénfigo vulgar.

Durante este proceso, el paciente desarrolla debilidad generalizada y poliartralgias que limitan severamente su vida diaria (Barthel 75). Su médico observa en las sucesivas visitas de control del pénfigo el deterioro de Salud del paciente por lo que decide formar un equipo multidisciplinar para estudiar este evento. Tras un estudio en profundidad del paciente se llega a la conclusión de que tiene encefalomiелitis miálgica (síndrome de fatiga crónica). Como consecuencia del proceso el paciente desarrolla una depresión mayor.

Enfoque individual

Antecedentes personales. Sin alergias. Niega tóxicos. Niega patologías. Situación social: barthel 100.

Anamnesis: paciente de 40 años acude por episodios recurrentes de odinofagia y lesiones eritematosas en orofaringe desde hace 2 meses. Niega sintomatología catarral y lesiones en otras zonas.

Exploración física: se observan lesiones hiperémica en ambos pilares amigdalinos que no se desprenden con el depresor lingual.

Enfoque familiar y comunitario. Nuestro paciente tiene buen apoyo familiar y nivel socioeconómico. Reside en Granada con su mujer y sus hijos quienes le acompañan en todo el proceso.

Pénfigo vulgar. Tras descartar procesos infecciosos se realiza un diagnóstico diferencial entre pénfigo vulgar y penfigoide. La biopsia confirmó un pénfigo vulgar. Encefalomiелitis miálgica. Se descartan procesos orgánicos. Depresión mayor.

Se identifican otros problemas sociales y económicos (como consecuencia de la baja laboral) que requieren de la ayuda de la trabajadora social.

Tratamiento, planes de actuación. Pénfigo: rituximab cada 6 meses. Encefalomiелitis miálgica: paracetamol/tramadol y pregabalina. Depresión mayor: duloxetina 60 mg/día.

Evolución. El pénfigo se encuentra estabilizado con el tratamiento pautado. La encefalitis miálgica presenta una evolución desfavorable afectando al paciente física, psíquica y socialmente.

Conclusiones

Su médico presenta una visión holística del paciente lo que enriquece la relación médico-paciente y como consecuencia resultados positivos en Salud.

Palabras clave

Pénfigo, Síndrome de Fatiga Crónica, Depresión.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras entrecortadas, pasos vacilantes: un relato post-COVIDRamos Fernández, Á¹, Martín Oliva, MV², Beltrán Bernal, JA³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente "El Junquillo". La Línea de la Concepción (Cádiz)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente "El Junquillo". La Línea de la Concepción (Cádiz)³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. San Roque (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer, 54 años, consulta telemáticamente por infección leve SARS-COV2 en enero 2021.

Historia clínica

Aislamiento domiciliario. En febrero 2021, se remite a SUH por ataxia, disartria y pérdida de 5 kg. Derivación a neurología, medicina interna y RHB. En marzo 2021, recibe alta de medicina interna, no objetivándose causas para pérdida ponderal. Revisión *Antecedentes personales* perfil hormonal, tiroides, serología y autoinmunidad sin alteraciones. Se reclama cita de Neurología y RHB. Durante 2022-2023, en neurología, pruebas de imagen anodinas. En RHB, se logran pequeños avances. Se solicita valoración por unidad de movimientos anormales Hospital Puerta del Mar. Emisión informe de incapacidad absoluta para valoración por INSS.

Enfoque individual

Antecedentes personales: RAMc penicilina y derivados. Migraña. Colon irritable. Ligadura de trompas.

Glasgow 15/15. PPCC normales. Disartria moderada. Marcha atáxica. Movimientos coreo-atetósicos de tronco/MMSS. Dismetría. Adiadococinesia. No temblor de reposo. Fuerza 5/5. ROTs aumentados. Romberg +. Barthel 80. Fototest 45. Queja mnésica. Analítica: transaminasas normales. TSH 1,4 mUI/L. Vit B12 340 pg/ml. ANA negativos. Serología sífilis negativa. SARS-COV2 IgG positiva. Anticuerpos onconeurales negativos. TAC Craneal: sistema ventricular en la línea media. No efecto masa. No

sangrados. SPECT cerebral: Captación heterogénea de características arrosariadas. Informe neuropsicológico: deterioro cognitivo moderado, con déficits en capacidad atencional, memoria, viso-espacial y viso-constructiva.

Enfoque familiar y comunitario. Abogada. Incapacidad temporal. Nivel sociocultural alto. Recibe apoyo familiar y realiza seguimiento regular en su centro de salud.

Cerebelitis postinfecciosa por SARS-COV2.

Diagnóstico diferencial: migraña basilar con aura vertiginosa. Degeneración cerebelosa paraneoplásica. Polineuropatía degenerativa progresiva. Pseudodemencia depresiva.

Tratamiento, planes de actuación. Continuar RHB en casa. Bastones nórdicos. Estimulación cognitiva (lectura en voz alta y comprensiva, memorización, escritura, software Neuronup). Paracetamol. Amitriptilina. Melatonina.

Evolución. Tórpida, aunque con ganancia de fuerza y disminución de dolor gracias a RHB.

Conclusiones

En ocasiones, el COVID-19 puede ocasionar una cerebelitis postinfecciosa. Es necesario, por tanto, un enfoque multidisciplinar e integral para manejar tanto los aspectos motores como cognitivos. El objetivo desde AP es mejorar la calidad de vida y garantizar el apoyo al paciente y a su entorno familiar para enfrentar esta compleja condición.

Palabras clave

Cerebelitis, Ataxia, Disartria, COVID-19.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

De lipoma a sarcoma

Poyato Zurita, P¹, López Moreno, A¹, Linares Ramírez, MC²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora del CS Santa Rosa. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor y enrojecimiento de bultoma en pierna izquierda.

Historia clínica

Paciente mujer de 49 años que acude hace 5 meses a su centro de salud por empeoramiento de lesión compatible con lipoma de larga evolución sin otros síntomas asociados.

Enfoque individual

Sin problemas de salud actuales.

Antecedentes personales de colecistitis aguda intervenida.

Exploración: lesión redondeada en pierna izquierda, móvil no adherida a planos, de consistencia dura, enrojecida y dolorosa a la palpación.

Análítica: hemoglobina 16,9, hematocrito 51, volumen corpuscular medio 101. Resto sin alteraciones. Hasta el momento actual ha realizado cinco visitas a urgencias y dos a Atención Primaria.

Valorada por cirugía en urgencias en tres ocasiones, siendo las dos primeras diagnosticadas de quiste sebáceo sobreinfectado y tratado con drenaje y antibioterapia. Desde Atención Primaria ha sido derivada a urgencias por aumento del dolor y cambio evolutivo de la lesión con aspecto granulomatoso. Además, se solicita estudio que no llega a iniciarse por esta vía sino tras la última intervención quirúrgica urgente, en la que se observa umbilicación y tamaño creciente de 4 cm aproximadamente,

ulceración y aspecto de malignidad. Curas diarias locales en enfermería de su centro de salud consiguiendo contacto estrecho con la paciente.

Enfoque familiar y comunitario. No antecedentes familiares oncológicos ni viajes recientes.

RNM: masa sólida coraliforme en piel y tejido subcutáneo, en contacto con aponeurosis de músculo sartorio, de 58x61x57 milímetros de tamaño que comprime vena safena interna. *Biopsia:* sarcoma indiferenciado de células redondas + fusión CIC-DUX4.

Tratamiento, planes de actuación. Aún en espera de comunicación de la noticia a la paciente y decisión del tratamiento por comité de sarcoma.

Evolución. Tórpida evolución de la lesión y del estado general de la paciente.

Conclusiones

Se ha tratado de tener una clara comunicación con la paciente y ayudarla a enfrentar sus miedos por la incertidumbre del pronóstico. Se abordará desde Atención Primaria el manejo de la situación con control analgésico escalonado adecuado y observando el proceso con la paciente, resolviendo sus dudas médicas y realizando el apoyo emocional necesario. Remarcar la importancia de luchar como médico de familia por un diagnóstico final en patologías que no cursan favorablemente y afectan a la vida del paciente.

Palabras clave

Lipoma (Lipoma), Quiste sebáceo (Epidermal Cyst), Sarcoma (Sarcoma).

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Ayúdeme, no sé por qué pienso en suicidarmeGavilán Martínez, M¹, Durán García, C², Cruz Briega, AI¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sra de las Nieves. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sra de las Nieves. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ideas autolíticas.

Historia clínica

Mujer de 51 años. Acude sin cita, sudorosa, con gran ansiedad, llorando. Comenta que estando en su sofá han comenzado a invadirle ideas obsesivas de tomarse pastillas y terminar con su vida. Lleva unos días con ánimo muy bajo, sin ganas de salir y anhedonia. Nunca ha sido así. A pesar de tener muchas enfermedades siempre ha sido muy positiva. Insiste en que no entiende qué pasa, está asustada.

Enfoque individual

Intolerancia a tramadol, pregabalina y gabapentina por mala tolerancia.

Antecedentes personales: artropatía degenerativa de la ATM, con resección de bloque anquilótico (2020). Pendiente de prótesis, presenta dolor crónico intenso. Raquialgia mecánica crónica. Artrosis degenerativa L5-S1. STC bilateral. Seguimiento en Neurología por Neuralgia de V3. Tratamiento: eslicarbazepina 1200 mg/24 h.

Enfoque familiar y comunitario. Sin problemática familiar que pueda ser desencadenante del cuadro. Va a clases de pilates, queda con amigas.

Tras realizar *anamnesis* y contención de la ansiedad de la paciente comprobamos que tiene recogidas por neurología intolerancia a

gabapentina y pregabalina. Ya más tranquila recuerda que con pregabalina tuvo cuadro similar de ideas negativas recurrentes, por lo que se retiró el fármaco.

Tratamiento, planes de actuación. Revisamos la medicación, así como otros posibles desencadenantes, llegando a la conclusión (por lo agudo del inicio, porque coincide en el tiempo con la toma del fármaco, y porque aparece registrado como efecto secundario) de que las ideas autolíticas se deben a la toma de eslicarbazepina. Explicamos retirada progresiva. Realizamos valoración de riesgo de suicidio. Quedamos a disposición de la paciente en cualquier momento si precisa y damos cita en 7 días para revisión.

Evolución. Acude a los 7 días mucho mejor. Al ir bajando la dosis de medicación la ideación suicida ha ido desapareciendo y el estado de ánimo ha mejorado. Iniciamos ciclo de corticoides vo. para ayudar con el dolor. Recitamos cada semana hasta retirada completa de la eslicarbazepina, con paciente ya asintomática. Registramos E2^o en su historia.

Conclusiones

Caso clínico de efecto secundario poco común. Nos recuerda la necesidad de revisar el tratamiento de nuestros pacientes ante la aparición de cualquier síntoma nuevo y agudo, por muy extraño que parezca.

Palabras clave

Eslicarbazepina, Secundarismo.

Ideas

Autolíticas,

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Diabetes Mellitus: ceto-acidosis y algo másGarcía Rodríguez, JM¹, Pérez Romera, F², Tomás Gomariz, B²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Poniente de Almería**Ámbito del caso**

Urgencias Hospital-Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 55 años que acudió al Servicio de Urgencias Hospitalarias por cuadro dolor epigástrico, malestar, sudoración, náuseas y vómitos. Se diagnosticó Diabetes Mellitus en situación de cetoacidosis en contexto de infección respiratoria por la que ingresó en Medicina Interna. Al alta Insulina bolo-basal y revisión en Atención Primaria para educación diabetológica.

Historia clínica

Hipertensión arterial, obesidad y migrañas con síntomas autonómicos. AF: madre con DM de diagnóstico a los 50 años. En tratamiento habitual: enalapril 20/Hidroclorotiazida 24 h.

Enfoque individual

En su primera visita revisamos la historia y vemos última glucemia (hace un año) de 115 mg/dl. Durante el ingreso se determinó la hemoglobina glicosilada (HbA1c), siendo de 13%. Sé encuentra preocupado por la situación y acude para solicitar información sobre nuevas medidas dietéticas y cambios en sus hábitos de vida para el control de su glucemia. Transportista (profesión), le resulta complicado llevar una dieta y estilo de vida saludable pero verbaliza la firme voluntad de cambio.

Enfoque familiar y comunitario. Divorciado sin hijos. En cuanto a familia de origen, a destacar, hermana con la que mantiene cierta relación,

aunque tensa. Es la que actúa como cuidadora en este momento. Pobre red social extrafamiliar. Escala de Duke: 23 en cuanto a apoyo social percibido. Debut de Diabetes Mellitus con cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, abdomen agudo, IAM.

Tratamiento, planes de actuación. Acordamos revisiones conjuntamente con enfermería para instruir sobre alimentación, ejercicio y tratamiento con insulina y revisar los perfiles glucémicos. Se inició metformina 1 g/12 h.

Evolución. Tras 2 meses, presentaba una HbA1c de 7.7% y pérdida de 5 kg de peso. Durante sucesivas consultas, aportó buen control glucémico por lo que cambiamos pauta insulina a insulina basal hasta retirada progresiva. En la última analítica, 8 meses después, HbA1c de 5.6%; descendemos metformina y planteamos retirarla.

Conclusiones

El primer escalón de tratamiento de la DM es la intervención sobre los hábitos de vida. con control estricto de los mismos, pueden regularse las glucemias, llegando a poder no precisar tratamiento farmacológico. Se deben potenciar estas medidas de prevención primaria en la comunidad, debido a sus contrastados beneficios para controlar la Diabetes Mellitus.

Palabras clave

Diabetes, Ejercicio Físico, Control Glucémico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Manejo de pacientes con riesgo de adquirir ITS e indicación de la PrEPFernández Carreño, I¹, Fernández Carreño, I², Barrionuvo Bonilla, I³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente consulta solicitando estudio serológico y receta de PrEP.

Historia clínica

Varón de 21 años que acude solicitando estudio serológico tras exposición sexual de riesgo, además de derivación al especialista para la receta de la PrEP. Refiere encontrarse en una relación abierta homosexual donde tiene relaciones sin empleo de preservativo con otros hombres.

No alergias a medicamentos. Fumador 2 cigarrillos día. Correctamente vacunado según calendario SAS. En los últimos 3 meses ha tenido una pareja y en último año 4, aunque ha tenido relaciones sexuales con más de 10 personas. Ha practicado sexo oral y anal. Refiere en dos ocasiones necesidad de tratamiento para uretritis gonocócica. Actualmente niega úlceras cutáneas. No secreción uretral. No otra sintomatología.

*Exploración física sin hallazgos.***Enfoque individual**

Para Indicación de PrEP: >16 años con riesgo elevado de adquirir VIH.

HSH + 2criterios: >10 parejas sexuales. Mantener sexo anal sin protección. Empleo de drogas en las relaciones sexuales. Uso de profilaxis post-exposición en varias ocasiones. Al menos 1 ITS bacteriana.

Enfoque familiar y comunitario. Estudio ITS

Tratamiento, planes de actuación. Solicitamos analítica: bioquímica, hemograma y serología (VHA, VHB, VIH, LUES), exudado rectal y orofaríngeo.

Conclusiones

Ante un paciente que tiene relaciones sexuales de riesgo es fundamental crear un ambiente de confianza y una buena relación médico-paciente, detenernos en la importancia del empleo de medidas preventivas como el preservativo e interesarnos por la Salud sexual del paciente, así como, sus preocupaciones. Por un lado, debemos de realizar una anamnesis detallada donde conozcamos sus hábitos tóxicos, calendario vacunal, tipo de pareja, tipo de relación, empleo de preservativo, antecedentes de ITS, número de parejas aproximado en 3 meses y en el último año, antecedentes de profilaxis pre o post exposición. Por otro lado, debemos de realizar una exploración física descartando la presencia de alopecia, adenopatías, lesiones orales, genitales o anales. Finalmente, son necesarias una serie de pruebas complementarias para descartar infecciones de transmisión sexual, no solo una serología, también se debe individualizar la solicitud de las mismas al tipo de práctica sexual, así pues, ante la práctica de sexo oral debemos de realizar exudado orofaríngeo, sexo vaginal solicitamos exudado vaginal y anal exudado rectal.

Palabras clave

Infecciones de Transmisión Sexual, Profilaxis Pre-Exposición.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Valoración sociofamiliar en paciente con secuelas tras ictus isquémico

González Mata, AM, Guerrero Pérez, C, Carreño Meca, P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 65 años con afasia mixta y pérdida parcial de control de esfínteres tras ictus isquémico que vive sólo en una habitación de alquiler, cuya cuidadora principal es su hermana.

Historia clínica

El paciente había acudido en algunas ocasiones a nuestra consulta, donde percibimos a una persona educada y colaboradora, sin aparente problemática social. Tras ictus isquémico sufrido en 2022, se manifiesta la realidad social. Vive sólo en una habitación de alquiler de 9 m², la cual apenas puede costear, amueblada con una cama, un armario, una mesa con una silla, un frigorífico y un microondas. No sale de la habitación.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y pancreatitis necrohemorrágica por consumo excesivo de alcohol. Dudosa adherencia terapéutica.

Enfoque familiar y comunitario. Tiene 8 hermanos, sobrinos y un hijo. Divorciado. Apenas tiene relación con ellos. La única que se responsabiliza de la situación es una hermana que vive en Salteras, paciente oncológica y que trabaja a jornada completa. Está gestionando Respiro Familiar mientras espera plaza en

residencia geriátrica. Recursos económicos insuficientes. Actualmente sólo acude el personal de Ayuda a Domicilio una hora al día para asearlo y gestionar la medicación, incapaz de hacerlo él. El resto del tiempo el paciente permanece en la habitación sólo. Problemática social.

Tratamiento, planes de actuación. Seguir con tratamiento habitual. Para valorar la capacidad funcional, utilizamos las escalas de Lawton y Brody y de Barthel: dependencia total para actividades instrumentales de la vida diaria y leve para las básicas. La escala de Gijón evalúa el componente sociofamiliar. Existe una situación de problemática en su esfera social. Según la escala de Zarit, la cuidadora principal presenta una sobrecarga intensa. Comunicación estrecha con Trabajo Social, quien informa y explica los pasos a seguir para gestionar la Ley de Dependencia, el Ingreso Mínimo Vital, el Respiro Familiar y la residencia geriátrica.

Evolución. A la espera de plaza en residencia geriátrica.

Conclusiones

La esfera social del paciente constituye un pilar fundamental de la Atención Primaria y se necesita profundizar en ella con el fin de mejorar las condiciones sociales, incrementando la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud, Familia, Atención social.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"Código ictus" tras inoculación de vacunaPrieto Bonilla, A M¹, Gámiz Martínez, FM², Bohórquez Ríos, J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo, Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El valle, Jaén**Ámbito del caso**

AP/Atención domiciliaria con equipo móvil de urgencias.

Motivos de consulta

Alteración del lenguaje.

Historia clínica

Mujer de 59 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. No fumadora ni bebedora. En tratamiento con inmunoterapia por alergología. Lumbociatalgia en estudio. En tratamiento con calcifediol, tramadol, omeprazol.

Enfoque individual

Antecedentes personales: alergia a picadura de avispa. Lumbociatalgia en estudio.

Anamnesis: acudimos en ambulancia a consultas de alergología donde la paciente se encuentra recibiendo tratamiento con vacuna Véspula, se trata de vacuna con alérgeno del veneno de avispa que venía recibiendo desde hacía un año. Unos 15 minutos después de la administración presentó un cuadro brusco de mareo con lateralización corporal hacia la derecha, malestar general, disartria, parestesias peribucales y debilidad en miembros inferiores. Se explora y monitoriza a la paciente y se decide traslado a hospital de referencia activando "código ictus".

Exploración: a nuestra llegada, TA: 132/85. Se objetivó disartria aislada que posteriormente empeoró. También leve debilidad en miembro inferior derecho. Resto de exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias (en hospital de referencia): analítica: hemograma, coagulación

y bioquímica normales, hiperlipidemia. TC Craneal, TC-Perfusión craneal, Angio-TC Cerebral, Angiotac de TSA, Angio-RM cerebral y RN cerebral sin alteraciones.

Juicio clínico: episodio transitorio de disartria e inestabilidad, en probable relación con síncope neuromediado.

Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular (ACV), reacción anafiláctica, tumor cerebral, absceso cerebral, encefalitis, encefalopatía hipertensiva.

Tratamiento, planes de actuación. En consulta de alergia ya se le había administrado adrenalina 0,3 ml, metilprednisolona 60 mg. Activamos "código ictus" y se trasladó a la paciente a hospital de referencia donde se le realizó analítica, TC Craneal, TC-Perfusión craneal, Angio-TC Cerebral, AngioTC de TSA y se ingresó a la paciente en la "unidad de ictus".

Evolución. El episodio duró una hora aproximadamente y luego se resolvió de forma completa. Ingresó en unidad de Ictus, donde se mantuvo asintomática. En control en consulta de AP se inicia tratamiento con Rosuvastatina por cifras de LDL elevadas.

Conclusiones

Aunque finalmente la paciente no sufriera un ACV, debemos de recordar la importancia de los tiempos ante su sospecha. Cuando nos encontremos con clínica sugestiva se debe activar "el código ictus" ya que se trata de una emergencia médica.

Palabras clave

Disartria, Accidente Cerebrovascular, Síncope.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, me mareo cuando hago ejercicioHeras González, ML¹, Manzano Vázquez, MY¹, Serrano Jurado, I²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Campillos. Málaga² Técnico en cuidados de Enfermería. UGC Campillos. Málaga**Ámbito del caso**

Atención primaria.

Motivos de consulta

Síncope.

Historia clínica

Varón, 19 años, refiere síncope de repetición desde hace un año, a veces pérdida de conocimiento tras esfuerzo físico, acompañado de visión borrosa y debilidad.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No factores de riesgo cardiovascular. Intolerancia lactosa.

Antecedentes familiares: padre cardiopatía isquémica (triple bypass) con 42 años. Abuela fibrilación auricular. No antecedentes muerte súbita.

Anamnesis: niega dolor torácico, palpitaciones, amnesia, sudoración, náuseas o relajación de esfínteres. Compite con equipo de fútbol. *Exploración física:* buen estado general, eufónico. Bien hidratado y perfundido. Saturando 97%, FC 47 lpm. TA 110/70, glucemia 150. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos ni extra tonos. Murmullo vesicular conservado. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales presentes.

Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 46 lpm, PR normal, eje normal, QRS estrecho, voltajes aumentados y criterios eléctricos de HVI, elevación punto J y ST con morfología ascendente en V2-V3. T negativas generalizadas. QTc normal.

Tras realización de ECG, auxiliar de enfermería contacta con médico de familia por resultado anómalo antes de que el paciente abandone consulta y se contacta con Cardiología que citó al paciente al día siguiente para estudio. Se

realiza analítica y Holter de 24 h, ambos sin hallazgos significativos. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dilatado e hipertrófico con función sistólica conservada. Válvula aórtica bicúspide. Ventrículo derecho impresionado ligeramente dilatado. Cardio-RMN con gadolinio: ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con fracción de eyección normal.

Enfoque familiar y comunitario. Convive con sus padres y hermano, buen apoyo, estudiante. Síncope vasovagales. Hipertrofia ventricular excéntrica. Válvula aórtica bicúspide normofuncionante.

Diagnóstico diferencial: síncope vasovagal, síncope ortostático, fármacos o tóxicos, síncope cardíaco mecánico (tumor cardíaco, valvulopatías, trombo auricular, tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, taponamiento), arritmia, crisis migrañosa, epilepsia, psicógeno. *Identificación de problemas:* necesidad de valoración precoz por cardiología sin pasar por urgencias hospitalarias dada estabilidad clínica en el momento del hallazgo. No realizar ejercicio físico hasta completar estudio.

Tratamiento, planes de actuación. No precisa actualmente.

Evolución. Asintomático durante revisiones. Seguimiento en 9 meses con ecocardiograma y electrocardiograma. Puede realizar actividad deportiva.

Conclusiones

Importante papel de coordinación interprofesional en Atención Primaria y con segundo nivel asistencial.

Palabras clave

Syncope, Hypertrophy, Left Ventricular, Electrocardiography.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Protección primaria: abordaje de la violencia de género desde el centro de salud

Berdonces Fernández, MS¹, Huertas Barros, M², Merino de Haro, I³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Nerviosismo.

Historia clínica

Antecedentes personales: violencia de género, neumonía, dislipemia. Mujer de 48 años que acude a consulta por clínica compatible con síndrome ansioso de larga evolución acompañado de fobia social incapacitante.

Enfoque individual

Exploración: impresiona de nerviosismo, con evidente delgadez y temblor generalizado, así como TICs en musculatura orbitaria. Buen estado general, normohidratada y normocoloreada, auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario. Mujer víctima de violencia de género en régimen de protección desde hace año y medio. Reside en domicilio con 3 hijos de los cuales es cuidadora principal y única.

Juicio clínico: ansiedad generalizada.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, síndrome depresivo, trastorno por somatización.

Tratamiento, planes de actuación. Realizamos intervención en salud mental: escucha activa del proceso actual y problemas de salud orgánicos y mentales derivados del mismo, con posterior reflexión acerca del punto en que se encuentra.

Se informa de los recursos disponibles y la posibilidad de contactar con cualquiera de ellos, incluidos nosotros, cuando le resulte necesario. Tras la intervención la paciente expresa su gratitud por la escucha y el apoyo prestado en un momento vital difícil.

Evolución. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por atención primaria con persistencia de la sintomatología descrita.

Conclusiones

La patología derivada de la violencia de género debe ser abordada desde el punto de vista biopsicosocial, a través de intervenciones en Salud mental compaginadas con fármacos disponibles. El establecer la confianza necesaria para estas intervenciones se presenta como un camino laborioso a consecuencia de factores tanto del paciente (confianza, bloqueos emocionales...) como del profesional (tiempo disponible por paciente, formación necesaria...). Esto puede derivar en una equivocada tendencia a la medicalización (ansiolíticos), lo que ahorra tiempo en consulta, pero cronifica el problema de base de las pacientes. La violencia de género es una realidad presente en el día a día de nuestra sociedad. Los médicos de atención primaria, como primer escalón del sistema sanitario, y, en su conjunto el CS, debemos de estar formados y tener las herramientas para poder hacerle frente combinando todos los recursos disponibles en nuestro ámbito de actuación.

Palabras clave

Gender-Based Violence, Anxiety Disorders, Mental Health.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un caso de hipo persistente

Guerrero Pérez, C¹, Carreño Meca, P³, González Mata, AM²

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

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipo persistente.

Historia clínica

Mujer de 38 años que refiere episodios de hipo de repetición desde hace 2 semanas que en los últimos 3 días se han intensificado sin ceder espontáneamente e incluso persistiendo durante el sueño. Se indica tratamiento con metoclopramida y omeprazol sin éxito.

Enfoque individual.

Se reinterroga a la paciente, que no presenta antecedentes médicos de interés, y refiere que desde hace 10 meses presenta cefalea occipital y sensación de adormecimiento constante de ambos miembros superiores. En el examen físico, la paciente presenta constantes dentro de la normalidad y se detecta hipersensibilidad a la palpación en región cervical y una atrofia de eminencia tenar de mano derecha.

En la *exploración* neurológica no hay alteración de los pares craneales. Se encuentra pérdida de sensibilidad en ambos miembros superiores para la temperatura y el dolor.

A la paciente se le realizaron radiografías simple de abdomen, de tórax y de columna cervical para buscar causas digestivas del hipo y una posible lesión cervical por la cefalea occipital, que fueron normales.

Enfoque familiar y comunitario. Ante un hipo con manifestaciones neurológicas, hay que pensar en una causa del sistema nervioso central. El hipo intratable (dura >48 horas) es un síntoma de múltiples enfermedades, tanto del SNC (ACV, TCE, meningoencefalitis...) como del tracto gastrointestinal (RGE, hernia hiatal, distensión gástrica...). También puede estar provocado por múltiples fármacos (BZD, alcohol, dexametasona, tramadol...).

Tratamiento, planes de actuación. La paciente fue derivada al servicio de neurología de forma preferente por hipo con manifestaciones neurológicas para valoración de una causa central del mismo. Se le realizó una RM y fue diagnosticada de malformación de Arnold-Chiari de tipo I con siringomielia. Ante un hipo de origen neurológico central la primera elección de tratamiento es el baclofeno. Sin embargo, en nuestra paciente el tratamiento definitivo es quirúrgico descomprimiendo la fosa posterior para reducir la siringomielia.

Conclusiones

Ante un caso de hipo se debe instaurar un tratamiento en función de la sospecha etiológica según la anamnesis y los hallazgos de la exploración física que siempre debe incluir una exploración neurológica.

Palabras clave

Hiccup, Arnold-Chiari Malformation, Headache Disorders, Secondary

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Tumoración cervical: importancia de la ecografía clínicaLiu, L¹, Aguilera Luna, A², Caro Bejarano, P²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Bultoma en el cuello.

Historia clínica

Anamnesis. Mujer de 54 años con antecedentes personales de colon irritable, hemorroides y anticoagulada por trombosis venosa postquirúrgica. Como antecedentes familiares refiere una hermana con aorta dilatada y una válvula aórtica bicúspide. Acude a consulta de CS que refiere bultoma en la zona anterior izquierda del cuello.

Enfoque individual

Exploración física. Buen estado general, consciente, colaboradora, normo coloreada, bien hidratada y perfundida. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. En zona anterior cervical se palpa nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo (LTI).

Pruebas complementarias: analítica un mes antes de la consulta con TSH normal y T4L 0,81. Se realiza ecografía clínica detectándose imagen nodular en el LTI de componente mixto de 1,7x1,5 cm en el corte transversal y 2x1,5 cm en el corte longitudinal con vascularización principalmente periférica, alguna imagen hiperecogénica en su interior.

Enfoque familiar y comunitario. La paciente vive con su marido junto una hija emancipada. Trabaja en asistencia a domicilio. Buen apoyo sociofamiliar.

Nódulo lóbulo tiroideo izquierdo

Tratamiento, planes de actuación. Se deriva a endocrinología preferente para valoración y tratamiento.

Evolución. Se le realiza seguimiento a la paciente. Tras la realización de PAAF con diagnóstico de carcinoma papilar se interviene de tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central. La anatomía patológica concluye carcinoma papilar variante células altas T1bN1aM0, estadio 1, riesgo intermedio. Posteriormente la paciente es seguida y tratada por Endocrinología con buen control postquirúrgico sin recidivas.

Conclusiones

El carcinoma papilar de tiroides es el carcinoma tiroideo más frecuente y el de mejor pronóstico que presenta una mayor frecuencia en mujeres. Presenta un lento crecimiento y es invasivo localmente con tendencia a la diseminación linfática. Aunque la afectación ganglionar asocia a una mayor frecuencia de recidiva, no empeora el pronóstico ya que no se relaciona con un aumento de mortalidad. El uso de ecografía clínica en consulta agiliza el proceso de diagnóstico y permite tener una focalización y valoración más precisa. Forma parte del fundamento para derivación a especialista y permite disminuir tiempo y coste invertido para un mismo proceso.

Palabras clave

Tumor Cervical, Carcinoma Papilar, Ecografía Clínica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

De asintomática a pluripatológica: aplicando la ley de Murphy en un postoperatorio de caderaTrujillo Franco, P¹, González Vico, C¹, Castillo Jimena, M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Campillos. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Campillos. Málaga**Ámbito del caso**Atención Primaria, Urgencias
intra/extrahospitalarias.

IAM, endocarditis, pericarditis, TEP, sepsis de origen biliar, colecistitis.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Tratamiento, planes de actuación. Alta con Rivaroxabán manteniendo colecistostomía hasta posibilidad de suspensión y cirugía. Inicia rehabilitación de parálisis ciática en AP.**Historia clínica**Mujer, 56 años. *Antecedentes personales:* HTA y coxartrosis derecha intervenida con prótesis 17 días antes. Acude a SUAP por palpitaciones, síntomas vegetativos y disconfort torácico.*Evolución.* Se realizan visitas domiciliarias periódicas para mejorar control del dolor, afrontamiento de secuelas en la marcha, abordaje familiar (ansiedad anticipatoria incapacitante en su marido) y control de FRCV. Dos meses después, acude a consulta de AP por salida del catéter de colecistostomía, presentando náuseas, mareos y dolor abdominal. En ecografía: vesícula biliar distendida, paredes engrosadas, barro y litiasis biliar. Se traslada a urgencias, optándose por tratamiento conservador. Un mes más tarde, acude por distensión abdominal e infección en zona previa de colecistostomía. Se realiza nueva colecistostomía y una vez suspendida anticoagulación se realiza colecistectomía.**Enfoque individual**ECG: descenso de ST en cara lateral. Se traslada a urgencias hospitalarias y en analítica destacan troponina-I 3750 y Dímero-D 7577. Pasa a UCI, se realiza coronariografía sin hallazgos. Tras estabilización y traslado a medicina interna presenta disnea de reposo. Se realiza Angiotac que muestra TEP bilateral central. Posteriormente, presenta fiebre, malestar y dolor en hipocondrio derecho. En TC se confirma colecistitis y se aísla *K. pneumoniae* en hemocultivos. Se descarta cirugía por anticoagulación y se realiza colecistostomía. Paralelamente presenta parestesias y dolor en pierna operada sin control analgésico. El electromiograma demuestra axonotmesis yatrogénica del tronco ciático.**Conclusiones**

La Atención Primaria y su longitudinalidad es fundamental para acompañar procesos que se complican en su evolución prestando apoyo, resolviendo dudas y controlando síntomas. En este caso, la paciente acudió a su médico como primer recurso ante complicaciones o incertidumbre sobre su evolución.

Enfoque familiar y comunitario. Núcleo familiar en contracción formado por ella, su marido y su hijo de 23 años en vivienda unifamiliar con buena accesibilidad. Hijas de 20 y 26 años fuera del núcleo familiar. Buen apoyo percibido. Trabaja en una asociación de personas con diversidad funcional.**Palabras clave**

Continuidad de la Atención al Paciente, Embolia Pulmonar, Colecistitis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No toda omalgia es mecánica

Martin Fernandez, C¹, Granado Ortiz, I²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mercedes Navarro. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Omalgia derecha.

Historia clínica

Paciente de 75 años consulta en Atención Primaria por dolor en hombro derecho de meses de evolución refiriendo asociación con movimientos, mayor intensidad nocturna e irradiación hacia distal. Anteriormente, consulta en diferentes servicios de urgencia por omalgia, instaurando como diagnóstico tendinosis u hombro doloroso.

Enfoque individual

Fumador actual de 20 cigarrillos/día durante 40 años. Un año antes fue derivado por su Médico de Atención Primaria (MAP) a la consulta de Neumología por hemoptisis y se le solicitó un TAC de tórax que declinó.

Exploración física: no se objetiva deformidad o alteraciones en la piel del hombro, se objetivan acropaquias en ambas manos, dolor en la cara posterior del brazo a la extensión contra resistencia y ausencia de dolor a la movilización pasiva.

Indagando en la *anamnesis*, evidenciamos que se trata de un dolor radicular con parestesias en el brazo y sin mejoría con analgesia habitual.

Radiografía de hombro derecho y tórax: posible masa condensante en vértice pulmonar derecho. Solicitamos informe radiológico sospechando Tumor de Pancoast y se prescribe analgesia. A la semana, acude de nuevo negando mejoría clínica y solicitamos TAC de tórax tras recomendación

de Radiología para confirmación. TAC preferente confirma masa sólida tumoral de márgenes irregulares con extensión pleural apical en lóbulo superior derecho.

Enfoque familiar y comunitario. Separado y con poco apoyo familiar.

Hombro doloroso, tumor Pancoast

Tratamiento, planes de actuación. Se realiza teleconsulta a neumología que cita al paciente y deriva a Cirugía Torácica General, previa presentación del caso en el comité multidisciplinar donde se decide tratamiento quirúrgico mediante lobectomía y linfadenectomía.

Evolución. Mediante confirmación histológica, se confirma adenocarcinoma de pulmón con ganglios linfáticos negativos. El paciente presenta buena evolución clínica hasta el momento, a espera de consulta en oncología.

Conclusiones

Un buen diagnóstico diferencial gracias a indagar en la anamnesis, exploración física, Antecedentes personales y una exhaustiva interpretación de pruebas complementarias permite no caer en el error de diagnosticar lo más frecuente, como en este caso sería un hombro doloroso, permitiendo así que no se prolongue el tiempo de diagnóstico por necesidad de pruebas más específicas o derivaciones innecesarias a otras especialidades ante ausencia de mejoría clínica.

Palabras clave

Hombro Doloroso, Tumor Pancoast.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Detectar la realidad oculta tras un motivo de consulta

Marin Serralvo, I¹, Vera Rubio, G², Fontalba Navas, M³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga),

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

desempleada, vive con su pareja, se ha planteado la separación, pero no ha llegado a realizarla.

Motivos de consulta

Gonalgia bilateral.

CMT (confirmación de malos tratos). Se identifica tras el motivo de consulta inicial de gonalgia el verdadero motivo de consulta.

Historia clínica

Mujer de 59 años con *antecedentes personales* de hipertensión arterial, obesidad, exfumadora, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, gastritis, diarrea crónica, fibromialgia y síndrome ansioso depresivo. Intervenida de menissectomía parcial de rodilla izquierda, hepatectomía derecha por hemangioma y colecistectomía.

Tratamiento, planes de actuación. Se realiza Parte Judicial, valoración inicial de maltrato a la mujer, valoración biopsicosocial, de riesgo y de fase del proceso en la que se encuentra. Nos ponemos en contacto con la Trabajadora social de nuestro centro. Repasamos con la paciente los recursos y dispositivos especializados de los que disponemos

Enfoque individual

Acude a consulta refiriendo gonalgia bilateral más acusada la izquierda que fue intervenida hace 5 meses por artroscopia. A la *exploración* no objetivamos hallazgos de interés excepto erosión en brazo derecho que nos dice que es accidental. Durante la anamnesis comienza a llorar, tras profundizar en su vida personal nos indica que es cuidadora principal de su marido actualmente en tratamiento por proceso oncológico. Tras diversas preguntas rompe su silencio y reconoce insultos reiterados y trato despectivo hacia ella desde hace años.

Evolución. Actualmente derivada a Salud Mental para nueva valoración. Además, se encuentra en seguimiento estrecho por la trabajadora social.

Conclusiones

La violencia psicológica sigue siendo a día de hoy un tipo de violencia a veces invisible y difícil de identificar. El no reconocimiento por los pacientes supone un problema de Salud de gran importancia suponiendo su cronificación y el uso reiterado de medicación

Enfoque familiar y comunitario. Tiene tres hijos (independientes), actualmente ella está

Palabras clave

Gender Violence, Aggression, Primary Care.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No menospreciemos la antiagregación

Moyano Jimenez, E¹, Damián García, R², Díaz Arévalo, M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Guadalquivir. Córdoba

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adamuz. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria, servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dudas sobre tratamiento durante procedimiento diagnóstico.

Historia clínica

Antecedentes: alergia a penicilina. Hipertensión, hipercolesterolemia, Diabetes (lesión de órgano diana: retina, pie diabético). Hipotiroidismo. SCACEST con stent (2011). Ictus isquémico de ACM derecha con estenosis ACI derecha (Abril 2023). Angioplastia con 2 stent en ACID (Mayo 2023). En tratamiento con AAS 300mg y Prasugrel. Posteriormente varios episodios de anemia transfusional con etiología a filiar.

Enfoque individual

Anamnesis: paciente de 80 años con antecedentes descritos consulta junto a familiares por gran angustia por tiempo de espera para realización de pruebas para filiar anemia transfusional. Expresan deseo de realizar pruebas diagnósticas mediante medicina privada y piden consejo sobre terapia puente para realización de colonoscopia.

Exploración: palidez mucocutánea, normohidratado, E. Neurológica normal salvo leve hemiparesia izquierda secuelar. Auscultación normal. Constantes: TA 160/90, Saturación 95%.

Pruebas complementarias: estudio de anemias: anemia normocítica normocrómica de patrón mixto: insuficiencia renal, ferropenia, déficit de B12. Pendiente de realización de colonoscopia.

Enfoque familiar y comunitario. Familia normofuncional, gran apoyo social, nivel

socio-económico medio.

Juicio clínico: Anemia ferropénica.

Diagnóstico diferencial: neoplasia, pérdida digestiva, procesos inflamatorios crónicos.

Tratamiento, planes de actuación. Se le indica que por alto riesgo trombótico (Ictus hace menos de 3 meses), mantener Aspirina 100 mg y prasugrel para realización de colonoscopia (bajo riesgo hemorrágico). Familiares y paciente afirman entender información.

Evolución. Familiares suspenden tratamiento antiagregante por decisión propia días previos a realización de colonoscopia por medicina privada. Acuden de urgencia al centro de salud, porque el paciente despierta con afasia y hemiparesia izquierda. Ante sospecha avisamos al centro coordinador para activar equipo de emergencia y trasladar a hospital para descartar nuevo episodio de ictus isquémico.

Conclusiones

Conocer los protocolos de manejo de la terapia antitrombótica en pacientes que precisen intervenciones quirúrgicas o procesos diagnósticos invasivos, sobre todo si tienen perfil de alto riesgo trombótico, es primordial. Por otro lado, también destacar la importancia de cerciorarnos de que nuestros pacientes entienden la información e instrucciones que les damos. Dado que cualquier error en la realización de un tratamiento puede tener importantes consecuencias en la Salud de nuestros pacientes.

Palabras clave

Antithrombotic Therapy, Perioperative Period, Thrombosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, ¿qué tengo en la pierna?Cruz Valero, C¹, Mesa Rodríguez, P², Martínez Granero, MM²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Eritema en miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Anamnesis. Mujer de 73 años exfumadora con *antecedentes personales* de hipertensión arterial y fibrilación auricular, en tratamiento con sintrom y atenolol, acude a consulta de atención primaria por eritema en miembro inferior izquierdo.

Exploración. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Eupneica en reposo. A la exploración cardiopulmonar, presenta buen murmullo vesicular sin soplos ni roces ni ruidos patológicos. El miembro inferior izquierdo presenta úlcera de características vasculares con escara hemorrágica y sobreinfección. Pulsos pedio y tibial posterior débiles aunque presentes.

Enfoque individual

La paciente vive sola, es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario. No consta.*Juicio clínico:* necrosis por dicumarínicos.*Tratamiento, planes de actuación.* Se realiza índice tobillo-brazo y se inicia tratamiento

antibiótico. Cambio de tratamiento de sintrom por rivaroxabán. Se deriva a dermatología, donde se realiza biopsia punch y realizan curas.

Evolución. Tras varias revisiones previas al cambio de tratamiento de sintrom por rivaroxabán, la úlcera no termina de mejorar. Se realiza cambio de tratamiento antibiótico y en dermatología realizan curas y biopsia. Una vez realizado el cambio de tratamiento, la lesión comienza a mejorar hasta su casi completa remisión. Actualmente, la úlcera se encuentra tratada completamente.

Conclusiones

El acenocumarol (sintrom) es un anticoagulante oral ampliamente usando en el ámbito de la patología cardiovascular. Inhibe los factores II, VII, IX y X de la cascada de coagulación y además, inhibe también la proteína C, la cual produce efectos anticoagulantes a través de la inactivación de dos cofactores de la coagulación (factor V y VIII activado). Debido a ambos, se puede crear una paradoja bioquímica produciéndose un efecto anticoagulante y a la vez un efecto potencialmente trombogénico. Es de vital importancia revisar el tratamiento de nuestros pacientes ya que, en numerosas ocasiones pueden crear efectos adversos potencialmente graves.

Palabras clave

Necrosis, Dicumarínicos, Úlcera.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia de la longitudinalidad en Atención Primaria

López Domínguez, Sandra M

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 77 años que consulta en nuestra consulta en abril de 2022 por cuadro de malestar general, tos y sensación disneica de unos días de evolución. Afebril. se diagnostica de IRVA y se pauta Algidol ante exploración normal.

Historia clínica

En noviembre de 2022 vuelve a consultar por disnea de esfuerzos, tos principalmente nocturna y astenia; siendo valorada por su "nueva médica". Se le solicitan analítica y radiografía de tórax donde destaca masa en LMI; motivo por el que es derivada a Neumología para valoración, aunque no acude a la cita por "olvido". Reconsulta por misma clínica en diciembre 2022 siendo vista por "su otra nueva médica" donde pauta inhaladores por disminución del murmullo vesicular generalizada. En marzo de 2023 acude de nuevo, siendo valorada por otra médica nueva, por astenia marcada de 2-3 meses de evolución junto a tos y disnea de esfuerzos. Auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada y algunas sibilancias dispersas, pautándose tratamiento con inhaladores y corticoides orales. Se solicitó analítica y ECG cuyos resultados no se vieron hasta agosto, y radiografía de tórax que no se realizó. A finales de agosto de 2023 acude de nuevo, esta vez siendo valorada en nuestra consulta, por aumento de disnea, dolor torácico e interescapular y tos. Se revisa toda la historia

anterior y se solicita radiografía urgente donde se visualiza velamiento completo de hemitórax izquierdo, derivándose a urgencias del hospital desde donde ingresó en Neumología para estudio.

Enfoque individual

Antecedentes personales de ACVA isquémico sin secuelas a los 75 años e insuficiencia renal crónica. Independiente para las actividades de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario. Vive con su hijo.

Carcinoma escamoso de pulmón. Infección respiratoria de vías altas, insuficiencia cardíaca

Tratamiento, planes de actuación. Pendiente de completar estudio de extensión para valorar tratamiento más adecuado.

Evolución. Actualmente continúa ingresada en Neumología tras diagnosticarse de carcinoma escamoso de pulmón.

Conclusiones

Uno de los principales problemas ha sido la falta de longitudinalidad por su "médica de atención primaria" ya que ha sufrido hasta 4 cambios de médica, perdiéndose la continuidad y seguimiento de la paciente.

Palabras clave

Atención Primaria, Longitudinalidad, Cáncer de Pulmón.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor de cerca veo borroso

Cabello Pérez, G, Barragán García, L, Flores Soler, O

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Visión borrosa y dolor periorbitario en ojo derecho.

Historia clínica

Mujer, 32 años, antecedentes de hipotiroidismo, miopía y rinoconjuntivitis estacional, presentó cuadro de visión borrosa monocular en ojo derecho (OD), de 24 horas, acompañado de dolor periorbitario y fotofobia, sin secreción ni hiperemia. Agudeza visual OD 0.6; ojo izquierdo (OI) 0.7, movimientos extraoculares conservados y sin dolor, movilidad intraocular normal, sin defectos pupilares. Conjuntiva clara, córnea sin alteraciones, no precipitados, no Tyndall. Presión intraocular 16 mmHg. Fondo de ojo OD foco de coroiditis a nivel paramacular, resto normal; OI normal. Tomografía de coherencia óptica (OCT) OD edema de mácula, focos de fibrosis subretiniana (FSR) tabicados, disrupción de capas externas; OI disrupción de capas retinianas. Angiografía con fluoresceína OD hiperfluorescencia aumentada en fase tardía con fuga de FSR; OI retraso parcheado en relleno coroideo. Ecografía ocular engrosamiento coroideo.

Enfoque individual

Mujer joven, sana, de 32 años, trabajadora, sin antecedentes médicos relevantes, que comienza con visión borrosa y tras 24 horas se establece diagnóstico de enfermedad rara que precisa de tratamiento intensivo con inmunosupresores.

Enfoque familiar y comunitario. Casada, madre de 2 hijos, vive con su pareja y sus hijos.

Actualmente presentan miedo intenso a la herencia genética y la posible afectación de sus hijos.

Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Patologías que cursan con inflamación granulomatosa, desprendimientos de retina (DR) exudativos o síndromes de manchas blancas. Patologías como la oftalmía simpática, la sarcoidosis, el linfoma primario intraocular o la escleritis posterior, son patologías que pueden simular una enfermedad de VKH.

Tratamiento, planes de actuación. Prednisona 80 mg cada 24 horas.

Evolución. Tras 20 días de tratamiento presenta mejoría de agudeza visual OD 0.8; OI 1.0. Se mantiene tratamiento corticoideo.

Conclusiones

La enfermedad de VKH, causa muy común de uveítis en pacientes asiáticos e hispanoamericanos, posee manifestaciones neurológicas, auditivas y dermatológicas, que suponen un reto diagnóstico importante si no se conoce esta afección. Entre los criterios de derivación urgente se encuentran los casos de uveítis con dolor típico retroocular, hiperemia ciliar o hipopión, características que no siempre están presentes, puesto que puede simular un cuadro viral inespecífico. En este caso el conocimiento de la enfermedad condicionó la rápida actuación y el diagnóstico temprano.

Palabras clave

Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, Visión borrosa, Uveítis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Alteración de conducta en paciente psiquiátricoGonzález Vico, C¹, Trujillo Franco, P², González Rodríguez, F José³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga³ Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Campillos. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dificultad para la marcha e incontinencia urinaria y fecal.

Historia clínica

Varón de 59 años acude a consultas de Atención Primaria, a petición de familiares y trabajadora social, porque desde su salida del centro psiquiátrico penitenciario hace 20 días, presenta alteración del comportamiento consistente en incontinencia fecal y negativa a moverse por sí mismo.

Enfoque individual

Antecedentes personales: trastorno paranoide de la personalidad, Trombosis vena yugular izquierda, epilepsia e intervenido menisco izquierdo. Tratamiento: paliperidona 350 mg/90 días, clonazepam 500 mcg/24 h, ácido valproico 500 mg/24 h, sertralina 150 mg/24 h. Ha estado ingresado en centro penitenciario psiquiátrico (2021-2023). Previa a su salida sufre caída en ducha; siendo atendido 5 días después en urgencias hospitalarias, realizándole radiografía de rodilla y orientándolo como esguince de rodilla. Desde caída, DABVC y vida cama-sillón (previamente deambulaba e IABVC).

Anamnesis: acude 20 días después de la caída refiriendo dificultad para la marcha, dolor y parestias en MII; incontinencia fecal y urinaria. No clínica infecciosa aguda ni fiebre asociada.

Exploración física: paciente consciente, orientado y colaborador. Presenta dificultad para la marcha, especialmente cargando sobre MII. Presenta acortamiento, dolor a la palpación y movilización del fémur proximal izquierdo, fuerza 3/5 sin alteración de la sensibilidad y

neurovascular distal conservado. Resto de exploración sin hallazgos.

Solicitan radiografía dorsolumbar y pelvis, realizándose ese mismo día, apreciándose fractura subcapital cadera izquierda y acuñaamiento T12 y L2.

Enfoque familiar y comunitario. Actualmente vive en casa de su exmujer y se encuentra respaldado por su hija. La familia se encuentra psicopatológicamente estable, aunque hay antecedentes de conflictividad en las relaciones y heteroagresividad verbal por parte del paciente.

Patología orgánica (artritis séptica, Insuficiencia arterial aortoiliaca, Osteonecrosis cabeza femoral, Fractura fémur proximal o rama púlica, Síndrome cola de caballo...) vs psiquiátrica (trastorno facticio, conversivo, paranoide...). Fractura subcapital cadera izquierda. Fractura vertebral T1 y L2.

Tratamiento, planes de actuación. Derivación a urgencias hospitalarias para valoración por traumatología. Tras esta, se decide artroplastia total de cadera.

Evolución. Se encuentra sin dolor y deambula con ayuda de un andador.

Conclusiones

Este caso clínico nos recuerda la importancia de realizar una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias pertinentes en todo paciente con trastornos mentales graves para poder descartar patología orgánica antes de atribuir su sintomatología a su enfermedad psiquiátrica.

Palabras clave

Fractura Femoral, Atención Primaria de Salud, Trastornos Mentales.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

A veces el mejor tratamiento, no es la mejor soluciónOchoa Morán, MÁ¹, Muñoz Martínez, B², Martín Aguilera, A³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

menor de edad en familia monoparental que reside en Marruecos.

Motivos de consulta

Paciente que consulta por mal control de Diabetes Mellitus (DM).

Juicio clínico. Probable Diabetes Mellitus tipo LADA.**Historia clínica**

Se trata de un paciente de 45 años con DM desde hace 9 años y dislipemia procedente de Marruecos. Barrera idiomática. Índice de Masa Corporal 29. Cifras de tensión arterial normal y electrocardiograma normal.

Diagnóstico diferencial: DM tipo II con mal control.**Enfoque individual**

Se realiza revisión de su historia clínica presentando DM en tratamiento con metformina 1 g cada 12 horas y gliclazida 30 mg cada 12 horas. En analítica de 2021 aparecen cifras de HbA1c en 11,4, pero por motivos familiares viaja con frecuencia a Marruecos, lo que conlleva un seguimiento discontinuo. Acude a urgencias en varias ocasiones por malestar general en el contexto de hiperglucemia, de modo que viene a nuestra consulta para retomar seguimiento de DM. En analítica actual se observa una HbA1c en 11,8 y dislipemia. Se propone cambio de tratamiento a insulina que rechaza por mala experiencia de su padre con insulino terapia hace 20 años y dificultad para el aprendizaje y seguimiento por su tipo de vida.

Tratamiento, planes de actuación. Se solicita analítica para control de DM con anticuerpos antiGAD e ICA y perfil lipídico. Se solicita retinografía y se inicia un seguimiento estricto por parte de enfermería. Por rechazo de insulino terapia se acuerda con el paciente cambio de tratamiento por metformina 1 g/empagliflozina 5 mg cada 12 horas, gliclazida 60 mg cada 12 horas y simvastatina 20 mg cada 24 horas.*Evolución.* Revisión en 3 meses con analítica y seguimiento por enfermería.*Enfoque familiar y comunitario.* Antecedentes familiares: padre con DM insulino dependiente. Vive solo, sin domicilio fijo, con trabajo discontinuo y es el principal cuidador de su hijo**Conclusiones**

Las guías clínicas farmacoterapéuticas son una importante herramienta para el médico de familia en su práctica clínica diaria pero las circunstancias económicas, sociales, laborales, familiares y las creencias de los pacientes son fundamentales en el abordaje terapéutico y adherencia al tratamiento, de manera que en ocasiones, lo mejor para su enfermedad no es lo mejor para el paciente.

Palabras clave

DM, Dislipemia, Cuidador Principal.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"Doctor, sigo confiando más en médico de siempre, que al final no era una cefalea más"

Martín Romera, R, Quintana Prego, R

MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Medicina de Familia.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Mujer de 44 años que acude a nuestro consultorio. La paciente que acude desesperada por exacerbación de sus cefaleas en las últimas semanas. En esta ocasión, no cedían con la medicación habitual. En los diferentes contactos en la consulta, realizamos diversos abordajes, intensificación de analgesia, recomendamos la realización de un calendario de cefaleas, también realizamos una analítica completa incluyendo perfil hormonal. Al encontrar la prolactina elevada, la derivamos al endocrino. En esa consulta se le dijo, que no procedía la derivación hasta confirmar de nuevo "era otra cefalea más de las suyas". Aunque solicitaron una RMN craneal. Tras 3 meses sin mayor seguimiento, sin tratamiento, aparición de molestias visuales y falta de realización de estudios complementarios previstos. La paciente nos consulto si hacérsela RMN de forma privada, ya que podía permitírsele y en el hospital no le daban respuesta y tenía miedo de empeorar su vista. Con el resultado comenzó el tratamiento y seguimiento por el equipo multidisciplinar del hospital.

Enfoque individual

Sin antecedentes de interés.

Anamnesis: cefalea frontal que se irradiaba hacia ambos parietales. Intensidad 7/10 vs 4/10

de las previas. No cede a analgesia habitual

Exploración física general y neurológica anodinas: analítica con hallazgo de Prolactina de 176. RMN craneal: macroadenoma hipofisario supraselar de 11 mm*19 mm*21 mm con compresión del quiasma óptico en región izquierda. Campimetría: dudosa afectación campo visual derecho.

Juicio clínico. Cefalea tensional vs Cefalea secundaria

Tratamiento, planes de actuación. La paciente en tratamiento con cabergolina desde hace 4 meses. Con descenso posterior de la prolactina a 53.

Evolución. En seguimiento por diferentes especialistas, pendiente de nuevas pruebas y resultados de las mismas, la paciente viene a consultarnos tras cada cita y en una ocasión nos dice: "Doctor, sigo confiando más en médico de siempre, que al final no era una cefalea más"

Conclusiones

Este caso nos generó disconformidad por tener que recurrir a la medicina privada, aunque, el poder llegar a tiempo al diagnóstico nos hizo sentirnos orgullosos, por haberle aportado a nuestra paciente la confianza necesaria que la verdadera relación médico-paciente implica, y hemos logrado mejorar su pronóstico clínico.

Palabras clave

Cefalea, Adenoma Hipofisario.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Astenia y cardiopatías: podría ser una endocarditisFlores Soler, O¹, Ruiz Salcedo, S², Damián García, R³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba**Ámbito del caso**

Medicina Rural.

Motivos de consulta

Astenia, disnea y fiebre.

Historia clínica

Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Insuficiencia aórtica severa con sustitución valvular aórtica con colocación de válvula biológica en 2006 y posterior implante de TAVI en 2020 por degeneración valvular protésica. Angina de Esfuerzo. No refiere antecedente de infecciones, exploraciones invasivas ni Cirugía en los meses previos

Varón de 76 años, mudado desde Madrid hace 2 meses, astenia de 15 días de evolución y disnea de esfuerzo que llega a ortopnea de 1 almohada, nódulos en dedos de las manos, edematización progresiva de MMII y dolor torácico que mejora tras toma de cafinitrina sublingual. Acude a su médico de familia para valoración inicial, el cual solicita informes clínicos en vista de ausencia de datos clínicos previos, indicándose ajuste del tratamiento y visitas programadas, presentando fiebre y empeoramiento de la disnea, realizándose valoración en domicilio que demuestra insuficiencia respiratoria y hallazgos electrocardiográficos de IAMSEST anterolateral, diciéndose traslado asistido a urgencias hospitalarias para estudio, en las cuales destacan: anemia microcítica, Leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados, ProBNP>35000 y Troponinas 2173, Ecocardiograma Disfunción severa VI e hipocinesia anteroseptal

Enfoque individual

Realizado.

Enfoque familiar y comunitario. Integral

Juicio clínico: insuficiencia cardíaca descompensada por sospecha de Endocarditis Infecciosa (EI). IAMSEST.

Diagnóstico diferencial: neumonía, tromboembolismo pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación. Se inicia antibioterapia empírica y en hemocultivos se aísla *Streptococcus gallolyticus* (bovis) sensible a ceftriaxona. No lesiones valvulares en pruebas de imagen salvo en PET-TAC de cuerpo entero: hipermetabolismo parcheado en TAVI sospechoso de proceso infeccioso agudo. TAC Abdomen infartos esplénicos por embolismos sépticos. Se programa colonoscopia con resultado normal.

Evolución. Evolución espectacular tras inicio de antibioterapia empírica e intravenoso posteriormente dirigida por antibiograma.

Conclusiones

El diagnóstico de la EI está basado en la sospecha clínica y datos microbiológicos consistentes de EI y hallazgos que documenten lesiones cardíacas sugerente de EI en pruebas de imagen, sobre todo en pacientes con factores de riesgo para EI (como en nuestro caso) La realización de una buena historia clínica, programación de visitas y visita en domicilio ha sido clave en el abordaje inicial y posterior identificación de datos de alarma para su oportuna derivación y tratamiento.

Palabras clave

Endocarditis Infecciosa, Insuficiencia Cardíaca, Infarto Agudo al Miocardio.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES ORALES
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE FAMILIA

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

Atención sanitaria de mujeres inmigrantes de un centro de acogida

Recio Ramírez, José M¹, Sánchez Sánchez, MP², Romero Carrillo, S³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montilla. Córdoba

² Enfermera de Familia. CS Sector Sur. Córdoba

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montilla. Córdoba

Objetivos

Conseguir una Atención sanitaria lo más ágil y resolutoria a esta población vulnerable.

Descripción

- 1.- (Administración) Las mujeres se asignan todas a un mismo médico de familia.
- 2.- (Asistencial). se citan para una primera consulta, en donde se hace una valoración general de Salud y se solicitan pruebas complementarias (cribado de población Inmigrante): analítica general con serología viral, treponema. Realización de Mantoux.
- 3.- Si existe Mutilación genital, se valora por el médico de familia y la matrona, y si es necesario se procede a derivación a la unidad de Ginecología (se ha establecido un procedimiento de derivación Preferente de estas mujeres).
- 4.- Si se detecta alguna patología que precise de atención hospitalaria, se realiza derivación (Enfermedades infecciosas, Digestivo, Traumatología, Hematología, etc.).
- 5.- Si en Mantoux es positivo, se valora la clínica y se realiza radiografía de tórax (realizándose interconsulta telefónica con la unidad de Neumología).
- 6.- Se realiza vacunación si es necesario.
- 7.- Se realiza Informe de Atención Sanitaria adjuntando pruebas complementarias al alta de

la paciente por traslado de la misma a otra comunidad o país extranjero.

Para conseguirlo, es precisa una comunicación continua con el Centro de Acogida (Teléfono y whatsapp), así como con las mujeres inmigrantes (uso de intérpretes). En tiempo es fundamental, ya que la mayoría de estas mujeres suele estar en el Centro un máximo de 4-6 semanas.

Conclusiones

Este grupo vulnerable debe tener una fácil accesibilidad al sistema sanitario (Atención Primaria), para recibir una asistencia sanitaria de prevención y detección de posibles enfermedades. Debe ser una atención cercana, confiable y segura para el paciente. Se evita el uso de los servicios de Urgencias Hospitalarios.

Aplicabilidad

Este modelo es aplicable a todos los centros de Salud y Áreas de Salud de la Comunidad Andaluza que atiendan población inmigrante en Centros de Acogida.

Palabras clave

Atención Primaria, Asistencia Sanitaria, Inmigración.

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

Cambios en la salud mental en personas con problemas de fertilidad

Bartolome Hedo, P

Directora de la formación universitaria en fertilidad integrativa. Creando Nuevas Vidas. Madrid

Objetivos

Mostrar la incidencia de los procesos mentales y emocionales, especialmente en mujeres, a la hora de lograr un embarazo y que llegue a término.

Descripción

La experiencia se ha repetido con 500 mujeres (incluida la propia), entre 33 y 46 años, que llevaban entre 1 y 10 años con problemas de fertilidad diagnosticados, tanto por causas físicas como de origen desconocido, que ya tenían problemas de Salud mental y emocional previos o que han surgido durante el proceso de búsqueda y fracaso.

Preguntarles cómo se encuentran emocionalmente al plantearse la búsqueda de un hijo que tarda en llegar, cómo es su relación sexual y de pareja, si han tenido abortos, voluntarios o involuntarios, cómo fue su propio nacimiento y gestación, qué antecedentes tienen en su familia respecto a la fertilidad, además de ver cuáles son sus pensamientos repetitivos sobre el proceso, la anticipación negativa, la dificultad, las consecuencias vitales si no lo logran, etc. Es precisamente esta actitud la que

aumenta la sensación de incapacidad y desesperación en ellas, lo que tiene una incidencia directa en su sistema inmunológico, su respuesta ovárica y uterina, y otros factores fisiológicos que se desencadenan. Esto produce un bloqueo de su función reproductora que tiene origen en sus pensamientos y sus emociones, conscientes e inconscientes.

Conclusiones

Formular una serie de preguntas concretas, hará tener en cuenta otros aspectos mentales y emocionales en la persona que busca un embarazo, aumentará la tasa de éxito en los tratamientos y mejorará la Salud integral de la mujer y la pareja.

Aplicabilidad

Tener este aspecto en cuenta en las pacientes que buscan concebir un hijo y que acuden a su médico de familia en busca de diagnóstico y soluciones, darles las recomendaciones necesarias y explorar su estado de Salud mental, además de las pruebas físicas correspondientes.

Palabras clave

Fertilidad, Maternidad, Embarazo.

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

El trabajo en equipo puede mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes anticoagulados

Gámez Navarro, M¹, Mateos Gómez, AM¹, Moguer Galán, MC², Espinal Sánchez, M²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Objetivos

Mejorar la atención al paciente anticoagulado.
Optimizar la eficiencia del tratamiento anticoagulante.
Promover la colaboración entre diferentes profesionales de Atención Primaria (AP).

Descripción

Durante la pandemia-SARS-Cov-2, la limitación de acceso para control de Relación Normalizada Internacional (INR) en paciente anticoagulados con antivitaminas-K (AntiVitK) permitió iniciar Nuevos Anticoagulantes Orales (NACO) en pacientes con Fibrilación-Auricular (FA) por dicho motivo, mejorando la eficiencia del nuevo tratamiento anticoagulante y calidad de vida de los pacientes, evitando controles de INR.

Tras la pandemia, en nuestro CS, médicos de AP coordinados con enfermería nos planteamos un circuito asistencial para promover una captación de pacientes con AntiVitK que pudieran cumplir criterios de financiación NACO, mejorando la atención global.

Desde la consulta de control-INR, enfermería realiza screening de pacientes con FA con Tiempo en Rango Terapéutico disminuido (TRT < 65%) y hayan realizado tratamiento con AntiVitK durante > 6 meses.

Posteriormente, se desarrolla una coordinación entre diferentes profesionales dividiendo tareas:
Primera consulta: enfermería explica la posibilidad de modificación a NACO, registra

peso y solicita analítica para valoración de función renal/hepática.

Segunda visita, médicos de AP confirman diagnóstico de FA-no valvular sin estenosis mitral moderada-severa, calcula CHA₂DS₂-VASc/HAS-BLED, revisa analítica, función renal/hepática que contraindique NACO y revisa tratamiento que pudiera producir interacciones (FAEs, micóticos). Tras ello, realiza elección individualiza de NACO y explica cómo realizar el cambio de AntiVitK a NACO en siguiente consulta de control INR, no precisando de más controles posteriormente.

Conclusiones

Gracias a la colaboración de diferentes miembros de AP se realiza una captación de pacientes con antiVitK con mal control, realizándose modificación a NACO y mejorando la situación del paciente.

Aplicabilidad

Se debe impulsar las competencias de los profesionales que conforman los equipos de AP para crear circuitos asistenciales que favorezcan la efectividad de los tratamientos anticoagulantes y calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave

Anticoagulante, INR-Relación Normalizada Internacional, Fibrilación Atrial.

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

Escuchando a la comunidad surgen mejoras de salud

Díaz Crespo, E¹, Sánchez Pérez, C²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barriada de los Ángeles. Córdoba

² Enfermera de Familia. Consultorio Barriada de los Ángeles. Córdoba

Objetivos

Mejorar el autoconocimiento sobre sexualidad y menopausia en las mujeres de la Barriada del Ángel.

Disminuir el uso de antibióticos para infección urinaria.

Disminuir el uso de antifúngicos.

Mejorar la Salud auto percibida especialmente la Salud sexual.

Descripción

El equipo ha objetivado una queja frecuente de prurito genital, molestias tipo escozor durante los últimos meses. En algunas ocasiones llevaban a la automedicación con antibióticos que tenían las pacientes en casa o uso de cremas antifúngicas pensando que tenían patología infecciosa de la vía genitourinaria. La mayoría de los casos aparecían en mujeres entre 50-65 años.

Tras objetivar pruebas complementarias negativas en la consulta, las pacientes sentían malestar al no dar respuesta a su problema. Tras explorar genitales objetivábamos en muchas mujeres signos de atrofia vaginal en distintos grados

Conversando con varias pacientes llegamos a la conclusión que podría ser interesante tener un momento para compartir tanto formativo como experiencial por parte de las vecinas de cómo

abordar la menopausia y los problemas relacionados

Se propuso realizar un taller-coloquio para abordar qué implica la menopausia desde una perspectiva no patologizadora, mejorando el autoconocimiento y explicando los síntomas y signos que pueden aparecer para generar más confianza

Conclusiones

La mayoría de mujeres refieren encontrarse mejor con respecto a la sintomatología de prurito genital y han mejorado la calidad de sus relaciones sexuales.

En muchas ocasiones los profesionales elegimos los temas que la población necesita escuchar. Esta formación vertical, sin tener en cuenta las necesidades e inquietudes reales de la población puede reducir la participación y la escucha activa por parte de los pacientes y por tanto la adherencia a las medidas no farmacológicas/farmacológicas que proponemos.

Aplicabilidad

Es importante que la comunidad proponga los temas a trabajar para realizar intervenciones comunitarias que cuenten con la población.

Palabras clave

Redes Comunitarias, Participación de la Comunidad.

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

Descubriendo a la población gitana

Sánchez Cañete, EM

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba

Objetivos

El objetivo inicial fue hacer una investigación cualitativa con la hipótesis de que una intervención específica en Salud emocional en población gitana mejoraría la percepción que tiene esta comunidad de la Salud. Pero la experiencia fue totalmente contraria, nuestro objetivo en esta experiencia ha sido conocer a nuestra comunidad. Valorar sus vivencias, evaluar su sentido de enfermedad, interrelacionarnos con su cultura y tomar conciencia de su realidad histórica que condiciona su modo de relacionarse con la Salud, la enfermedad y el propio sistema de Salud.

Descripción

Los profesionales de nuestro centro se han formado en habilidades de comunicación con comunidad que tienen determinantes especiales de Salud.

Se ha pedido colaboración a mercado del barrio para que colaborara en facilitar incentivos a la

población que pudo acudir a nuestro centro a realizar talleres de Salud emocional. De este modo se ha podido facilitar ayudas a modo de cestas de alimentación Saludable a familias que han pasado por una etapa postpandemia delicada.

Conclusiones

La percepción de Salud de nuestra comunidad gitana es buena porque tienen una relación especial con el sistema de Salud debido a los determinantes que se dan en su comunidad. La clave del abordaje en esta comunidad es conocerla y acercarla al sistema de Salud.

Aplicabilidad

La idea es que lo que esas familias vivieron en nuestro centro pudieron hacerlo extensible a su propio pueblo a través de sus reuniones familiares y culto.

Palabras clave

Salud emocional, Romani. Prevención.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES ORALES
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE RESIDENTE

EXPERIENCIAS MÉDICO RESIDENTE

Ojo de agua: la experiencia rural en "los barrios altos " una región montañosa de la Patagonia argentina

Darwish Mateos, S

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

Objetivos

Conocer el funcionamiento de un sistema sanitario diferente.

Abordar los problemas de Salud derivados de situaciones de pobreza y problemática social.

Acercar la asistencia sanitaria y servicios sociales a la población en riesgo de exclusión.

Identificar las necesidades y problemas de Salud de una comunidad.

Promover redes de trabajo entre entidades locales y centros de Salud.

Desarrollar programas de medicina comunitaria con actividades dirigidas a la promoción y prevención de la Salud con la participación de la comunidad.

Descripción

Esta experiencia trata de mostrar las posibilidades formativas tras realizar una rotación externa en una región montañosa de Argentina. Descubrir un sistema de Salud distinto que trata de gestionar los recursos en base a un contexto social diverso donde, pueden concentrarse pequeños grupos en riesgo de exclusión social, frente a la amplia mayoría de población occidentalizada que vive Argentina. En estos barrios además de la herencia de pueblos originarios, viven y se atiende a poblaciones que afrontan dificultades laborales y de vivienda extrema, lo que condiciona unos

determinantes de Salud que ponen en riesgo la calidad de vida, aumentan el riesgo suicidio y hacen que con frecuencia afronten más enfermedad y en peores condiciones.

Conclusiones

Una experiencia que aporta visión integral e integradora de la medicina más rural, en un entorno de montaña con amplia dispersión, en época invernal, con las dificultades de acceso al centro y domicilios que ello conlleva, en un sistema que prioriza la atención primaria a estas personas.

Aplicabilidad

Identificación de recursos disponibles, coordinando con los diferentes equipos para la gestión proyectos (censos, comedores,ect). Atención pediátrica y promoción de hábitos saludables con ES en colegios. Salud anticonceptiva (Implantes, DIUs) control del embarazo. Abordaje de situaciones complejas: alcoholismo, violencia de género hacinamiento. Trabajo con personas en riesgo de exclusión social: captación, enfoque bio-psico-social, prevención y promoción.

Palabras clave

Medicina rural, Anti-concepción, Educación en Salud.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES ORALES
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
MÉDICO DE RESIDENTE**

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

Impacto de la revisión del tratamiento antidiabético en pacientes de 80 años o más en tratamiento con insulina y/o un antidiabético oral secretagogo y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos en un centro de salud

Díaz Amorín, AM¹, Granada Ortiz, I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Objetivos

El objetivo principal es describir el impacto que conlleva la revisión de la medicación en términos de deprescripción. Nuestros objetivos específicos serán describir el tratamiento antidiabético inicial, el grado de fragilidad, el grado de deprescripción, el número de medicamentos implicados, la necesidad de reintroducción de tratamiento y sus causas; y describir las cifras de Hb1Ac a los 4 meses.

Material y métodos

El diseño del estudio será observacional, sin grupo control y conlleva la evaluación de una intervención mediante la comparación de las variables de resultados entre el periodo antes-después de la intervención.

Criterios de inclusión: pacientes de 80 años o más, frágiles, diabéticos tipo 2, con prescripción de insulina y/o un antidiabético oral secretagogo y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos, del centro de salud.

Criterios de exclusión: diabéticos tipo 1.

Definiremos nuestras variables en: variable principal: deprescripción del fármaco y HbA1C a los 4 meses. Variables secundarias: glucemia basal, número de contactos asistenciales, complicaciones tras la deprescripción y prescripción nuevamente del fármaco. Variables de control: edad, género, índice de fragilidad, lugar de residencia, cuidadora.

Tamaño muestral: 124 individuos, siendo esta suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional del 20%.

Análisis estadístico: análisis descriptivo de las variables principales, secundarias y de control, expresado como media y desviación estándar las variables continuas y como proporción e IC 95% para variables cualitativas. Para la comparación antes-después de variables continuas, la prueba de t de Student para medidas repetidas; en el caso de variables categóricas, la prueba de McNemar.

Análisis de subgrupos: análisis estratificado en función del género y lugar de domicilio.

Podemos encontrar estas limitaciones: validez externa del estudio: podría ser limitada ya que nuestra población procede de un único centro sanitario. No obstante, dada la amplia población a la que atiende nuestro centro (31.594 pacientes) la muestra sería representativa de una urbe como Sevilla. Pérdidas: para compensar estas se ha incrementado la muestra necesaria en un 10%. Riesgo de sesgo de información: solicitaremos en la entrevista con el paciente o cuidador nos aporte la información relacionada con los contactos asistenciales en la sanidad privada. Riesgo de inequidad por dificultad de acceso o por existencia de una patología que impida la comunicación o toma de decisiones: podríamos acudir al domicilio acompañadas de una enfermera para la obtención de la muestra y, además, se contemplará la posibilidad de que el cuidador principal nos proporcione en una entrevista, telefónica o presencial, la información.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Nuestra propuesta es aplicable actualmente en el contexto del SSPA ya que se trata de una recomendación o criterio de buena práctica que se estableció para su desarrollo a lo largo del año 2022 por lo que podemos empezar a valorar desde este momento el impacto.

Aspectos ético-legales

Se solicitará autorización al Comité de ética de Investigación de Hospitales de Sevilla. A los pacientes seleccionados (o responsable legal) se les requerirá consentimiento informado verbal, vía telefónica, en una primera fase; y este se ratificará por escrito en alguno de los contactos asistenciales durante el estudio.

Financiación

No precisa financiación.

Palabras clave

Hypoglycemic Agents, Insulin, Primary Care.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

Valoración del perfil del adolescente y adulto joven en tratamiento farmacológico por TDAH

Mengíbar Cabrerizo, P¹, Martos Martín, C¹, Castro Acosta, S¹, Darwish Mateos, S², Rodríguez Castilla, F³, Pérez Milena, A²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

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

Objetivos

General: describir el perfil del paciente adolescente y adulto joven en tratamiento farmacológico para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Específicos: cuantificar el porcentaje que usan tratamiento farmacológico, valorar la influencia de la edad y el sexo, determinar los principios activos empleados, conocer el ámbito asistencial donde se realiza el diagnóstico y el tratamiento, y comprobar el consumo concomitante de sustancias tóxicas.

Material y métodos

Diseño transversal descriptivo mediante auditoría de historias clínicas. Se incluirán todos los pacientes de 14 a 30 años de edad, diagnosticados de TDAH y en tratamiento farmacológico con metilfenidato, lisdexanfetamina y/o atomoxetina de 7 zonas básicas de salud urbanas. Se excluirán quienes tengan una enfermedad mental grave o enfermedad neurológica incapacitante. Se estima un tamaño muestral de 210 sujetos (nivel de confianza 95%, precisión 5%, prevalencia 30%, pérdidas 5%). Se obtendrá un listado de pacientes con diagnóstico de TDAH, diferenciando los casos con predominio de déficit de atención (F98.8), con predominio de conducta Hiperactiva-Impulsiva (F90.0) y combinado (F90.0)

Las variables a recoger serán: fármaco empleado (principio activo, posología, duración, especialidad del facultativo prescriptor, cambios de principio activo o posología en el último año, anteriores tratamientos), datos del paciente (edad, sexo, antecedentes personales, consumo de sustancias tóxicas) y atención médica (frecuentación sanitaria en el último año, ingresos hospitalarios, atención urgente). Se recogerán los datos mediante auditorías de historias clínicas y entrevista telefónica.

Análisis estadístico: comprobación de Normalidad y homocedasticidad; análisis descriptivo mediante medias y medianas con desviación típica, y proporciones con intervalos de confianza; análisis bivariante (ANOVA de 1

vía y el test Ji²) y multivariante mediante regresión logística con pasos hacia atrás (de Wald) valorando como variable dependiente el sexo, utilizando el test de Hosmer-Lemeshow para ajustar el modelo final

Limitaciones: puede existir un sesgo de selección (negativa del paciente a participar en el estudio) y de información (falta de datos en las historias clínicas).

Aplicabilidad de los resultados esperados

Los resultados pueden permitir mejorar la calidad de la atención en estos pacientes y el manejo del tratamiento farmacológico, así como conocer el perfil clínico TDAH en esta edad para mejorar el diagnóstico. De igual forma ofrecerá diferentes variables en relación con la necesidad de tomar medicación para el TDAH que pueden servir como signos de alerta para el médico de familia tenga mayor sensibilidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad en la población adolescente y adulta, como puede ser el caso de sustancias tóxicas y drogas. Permitirá una línea de investigación sobre el TDAH en adolescentes y adultos jóvenes, con una visión holística sobre la influencia en relaciones sociales, ambiente laboral y función familiar.

Aspectos ético-legales

Adecuación a las indicaciones del informe Belmont y la Declaración de Helsinki y a la Ley de Autonomía del paciente 41/2002. Autorización del Comité de Ética de la Investigación. Entrega de hoja de información y firma de consentimiento informado. Protección de datos personales según la LO 3/2018, de 5 de diciembre, utilizando una base de datos seudonimizadas y no reidentificables. Uso de clave médica personal para acceso a la historia clínica.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Medication Therapy Management, Adolescent, Young Adult.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

Estudio cuasiexperimental multicéntrico para evaluar la eficacia del ejercicio dirigido y citisina en abstinencia tabáquica a los 12 meses: questedict

Ruiz Salcedo, S¹, Ranchal Sánchez, A², Contreras Aranda, R³, Megías Rodríguez, Y¹

¹ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² Profesor Facultad Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

Objetivos

Evaluar la eficacia del efecto sinérgico que tiene la combinación de ejercicio físico dirigido y la citisina en el abandono del hábito tabáquico, frente a placebo y a ejercicio no dirigido.

Comparar la eficacia de la citisina frente a placebo.

Comparar la eficacia del ejercicio dirigido frente a ejercicio no dirigido.

Material y métodos

Diseño: estudio cuasi-experimental, aleatorización estratificada, cuatro brazos paralelos, multicéntrico.

Ámbito: Centros de Salud del Distrito Sanitario de una ciudad andaluza.

Criterios de inclusión: edad 17- 71 años, 10 o más cigarrillos diarios, dependencia alta a la nicotina (Test de Fagerström= 7), motivación para dejar de fumar (Test de Richmond), intento previo de cesación en el último año, cobertura por el SAS que permita registro en Diraya.

Tamaño muestral: para una hipótesis de superioridad, un delta del 2%, un error beta de 0,2, un error alfa de 0,05 y posible proporción de abandono del 10%, se han calculado 48 sujetos por brazo, es decir, 192 sujetos en total.

Muestreo: La asignación aleatoria se aplicará a la intervención de ejercicio y se realizará de manera estratificada para cada rama de tratamiento o no con citisina.

Intervención: se compararán 4 grupos (citisina + ejercicio controlado, citisina + ejercicio no controlado, no citisina + ejercicio controlado, no citisina + ejercicio no controlado). El fármaco será prescrito por especialistas de Medicina Familiar y el ejercicio físico controlado por especialistas de Ciencias del Deporte, siendo evaluado mediante el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS publicado por el SAS. Se evaluará el abandono del hábito

tabáquico fundamentalmente, así como la dependencia física, psicológica y eventos adversos de la medicación a los 3, 6 y 12 meses, con un total de 5 visitas (entre presenciales y telefónicas).

Análisis: para el objetivo principal se utilizará el Test de Fisher para el análisis bivariante, aunque también se hará un análisis multivariante mediante regresión logística para la variable independiente principal (abandono tabáquico). Para cuantitativas se empleará el test de Kruskal-Wallis.

Aplicabilidad de los resultados esperados

La propuesta es aplicable en el contexto actual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), dado que puede desarrollarse en el ámbito de la atención primaria. Los centros de Salud son los más adecuados para tratar el tabaquismo, por ser el primer nivel de acceso de las personas fumadoras y por la continuidad durante su proceso de abstinencia. Sería también una oportunidad para introducir otras variables (inactividad física y prescripción de ejercicio físico controlado). El estudio contempla el uso de un fármaco que ha sido financiado desde febrero de 2023 por el Sistema Nacional de Salud. Actualmente, el SSPA cuenta con un Plan Integral frente al Tabaquismo, el PITA, implantado desde hace años y con amplia experiencia en el abordaje de esta dependencia.

Aspectos ético-legales

Principios éticos de Declaración de Helsinki, Normas de Buena Práctica Clínica ICH. Pendiente de aprobación por el Comité de Investigación.

Financiación

Pendiente de financiación.

Palabras clave

Tabaco, Ejercicio Físico, Reducción del Consumo de Tabaco.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA MÉDICO DE FAMILIA**

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

La interacción médico-paciente durante la entrevista clínica a la persona con trastorno mental grave

Pérez Milena, A¹, Ramos Ruiz, JA², Rodríguez Bayón, A³, Zafra Ramírez, N⁴, Ruiz Díaz, B⁵

¹ Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. AGS Norte-nordeste de Jaén

² Técnico de Salud Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. AGS Norte-nordeste de Jaén

³ Jefa de estudios Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. AGS Norte-nordeste de Jaén

⁴ Técnica de Salud Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria. DS Jaén-Jaén Sur

⁵ Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud

Objetivo

Explorar las expectativas y experiencias de los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) en torno a la interacción con sus médicos de familia durante la entrevista clínica.

Pacientes y métodos

Entrevistas presenciales individuales utilizando la metodología del Enfoque Marco. Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a pacientes con Trastorno Mental Grave. Duración de 19 ± 7.2 minutos. La información se grabó en audio y se transcribió literalmente. Análisis del discurso, obteniendo una codificación en categorías mediante triangulación.

Resultados

- La capacidad de los médicos de familia para utilizar un lenguaje coloquial y adaptado a cada persona se percibió como determinante de la calidad de la atención brindada.
- Una actitud empática, baja reactividad y una gestión eficiente del tiempo fueron las HC más valoradas.
- La continuidad de la atención, definida por una baja rotación de los médicos de familia,

determinó la calidad percibida por quienes requirieron atención.

- Los pacientes con TMG demandan una atención centrada en las preferencias y opiniones del que padece por encima de la atención centrada en el experto.

Conclusión

- El estilo de entrevista clínica “centrado en la persona” es el más valorado por los pacientes con TMG. Más de la mitad de los médicos de familia que los atienden, utilizan esta técnica durante sus encuentros.
- Este estilo se asocia con un mayor reporte de la calidad percibida en la atención prestada y mayores tasas de satisfacción y adherencia al tratamiento en los pacientes con TMG.
- Los temas que emergen de este estudio sugieren que las personas que sufren de TMG requieren un enfoque inclusivo, colaborativo y personalizado en la atención que reciben de sus médicos de familia.

Palabras clave

Trastorno Mental Grave, Entrevista Clínica, Comunicación.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA MÉDICO DE RESIDENTE**

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Actitudes y vivencias de violencia de género en adolescentes y su relación con la función familiar y el apoyo social

Darwish Mateos, S¹, Bohórquez Ríos, J², Martín Caño, S³, Becerra Almazán, MA⁴, Pérez Milena, A⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

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

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivo

Conocer las vivencias y actitudes sobre la violencia de género en adolescentes y su relación con la percepción de la función familiar y del apoyo social.

Pacientes y métodos

Diseño cualitativo. Videograbación de entrevistas grupales (grupos de discusión) (6-8 adolescentes, 12-18 años, 50 minutos, curso escolar 2022/23).

Muestreo intencional de adolescentes de un instituto urbano.

Criterio de homogeneidad: nivel educativo.

Criterio de heterogeneidad: sexo/tener pareja.

Análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

Resultados

48 adolescentes en 6 grupos, 54% mujeres.

1-Definición/importancia: entendido como maltrato en la relación de pareja (discutiendo la gravedad si es física o psíquica). Muy frecuente en adultos, en jóvenes predominan actitudes machistas que fomentan desigualdad y relaciones tóxicas, generando dependencia en la mujer.

2-Motivos: celos, necesidad de control, personalidad sumisa o con poca voluntad.

3-Apoyo familiar: los padres/madres pueden normalizar la violencia cuando tienen mala relación o no se preocupan por los hijos. La confianza y comunicación con los progenitores favorecen relaciones de pareja más sanas, siendo apoyo esencial en casos de violencia.

4-Apoyo social: las amistades podrían ayudar, pero en general la mujer no quiere intromisiones en su pareja o resta importancia al problema o genera silencio. Las redes sociales fomentan el machismo favoreciendo comentarios machistas y cosificando a la mujer.

5-Soluciones: deben surgir de los propios jóvenes con respeto y límites en la relación. Las charlas en institutos o los medios de comunicación son poco valorados.

Conclusión

La visión de los adolescentes se centra en sus propias fuerzas y valores para establecer relaciones de pareja sin violencia. Aprecian una constante presencia de actitudes machistas, pero con escasa percepción de maltrato a la mujer. La familia constituye el mejor ámbito para intervenir a través de una educación vivencial, mientras que las redes sociales fomentan la cosificación de la mujer.

Palabras clave

Gender-Based Violence, Adolescent, Qualitative Research.

29^o



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba

Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre 2023

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA**

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Utilización de los recursos sanitarios de atención primaria de la población síndrome de Down de Andalucía

Morera Perez, P¹, Tornero Patricio, S², Rodríguez Gómez, S³, Lafuente Robles, N³, Mesa Gallardo, I¹, Fernández Delgado, C⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

² Pediatra. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

³ Enfermera. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

⁴ Rehabilitadora. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Objetivo

Analizar la utilización de los servicios sanitarios de la población Síndrome de Down (SD) en Andalucía para alcanzar un modelo de gestión óptimo para los pacientes SD.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Se realizó la extracción de los datos de los pacientes SD activos en la Base de Datos Poblacional (BDU) del SAS del año 2022. Se utilizaron medidas de dispersión la media con valores absolutos y relativos, la prevalencia como indicador estadístico y la frecuentación como indicador de actividad asistencial.

Resultados

Durante el año 2022, 6.851 pacientes que reciben cobertura sanitaria fueron personas SD. Prevalencia (P) = 0,00086. No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Se realizaron 309 procedimientos de Cirugía mayor ambulatoria en 295 pacientes, el más frecuente fue la Intervención sobre los dientes con 53 procedimientos, el 17,15%. Se realizaron 89.836 consultas de Atención Primaria (AP), Frecuentación = 13,11 consultas

por paciente SD, de ellas 40.113 fueron realizadas por un profesional de enfermería, el 44,65%, 38.004 por un especialista de medicina de familia, el 42,30% y 8.747 fueron realizadas por un profesional especialista en pediatría, el 9,74%. Las derivaciones a la especialidad más frecuente fueron a pediatría con 3.714 consultas, 17,06%. Se realizaron un total de 2.543 consultas en los Servicios de Urgencias de AP (SUAP). Frecuentación (F) población SD = 0,37 vs Frecuentación población general=0,78.

Conclusión

6.851 usuarios fueron personas SD. No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Las consultas de AP fueron 4,1 veces superior a las consultas de AH lo que refleja la importante labor de los equipos básicos de AP (EBAP) en la atención a la población SD. Las derivaciones más frecuentes se realizaron a la especialidad de pediatría. La frecuentación de los SUAP de la población SD fue inferior a la población general.

Palabras clave

Síndrome de Down, Utilización de Servicios de Salud.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Unidad de continuidad asistencial (UCA). Una nueva ayuda a nuestros pacientes crónicos

Palacios Simón, A

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Atención Continuada. Hospital Antequera (Málaga)

Objetivo

Demostrar que nuevas alternativas de abordaje al paciente crónico desde atención primaria en coordinación con la asistencia hospitalaria de forma precoz y programada permiten una menor morbimortalidad de nuestros pacientes incluyendo la disminución de derivaciones a urgencias.

Material y métodos

Se realiza una recogida de datos de los pacientes atendidos a UCA en los que se recogen como variables, edad, sexo, EPADI, número de visitas a UCA, motivo de derivación, si han ingresado o no posteriormente en el hospital (incluyendo urgencias), si el motivo de ingreso tiene relación con su patología crónica y número de exitus.

Resultados

Se han realizado 173 consultas (98 primeras y 75 revisiones), media de edad de 73,8 (62,20% >70 años) EPADI medio de 4-6.

Motivos de consulta 30% ICC, 60% Ferroterapias y 10% otros motivos (paracentesis, Antibioticoterapia, actos únicos.) 4,08% de ingresos en planta o en urgencias, todos por otras causas distintas a su patología crónica. 3 Exitus de pacientes atendidos.

Conclusión

Nuevas alternativas de abordaje permiten una mejor atención integral del paciente crónico, en un entorno más "amable", en el que se demuestra una disminución de derivaciones al área de urgencias y consecuentemente menos ingresos hospitalarios, siempre en coordinación con su equipo de atención primaria.

Palabras clave

Cronicidad, Continuidad Asistencial, Nuevas Estrategias.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Evaluación neuropsicológica en adultos mayores

Sierra Ayala, I

Coordinadora de enseñanza de Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina y Hospital Universitario

Objetivo

Conocer las características de la población que se realiza una evaluación neuropsicológica.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Revisión de quinientos setenta expedientes de pacientes adultos mayores de 60 años de una población mexicana del año 2012-2022; quinientos veintisiete cumplieron los criterios de inclusión. Se recogieron los datos sociodemográficos, presencia de comorbilidades, el motivo de estudio, tiempo de evolución y sus resultados. Se utilizaron estadísticas descriptivas para determinar frecuencia y porcentaje; Se consideró una significancia de $p < 0.05$, como estadísticamente significativos.

Resultados

La edad promedio de 77.26 años, en su mayoría del género femenino 66.8% (352), estado civil viudas 44.2% (233), de escolaridad primaria completa 32.6% (172), ocupación el hogar 56.5% (298), con presencia de comorbilidades 82% (432).

Los motivos de estudio fueron alteraciones multidominio (memoria, lenguaje y orientación)

75.1% (396). El diagnóstico final de la evaluación neuropsicológica en un 23.9% (126) fue normal y en un 59.65% (360) fue síndrome demencial. Al correlacionar depresión y diagnóstico final se encontró depresión en 39.3% (24) que no tenían demencia y 11.5% (7) en deterioro cognoscitivo leve y en el 49.2 % de los pacientes con demencia. En relación al tiempo de evolución y diagnóstico final en el síndrome demencial grave presentan síntomas de más de 3 años 53.3% (49).

Conclusión

Cerca de 6 de cada 10 pacientes explorados presentaban ya un Síndrome Demencial al momento de la valoración. Las alteraciones multidominio (Memoria, lenguaje y orientación), seguidas de las fallas en la memoria constituyen el principal motivo de la solicitud de la evaluación neuropsicológica. Los familiares reportan alrededor de más de 3 años con la presencia de sintomatología, al momento de su revisión. Se encontró la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico final de normalidad en la evaluación neuropsicológica.

Palabras clave

Evaluación, Neuropsicología, Demencia.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE**

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Impacto de la pandemia de la covid-19 sobre el control de la Diabetes Mellitus. Revisión sistemática

Aguilera Ortiz, CR¹, Cabrera Rodríguez, CA², Jiménez Mejías, E³, Martínez Núñez, P⁴, Parra Madrid, L⁴, Cabrera Galbis, MÁ⁵

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

³ Profesor asociado. Universidad de Granada. Granada

⁴ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

⁵ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Objetivo

Evaluar el impacto de las restricciones sociales derivadas de la pandemia por Covid-19 en el control glucémico de los pacientes diabéticos.

Material y métodos

La realización de este estudio se realizó de acuerdo a la guía PRISMA. La selección de los mismos se basa en la estrategia PICOS, a partir de la cual se realizaron los criterios de inclusión y exclusión. Entre los que destacan: estudios con pacientes diabéticos tipo 1 y 2 que no hubiesen padecido la infección durante el confinamiento; para la selección era necesario que se compararan los parámetros (hemoglobina glicosilada, tiempo en rango glucémico, ...) antes y después del mismo. Para la búsqueda de los estudios se utilizaron Mendeley y Scopus. Las limitaciones que encontramos en la realización de esta revisión, que favorecen los sesgos podrían ser: el carácter observacional, el pequeño tamaño muestral y los estrictos criterios de inclusión de los estudios seleccionados.

Resultados

En situaciones extremas en las que se restringe la movilidad de los pacientes diabéticos se

produce un empeoramiento generalizado de su control glucémico, sin embargo, esto no ocurre en el periodo de confinamiento derivado del covid-19, debido a la existencia de factores que influyen tanto positiva como negativamente en el control de la diabetes y que aparecen como consecuencia del mismo. A este hecho, hay que sumarle la diferencia de perfil clínico de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2, que podría influir en las diferencias observadas en el control glucémico de ambos grupos, existiendo una mejora en los primeros, mientras que en los segundos se observan unos resultados heterogéneos.

Conclusión

Los estudios realizados en pacientes con DM1 parecen ir enfocados a una mejora del control glucémico de los mismos. Sin embargo, existe una mayor controversia en los realizados en sujetos con DM2, quizás por la mayor heterogeneidad y complejidad clínica de dichos pacientes.

Palabras clave

COVID-19, Diabetes Mellitus, Glycemic Control.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Características y capacidad de resolución de la atención médica telefónica en Atención Primaria

Rodríguez Castilla, F², Prieto Gálvez, JL², Darwish Mateos, S¹, Mengibar Cabrerizo, P², Ladero Pascual, M¹, Pérez Millena, A¹

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivo

Valorar características de consulta telefónica y su capacidad resolutoria en Atención Primaria.

Material y métodos

Diseño descriptivo. Centro de salud urbano, participando médicos de familia y residentes.

Muestreo sistemático (mayo-julio 2023) pacientes =14 años, excluyendo enfermedad mental/demencia grave o llamadas incompletas. Recogida de datos durante acto médico.

Variable principal: consulta telefónica finalista (no precisa contacto médico posterior). Otras variables personales (edad, sexo, antecedentes personales, frecuentación sanitaria) y características de consulta telefónica (duración, motivo de consulta, facultativo asignado). Consentimiento informado. Análisis descriptivo y multivariante (regresión logística).

Resultados

288 pacientes. 66% mujeres, edad media 53,5±19,9 años; 63,9% patología crónica y 15,5±12,9 citas médicas en el último año. Hay más consultas a demanda (56,6%) que programadas (43,4%), habitualmente respondidas por el paciente (87,9%). Los tipos de consulta son: administrativa (36,7%), seguimiento clínico (52,1%), patología aguda (21,7%). Un 13,4% consultan =2 motivos. Se invierten de media 4,3±0,6 minutos en la

llamada telefónica y 6,1±1,7 minutos en la consulta total. El 92,4% de las consultas son finalistas. Las variables relacionadas son la presencia de enfermedad crónica (66,3%vs27,8%) y las demandas administrativas (+21,4%), de seguimiento (+43,8%) y entrega de analíticas (21,4%) ($p<0,05$ ji2); mayor toma de fármacos (2,7±3,2 vs 0,6±1,7), y frecuentación en consulta médica (16,3±12,8/año vs 5,3±10,6/año) ($p<0,05$ t Student). Tienen mayor duración (+1,3±0,5 minutos; $p<0,10$ t Student) y son atendidas por su médico de familia (81,1% vs 66,7%; $p<0,01$ Ji2). El análisis multivariante muestra relación con mayor número de demandas (OR=8,7) y menos intentos para contactar (OR=7,2).

Conclusión

La consulta telefónica necesita una importante inversión de tiempo, no solo en llamada. La mayoría de entrevistas son finalistas y no precisan más recursos. La atención a pacientes con enfermedad crónica, con mayor frecuentación médica, y para tareas administrativas o de seguimiento clínico facilita la resolución de la demanda.

Palabras clave

Remote Consultation, Telemedicine, Interviews as Topic, Primary Health Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Y el asterisco ¿para qué?

Carbajo Vázquez, E¹, García Casado, V², Toral López, A³, García Rodríguez, S³, Hernández Hernández, B³, García Castillo, L⁴

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

² EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

Objetivo

Evaluar la traducción clínica de las recomendaciones sobre dislipemias en prevención primaria de las diferentes guías y qué papel juegan los intervalos de normalidad que proveen los laboratorios clínicos cuando un asterisco sobre una cifra de colesterol total >200 mg/dl puede condicionar una decisión clínica.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Evaluación de las 30 últimas analíticas de las cuatro Unidades de Atención familiar (UAF) docentes del centro: 120 personas entre 35 y 74 años. Recogida de datos en las historias clínicas para evaluación del riesgo cardiovascular y de la recomendación de tratamiento según las diferentes guías.

Se evitaron posibles conflictos éticos mediante la recolección de datos clínicos exclusivamente por las profesionales responsables de cada UAF a través de listados automáticos anonimizados.

Limitación: irregularidad de datos en la historia clínica sobre hábito tabáquico y controles tensionales recientes.

Resultados

La mediana de cifras de colesterol total fue de 199 mg/dl: la mitad de los pacientes tenían un asterisco en las cifras de colesterol total.

El número de pacientes a tratar fue de: 6 (5%) según la Guía de Salud del SNS, 8 (6,7%) según la NICE y 28 (23,4%) según la ACC/AHA.

Conclusión

La mitad de los pacientes analizados tenían un asterisco en el colesterol. Es fácil caer en la inercia de prescribir estatinas utilizando sólo las cifras de colesterol “anormales” sin tener en cuenta el resto de los factores cardiovasculares. Sólo tenían indicación de tratamiento hipolipemiente un 5% según la Guía de Salud, 6,7% para NICE y un 23,4% según la más intervencionista ACC/AHA. Los asteriscos no capturan la recomendación de tratamiento, llaman la atención de los pacientes e implican explicaciones complejas y no siempre bien entendidas que restan tiempo para otras actividades preventivas más eficaces en la disminución del riesgo cardiovascular.

Palabras clave

Colesterol, Factores de riesgo de Enfermedad Cardíaca, Medicalización.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

ACO vs NACO ¿generan desigualdad los visados?

Garrote Sotelo, H¹, Fernández Sayago, Y², Fansa Fernández, F², García Casado, V³, Carbajo Vázquez, E², Hortal-Carmona, J⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

³ EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aicín. Granada

Objetivo

Evaluar el acceso a los nuevos anticoagulantes directos (NACO) con visado, frente a los anticoagulantes clásicos (ACO) de uso libre, según sexo, edad y renta en un CS urbano.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Se analizaron los pacientes con anticoagulantes orales de las cuatro Unidades de Atención Familiar (UAF) docentes del centro. Se usaron datos del INE para clasificar los pacientes según domicilios en 1) renta menor de 20.000 euros y 2) mayor de 20.000 euros.

Para soslayar los posibles conflictos éticos, la recolección de datos de las historias clínicas se realizó exclusivamente por las profesionales responsables de cada Unidades de Atención Familiar (UAF) a través de listados automáticos anonimizados.

Limitaciones: La evaluación de la renta de cada paciente es una estimación según domicilio que puede resultar poco precisa.

Resultados

El número de pacientes estudiados fue de 113: 63 hombres (55,75%) y 50 mujeres (44,25%).

La edad media de las personas que toman ACO fue de 75,70 años y para los que toman NACO 72,68, diferencia no significativa ($p=0,091$).

Toman ACO 63 pacientes (55,75%), 35 hombres y 28 mujeres, y NACO, 50 (44,25%), 28 hombres y 22 mujeres. No se hallaron diferencias significativas según sexo.

El número de pacientes con renta menor de 20.000 euros fue de 28 (24,78%), 15 toman NACO y 13 ACO. De los 85 (75,22%) con renta mayor de 20.000 euros, 50 toman ACO y 35 NACO. No se identificó desigualdad de acceso a NACO por renta ($p = 0.355$).

Conclusión

No se identificaron desigualdades de acceso a los NACO ni por edad ni por sexo ni por renta. Destaca que siendo la prescripción de NACO una excepción al uso de ACO estos alcancen casi la mitad (44,25%) de los tratamientos anticoagulantes orales.

Palabras clave

Anticoagulantes, Acceso a Medicamentos Esenciales y Tecnologías Sanitarias, Equidad.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

DetECCIÓN DE MEDICAMENTOS INADECUADOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS CON ALTO RIESGO DE INGRESO HOSPITALARIO A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

Hassan Querol, SN¹, Fernández García, M², Flores Dorado, M³, Pérez Eslava, M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales

² FEA Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

³ FEA Farmacéutica. Distrito Atención Primaria Jerez Costa Noroeste (Cádiz)

Objetivo

Detectar de forma sistemática medicamentos susceptibles de deprescripción en pacientes polimedcados con alto riesgo ingreso hospitalario a través de una herramienta informática.

Material y métodos

Estudio transversal de junio-diciembre 2022. Población de estudio: pacientes con más de 15 prescripciones activas pertenecientes a 5 centros de Atención Primaria. Se priorizaron los pacientes mediante: 1. El riesgo de ingreso: la aplicación realizó un modelo de regresión logística en el que tuvo como datos de entrada la medicación prescrita, y 2. El índice de inadecuaciones: detectó: duplicidades, medicamentos de bajo valor terapéutico, cascadas terapéuticas, medicamentos que aumentan el intervalo QT, y medicamentos con alta carga anticolinérgica. El estudio se realizó según lo establecido en base a la Declaración de Helsinki y en el Real Decreto 957/2020. Limitaciones: La realización del estudio sobre la totalidad de la población elegible trató de disminuir el error aleatorio. El sesgo de selección se minimizó con el análisis de resultados por intención de tratar.

Resultados

Hubo 422 pacientes polimedcados con más de 15 medicamentos prescritos. El 66% fueron mujeres, de edad media 74 años y una media de 18 medicamentos prescritos. El índice de inadecuación medio fue de 2.18 y el riesgo de ingreso de media del 44%. La aplicación identificó 1165 inadecuaciones: 44% duplicidades, 18% medicamentos con alta carga anticolinérgica, 14% medicamentos de bajo valor terapéutico, 15% que aumentan el intervalo QT y 8% cascadas terapéuticas. Los farmacéuticos revisaron la medicación a través de la herramienta informática y emitieron informe de recomendación a los MFyC. El 51.61% de los facultativos accedió a la aplicación para la revisión de los mismos.

Conclusión

El abordaje multidisciplinar, a través de la detección de una herramienta informática específica para ello, puede facilitar el proceso de revisión de la de los pacientes polimedcados y con ello la descripción futura de medicamentos inadecuados.

Palabras clave

Polimedcado, Deprescripción, Herramienta Digital.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Planificación anticipada de decisiones (PAD) como herramienta para el cumplimiento de voluntades y deseos del paciente con demencia y sus familias

Martín Galán, A¹, García de Haro, M², Melguizo Jiménez, M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Objetivo

Evaluar el impacto de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) en pacientes fallecidos con deterioro cognitivo/demencia en una consulta de Medicina de Familia.

Material y métodos

Estudio evaluativo retrospectivo realizado en una consulta de Equipo de Atención Primaria con continuidad del médico de familia/comunidad de 33 años. Totalidad de fallecidos entre 2011 y 2023 con PAD, 80 personas. La intervención PAD se define como proceso comunicativo y deliberativo, sistematizado y registrado, con pacientes y familia de 7 dimensiones (VVA, cuidadora, información, capacidad, funcionalidad, preferencias y plan de actuación). Fuentes de información: historia clínica digital. Mediciones: Contenidos de PAD, perfil clínico-funcional del paciente y entorno del fallecimiento (lugar, acompañamiento, sedación). Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariante (SPSS). Autorizado por Comité Ética Investigación.

Resultados

Del total de 80 fallecidos con PAD, 14 (17.5%) presentaban deterioro cognitivo. 11 de ellas (78.5%) mujeres. La edad media era de 86 años,

significativamente menor que la del conjunto de fallecidos con PAD (77 años). El 100% de pacientes con PAD y deterioro cognitivo eran inmovilizados. El contenido predominante de las PAD en estos pacientes se relacionaba con atención a domicilio, acompañamiento y mínimas intervenciones agresivas. El perfil de la persona fallecida con deterioro cognitivo, respecto al grupo de oncológicos o crónicos complejos se diferencia significativamente en el mayor porcentaje de fallecimiento en domicilio, posibilidad de acompañamiento al final de la vida y reducción de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias en el último año.

Conclusión

La PAD permite una intervención preferente en pacientes habitualmente invisibles para el sistema sanitario, entre los que se encuentran aquellos con deterioro cognitivo/demencia. Tener PAD permite debatir y acordar con las familias el tipo de atención al final de la vida y facilitar sus deseos y preferencias, canalizado por un modelo de atención longitudinal de Medicina de Familia.

Palabras clave

Toma Compartida de Decisiones, Demencia, Cuidados Paliativos.

29^o



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
CASOS CLÍNICOS:
MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

¡Bullas gigantes biapicales!Linares Canalejo, A¹, Tena Santana, G², De la Cruz Castellano, A³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Isla Chica. Huelva² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde Del Camino. Huelva³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Jose Gallego Arroba. Puente Genil (Córdoba)**Ámbito del caso**

Atención Primaria/Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor costal.

Historia clínica

Acude a nuestra consulta por dolor costal izquierda de una semana de evolución, que se inició al levantarse una mañana de la cama. Empeora con los movimientos y a la inspiración forzada. Niega tos, disnea, dolor torácico, traumatismo o esfuerzos intensos. Tratamiento con Aines orales y paracetamol, sin mejoría.

Exploración: Tª: 120/67 FC: 86 SAT: 97%. Eupneico. Glasgow 15/15. Bien hidratado y perfundido. No cianosis. Auscultación Cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado con ligera disminución en campos superiores bilaterales. Contracturas musculares en trapecios y musculatura paravertebral dorsal. No hematomas.

Pruebas complementarias: (radiografía de tórax): bullas gigantes bilaterales apicales. Enfisema pulmonar. No neumotórax. No desplazamiento mediastínico. No masas ni derrames. No cardiomegalia. No fracturas costales.

Enfoque individual

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés. Fumador 10-12 cig/día. Trabajador en una oficina. No factores de riesgo cardiovascular. No toma de medicación habitual.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: bullas bilaterales en paciente fumador.

Diagnóstico diferencial: contractura muscular, neumotórax.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a centro hospitalario para valoración por neumología/cirugía torácica para valorar el caso. Tras valoración hospitalaria y ante estabilidad clínica, alta a domicilio con cita en ambos servicios. Revisión: cirugía torácica (tras consentimiento informado por el paciente, se incluye en lista de espera quirúrgica preferente) y neumología (Abandono tabáquico y Deshabitación a través de su médico de familia. Analítica con alfa1-antitripsina, Inmunoglobulinas A-G-M-E, Hemograma y Proteinograma, dentro de la normalidad)

Evolución

Actualmente en lista de espera quirúrgica. Asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El enfisema bulloso, es una enfermedad que suele aparecer en varones jóvenes principalmente fumadores, aunque también se ha asociado con consumo de marihuana, drogas intravenosas, pacientes con VIH y déficit alfa1-antitripsina, con una base enfisematosa. Suelen encontrarse bullas gigantes bilaterales (>1/3 del hemitórax). La clínica inicial suele ser disnea, neumotórax espontáneo, dolor precordial o hemoptisis, aunque puede cursar sin ninguna sintomatología dependiendo del tamaño y la compasión pulmonar. El tratamiento consiste en la bullectomía, indicada para resolver la compresión pulmonar, así como reducir el riesgo de neumotórax espontáneo ante su rotura. Se han descrito casi de resolución espontánea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Alopecia frontal fibrosante

Valverde Morillas, C¹, Pantoja De La Rosa, L², Molina Reyes, NM1

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Paciente que consulta telefónicamente porque desea hacerse una analítica para saber cómo está antes de irse de vacaciones.

Motivos de consulta

Desea una analítica general.

Historia clínica

La paciente consultó hace dos años por pérdida de cabello, la analítica fue normal, y se mandó un preparado vitamínico. No volvió a consultar y se pensó que el problema estaba solucionado. Se le pide la nueva analítica y la paciente pide cita telefónica para saber los resultados, en estos hay una alteración y se le dice que venga a la consulta presencialmente.

Cuando viene, noto que su aspecto ha cambiado mucho, la forma de implantación del pelo es distinta y no tiene patillas, hago referencia a su cabello y comenta que se sigue tomando el complejo vitamínico, que la densidad del pelo ha aumentado. Se le explica que estamos ante una alopecia distinta y que debe acudir al dermatólogo.

Enfoque individual

Al hacer este señalamiento la paciente refiere que le gustaba menos hacerse fotos. Pensaba que estaba asociado al envejecimiento.

Enfoque familiar y comunitario

El aspecto físico de un paciente puede determinar mucho su interacciones personales y profesionales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Alopecia frontal fibrosante.

Es una enfermedad de causa desconocida, que se produce con frecuencia en la menopausia, se ha asociado al uso de cosméticos, protectores solares químicos, cambios hormonales asociados a la menopausia, a la herencia y a determinados genes. Se produce una respuesta inflamatoria con linfocitos alrededor del folículo pilo sebáceo que ocasiona la destrucción del folículo y por consiguiente alopecia.

Tratamiento, planes de actuación

Con una detección precoz y tratamiento adecuado se puede frenar el proceso. Parte del tratamiento son moduladores de inmunidad (corticoides tópicos e intralesionales) inhibidores de la 5 alfa reductasa como dutasteride y finasteride, minoxidilo tópico.

Evolución

La paciente ha tenido una mejoría parcial con ganancia de algunos folículos, pero sobre todo se ha frenado la pérdida de folículos, y la retirada de la línea de implantación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La importancia de explorar y ver a nuestros pacientes. Con frecuencia el motivo de consulta inicial, no es lo más importante y con los encuentros clínicos se llega a un mejor diagnóstico y seguimiento de los problemas de nuestra población.

Palabras clave

Frontal, Fibrosing, Alopecia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Más allá de una simple ITUDel Águila Román, E¹, Valverde Morillas, C², Ceballos Malagón, MC¹¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogijares. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Medicina Familiar y Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre. Dolor a la micción. Dolor perineal. Disuria. Tenesmo. Hematuria.

Historia clínica

Paciente varón de 59 años que acude a urgencias de centro de salud por presentar clínica de dolor a la micción asociado a fiebre de hasta 38,5°C, orina hematúrica y sensación de malestar general. En esta primera valoración, se diagnostica de ITU dándose de alta con antibiótico vía oral. A los dos días, tras aviso de centro coordinador, acuden al domicilio el equipo de Urgencias por síncope autolimitado, con recuperación completa sin periodo proscrito, sin pérdida de control de esfínteres. Persiste fiebre elevada a pesar de antibiótico y sensación de enfermedad. Tras valoración se deja al paciente en domicilio con la recomendación de acudir a su médica de familia. Al día siguiente, acude a su médica de familia y le relata la situación clínica de toda la semana, tras anamnesis y exploración física completa, la médica baraja la posibilidad de ITU complicada seguramente por una posible prostatitis y deriva a urgencias del hospital para realización de analítica y prueba de imagen urgente.

Enfoque individual

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, Cardiopatía isquémica crónica.

Tratamiento habitual: rosuvastatina, Losartán, Ezetimiba y AAS.

Exploración física: ACR: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos

sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, puñopercusión renal negativa. Tacto rectal: próstata aumentada de contorno regular.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente que vive en domicilio con su esposa, en fase de nido vacío, pero con sus hijos en pueblos cercanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

ITU complicada.

Diagnóstico diferencial: ITU. Prostatitis aguda: Pielonefritis aguda. Quiste renal complicado

Tratamiento, planes de actuación

Se comprueba diagnóstico de prostatitis por *E. coli* multirresistente, por lo que se ingresa para antibiótico iv de uso hospitalario.

Evolución

Tras el nuevo tratamiento, a los tres días, el paciente mejora, desapareciendo la fiebre, los síntomas urinarios y la sensación de malestar general. Es dado de alta con nuevo urocultivo cuando acabe antibiótico y revisión por su Médica de Familia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es muy importante la anamnesis y la exploración física, además de ese sexto sentido que tenemos que desarrollar en nuestra práctica clínica que nos ayuda a diferenciar a los pacientes que tienen algo más allá que una simple ITU.

Palabras clave

Fever, Prostatitis, Syncope.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Eso? ¡Si lleva ahí toda la vida!Martín Muñoz MC¹, Guerrero López A², Rincón Cifuentes LY¹¹ Centro residencial Junta de Andalucía. Linares (Jaén)² Centro residencial Junta Andalucía. Linares (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente que acuda a consulta por un proceso respiratorio.

Historia clínica

Paciente mujer, fumadora, que debido a un proceso respiratorio agudo acude a consulta para ser atendida. Al proceder a la exploración evidenciamos una lesión en región dorsal derecha que cumple 3 de los 4 puntos de la regla ABCD (asimétrica, bordes irregulares y policromía).

Enfoque individual

Tras ver que cumple criterios de lesión maligna, se realiza una exploración con el dermatoscopio definiendo una lesión no melanocítica con imágenes en “ruedas de carro”, “hojas de arce” y teleangiectasias. Fototipo II

Enfoque familiar y comunitario

Se pregunta a la paciente sobre sus hábitos al salir al exterior: habitualmente no utiliza crema solar ni se protege del sol con sombreros o sombrillas

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemasCómo *diagnóstico diferencial* se puede hacer con nevus displásico, melanoma y carcinoma basocelular. En nuestro caso, debido al patrón característico que presenta la lesión, diagnosticamos de carcinoma basocelular.**Tratamiento, planes de actuación**

Tras hacer el diagnóstico procedemos a mandar imagen de la lesión vía telemática al servicio de dermatología de nuestro hospital de referencia para citarla de forma preferente.

Evolución

La paciente es vista en el servicio de dermatología extirpando la lesión. La anatomía patológica posterior confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular con borde libre de lesión.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El papel del médico de familia es crucial para que las personas tengan una atención médica continuada a lo largo de su vida de manera muy cercana, longitudinal e integradora. Un médico de personas, que es capaz de identificar diferentes procesos y saber orientarlos para su resolución. Es muy importante que el médico de familia cuente con los medios, tanto de aparataje como de tiempo, para que pueda desempeñar su labor de la mejor forma posible como en este caso, que viniendo por un tema médico, acaba siendo diagnosticada de otro muy diferente y grave.

Palabras clave

Dermoscopy, Basal Cell Carcinoma, General Practice Physician.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Prurito generalizado, la importancia del diagnóstico diferencial

Correa Gómez, V¹, Pantoja De La Rosa, L², Gómez Rodríguez, S³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Centro. Motril (Granada)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Prurito.

Historia clínica

Varón de 83 años que ha consultado varias veces por prurito generalizado. Hoy acude por dolor abdominal e ictericia.

Enfoque individual

Con *antecedentes personales* de hipertensión arterial y fibrilación auricular. En tratamiento con acenocumarol y perindopril/indapamida 2 mg/625 mcg/24 h.

El paciente llevaba semanas quejándose de prurito generalizado. Con xerosis pero sin otras alteraciones cutáneas. Desde hace unos días presenta dolor abdominal difuso de carácter intermitente e ictericia mucocutánea. No orinas colúricas ni alteración de las heces. No náuseas ni vómitos. No fiebre. No síndrome constitucional. Ninguna otra sintomatología asociada.

En principio el prurito se achacó a sequedad cutánea, aunque se solicitó analítica con perfil de colestasis. Hoy tenía cita para ver los resultados, con el hallazgo de hiperbilirrubinemia (bilirrubina total de 8 mg/dl a expensas de la directa (6.73 mg/dl)) y leve elevación de enzimas de colestasis. Se solicita una ecografía abdominal y se complementa el estudio con un TC, con resultados de lesión tumoral del fundus vesicular con infiltración secundaria del parénquima adyacente.

Enfoque familiar y comunitario

Carnicero jubilado. Sin antecedentes familiares de interés. Vive con su esposa. Realiza actividades lúdicas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El síntoma inicial del paciente era el prurito, algo que puede generar bastante quebradero de cabeza por la amplia posibilidad de diagnósticos, tales como enfermedades dermatológicas, psiquiátricas, reacciones adversas de fármacos o enfermedades sistémicas como insuficiencia renal, trastornos hematológicos, endocrinopatías o enfermedades hepatobiliares.

El diagnóstico final es una ictericia obstructiva secundaria a la progresión de una tumoración vesicular (tumor de Klatskin).

Tratamiento, planes de actuación

Se interconsulta con digestivo y se decide ingreso. Se termina realizando drenaje transparietohepático con resolución de la ictericia obstructiva. En la reunión del Comité de Tumores se decide la abstención terapéutica sobre el tumor de Klatskin.

Evolución

Actualmente, el paciente se encuentra estable, con leve dolor abdominal, que mejora con analgésicos habituales. Es conocedor del pronóstico de su enfermedad y tiene buen apoyo familiar. Sigue revisiones en Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Debemos realzar la importancia de realizar una buena historia clínica que nos ayude a acotar el diagnóstico diferencial. Y en estas situaciones es el médico de familia quien forma parte esencial, dado al alcance biopsicosocial sobre el paciente.

Palabras clave

Prurito, Ictericia, Cuidados Paliativos.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

A vista de águilaJiménez Jiménez-Parejo, C¹*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)***Ámbito del caso**

Medicina rural y tropical (caso clínico de Atención Primaria en región antioqueña de Apartadó, Colombia)

Motivos de consulta

Cefalea, fiebre, artromialgias y vómitos de tres días de evolución.

Historia clínica

Varón de 7 años, residente de Arboletes (Antioquia, Colombia), sin antecedentes reseñables que acude al centro de salud por cefalea, fiebre, artromialgias y vómitos de tres días de evolución.

Enfoque individual

A la exploración física, hemodinámicamente estable, febricular con datos de deshidratación, hepatomegalia. Derivamos a centro de segundo nivel con servicio de urgencias donde solicitan hemograma. Se objetiva pancitopenia (Hb de 9,8 g/dl, Htc 29%, plaquetas 63.000).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fiebres hemorrágicas virales. Enfermedades pediátricas febriles. Síndromes febriles agudos de región endémica

Tratamiento, planes de actuación

A pesar de tratamiento sintomático, el paciente persiste con vómitos y dolor abdominal, regular estado general e hipoactividad. Se orienta como posible dengue con criterios de gravedad por lo que se inicia sueroterapia intensiva, decidiendo finalmente derivación a centro de tercer nivel.

Evolución

A su llegada, paciente taquicárdico, afebril, con signos de deshidratación y dolor en hipocondrio derecho a la palpación. Se repite análisis sanguíneo en que se observa aumento de hematocrito (39%) y empeoramiento de plaquetopenia (21.000); marcada hipertransaminasemia (AST/ALT 1509/478 U/L), sin alteración de bilirrubina y función renal conservada. Antígeno NS1 para Dengue positivo y gota gruesa negativa.

De forma súbita, presenta deterioro del estado de conciencia, hipoperfusión, taquicardia y taquipnea, requiriendo FiO₂ del 50% e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Se repite gasometría arterial que evidencia acidosis metabólica severa. Se intensifica sueroterapia con aportes de bicarbonato, transfusión de concentrados plaquetarios y hematíes e inicio de drogas vasoactivas, procediéndose a intubación orotraqueal. Sin embargo, el paciente evoluciona tórpidamente entrando en parada cardiorrespiratoria sin respuesta a maniobras de reanimación desencadenando el exitus.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El dengue constituye una enfermedad de muy alta prevalencia y de gran importancia clínica. Debido al cambio climático se prevén casos autóctonos de dengue en otros territorios no endémicos. En España ya se han reportado casos autóctonos en Cataluña. En los casos de sospecha de dengue será fundamental la reevaluación continua de signos de alarma con el objetivo de detectar precozmente los pacientes en riesgo de evolución a formas graves.

Palabras clave

Síndrome Febril, Viajero, Dengue.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Urgencia urinaria

Valverde Morillas, C¹, Del Águila Román, E², Molina Reyes, NM³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogfjares. Ogfjares (Granada)

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disuria, polaquiuria, disuria y nicturia en 7 ocasiones.

Historia clínica

Paciente de 88 años estudiado por hipertrofia de próstata y aumento de PSA. Tres biopsias de próstata negativas y un volumen prostático de 86 cc. En tratamiento con dutasteride y tamsulosina desde 2015, con buena evolución; disminución de PSA, casi asintomático y nicturia en una ocasión. Alta en urología en 2019.

Enfoque individual

Varón de 88 años, con dificultades para salir por la frecuencia urinaria.

Enfoque familiar y comunitario

Tiene hijos mayores que viven fuera, vive en casa con su mujer enferma.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síntomas del tracto urinario inferior en el varón, síntomas irritativos, síntomas de llenado. Diferenciar, entre una infección urinaria, una infección prostática, una vejiga hiperactiva. Identificamos un problema para dormir y para salir a la calle por la frecuencia de orina

Tratamiento, planes de actuación

Se pide cultivo y tomar después fosfomicina.

Evolución

El cultivo de orina fue normal, pero ante la no mejoría se pide analítica y PSA. Se le deja ciprofloxacino y se pone solifenacina de 5 mg, ante la insistencia del paciente que le mande algo que le relaje la vejiga.

El paciente acude a los dos días refiriendo franca mejoría, la analítica es normal, salvo Psa que ha subido de 3 a 5,3ng/ml con fracción libre de 13,5%. A los 5 días el paciente acude a urgencias con obstrucción urinaria, se sonda con buena salida de orina y se pide ecografía. Se le retira la solifenacina. a los tres días retiramos sonda y lo citamos para ver evolución, en el tacto rectal la próstata es grande, fibroadenomatosa y móvil.

Se pide ecografía; próstata de 122cc y residuo posmiccional de 17 ml

Se indican hábitos urinarios y se remite al urólogo

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se recomienda antimuscarínicos asociados a alfabloqueantes en varones con STUI/HBP moderado grave en los que a pesar del tratamiento alfabloqueante persisten los síntomas de llenado. Se recomiendan usar en aquellos pacientes que se descarten situaciones de alto riesgo de obstrucción como flujo máximo <10 ml/s, residuo posmiccional >150 ml, síntomas graves, volumen prostático > 50 ml o historia de RAO. Se debe realizar un control periódico del residuo posmiccional cada 4-6 meses.

Palabras clave

Incontinence Urinary Treatment, Overactive Bladder Treatment.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Diabetes y obesidad: no todo es tipo 2Zorrilla Moreno, ML¹, Osuna Ortiz, A², Aguayo López, MA¹¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Villanueva de Córdoba. Córdoba² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Adamuz. UGC Montoro. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 38 años que acude a consulta programada de enfermería donde refiere hipoglucemias documentadas frecuentes en el último mes, con cifras de 50-70 mg/dl.

Historia clínica

Antecedentes: fumadora y bebedora esporádica. Obesidad, diabetes (DM) de 10 años de evolución tratada con: metformina 1 g/dapaglifozina 5 mg y sitagliptina 100 mg.

Enfoque individual

Última analítica: glicada 8.1%, glucosa 157 mg/dl, resto normal. Ante el mal control metabólico y la posibilidad de que no se trate de una DM tipo 2, se realiza teleconsulta a atención especializada del hospital comarcal de referencia para la filiación. Analítica especializada: insulina, Péptido C normales, anticuerpos AntiGAD-65 positivos y anticuerpos anti-insulina, anticélulas de islotes pancreáticos (ACI) y anti-IA2 negativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diabetes Mellitus tipo LADA.

El diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de DM en la franja de 25-45 años es complicado ya que, además del tipo 1 y 2 inciden otras variedades

en las que se solapan la predisposición genética, hallazgos inmunológicos y una secreción inestable de insulina. La DM LADA debe ser considerada en pacientes que se presenten como diabéticos tipo 2 “atípicos”. Las características más frecuentemente asociadas a la DM LADA en comparación con la DM-2 son: edad de inicio <50 años, ausencia de síntomas agudos de insulinopenia al debut, normopeso (IMC <25) y antecedentes personales o familiares de autoinmunidad. En caso de sospecha se solicitarán los anticuerpos específicos para confirmar el diagnóstico, siendo el anti-GAD el de mayor prevalencia.

Tratamiento, planes de actuación

Tras valoración en consulta, se retira sitagliptina del tratamiento.

Evolución

Se deriva a endocrinología para intensificación de tratamiento, quedando a la espera de evolución en las siguientes revisiones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El trabajo coordinado entre enfermería y medicina de familia se traduce en un mejor control de las enfermedades más prevalentes en nuestros pacientes. Actualmente la implantación de la teleconsulta en Atención Primaria favorece la agilidad en las derivaciones y evita la repetición innecesaria de pruebas diagnósticas.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Es 65: la importancia del chequeoZorrilla Moreno, ML¹, Ramos Benavente, MD², Medina Romero, MR1¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Villanueva de Córdoba. Córdoba² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. UGC Montoro. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 84 años que acude para valoración de ECG programado por su enfermero dentro del programa de examen de salud a mayores de 65 años (ES 65).

Historia clínica

Clínicamente bien, sin disnea, síncope ni angor. En los últimos dos meses comenta haber suspendido losartán 25 mg por buen control tensional.

Enfoque individual

Antecedentes: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada hace 25 años (alta por cardiología), HBP, insuficiencia renal leve, parkinsonismo vascular y deterioro cognitivo. Tratamiento: tamsulosina, NTG parches 5 mg, omeprazol 20 mg, memantina 20 mg, bromazepam 1.5 mg, AAS 150 mg, simvastatina 40 mg/ezetimibe 10 mg, furosemida 40 mg, carvedilol 6.25 mg, levodopa 250 mg/carbidopa 25 mg. En ECG se evidencia ritmo sinusal con Bloqueo A-V (BAV) 1º grado que ha progresado de forma llamativa respecto al del año anterior.

Enfoque familiar y comunitario

NP.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Bloqueo aurículo-ventricular 1º grado. Las bradiarritmias son un cuadro clínico frecuente cuya forma de presentación varía entre signos electrocardiográficos asintomáticos y una amplia gama de síntomas como los de insuficiencia

cardíaca, síncope o inespecíficos (como mareo o fatiga). Pueden clasificarse en dos categorías: disfunción del nódulo sinusal y BAV. Es esencial un diagnóstico correcto que incluya la correlación entre síntomas y ritmo cardíaco. Generalmente suelen ser suficientes las pruebas no invasivas para el diagnóstico (ECG 12 derivaciones, holter, ergometría...). Si se descartan las posibles causas extrínsecas reversibles como los fármacos (betabloqueantes, calcioantagonistas, digoxina) o enfermedades subyacentes tratables (enfermedad de Lyme, isquemia miocárdica), el marcapasos suele ser el tratamiento de elección.

Tratamiento, planes de actuación

Se retira betabloqueante de su tratamiento habitual. Mediante teleconsulta se envían imágenes a cardiología, solicitando Holter en 15 días con el resultado: ritmo sinusal normal con BAV 1º grado que en ocasiones progresa a BAV 2º grado.

Evolución

Desde consulta de cardiología se remite a urgencias de hospital de referencia, con implantación de marcapasos VVRI.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La implantación de la teleconsulta en Atención Primaria agiliza las derivaciones y evita la repetición innecesaria de pruebas. Las aplicaciones actualmente disponibles permiten intercambiar información (fotografías de dermatología, ECG.) con el objetivo de dirigir el enfoque diagnóstico y acortar los plazos de respuesta. En el caso que nos ocupa, desde la primera consulta al alta hospitalaria solamente transcurrió un mes.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Bochornos ¿tratamos con terapia hormonal?Correa Gómez, V¹, Gómez Rodríguez, S², Aguado Rivas, R¹¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Centro. Motril (Granada)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Bochornos.

Historia clínica

Mujer de 46 años que consulta por aumento de los sofocos desde hace unos meses.

Enfoque individual

Menopausia desde hace 2 años, a raíz de tratamiento oncológico por cáncer de mama. Actualmente con revisiones trimestrales por oncología y en tratamiento con tamoxifeno 20 mg/día. No otra patología. No hábitos tóxicos.

Durante la entrevista clínica la paciente refiere tener episodios autolimitados de sensación de calor por todo el cuerpo, mayor a nivel facial y de predominio nocturno. Habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración excesiva. Comenta que ha estado soportándolo, pensando que irían disminuyendo conforme aumentara el tiempo de menopausia, pero en cambio se están haciendo más intensos. Todo ello está repercutiendo en su estado anímico.

Enfoque familiar y comunitario

Maestra. Casada, con dos hijos adolescentes. Sin antecedentes familiares de interés. Camina diariamente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síntomas vasomotores tras menopausia precoz. Ánimo deprimido.

Tratamiento, planes de actuación

En esta paciente está contraindicado el uso de terapia hormonal en la menopausia (THM). Planteamos el inicio de tratamiento con un

inhibidor de la recaptación de serotonina (ISRS) como el citalopram 20 mg/día. Además, recomendamos el aumento de ejercicio físico y realizar técnicas de relajación con respiraciones lentas cuando aparezcan los sofocos.

Evolución

Tras tres meses de tratamiento la paciente refiere encontrarse mejor, los síntomas vasomotores son esporádicos. Está haciendo pilates 3 veces/semana, cuidando su alimentación y realizando meditación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Como médicos de familia debemos ser capaces de hacer una evaluación integral de la mujer durante la menopausia; reconocer qué síntomas presenta y cómo afectan a su calidad de vida, recomendar actividades preventivas adecuadas a la edad, evaluar el riesgo cardiovascular y valorar el ámbito psicosocial.

El uso de la THM está contraindicado en antecedentes personales de cáncer de mama o endometrio, enfermedad coronaria, tromboembolismo, ictus, hepatopatía activa, enfermedad pancreática y de vesícula biliar. En estos casos deberemos pensar en fármacos de 2^a línea como los ISRS, además de técnicas de relajación.

También son importantes los cambios del estilo de vida (disminución de peso, aumento de ejercicio físico y abandono del hábito tabáquico) ya que han demostrado reducir la sintomatología. En cambio, el uso de la fitoterapia no tiene ninguna evidencia científica.

Palabras clave

Menopausia, Cáncer de Mama, Terapia Hormonal.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Arteritis de células gigantes y NOIA-A (neuritis óptica isquémica anterior- arterítica). Una asociación frecuente/perversaCuerva Gómez, R¹, Rueda Illescas, MD², Moral García, AM³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogjares. Ogjares (Granada)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Guadix (Granada)³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DA Nordeste Granada. Baza (Granada)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cervicalgia. Cefalea.

Historia clínica

Paciente de 78 años con *antecedentes personales*: hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata, artrosis. No alergias a medicamentos. Acude a consulta (noviembre 2022) refiriendo cervicalgia de semanas de evolución que no cede a tratamiento con paracetamol. Después de varias citas, localiza el dolor en zona temporal, tipo pinchazo. En la analítica destaca una velocidad de sedimentación de 60. Derivamos a Medicina Interna con muy alta sospecha de Arteritis de Células Gigantes, diciembre 2022. Tras cuatro meses de iniciado el tratamiento, debuta con un cuadro de visión borrosa en ojo izquierdo, “solo veo bultos”, derivándolo a Urgencias Hospitalarias de Oftalmología donde confirman NOIA (Neuritis Óptica Isquémica Anterior – Arterítica) en el contexto de probable Arteritis de células gigantes. El paciente es ingresado a cargo de Medicina Interna. Estando ingresado, en tratamiento con altas dosis de corticoides, inicia un cuadro de NOIA de Ojo Derecho, que se puede limitar con bolos de corticoides y tratamiento inmunosupresor. El paciente ha perdido la visión de ojo Izquierdo y es limitada en ojo Derecho.

Enfoque individual

Valoración del paciente en consulta con anamnesis y exploración. Solicitud de *pruebas complementarias*: (analítica). Inicio de tratamiento. Derivación a Medicina Interna y a Urgencias Hospitalarias.

Enfoque familiar y comunitario

Cómo desde Atención Primaria se pueden prever complicaciones de patologías graves
Apoyo en enfermedad limitante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Arteritis de Células Gigantes

Diagnóstico diferencial: Isquemia retiniana y trombosis de venas de la retina*Problemas*: dificultad de acceso a atención especializada. En este momento todo es urgente, ya sí se evalúa por Medicina Interna, realizando todo tipo de pruebas, incluida biopsia arteria temporal que confirma el diagnóstico de Arteritis de Células Gigantes.**Tratamiento, planes de actuación**

Corticoides a dosis elevada. Ingreso hospitalario.
Biopsia. Sigue revisiones en Oftalmología y Medicina Interna.

Evolución

A Neuritis Óptica Isquémica Anterior – Arterítica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La NOIA- Arterítica es la complicación con ceguera en un 20% de los pacientes con Arteritis de células gigantes. Atención Primaria es la puerta de entrada para diagnóstico de esta patología. Informar al paciente con arteritis de células gigantes de la posibilidad de este cuadro, NOIA-A, para una actuación rápida desde Atención Primaria derivando al paciente al Hospital para tratar esta limitante y frecuente complicación.

Palabras clave

Arteritis de la Temporal, Neuritis Óptica, Isquémica Anterior, Glucocorticoides.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Ecografía clínica... no siempre tiene que ser una imagen espectacular

Castillo Burgos, DO¹, Pinilla González, MC², Pallarés Padrón, S²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Maribáñez (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Maribáñez (Sevilla)

Ámbito del caso

Consulta de AP en el ámbito rural. Es una compañera, preocupada, nos comenta que desde hace un par de días se ha notado un bulto en mama izquierda. La conocemos bien, excelente profesional, muy coherente y manejando muy bien la patología de la consulta, pacientes, urgencias...

Motivos de consulta

Solicita consulta por un "bulto en la mama".

Historia clínica

Estudiada en alguna ocasión por patología benigna de la mama. Sin antecedentes familiares de interés respecto a la patología mamaria.

Nos llama para explicarnos que se ha notado un bulto de tamaño notable, con leves molestias que describe como superficie lisa, no adherido, sin alteración en la piel, pezón, no secreciones. Quiere solicitarse una eco/mamografía, pero aun conocedora por sus antecedentes, la exploración física, de que probablemente sea una lesión benigna, nos comenta si podríamos realizarle una ecografía. Le comento que sin problemas, que aunque hemos realizado pocas ecos mamarias, que se venga sobre la marcha a la consulta para realizarla.

Enfoque individual

Realizamos eco, vemos esa imagen tan simple de lesión ovalada más ancha que profunda, totalmente anecoica, sin ninguna imagen con Doppler, se nos cambió la cara, sintiendo una sensación de alivio y de haber soltado un lastre enorme

Enfoque familiar y comunitario

¿Y las mujeres sin conocimientos sanitarios?

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Identificar criterios de benignidad.

Tratamiento, planes de actuación

No solicito ninguna prueba más.

Evolución.

En unos días con los cambios en su ciclo, dicha lesión desapareció

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Si esta compañera súper preparada, conocedora en profundidad de este tipo de patología, manejándola en su consulta con sus pacientes, no pudo evitar ese miedo a la posibilidad de que no fuese una lesión benigna y como en escasos minutos, en nuestra propia consulta a pie de camilla como puede orientarse y si es posible, tranquilizar sobre un posible diagnóstico, aunque después solicitemos una prueba reglada. Pensemos en cualquier otra paciente de nuestros cupos, sin estos conocimientos que siempre en parte pueden atenuar esa preocupación y ansiedad y como mediante el acceso a la ecografía clínica se puede diluir en pocos minutos con una imagen tan simple esa preocupación.

Palabras clave

Ecografía, Atención Primaria, Cáncer de Mama.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Causa reversible de cardiomegaliaMartínez Ruiz, MJ¹, Torralbo Díaz, MJ², Marqués Mayor, MA³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pozoblanco Pediatra Carmen Domínguez. Pozoblanco (Córdoba)² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte de Córdoba³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte de Córdoba**Ámbito del caso**

Atención primaria. Urgencias hospitalaria.

Motivos de consulta

Elevación tensión arterial, disnea y tos.

Historia clínica

Mujer de 73 años

Antecedentes personales: alergia a codeína. Alergia primaveral. Hiperreactividad bronquial. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Hiperlipemia. Síndrome ansioso. Tratamiento: simvastatina 10, omeprazol y bromazepam de forma ocasional.

Recientemente diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) de posible origen idiopático sin repercusión en órganos diana. Se ha iniciado tratamiento con losartán 50 mg y se encuentra en fase de ajuste farmacológico.

Enfoque individual

Consulta a urgencias hospitalaria por tos, sensación disneica y cifras de TA en 200/100.

En la exploración física: sin hallazgos. Exploraciones complementarias: ECG: RS a 90. Sin otras alteraciones.

Analítica con hemograma, bioquímica, troponinas, dímero D, gasometría, microalbuminuria y pro-BNP normales. Radiología: cardiomegalia sin imágenes de condensación ni infiltrados.

Enfoque familiar y comunitario

Entre sus antecedentes familiares destaca la muerte de un hijo en la infancia por meningitis. Desde entonces nuestra paciente se enfrenta a cualquier problema de salud con mucha ansiedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Crisis hipertensiva. Infección respiratoria con hiperreactividad bronquial. Insuficiencia cardíaca.

Síndrome ansioso. Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tratamiento, planes de actuación

Con medidas no farmacológicas y lorazepam sublingual TA en 150/90 (similar a las que tiene habitualmente). Se remite a consulta de Atención Primaria para estudio de Cardiomegalia.

Evolución

Acude a nuestra consulta muy preocupada, le han dicho que “tiene el corazón grande”. Revisamos las pruebas de urgencias, apreciamos que la radiología de tórax está realizada sin una adecuada inspiración. Conociendo la personalidad de la paciente, intentamos tranquilizarla ya que no hay más datos que sugieran el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se repite radiología de tórax con técnica adecuada, comprobando que el índice cardiotorácico es menor del 50%, descartando de momento la necesidad de realizar ecocordio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es necesario interpretar las pruebas complementarias tras comprobar que la técnica de realización es de calidad para no invalidar sus resultados. Contextualizar los resultados de una prueba complementaria alterada con el resto de datos de la historia clínica y de pruebas puede evitar llegar a diagnósticos erróneos. Los profesionales de atención primaria con el conocimiento biopsicosocial de los pacientes ocupamos un lugar privilegiado en el sistema sanitario a la hora de dar noticias en relación con la salud.

Palabras clave

Cardiomegaly, Heart Failure, Hypertension.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Una lumbalgia muy oportunaMateos Gómez, AM¹, Moguer Galán, MC², Gámez Navarro, M²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Varón, 78 años, que acude por presentar dolor de características mecánicas en zona lumbar y glúteo derecho, irradiado por zona posterior del miembro inferior derecho, hasta llegar a zona plantar ipsilateral. Niega traumatismo y sobreesfuerzo. No clínica infecciosa, hematuria ni síntomas obstructivos del canal urinario. Entre sus antecedentes destacan HTA y DM tipo 2. Intervenido de hernia discal hace años. En tratamiento con Enalapril, insulina, metformina. Niega hábitos tóxicos.

Enfoque individual

A la exploración, presenta dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar y glúteo derecho. No apofisalgia. Lasegue y Bragard negativo. Se solicita radiografía lumbosacra, observando disminución de espacio intervertebral L5-S1, realizando RMN lumbar, que muestra protrusiones en L5-S1. Como hallazgo incidental, se aprecia engrosamiento nodular en pared posterior de vejiga urinaria.

Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia vesical. Litiasis, quiste o pólipo vesicales.

Tratamiento, planes de actuación

Dados los hallazgos de resonancia se contacta con Urología, quien cita de forma preferente al

paciente, realizando ecografía y cistoscopia con orientación diagnóstica de neoplasia vesical.

Evolución

Tras los resultados de biopsia, se realiza cirugía con resección transuretral de lesión, con buena evolución tras intervención.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El cáncer vesical constituye el 9% de los cánceres en varón y el 4% en mujer. Puede llegar a ser un tumor de alto riesgo, pero curable si se trata de manera precoz. Para ello, un diagnóstico rápido es clave. El síntoma principal es hematuria macroscópica monosintomática, presente en el 80% de los casos, y el tabaco es principal factor de riesgo asociado, por lo que es imprescindible recoger en historia clínica hábito tabáquico y presencia de hematuria. En nuestro paciente, el diagnóstico fue incidental, por lo que se logró diagnóstica un tumor superficial, con pronóstico bueno. Aun así, cabe recordar que, siguiendo protocolo de Atención Primaria, ante una hematuria macroscópica se debe solicitar una cistoscopia junto con una prueba de imagen, que puede ser ecografía o uro-TAC, siendo la combinación de ecografía y cistoscopia la estrategia más costo-efectiva para evaluar inicialmente hematuria. Destacar, también, la importancia de una buena comunicación interniveles. Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave

Urinary Bladder Cancer, Low Back Pain, Haematuria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia del ojo clínico en la consulta de Atención Primaria

Mohamed Sánchez, S¹, Artacho Pino, R²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Ámbito del caso

Paciente que acude a consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 73 años que refiere estreñimiento no resuelto con tratamiento médico y pérdida de peso no intencionada de hasta 9 kg en mes y medio. No presenta náuseas, ni vómitos. No ha tenido episodio febril ni otra clínica de interés.

Historia clínica

Mal estado general, palidez mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar con tonos cardiacos puros y rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no se aprecian masas ni megalias. Hernia en flanco izquierdo no encarcelada 2º a nefrectomía realizada en 2005. Dolor generalizado en la palpación profunda a nivel de hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. Timpanismo generalizado con ruidos hidroaéreos presentes. Tacto rectal sin masas y ampolla rectal vacía. Radiografía abdominal con luminograma aéreo sin signos de obstrucción. En la analítica leucocitosis con neutrofilia, linfopenia.

Enfoque individual

El aspecto del paciente nos hizo orientarlo más a un posible tumor, por lo que iniciamos batería de pruebas a fin de filiar el posible origen atendiendo a edad, sexo y estilo de vida.

Enfoque familiar y comunitario

Jubilado. Vive con su mujer. Buen apoyo familiar y nivel socioeconómico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome constitucional a estudio. Proceso neoplásico.

Tratamiento, planes de actuación

Diagnosticado de carcinoma urotelial en estadio IV en tratamiento con quimioterapia paliativa. Inclusión en Cuidados Paliativos.

Evolución

Se podía apreciar el mal aspecto y deterioro orgánico que presentaba el paciente. Aunque la exploración fuera anodina, impresionaba de estar realmente enfermo. Esto, junto a los datos analíticos, nos hizo encender las alarmas y derivarlo a las Urgencias de nuestro hospital de referencia a fin de poder estudiar el caso y realizar las pruebas pertinentes. Allí se continuaron los estudios y se contactó con los especialistas involucrados. Entre las pruebas que se le realizaron se encuentra un TC de abdomen y biopsia de tejidos blandos con aguja gruesa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La figura del médico de familia es crucial en la identificación de un posible proceso neoplásico, así como con cualquier otra enfermedad. Es el primer ojo al que se enfrenta el paciente y de dicho sentido clínico depende en gran medida el diagnóstico y la decisión a tomar.

Palabras clave

Estreñimiento, Síndrome Constitucional, Cáncer.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Hábitos ruralesValle Sevilla, S¹, Moreno Blázquez, A²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa - Mercedes Navarro. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa - Mercedes Navarro. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención primaria/urgencias.

Motivos de consulta

Cansancio y disnea.

Historia clínica

Varón de 67 años que acude a consulta de atención primaria por cansancio y disnea de dos semanas de evolución. Al día siguiente acude a urgencias por empeoramiento clínico, siendo derivado al hospital por insuficiencia cardíaca aguda.

Enfoque individual

Antecedentes personales: bebedor de “un vino” al día, no fumador, episodios de sub-oclusión intestinal, hipercolesterolemia. No realiza tratamiento habitual. En urgencias hospitalarias refiere consumo de más de un litro de vino diario y ortopnea de cuatro almohadas en las últimas noches.

Exploración: aceptable estado general, disnea al habla. Frecuencia cardíaca a 80 latidos por minuto (lpm), tensión arterial 120/70 mmHg, saturación de oxígeno (SpO₂) 99%, auscultación cardiorrespiratoria (ACR) normal y miembros inferiores no edematosos. En urgencias, mal estado general, sudoración profusa y signos de hipoperfusión, taquipneico en reposo, presentando ingurgitación yugular. Tensión arterial 84/33 mmHg; frecuencia cardíaca 75 lpm; SpO₂ 99%. ACR con tonos arrítmicos a buen ritmo y murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales.

Pruebas complementarias: electrocardiograma con trazado arrítmico, compatible con fibrilación auricular. En urgencias, analítica: hemograma sin alteraciones; bioquímica con glucemia 192 mg/dl; urea 57 mg/dl; creatinina 1.35 mg/dl; sodio 139

mEq/L; potasio 4.9 mEq/L; ALT 62 U/L; PCR 6.21 mg/L; pro-BNP 2850 pg/ml; D-dímero en 1586; troponinas 22.1 ng/L. Radiografía: Índice cardio-torácico normal, hilios congestivos y pinzamiento de ambos senos costo-frénicos; electrocardiograma: fibrilación auricular a 70 lpm, eje normal. Ondas T negativas en cara inferior, V5 y V6.

Enfoque familiar y comunitario

No constan antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Insuficiencia cardíaca sistólica aguda en situación de shock cardiogénico. Miocardiopatía dilatada no isquémica. Fibrilación auricular.

Tratamiento, planes de actuación

Fue ingresado en unidad coronaria, precisando aminas vasoactivas y balón de contrapulsación intra-aórtico. Tras un mes de ingreso, se procedió al alta a domicilio. Actualmente realiza tratamiento con apixaban 5 mg, bisoprolol 2.5 mg; empagliflozina 10 mg; sacubitrilo/valsartan 24/26 mg; eplerenona 25 mg; omeprazol 20 mg.

Evolución

Desde el alta no ha vuelto a presentar ninguna exacerbación de su patología, actualmente en seguimiento por cardiología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar a importancia de hacer hincapié en la anamnesis y en los hábitos del paciente, teniendo en cuenta la influencia del lugar en el que vive. Con ello, podremos realizar un diagnóstico diferencial más completo.

Palabras clave

Disnea, Arritmia, Hipotension.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Se me "inflama" un lado de la cara

Montoya Fernández, MM¹, Herrada Díaz, EI², García Rodríguez, JM³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DA UGC Adra. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Adenopatías.

Historia clínica

Mujer de 71 años que acude a consulta por haberse notado dos tumoraciones de unas semanas de evolución. Comenta también odinofagia, niega fiebre. A la exploración se constatan dos tumoraciones de consistencia blanda, no adheridas de unos 10 mm en región preauricular derecha y región cervical anterior.

Enfoque individual

Antecedentes personales: dislipemia en tratamiento.

La analítica no presentaba alteraciones pero las adenopatías persistían un mes después; además, la paciente comentaba que, de forma ocasional se le "inflamaba" un lado de la cara y le dolía. En ese momento sólo presentaba las adenopatías previamente comentadas por lo que se solicita ecografía de partes blandas y se indica volver a la consulta si vuelven a aumentar de tamaño para exploración.

Un par de semanas después vuelve a la consulta: se objetivaba induración a nivel parotídeo derecho de unos 10 cm, dolorosa, algo caliente, no eritematosa. No presentaba fiebre, aun así, se pautó antibioterapia y prednisona y se indicó acudir a urgencias hospitalarias si no presentaba mejoría.

A las semanas volvió a consulta: no había acudido a urgencias por mejoría del cuadro,

además, le había realizado la ecografía solicitada en la que describían lesión sugerente de adenoma pleomorfo en parótida derecha.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenopatías reactivas, parotiditis, absceso parotídeo, sialolitiasis, adenoma pleomorfo, linfoma.

Tratamiento, planes de actuación

Se derivó a cirugía maxilofacial y finalmente tras TAC con contraste y biopsia se diagnosticó linfoma No Hodgkin B difuso de células grandes con afectación parotídea y laterocervical derecha.

Evolución

Actualmente en seguimiento por Hematología, además de por nuestra parte. Ha completado 4 ciclos de quimioterapia y la enfermedad se encuentra en remisión; por lo que han suspendido quimioterapia e iniciado rituximab.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Uno de los aspectos fundamentales que caracteriza a la Atención Primaria es la accesibilidad, en ocasiones esta característica se pierda dada la sobrecarga a la que nos solemos enfrentar. A esta paciente se le indicó acudir sin cita si no podía obtenerla para poder explorarla cuando presentase la clínica mencionada. Por otra parte, el mayor acceso a la ecografía clínica podría haber acelerado la derivación a la atención hospitalaria.

Palabras clave

Linfadenopatía (Lymphadenopathy), Accesibilidad a los servicios de salud (Health Services Accessibility), Linfoma (Lymphoma).

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

"¿Y su marido?"

Narváez Martín A¹, Alves Martins AF², Rico Pereira A²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Marchena (Sevilla)

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria y aviso domicilio.

Motivos de consulta

Mujer de 87 años que consulta para renovación de medicación.

Historia clínica

Mujer de 87 años, desde que pertenece al cupo acude acompañada por su marido, en esta ocasión es la primera vez que acude con su sobrino, tras la visita se le pregunta por qué en esta ocasión no ha acudido su marido como es habitual, respondiendo que éste no ha salido de la cama en el día de hoy, ante esta circunstancia se realiza visita a domicilio.

Enfoque individual

Varón de 89 años, antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus 2, hipertensión, cardiopatía isquémica con estén, estenosis moderada aórtica, ictus cerebeloso y deterioro cognitivo. Mal estado general, dificultad respiratoria, fiebre, auscultación con crepitantes generalizados y SatO₂ 87%. Se contacta con equipo DCCU, realizándose traslado a hospital con soporte ventilatorio. En Rx infiltrados intersticiales bilaterales, infiltrado en base izquierda.

Enfoque familiar y comunitario

Matrimonio sin hijos, viven solos. Familia sobrina y marido que acuden a domicilio a diario durante las tardes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infección respiratoria COVID-19 y gripe A positivo

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso hospitalario y tratamiento con oseltamivir y ceftriaxona, oxigenoterapia.

Evolución

Favorable, alta hospitalaria tras 6 días de ingreso.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso podemos ver la importancia que cobra mantener el mismo médico de familia durante años. Uno de los puntos más importantes de la medicina de familia es la continuidad en el tiempo de un individuo, conocer las circunstancias y el medio que le rodea, entorno familiar, red de apoyo y necesidades. En este caso tras la observación de algo, que si no fuera su médico podría pasar desapercibido como es el caso de no haber sido acompañada por su marido como es habitual, hemos podido sospechar que podría estar ocurriendo un evento que precisa de nuestra atención, en esta ocasión acudiendo a domicilio para valoración de familiar, pudiéndose tratar y diagnosticar al paciente de una forma precoz (antes de haber solicitado atención). Podemos concluir que es preciso estabilizar y mantener a los especialistas de medicina de familia en los cupos asignados para un mejor control del paciente y su entorno.

Palabras clave

Continuidad en el Tiempo, Domicilio, Entorno Familiar.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Absceso mamario con cultivo negativo

Narváez Martín, AI¹, Alves Martins, AF², Rico Pereira, A¹

¹ *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)*

² *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Marchena (Sevilla)*

Ámbito del caso

Atención Primaria.

adversa, entre las raras se encuentra ginecomastia y secreción mamaria.

Motivos de consulta

Mujer de 49 años que consulta por absceso mamario.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, 2 hijos. Buen entorno familiar. Ama de casa.

Historia clínica

Mujer de 49 años, antecedentes de mastitis con aumento de prolactina hace 5 años. Niega antecedentes familiares de cáncer de mama. Desde hace un mes presenta varios abscesos en mama izquierda con secreción de aspecto seroso, enrojecimiento y calor. Valorado de manera urgente por cirugía. Ecografía y mamografía, aumento de densidad difuso en mama izquierda, sin aparente lesión nodular, asociado a engrosamiento cutáneo de predominio periareolar y adenopatía axilar izquierda que puede atribuirse a proceso inflamatorio en curso, sin colecciones bien definidas con dilatación de conductos que presentan contenido ecogénico. BIRADS 2. Cultivo de herida en varias ocasiones negativo. Valorada por endocrinología con analítica con prolactina dentro de la normalidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Absceso mamario izquierdo con cultivo negativo.

Tratamiento, planes de actuación

Control por cirugía, curas locales en centro de salud.

Evolución

Tras sospecha de posible reacción se retira pregabalina de manera controlada, comprobando como el absceso se reduce, siendo posible el cierre de herida para drenaje, con evolución favorable.

Enfoque individual

Desde hace dos meses aproximadamente la paciente presenta dolores articulares en muñecas y hombros, por lo que acude a urgencias hace 4 semanas, pautándose Pregabalina en dosis ascendente, actualmente 50 mg cada 8 horas. Tras consulta en enfermería para cura local, contactan para valoración de herida refiriéndonos la paciente que precisa nueva receta de pregabalina, tras consultar posibles reacciones

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En ocasiones cuando nos encontramos con un caso que no conseguimos controlar es preciso parar y hacer una revisión completa del paciente, comprobando cualquier cambio que se haya producido, tanto en medicación como ambiente. En más de una ocasión la patología del paciente puede ser producida por la reacción secundaria de algún fármaco siendo necesario una revisión y ajuste de medicación.

Palabras clave

Absceso Mamario, Revisión Farmacológica, Reacción Adversa.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Preguntar hoy para no tratar mañanaHerrada Díaz EI¹, García Rodríguez JM², García Rodríguez, FJ¹¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Solicita PrEP.

Historia clínica

Varón de 22 años, como antecedente de interés presentó condilomas acuminados en región perianal tratados por dermatología hace 2 años con crioterapia. No tratamiento habitual. Fumador de 5 cigarrillos al día, no otras drogas. Vacunado de VHB (3 dosis en la infancia y otra hace dos años al no tener anticuerpos), 3 dosis VPH.

Enfoque individual

Se realiza historia de salud sexual, identificando como hombre cisgénero, con pareja abierta, uso de preservativo irregular. Asintomático en el momento de la valoración. Se solicita analítica con serología VHB (acsVHB negativos), VIH, VHC y Lues negativo. Según prácticas sexuales se realiza exudado faríngeo, positivo a *Neisserie gonorrhoeae*, rectal positivo a *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* y PCR ITS en orina, negativas. Cumple criterios para inicio de PrEP por lo que se deriva a consulta VIH en medicina interna.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres, trabaja en invernadero familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infecciones sexuales de transmisión sexual en un paciente que ya consultó con una ITS y no se realizó

más estudio aparte de analítica con serología y vacunación de VPH.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con ceftriaxona 500 mg y doxiciclina 100 mg cada 12 horas 7 días. Se explica que debe informar a las parejas sexuales y abstinencia sexual hasta fin de tratamiento. Se indica vacunación VHA y se deriva a consulta de salud sexual y vacunación de riesgo. Allí se realiza seguimiento con control postratamiento y vacunación de riesgo (se indica *Meningococo ACWY*, *Neumo 13v* y *Neumo 20*; viruela del mono y antigripal anual).

Evolución

En sucesivas visitas se comprueba curación de ambas ITS y creación de Acs VHB. Se inicia PrEP tras comprobar seronegatividad y cura del gonococo. Presenta buena tolerancia, y se mantiene tratamiento con FTC/3TC mientras persista el riesgo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso nos resalta la importancia de realizar una buena historia de salud sexual. No se nos debe olvidar nuestro papel fundamental en la prevención de enfermedades. Si preguntamos a tiempo e informamos podremos evitar infecciones incluso enfermedades.

Palabras clave

Pre-Exposure Prophylaxis, Sexual Health, Sexually Transmitted Diseases.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia de caminarAlcalá Camúñez, AC¹, Aragón García, JD², Canchaya Iglesias, L¹¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. H de la Serranía de Ronda. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre y cifras tensionales elevadas.

Historia clínica

Mujer de 73 años con HTA con buen control de cifras tensionales, hipotiroidismo subclínico, trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con duloxetine y lorazepam. Osteoporosis y poliartrosis intervenida en el año 2022 para colocación de prótesis de rodilla derecha, a raíz de la cual cuenta disminución progresiva de la movilización por dolor e impotencia funcional, ganancia progresiva de peso hasta IMC de 35.

Enfoque individual

La paciente acude al SUH por presentar malestar general de 3 días de evolución y fiebre alta (39.2°C) sin otra clínica asociada. Niega disnea, disuria, dolor abdominal, clínica digestiva ni síntomas respiratorios. Acompañada por su hija, que refiere que tenía cifras tensionales altas en domicilio ya que su madre "es muy nerviosa" y la tensión se le sube cuando sabe que va a ir a Urgencias. A la exploración destaca TA 179/102, frecuencia cardíaca de 131rpm, SatO₂ 92%< y taquipnea de 40 rpm sin otros hallazgos.

Pruebas complementarias: orina normal, Rx tórax sin hallazgos patológicos, PCR-SARS Cov-2 negativo, analítica de sangre (Hemograma y bioquímica sin alteraciones, coagulación con D-Dimero 8880). ECG con taquicardia sinusal sin trastornos de la repolarización, sin patrón T1S3Q3. Angio-TC de tórax compatible con TEP subsegmentario en LID.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes conocidos de trastornos de la coagulación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

TEP subsegmentario

Tratamiento, planes de actuación

La paciente ingresó en planta de Medicina Interna para estudio y tratamiento médico con heparina 80UI c/12h y medidas de soporte. Se realizó eco Doppler con hallazgo de TVP, y TC abdominal sin hallazgos de interés para el episodio.

Evolución

Favorable, con alta a domicilio tras 5 días de tratamiento, anticoagulación con ACOD y oxigenoterapia domiciliaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La importancia de la promoción de hábitos de vida saludables muchas veces resulta infravalorada en la práctica clínica. En este caso el aumento progresivo de peso condicionó mayor dolor con la deambulación, estableciéndose un círculo vicioso entre la obesidad y la inmovilización. La presencia de TVP bilateral que se achacó al deterioro de la deambulación se consideró el desencadenante del tromboembolismo pulmonar. Es también de interés la forma de presentación del TEP, con fiebre elevada sin foco, taquicardia y taquipnea sin sensación disneica.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Venous Thrombosis, Walking.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia del control cardiovascular como predictor de morbimortalidad. A propósito de un caso

Rodríguez López, E, Montoya Fernández, MM, Herrada Díaz, EI

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Adra (Almería)

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria. Paciente de 58 años, ama de casa, sedentarismo y fumadora de 60 paquetes año.

Motivos de consulta

La paciente acude a consulta de atención primaria con clínica catarral, sensación febril, mialgias y cefalea que relaciona con vacuna COVID-19.

Historia clínica

Cefalea, mialgias, congestión nasal, odinofagia y tos seca.

Exploración física: congestión nasal y faríngea, ACR normal. TA: 170/90 que se controla con captopril 25 sl. Se cita en consulta programada: analítica, EKG y AMPA, cifras tensionales sistólicas por encima de 160. Se realiza Score para cálculo de riesgo cardiovascular con resultado moderado alto. Se inicia tratamiento antihipertensivo con enalapril 10 mg cada 24 horas y se cita en consulta deshabitación tabáquica.

Tras 2 meses consulta en urgencias por cefalea intensa de predominio holocraneal, de inicio súbito, interfiriendo el sueño con escala EVA9/10.

No toma las pastillas de la tensión porque se encuentra bien y no ha dejado de fumar.

No disartria, Pares craneales conservados. No déficit motor-sensitivo. TA 220/110.

Se administra captopril 25 + diazepam 5 trasladándose a hospital de referencia, presenta cuadro de mareo, disartria e inestabilidad en la marcha.

TAC craneal: HSA compatible con aneurisma de la trifurcación cerebral media derecha y Angiotac para confirmación. Ingresa en UCI.

Enfoque individual

Se trata de un caso en el que la prevención primaria y el control de los factores de riesgo cardiovascular habrían evitado el desarrollo de una patología grave y sus secuelas en el paciente. Debemos aprovechar las consultas de atención primaria por cualquier otro motivo para explorar los factores de riesgo cardiovascular modificables, consumo de tabaco o de otros tóxicos, toma de anticonceptivos, IMC, actividad física, dieta

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipertensión arterial. Hemorragia subaracnoidea.

Tratamiento, planes de actuación

Tras el alta se realiza una primera visita domiciliaria médico-enfermero para valoración del paciente, conciliación del tratamiento, programar seguimiento y explorar dudas y preocupaciones del paciente.

Evolución

Actualmente presenta aceptable mareos episódicos y parestesias en hemisferio derecho.

Ha suspendido el hábito tabáquico, mantiene TA <130/80 en tratamiento enalapril 20/hctz 12.5 cada 24 horas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante transmitir al paciente la importancia de su problema de salud, los síntomas de alarma ante los que debe consultar y cómo actuar.

Palabras clave

Hipertensión Arterial, Riesgo Cardiovascular, Prevención Primaria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

"Vengo a que me pinchen"Ojeda López, LP¹, Spínola Muñoz, MD²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Belmez. UGC de Peñarroya Pueblonuevo (Córdoba)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doña Josefina Carmona. Fernán Núñez (Córdoba)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbociática.

Historia clínica

Varón 69 años refiere lumbociática de dos meses de evolución que no responde a tratamiento pendiente de RMN Lumbosacra.

Actualmente tapentadol 100 mg cada 12 horas y gabapentina 300 mg cada 8 horas, refiere desde hace varios días incontinencia urinaria junto a parestesias e hipoestesia en silla de montar asociando pérdida de fuerza en ambos MMII. Acude en silla de ruedas. Pérdida de peso sin cuantificación desde hace 2 meses. Le administran metilprednisolona 125 mg IM en cada visita a urgencias, notando considerable mejoría. Es derivado a urgencias hospitalarias sospechando síndrome de Cola de Caballo.

Enfoque individual

Noamc.

Jubilado. Trabajaba con montajes eléctricos de alta tensión. SHAS con CPAP nocturna. Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 40 mg.

Enfoque familiar y comunitario

Padre fallecido por enfermedad de Alzheimer. Madre fallecida por IAM. No tiene hermanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: metástasis óseas múltiples, fractura patológica de L4.

Diagnóstico diferencial: estenosis espinal, hernia discal.

Tratamiento, planes de actuación

Rx tórax: no condensaciones.

Analítica: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucosa: 139 mg/dl, albúmina: 3.6 g/dl, proteínas totales: 5.8 g/dl, urea: 39 mg/dl, creatinina: 0.72 mg/dl, ácido úrico: 4.0 mg/dl, FG: 115 ml/min, colesterol: 250 mg/dl, colesterol de LDL: 173 mg/dl, LDH: 241 U/L, GGT: 51 U/L, ALTR: 18 U/L, creatina quinasa: 18 U/L, FA: 130 U/L, sodio: 136 mEq/L, potasio: 3.9 mEq/L, Cloro: 100 mEq/L, Calcio: 8.7 mg/dl, Fósforo: 3.9 mg/dl. Proteinograma, inmunoglobulinas y cadenas ligeras libres: normales.

RM sin Contraste I.V. de Columna Lumbosacra: metástasis óseas múltiples, destacando la de L4 con fractura del cuerpo vertebral y masa de partes blandas asociada que provoca estenosis de canal y compromiso radicular TC con contraste I.V. de abdomen y pelvis 07/08/23: conclusión: no se identifica en el estudio un tumor primario valorable. Lesiones óseas sugestivas de metastásicas/mieloma. Ecografía de tiroides: conclusión: sin hallazgos patológicos. RM de columna dorsal: conclusión: afectación metastásica de la columna dorsal sin signos de compresión medular. BAG realizada por radiología: AP negativa.

Evolución

Interconsulta a traumatología (Unidad de Columna): pruebas histológicas negativas, se programará para biopsia incisional y artrodesis vía posterior.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Lumbalgias de mal control investigar causa secundaria de la misma.

Palabras clave

Metástasis, Lumbalgia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor no me encuentro bienSpínola Muñoz, MD¹, Ojeda López, LP², Sanchez Camacho, L³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doña Josefina Carmona. Córdoba² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belmez. Belmez (Córdoba)³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santaella. Santaella (Córdoba)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad.

Historia clínica

Mujer 21 años que acude por ánimo bajo desde hace meses que relaciona con estudios, junto con crisis de ansiedad que en los últimos días son diarias. Insomnio de conciliación y mantenimiento. Crisis de agorafobia. No ideas autolíticas.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox®. 75 mg. Estudiante de magisterio, anorexia a los 16 años en seguimiento por psicólogo privado. Consumo de tóxicos (alcohol y marihuana) los fines de semana. Vive con compañera de piso.

Exploración física: aspecto adecuado. Colaboradora. Entrevista conjunta con su madre. Consciente orientada y colaboradora. Llanto continuo, No alteración psicomotricidad. Habla y lenguaje espontáneo. Coherente. No alteración sensorial. No ideación autolítica en el momento actual. Múltiples tatuajes.

Pruebas complementarias: TSH en rango 3.125

Enfoque familiar y comunitario

Antecedentes familiares: padre cirrosis hepática. Suicidio. Madre: cáncer de mama a los 51 años, hermano: consumo perjudicial de cocaína.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

La paciente presenta un trastorno ansiedad y trastorno adaptativo acentuado por estudios en

una ciudad diferente a sus padres y consumo de tóxicos ocasionales

Diagnóstico diferencial: trastorno de estrés postraumático, trastorno distímico, trastorno depresión mayor, trastorno estrés agudo.

Tratamiento, planes de actuación

Revisiones mensuales en centro de salud por Atención Primaria y trimestrales por Salud Mental. Se inicio tratamiento con sertralina 50 mg + clonazepam 0.5 mg + mirtazapina 15 mg.

Evolución

La paciente presentó disminución del número de crisis de ansiedad diarias, ya solo de forma ocasional; en el último mes un episodio refiere que ha suprimido el consumo de tóxicos (marihuana). Mejor descanso nocturno. Buen rendimiento académico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los trastornos mentales constituyen una causa importante de discapacidad en la población general. Dentro de éstos, uno de los más frecuentes es el grupo de los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad constituyen una enfermedad real que afecta gravemente la vida de las personas que lo padecen. La ansiedad es un fenómeno complejo en el que participan múltiples factores: biológicos, psicosociales, traumáticos, psicodinámicos y cognitivos-conductuales. Debido a esto, el abordaje es tanto farmacológico como psicológico. Se debe de abordar al paciente mediante la escucha, la contención y una serie de técnicas de ayuda.

Palabras clave

Trastorno Ansiedad, Trastorno Adaptativo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Disnea en paciente no fumador

Góngora Beltrán, C1, Gómez Galera, H2

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dificultad respiratoria.

Historia clínica

Varón de 46 años, con antecedentes de insuficiencia respiratoria nasal e intervenido de endimoma C2-C8 intramedular y laminectomía C2-C5. Consulta por disnea de esfuerzos moderados durante un resfriado y tras inhalación de vapores de lejía limpiando. Asocia tos, de predominio nocturno. No otra clínica. Refiere que nunca ha respirado bien, con sensación de "no poder llenar el pecho", "aunque se ha adaptado". TAC de 2004 solicitado por neumología, con resultado de bronquiolitis obliterante. En la exploración física destaca Sat O₂ 93%, crepitantes bibasales. No uso de musculatura accesoria. Se solicitan las siguientes *pruebas complementarias*: prick test: negativo. - Rx de tórax: poco inspirada. Aumento de trama intersticial en bases. Escoliosis. TC de tórax: granulomas calcificados en segmento apical de LII. Patrón en mosaico, difuso y bilatera. Estudio en espiración con áreas de atrapamiento aéreo bilateral (lobulillares, confluentes y segmento lateral de LM). Espirometría postbroncodilatación: FEV₁/FVC 68%, FVC 56%, FEV₁ 60%, DLCO 63%. Se deriva a neumología quienes solicitan ETT, ECG, Rx de tórax y analítica con autoinmunidad y precipitinas, previo a realización de criobiopsia pulmonar.

Enfoque individual

Conductor de minibús, antes carpintero. Niega hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su pareja. Tiene 3 pájaros. No contacto con humedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Alteración ventilatoria mixta con obstrucción moderada y restricción moderada. Bronquiolitis obliterante. Neumonitis por hipersensibilidad. Neumonía intersticial autoinmune. Enfermedad pulmonar intersticial.

Tratamiento, planes de actuación

Prednisona 5 mg/24 h, tras suspender empeoró. Anoro® 1 inh/24 h y Ebastel® 20 mg/24 h. Se cambió Anoro® por Relvar Ellipta® 184/22: 1 inh/24 h, con enjuague bucal posterior. Evitar contacto con los pájaros.

Evolución

Analítica: precipitinas muy positivas frente a excremento, plumas y suero de periquito y paloma. ANA y FR positivos. Ac anti-Jo-1 positivo. Criobiopsia: patrón histológico congruente con enfermedad pulmonar intersticial, con signos incipientes de neumonitis por hipersensibilidad.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas son un grupo heterogéneo de trastornos respiratorios que se clasifican juntos porque tienen manifestaciones clínicas, radiológicas y fisiológicas similares. Los últimos avances científicos permiten mejorar la comprensión de su fisiopatología y el desarrollo de mejores tratamientos. La neumonitis por hipersensibilidad por aves forma parte de este grupo.

Palabras clave

Dyspnea, Interstitial Lung Diseases, Bird-Related Hypersensitivity Pneumonitis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

No todo es sífilis

Velasco Doña, E¹, Díaz Crespo, E², De Dios González, EM¹

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barriada de los Ángeles. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pústulas palmo plantares.

Historia clínica

Consulta por dos días de pústulas palmo plantares pruriginosas, eritemáticas y no descamativas, tres días antes consulta por amigdalitis pultácea con test de *streptococco* positivo iniciando tratamiento con amoxicilina 750 mg/12 h.

Exploración: ORL faringe hiperémica sin exudados mucosa oral sin lesiones. Manos y pies eritema papulo pustuloso con lesiones subcentimétricas, en distinto estadio de evolución. No lesiones genitales. No necesaria pruebas complementarias.

Enfoque individual

Antecedentes personales sin interés, no tratamiento habitual.

Enfoque familiar y comunitario

Vive en un camping, no relaciones sexuales de riesgo, perro como mascota. Convive con hijo en edad escolar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pustulosis palmoplantar a estudio.

Diagnóstico diferencial: sífilis; psoriasis palmo plantar pustulosa, dermatitis de contacto, PEAG,

reacciones medicamentosas, eccema dishidrótico, pénfigo vulgar, genética, otras infecciones bacterianas de ORL. Dado el tipo de lesión no ampuloso, el antecedente de test de *streptococco* positivo, la ausencia de relaciones sexuales de riesgo, la ausencia de ambiente epidémico en domicilio y la evolución concordante de las lesiones a vez que la amigdalitis nos hicieron concluir que se trataba de lesiones secundarias a dicha infección bacteriana.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: control de síntomas con antihistamínicos y continuar con antibiótico fin de tratamiento. Planes de actuación: revisión en una semana indicando a la paciente fotografía de lesiones para ver evolución.

Evolución

Favorable con remisión de las lesiones y de los síntomas asociados.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Las lesiones dermatológicas son un motivo de consulta frecuente, así como las infecciones de ORL. Es importante no dirigir la anamnesis hacia los diagnósticos más señalados durante nuestra formación que pueden no ser los más frecuentes.

Palabras clave

Tonsilitis, Peag, Sífilis Cutánea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Pigmentación ungueal, ¿es preocupante?Molina Hurtado, E¹, Martínez Martínez, E², Sánchez Molina, L³¹ Especialista en Medicina Familiar Y Comunitaria. CS Castro del Río. Castro del Río (Córdoba)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias Hospital Collado Villalba. Madrid³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Espiel. Espiel (Córdoba)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesión pigmentada ungueal.

Historia clínica

Paciente de 32 años que acude por aparición de una pigmentación subungueal en banda que presenta forma lineal en el dedo de la mano derecha.

Enfoque individual

En la anamnesis, no presenta antecedentes personales de interés. Niega consumo de fármacos, no exposición a tintes, engrasantes ni otra sustancia exógena. Es administrativa. Refiere una evolución de la lesión de 2 meses, no refiere desencadenante traumático. No enfermedades previas de piel ni historia familiar de cáncer cutáneo. El resto de uñas presentan aspecto normal. Se realiza dermatoscopia con hallazgo de bandas lineales marrones uniformes.

Enfoque familiar y comunitario

La aparición de una lesión pigmentada cutánea es motivo de preocupación en la paciente y su entorno familiar por su tendencia a relacionarlo con un cáncer cutáneo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Melanoniquia longitudinal.

Diagnóstico diferencial: hematoma subungueal, infecciones fúngicas o bacterianas, pigmentaciones exógenas, melanoma ungueal. El principal problema es la identificación de un potencial

melanoma. En nuestra paciente no nos planteamos biopsia por criterios de benignidad (edad, sin antecedentes cutáneos previos, cambio de tamaño o coloración, no traumatismo previo, no presenta morfología triangular de la base a la zona distal, no se acompaña de distrofia ungueal, signo de Hutchinson negativo).

Tratamiento, planes de actuación

Observación y seguimiento de la lesión cada 6 meses.

Evolución

Actitud expectante y tranquilizadora a la paciente con seguimiento sin cambios en el último año.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Una correcto conocimiento y profundización en alteraciones pigmentarias ungueales, nos puede garantizar la tranquilidad de realizar un correcto diagnóstico en nuestro ámbito. La melanoniquia longitudinal es un hallazgo poco frecuente en atención primaria y poco frecuente en la raza blanca. Una correcta anamnesis y exploración clínica y dermatoscópica puede garantizarnos un diagnóstico. Considerar siempre el posible melanoma para biopsia y realizarla siempre en caso de que exista duda en cualquier elemento de la evaluación clínica. En caso contrario es recomendable realizar seguimiento de esta entidad.

Palabras clave

Melanoniquia, Uña, Dermatoscopio.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Adolescente con bultoma cervicalFons Cañizares, S¹, Ramos Galindo, N², Pérez Gutiérrez, M³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria (Málaga)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria (Málaga)³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención primaria (AP) y Hospital.

Motivos de consulta

Mujer de 15 años con bultoma cervical

Historia clínica

Acude por notar bultoma en zona lateral cervical anterior, sin ningún antecedente personal, y asintomática. Se realiza ecografía en consulta y se detecta nódulo hiperecoico, lobulado, heterogéneo, vascularizado en lóbulo izquierdo de 2,2 x 2 centímetros. Tiene antecedente de madre con hipotiroidismo. Se deriva a endocrino y realizamos analítica sin cambios hormonales. Endocrinología valora a la paciente y pide ecografía programada. A los 15 días regresa la paciente con adenopatía supraclavicular, que en ecografía en centro de salud tiene características de malignidad. Hablamos con Radiología para realizar ecografía preferente, que hace 1º Ecografía y a los 4 días PAAF, resultando ser un cáncer papilar de tiroides con afectación de cadenas ganglionares, cervicales, supraclavicular, y en TAC múltiples nódulos pulmonares bilaterales “imagen en suelta de globos” sugestivas de metástasis.

Enfoque individual

Buena comunicación y accesibilidad con la paciente y su madre. Ha perdido el curso escolar por faltar mucho a clase por pruebas, cirugía, fisioterapia, radiación. Se agilizó citas para pruebas, derivaciones y resultados de estudios, como el control tras irradiación de Iodo.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su madre-separada- y aunque se han cambiado de municipio siguen acudiendo a nuestra consulta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cáncer papilar de tiroides metastásico.

Tratamiento, planes de actuación

Se realizó tiroidectomía total, con resección de muchas adenopatías cervicales. Después recibió una sesión de yodo radioactivo

Evolución

En consulta explicamos la situación actual, sin problemas de deglución ni de afonía, ni de movilidad cervical. Desconocía las lesiones pulmonares y la posible evolución de ellas con el tratamiento de I131, las sesiones pueden recibir, hasta sumar un máximo de radiación y el seguimiento por endocrinología y Atención Primaria. La última consulta fue por disnea al caminar a instituto. La tiroglobulina ha descendido, y endocrino baraja si las lesiones pulmonares y disnea es fibrosis tras irradiación por yodo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La ecografía ha llegado a Atención Primaria como instrumento fundamental de apoyo en diagnóstico de patologías con mucha relevancia clínica. Los pacientes se muestran muy satisfechos con la inmediatez de su uso

Palabras clave

Atención Primaria, Cáncer Papilar de Tiroides, Ecografía.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

El lugar de los pacientes complicados es Atención Primaria

Merino de Haro, I¹, Huertas Barros, M², Berdonces Fernández, MS²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Exigencias en la medicación, atención inmediata, amenazas.

Historia clínica

Paciente varón de 60 años que acude a primera consulta, tras años sin consultar en atención primaria, con una gran agresividad, y exigencias de múltiples fármacos, ansiolíticos (benzodiazepinas y antidepresivos) y analgésicos (opiáceos), encima de la dosis máxima de cada fármaco. Alega de que siempre los ha tomado así y que en Urgencias de los pautan de dicha forma.

Se explica que no es posible esta dosificación ya que es perjudicial e incluso letal, a lo que responde con gran agresividad en la consulta. Tras realizar técnicas de comunicación específicas y orientadas al paciente, se consigue explicar el tratamiento ajustado a su situación actual, lo que acepta.

Se revisa paralelamente la historia clínica y las múltiples asistencias a Urgencias por múltiples causas, principalmente dolor y cuadro de sincopales. Dichos cuadros sincopales han sido valorados en Cardiología, Neurología y Medicina Interna, previamente a la primera consulta en Atención primaria. Se niega acudir a Salud Mental refiriendo "no estoy loco".

Enfoque individual

Paciente con trastorno a personalidad, negación de su trastorno y no seguimiento en salud mental.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente que vive solo, separado de su mujer y con distanciamiento emocional de sus hijas. Fase de contracción completa del ciclo vital.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Paciente complicado, con trastorno de personalidad.

Tratamiento, planes de actuación

Psicoterapia breve orientada a resolución de problemas. Diazepam 10 mg/12 h. Alprazolam 1 mg/12h (condicional). Sertralina 100 mg/24 h. Tramadol 100 mg/8 h. Paracetamol 1 g/8 h. Metamizol 575/8 h.

Evolución

Tras realizar consultas seriadas en atención primaria una o dos por semana, el paciente adquiere confianza y una relación médico-paciente estrecha y fructífera. La medicación esta individualizada evitando interacciones y optimizando dosis. Se consigue control de dolor, se estudian cuadros sincopales compatibles con su trastorno de personalidad, lo que el paciente entiende y aprende a manejar. Se realiza seguimiento cardiovascular y medidas de prevención ajustadas a su edad.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En Atención Primaria, mediante estrategias de comunicación específicas y orientadas a cada paciente, se puede reconducir una muy complicada relación médico-paciente. hacia una relación basada en la confianza, evitando la asistencia a Urgencias, con los consiguientes riesgos de sobremedicación y la posible yatrogenia.

Palabras clave

Iatrogenic Disease, Opioid-Related Disorders, Causalgia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Insuficiencia venosa pélvica como causa de dolor lumbar; síndrome Nutcracker

Zambrano Muñoz, E

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Sur. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda irradiado a hipogastrio.

Historia clínica

Mujer de 60 años con antecedentes de EPOC, migraña, gastritis crónica y esofagitis péptica, miomas uterinos. La paciente presenta episodios desde hace al menos diez años de dolor en fosa renal izquierda, irradiado a hipogastrio con disuria. Al principio los casos eran esporádicos algunos diagnosticados de pielonefritis, pero desde al menos 5 años los casos se van haciendo cada vez más frecuentes, duraban unos días, dolor tipo cólico bastante invalidante con empeoramiento con la bipedestación y sedestación prolongadas y disuria.

En la exploración destaca microhematuria y urocultivos repetidamente negativos. Se realizaron varias ecografías abdominales a lo largo de los años, todas normales solo revelando mioma uterino ya conocido y en seguimiento por ginecología

Se deriva a la paciente a Urología ante la persistencia del cuadro y la microhematuria, donde se pide entonces TAC de abdomen que revela vena gonadal izquierda dilatada con varicocele pelviano bilateral, más acusado en lado izquierdo. En segundo UroTAC se detecta disminución de calibre de vena renal izquierda en espacio Aortomesentérico con severa insuficiencia de vena ovárica ipsilateral y presencia de varices pélvicas bilaterales, más acusadas en el lado izquierdo.

Enfoque individual

Interferencia en actividades de la vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnósticos diferenciales cólico renal, pielonefritis aguda, patología anxial, digestiva.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva al fin a la paciente a CIA vascular diagnosticándose de síndrome de Nutcracker o del cascanueces.

Evolución

Se le ofrece a la paciente la posibilidad de embolización de vena ovárica izquierda por sintomatología florida, sin embargo no se consigue cateterizar la vena renal izquierda por no drenar ésta en la cava inferior, con lo que no se puede realizar el procedimiento. Se recomiendan medidas higiénico dietéticas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El Síndrome de cascanueces consiste en la compresión extrínseca de la vena renal izquierda, lo que impide el drenaje normal a la vena cava inferior. Se produce por compresión de dicha vena entre la arteria aorta y la arteria mesentérica superior.

Palabras clave

Síndrome Cascanueces Renal, Dolor Lumbar, Hematuria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

IAM, tras fallo en todos los niveles asistenciales de salud

Membiola Jurado, MC¹, López Luque, M², López Luque, JA³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Córdoba Centro. Córdoba

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villaviciosa. Villaviciosa (Córdoba)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivos de consulta

Antecedentes personales: obesidad. Glucemia basal alterada. *Enfermedad actual:* dolor torácico.

Historia clínica

Paciente acude a hospital con dolor centrotorácico opresivo sin cortejo vegetativo coincidiendo con tensión arterial elevada., tras normalización de cifras tensionales, cede la clínica y se diagnostica de crisis hipertensiva indicando control de hipertensión por médico de Atención Primaria.

Enfoque individual

Analíticas: glucemia en urgencias 270, y troponina: 8549.3. En planta de cardiología glucemias basales (156, 155,180). EKG: RS a 62 lpm. PR normal. Eje normal. QRS estrecho. QTc normal. Infradesnivelación del ST de 1 mm en V1.

Enfoque familiar y comunitario

Casado convive con su esposa, padre de 2 hijos ya independizados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infarto agudo miocardio. Pericarditis. Dolor osteomuscular. Esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Problemas. Masificación de atención sanitaria. Valoración no global de los pacientes.

Tratamiento, planes de actuación

Controlar factores de riesgo cardiovascular. Ticagrelor 90 mg, 1-0-1. Ácido acetilsalicílico 100

mg, 0-1-0. Omeprazol 20 mg, 1-0-0. Rosuvastatina 20 mg / ezetimiba 10 mg, 0-0-1. Ramipril 5 mg 1 comprimido cada 24 horas como venía tomando.

Evolución

Acudió a su atención primaria y se pautó antihipertensivo controlándose las cifras de tensión arterial. No se miró analítica de hospital donde aparecía una glucemia de 270(criterio diagnóstico de diabetes mellitus). A los 35 días ingresa en cardiología con un Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST. Se realiza cateterismo con implantación de stent en arteria descendente anterior. Se realizan EKG, ecocardiograma y múltiples analíticas todas con glucemias basales por encima de 190, nadie repara en este parámetro ni hacen referencia a él, en el informe de alta, no se diagnostica de diabetes ni se trata. Su médico ve alta en su buzón, revisa historia y analíticas, Se pone en contacto telefónico con el paciente, le informa de su nuevo diagnóstico de diabetes mellitus y pauta empaglifozina, y metformina pidiendo HBAC1.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Hay que hacer una valoración y exploración global de los pacientes, no sólo atendiendo a los síntomas puntuales que ellos relatan, Esto permitirá diagnosticar y tratar enfermedades asintomáticas en sus inicios previniendo complicaciones posteriores de las mismas.

Palabras clave

Infarto de miocardio, Diagnóstico, Diabetes mellitus.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Inestabilidad de la marcha como secuela de una cerebelitis pos-infecciosa en un lactante de 10 meses. A propósito de un casoGarcía-Revilla, Fernández, JD¹, Trigos Domínguez, V², Castilla Castillejo, JR³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Lucena (Córdoba)³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. (Córdoba)**Ámbito del caso**

Centro de salud.

Motivos de consulta

A continuación, describiremos el caso de un lactante de 10 meses y 9,8 kg de peso que acude a la consulta urgencias de atención primaria por presentar fiebre y amigdalitis tratada con amoxicilina tras el cual presenta unos episodios de inestabilidad cefálica y de la marcha con episodios de vómitos, sin fiebre diarrea o recorte de la diuresis.

Historia clínica

Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, bien hidratada, fontanela anterior normotensa. Lloro durante la exploración y se calma con la madre. Faringe no hiperémica sin exudado ni aumento del tamaño amigdalino. Otoscopia con un poco de cerumen sin inflamación del conducto auditivo externo. Piel sin exantemas ni petequias. En principio no presenta una clara focalidad neurológica sigue con la mirada con la cabeza, correcta movilidad ocular, no relajación del tono muscular ni rigidez de nuca y no Babinski.

Enfoque individual

Los padres refieren que no gatea de forma correcta. En consulta presenta caída hacia el lado izquierdo al intentar gatear sin poderse objetivar claramente el motivo. Los padres también refieren que de forma intermitente la cabeza cae algo menos de 1 segundo hacia delante objetivando tal hecho en consulta. Se deriva a urgencias hospitalarias y realizan analítica. Hemograma con leucocitos dentro de la normalidad, al igual que el resto de la

misma. Una vez ingresada en planta se rehistoria a la paciente: la gestación tuvo lugar a término (gestación de 41 + 3 semanas) en una madre de 29 años de grupo sanguíneo ARH negativo sin antecedentes familiares de interés.

Enfoque familiar y comunitario

La encefalitis post-infecciosa es un auténtico reto médico, siendo los grupos más vulnerables niños y ancianos. Todos los años se detectan 1200 nuevos casos aproximadamente en España con una mortalidad cercana al 20-40%. La etiología sigue siendo muy dispar pero parece que la tendencia sea que las causas autoinmunes estén desplazando a las infecciosas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Encefalitis.

Tratamiento, planes de actuación

No preciso.

Evolución

Tras 3 días de observación en el Hospital se da alta con recomendaciones y un diagnóstico de probable cerebritis post- infecciosa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Gracias a las vacunas, es infrecuente ver encefalitis o meningitis dentro de los que sería Sistema Nervioso Central.

Palabras clave

Encefalitis Meningitis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Masa abdominal

Membiola Jurado, MC¹, López Luque, M², López Luque, JA³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Córdoba Centro (Córdoba)

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villaviciosa. Villaviciosa (Córdoba)

Ámbito del caso

Atención Primaria y especializada.

Motivos de consulta

Molestias abdominales intermitentes de 11 meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Mujer de 37 años con molestias abdominales inespecíficas más intensas en hipogastrio y los días previos a menstruaciones, que son normales.

Enfoque individual

Abdomen: gran masa abdominal que alcanza tres traveses por encima de ombligo, móvil, no dolorosa de consistencia dura. Eco TV: útero en ante, difícil delimitación endometrial por gran formación de 16x16 cm que impresiona depender de útero compatible con gran mioma con áreas anecoicas en su interior que impresionan de degeneración quística, Doppler color score 2 (limitado por ecógrafo de Urgencias), ambos anejos normales, no líquido libre. RMN pélvica: masa ovalada compatible con mioma 17 mm con áreas de degeneración quística, en el que no se puede descartar sarcoma. Enero de 2023, refiere normal. Analítica: cA 19.9 34.5, CA 125, Antígeno carcinoembrionario y Proteína HE-4 normales.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente inmigrante, reside en España desde hace 1 año. Soltera sin hijos, vive con su hermana y sobrinos. Trabaja como empleada de hogar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial: mioma uterino. Sarcoma.

Tratamiento, planes de actuación

Histerectomía total y tratamiento posterior según anatomía patológica definitiva.

Evolución

Ante la detección de masa abdominal de gran tamaño y consistencia dura se derivó a servicio de urgencias de ginecología, donde se realizó exploración física, ecografía, pidiendo RNM abdominal preferente y marcadores tumorales. La paciente continua con síntomas muy leves a la espera de histerectomía

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El diagnóstico de masas abdominales palpables es un reto diagnóstico, en el que necesitamos de apoyo de pruebas complementarias. La ecografía, cada vez más implantada en atención primaria es una gran herramienta y se podría haber orientado mejor a esta paciente de haberla utilizado (su médico no domina la técnica) de ahí la necesidad de formarse en ella.

Palabras clave

Mioma, Ginecología, Sarcoma.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
CASOS CLÍNICOS:
MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un aviso sobre los riesgos de los antiinflamatorios

Pedrosa Arias, M¹, Escudero Sánchez, CM2, Vacas Gordillo, M3

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia Granada

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Góngora. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Sensación de debilidad y taquicardia.

Historia clínica

Varón de 48 años que nos avisan de la consulta de acogida por sensación de debilidad y taquicardia al levantarse y con sudoración profusa que precisa sedestación inmediata. Ha presentado nauseas seguido de un vomito. Refiere además deposiciones descritas como oscuras, alquitrán. Niega dolor abdominal ni torácico. Ha estado con AINES por ciatalgia. Exploración: consciente y orientado. bien hidratado y perfundido. eupneico en reposo. estable hemodinámicamente TA 110/70 FC 120 lpm Sat 98% glucemia 147 mg/dl. ACP taquicardia. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando depresible con molestias a la palpación en epigastrio. Tacto rectal dedil con restos oscuros sugerente de melena.

Se coge una vía iV y se pone en bolo 80 mg omeprazol. Se deriva a hospital con sospecha de HDA En urgencias endoscopia: hDA no activa secundarias a úlceras fibrinadas (Forrest III). Bulbitis /bulboduodenitis grado IV. Test Ureasa positivo. Durante su estancia en observación ante la acida de HB se tubo que realizar transfusión de hemoconcentrado, así como Hierro IV 1 g.

Enfoque individual

Varón 48 años soltero con AP de lumbalgias de repetición por cifosis. Fumador de 1 paquete/día. No alcohol ni otras drogas. Ocasionalmente acude a urgencias para inyectable por lumbalgia.

Enfoque familiar y comunitario

Soltero, vive con un amigo tras haber discutido con la pareja. Ha tenido que mudar de pueblo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

HDA.

Diagnóstico diferencial: perforación víscera hueca, cardiopatía isquémica.

Tratamiento, planes de actuación

En centro de salud se pasó un bolo de omeprazol y en urgencias solo sueroterapia.

Evolución

El paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta con tratamiento erradicador para H. pylori y omeprazol 40 mg hasta revisión.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso tendría varias lecturas: una la importancia de una anamnesis exhaustiva aún más en el contexto de una urgencia, ya que se indagó en toma de AINES que podría ser la causa de HDA. Por otro lado, es importante trasladar al paciente a otro nivel sanitario con buena historia clínica y enfoque diagnóstico por no demorar el tratamiento. La reflexión final sería informar a la población sobre los riesgos de uso de los antiinflamatorios. Los médicos de familia estamos en posición privilegiada para llevar a cabo esa tarea.

Palabras clave

Hemorragia Digestiva, Antiinflamatorio, Gastritis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Fibromialgia y colecistitis: un vínculo que no puede ser tolerado

Rodríguez García, R, Balongo Molina, A, Domínguez Bejarano, L

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 80 años que consulta por epigastralgia irradiada en cinturón de ocho días de evolución que empeora tras las comidas. Refiere sensación febril no termometrada y náuseas. EVA 8. No consultó previamente porque su marido le dijo que “no tiene importancia y que siempre está con dolor”.

Enfoque individual

Antecedentes personales: contraindicación a Tramadol por mareos. HTA, dislipemia mixta, obesidad G1. Fibromialgia, síndrome ansioso-depresivo. Litiasis vesicular múltiple. Situación funcional: dependencia moderada (Barthel 55 puntos).

Exploración: AEG, COC, BHyP. TA 150/70 mmHg a 77 lpm. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy positivo. No se palpan masas ni megalias. RHA presentes no exaltados

Pruebas complementarias: electrocardiograma con bloqueo de rama derecha (ya conocido) y ecografía abdominal clínica que muestra una vesícula biliar con tres imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior en su interior, engrosamiento de pared de 4 mm, edema perivesicular y Murphy ecográfico positivo.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido de 83 años. Dos hijos, escaso apoyo familiar. Bajo nivel sociocultural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: colecistitis aguda litiásica.

Diagnóstico diferencial: cólico biliar, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda litiásica, tumores

Identificación de problemas: la demora en la asistencia sanitaria causada por la etiqueta de dolor crónico y problemas de salud mental puede generar complicaciones adicionales

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: sueroterapia, dexketoprofeno, metamizol y metoclopramida intravenosa.

Plan de actuación: se deriva a Urgencias Hospitalarias en ambulancia medicalizada

Evolución

Ingresó en Observación tras realizar analítica (19.300 leucocitos, PCR 230) y ecografía abdominal que ratificó el diagnóstico de sospecha para sueroterapia, analgesia, corrección de iones y antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Metronidazol a la espera de hemocultivos, desestimando colecistectomía urgente por colecistitis grado II de Tokyo con más de siete días de evolución. Posteriormente traslado a planta para estabilización definitiva y colecistectomía diferida

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar, en la mayoría de los casos explicada por cálculos mixtos o de colesterol. La disponibilidad del ecógrafo en Atención Primaria facilita la toma de decisiones en esta patología. Aún existe controversia en el manejo de la colecistitis de más de 72 horas del inicio de los síntomas. Si no hubiera existido el componente sociofamiliar, la paciente podría haberse intervenido precozmente y evitar complicaciones indeseadas.

Palabras clave

Colecistitis Aguda, Ultrasonografía, Fibromialgia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué enfermedad se ha infiltrado?Tena Santana, G¹, Linares Canalejo, A², De la Cruz Castellano, A³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puente Genil. Córdoba**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Paciente de 43 años de edad con alergia a penicilina, consulta por cuadro de astenia asociada a disnea de esfuerzos moderados de una semana de evolución. No se aprecian edemas ni recorte de diuresis. Impresiona de palidez mucocutánea, lo que se corresponde con anemia ferropénica con una hemoglobina de 6,8 no filiada anteriormente en el hemograma de urgencias.

La auscultación cardiorrespiratoria es anodina, niega pérdidas sanguíneas conocidas o alteraciones del ritmo intestinal.

Se realiza radiografía de tórax en que se aprecia infiltrado intersticial bilateral de opacidad en vidrio deslustrado con engrosamiento de septos interlobulillares o padrón en empedrado con sospecha de hemorragia alveolar.

Enfoque individual

Como antecedentes de interés padece de síndrome antifosfolípido habiendo presentado trombosis venosa profunda años atrás y abortos de repetición. Hipertensa, no diabética ni dislipémica.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente RANKIN o independiente para las actividades básicas de la vida diaria, trabaja como limpiadora, realiza tratamiento con acenocumarol e hidroxicloroquina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hemorragia alveolar en paciente con síndrome antifosfolípido.

Tratamiento, planes de actuación

Ingresa en Medicina Interna para observación y transfusión de dos concentrados de hemáties, realizándose fibrobroncoscopia con sospecha de hemorragia alveolar como diagnóstico con enfermedad autoinmune como desencadenante.

Evolución

La paciente evoluciona adecuadamente durante su ingreso con la administración de oxigenoterapia, corticoides intravenosos y azatioprina, con clara mejoría y reducción de los infiltrados pulmonares previamente visibles en pruebas de imagen y tras mostrarse de nuevo asintomática y recuperación de niveles normales de hemoglobina, se da de alta a domicilio cursando cita preferente con reumatología para estudio de proceso autoinmune a filiar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome antifosfolípido es una patología infrecuente que ocasiona problemas sistémicos más allá de del riesgo de trombosis y abortos de repetición. En este caso, además, la paciente se deberá someter a estudio para descartar otras patologías de base autoinmune como posibles responsables del cuadro.

Palabras clave

Antiphospholipid Syndrome, Asthenia, Autoimmune Diseases.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un tumor poco frecuenteEscudero Sánchez, CM¹, Pedrosa Arias, M2, Fernández López, L1¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicios Urgencias. Servicio digestivo/cirugía general.

Motivos de consulta

Sensación de debilidad y heces negras.

Historia clínica

Mujer 58 años casada sin AP de interés no fumadora, no alcohol ni otras drogas, que acude por cuadro de comienzo hace dos días consistente en dos deposiciones diarias negras, pastosas, malolientes y alquitranadas. Asocia palpitaciones sin dolor torácico. No presíncope ni síncope. Ingesta de un comprimido de AINE una vez comenzado el cuadro. No previamente. No AAS ni anticoagulación. Niega episodios similares

Exploración: TA 115/66. FC 81 lpm. Afebril. Sat O₂ 96% aire ambiente. Buen estado general. Consciente, orientada, colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica. ACR: rítmica sin soplos audibles, a buena frecuencia. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalias. RHA conservados, normales. TR: dedil manchado de heces negras con fondo marrónáceo. MMII: no edemas.

A pesar de estar asintomática nos decantamos en derivación a urgencias para estudio de HDA. En urgencias analítica destaca anemia significativa con HB 9 y se decide ingreso en digestivo. Endoscopia y colonoscopia normales. Durante su estancia en digestivo ante la caída de HB se tuvo que realizar transfusión de hemoconcentrado, así como Hierro IV ig. Se da de alta y se emplaza a realizar video capsula endoscópica: se aprecia en yeyuno imagen

subepitelial de 20 mm ulcerada sugerente de GIST confirmado con TAC abdominal. Se presenta caso en comité de tumores decidiendo intervención quirúrgica.

Enfoque individual

Vive con su marido y un hijo. Marido es profesor de universidad y ella arqueóloga activa laboralmente.

Enfoque familiar y comunitario

Dos hijos. Mayor en Madrid. Buena dinámica familiar y red amigos amplia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumor de GIST yeyunal. HDA.

Diagnóstico diferencial: procesos que cursen con HDA, tumores gastrointestinales.

Tratamiento, planes de actuación

Intervención quirúrgica con resección del tumor. Revisión en seis meses con TAC abdominal.

Evolución

Buena evolución y anatomía patológica favorable. Asintomática desde intervención.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Tumor estromal gastrointestinal (GIST) representa menos del 3% de neoplasias gastrointestinales, sin embargo es el tumor mesenquimatoso más frecuente de tracto digestivo. Pueden ser descubiertos de forma incidental o presentar hemorragia digestiva. Ante HDA sin causa aparente se debe seguir profundizando hasta llegar al diagnóstico definitivo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Ya no vuelvo a comer flamenquínDel Razo Romero, ME¹, Hidalgo Salverri, J²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguilar de la Frontera. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor lumbar.

Historia clínica*Antecedentes personales* de obesidad mórbida tratada con Saxenda® 6 mg/ml y asma controlada.**Enfoque individual**

Paciente de 20 años, acude a consulta por dolor en barriga desde hace 1 semana, que no ha mejorado tras la ingesta de paracetamol. Refiere que el dolor ha aparecido tras la ingesta de flamenquín por celebrar su cumpleaños, ya que ha tenido una dieta equilibrada. El día de hoy el dolor ha aumentado el dolor y se localiza en hipocondrio derecho con irradiación a la espalda, se acompaña de vomito de contenido alimentario y nauseas. Niega fiebre, cefalea, diarrea, disuria, coluria, posibilidad de embarazo.

A la exploración física neurológicamente integra sin palidez de piel y con buen estado de hidratación mucocutánea. Campos pulmonares adecuadamente ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados aparentemente. Abdomen globoso depresible, blando timpánico, con ruidos peristálticos audibles, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho con irradiación a epigastrio, puntos ureterales negativos, giordano negativo, no datos de irritación peritoneal, no se palpan adenomegalias.

Analítica: hb13.1 g/dl, Hto 40%, Plq 220,000 mm³, Leu 4500 ml, Neu 2000 ml, VSG: 15 mm/h GOT: 30 u/L, GPT: 38 u/L, BT 0.5 mg/dl, Sistemática de orina sin alteraciones.

Eco abdominal: imágenes hiperecogénicas múltiples con sombra posterior de 3 mm y móviles en cara posterior vesicular. No hay presencia de dilatación de vías biliares ni engrosamiento de pared vesical.

Enfoque familiar y comunitario

Soltera, estudiante, la mayor de 3 hermanos, vive con su familia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* colelitiasis.*Diagnostico diferencial:* gastritis, abdomen agudo, pielonefritis.**Tratamiento, planes de actuación**

Se interconsulta con cirugía, comenta que no es procedimiento quirúrgico por los datos encontrados en ecografía. Se le administra buscapina 1c/8, metoclopramida 1 c/8. Paracetamol 1c/8. Dieta blanda.

Evolución

A los días se encuentra asintomática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La colelitiasis en nuestro medio se puede encontrar de forma aislada en adultos jóvenes, es importante tenerla en cuenta en paciente con factores de riesgo como obesidad, hipertrigliceridemia, uso de anticonceptivos, ingesta calórica elevada, embarazo, pérdida de peso; para realizar un diagnóstico diferencial correcto.

Palabras clave

Colelitiasis, Obesidad, Abdomen Agudo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Que ardor tengo en la espaldaDel Razo Romero, ME ¹, Hidalgo Salverri, J²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguilar de la Frontera. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones en la piel, picor, dolor lumbar.

Historia clínica

Antecedentes personales de hipotiroidismo tratada con Eutirox® 50 mg c/24 y depresión tratada con flouxetina 1c/24 horas.

Enfoque individual

Paciente de 48 años. Acude a consulta por presentar hace 3 días vesículas en la espalda baja izquierda se acompaña de eritema con pápulas con datos de rascado, refiere prurito. Niega fiebre, lesiones en otro segmento o sintomatología agregante. Se le pauta valaciclovir 1gr c/8, loratadina 1c/12. A las dos semanas acude nuevamente a consulta por la presencia de dolor espontaneo punzante con EVA: 8 en la espalda baja izquierda, se acompaña de hiperalgesia, disestesia, prurito. Se realiza cuestionario DN4 con resultado de 5. Niega fiebre, cefalea, conjuntivitis, parestesias en otro segmento.

A la exploración física neurológicamente integra sin palidez de piel y con buen estado de hidratación mucocutánea. Campos pulmonares adecuadamente ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados aparentemente. No presento dolor en la palpación de cuerpos vertebrales, durante la palpación hay dolor en la musculatura dorsal izquierda sin irradiación. Se le realiza la exploración del tacto con algodón mostrando hiperalgesia, en el dermatoma L1.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, con dos hijos de 15 y 13 años, con problemas familiares y de pareja. Nivel socioeconómico medio. Educación hasta el bachillerato.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: neuralgia post-herpética.
Diagnostico diferencial: eccema herpeticum, lumbalgia.

Tratamiento, planes de actuación

Se le pauta gabapentina 300 mg 1 c/8, tramadol con paracetamol 75 mg/650 mg 1 c/12

Evolución

Con marcas de rascado en las lesiones, pero a los días de la ingesta del medicamento asintomática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En el hipotiroidismo es frecuente encontrar dolor neuropático al ser una enfermedad inmunodeprimido, por lo cual no debe ser extraño encontrar este tipo de alteraciones en nuestros pacientes. Y ante la duda tenemos a nuestro alcance cuestionarios y escalas para su diagnóstico.

Palabras clave

Herpes Zóster, Neuralgia Postherpética, Dolor de Espalda.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia del seguimiento por el médico de Atención Primaria

Domínguez Bejarano, L, Menéndez Moreno, I, Balongo Molina, A

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Omalgia derecha postraumática.

Historia clínica

Mujer de 79 años que consulta por omalgia derecha de diez días de evolución después de caída en su domicilio. Refiere que el dolor se ha reagudizado en los últimos días y presenta limitación para los movimientos. Niega traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento. Refiere que consultó el mismo día en el Servicio de Urgencias del Hospital.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial, dislipemia.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar y abdomen anodinos. La paciente presenta el brazo derecho en postura antiálgica, con ligera atrofia de la musculatura y sin deformidades evidentes. A la palpación de la articulación glenohumeral refiere dolor intenso generalizado. Presenta dificultad para la movilidad tanto activa como pasiva que limita la exploración física de la paciente. Sensibilidad y reflejos tendinosos normales.

Pruebas complementarias: se revisan radiografía anteroposterior de húmero derecho y lateral donde se aprecia una fractura no desplazada en porción proximal de húmero.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, vive con su marido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fractura no desplazada de húmero proximal. Sería preciso abordar aquellas posibles causas de hombro doloroso por un lado las que se relacionan con traumatismo y por otro las que no.

Tratamiento, planes de actuación

Se procede a la inmovilización del hombro derecho con PAYR interno durante tres semanas y se deriva a la paciente a las consultas de Traumatología con radiografía de control. Se pauta tratamiento analgésico.

Evolución

A los 20 días la paciente es valorada por Traumatología donde se evidencia mejoría clínica y radiológica de la fractura. Se comienza a movilizar articulación con ejercicios de fisioterapia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La fractura de húmero es una de las más frecuentes sobre todo en mujeres mayores de 60 años debido a la osteoporosis. El diagnóstico radiológico de una fractura a veces puede ser complejo, requiere de tiempo y experiencia por lo que es posible que puedan pasarse por alto. De ahí la importancia de reevaluar y de volver a explorar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria.

Palabras clave

Omalgia; Fractura; Traumatismo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Hemovítreo y sordera?

Alonso Alcalde, J, Abadín Prieto, M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hemorragia en el ojo y sordera con mareos tras caída accidental.

Historia clínica

Varón de 68 años que acude a urgencias de su centro salud por caída fortuita en la calle con traumatismo facial, no pérdida de conocimiento. Presenta en las primeras horas dolor en ojo izquierdo sin pérdida de la agudeza visual, mareos e inestabilidad con empeoramiento progresivo. Hipoacusia izquierda. Anticoagulado con sintrom.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipertensión arterial, fibrilación auricular, diabetes mellitus 2 en tratamiento con enalapril 10 mg, sintrom 4 mg y bisoprolol 5 mg, metformina 850 mg.

Exploración. Neurológica: Glasgow 15, movimientos oculares conservados, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, Romberg -, al caminar con ojos cerrado cuerpo se lateraliza hacia la izquierda. Oftalmoscopio: reflejo pupilar rojo, no se aprecia edema de papila, hemovítreo en ojo izquierdo. Otoscopio: sangrado en pabellón auricular izquierdo sin apreciar herida en conducto auditivo.

Se deriva a Urgencias Hospital para valoración por oftalmólogo y otorrinolaringólogo para descartar complicaciones. Continúan pruebas: audiometría:

hipoacusia neurosensorial izquierda. Prueba vestibular: alterada. Resonancia magnética: rotura parcial del VIII par craneal. Fondo de ojo: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario

Precisa más pruebas diagnósticas de las cuales no se dispone en un centro salud, el papel del médico familia es clave en el enfoque del trascurso del caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rotura VIII par craneal (estatoacústico o vestibulococlear). Descartar desprendimiento de retina y otras complicaciones.

Tratamiento, planes de actuación

Sutura con láser por otorrinolaringólogo. Se suspende sintrom sustituyéndolo 3 semanas por heparina subcutánea, Hibor 7500/ 24 horas.

Evolución

Se estima 3 semanas de cicatrización y revisión en consulta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Vigilar cualquier traumatismo en anticoagulados. Evolución favorable.

Palabras clave

Vertigo, Hearing Loss, Wounds And Injuries.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora tengo anemia y dolores articulares

Alonso Alcalde, J, Abadín Prieto, M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor de articulaciones de larga data en trasplantada.

Historia clínica

Mujer de 32 años que acude a su médico familia por dolor intenso limitante de un año evolución en distintas articulaciones con pérdida de funcionalidad y precisando bastón. En concreto dolor en caderas, rodillas, 1º dedo del pie izquierdo, hombro derecho y tobillo derecho. Ha tomado analgésicos sin mejoría, la paciente reconoce haber tardado en consultar pensando que le mejoraría. Padece una anemia que precisó un trasplante de médula ósea.

Enfoque individual

Antecedentes personales: anemia arregenerativa central, trasplante de médula ósea THP mieloablativo de donante no emparentado. En tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo.

Exploración: dolor a la palpación y limitación en la movilidad en hombro derecho sin deformidad, también afectación en ambas rodillas y caderas, tobillo derecho y 1ª articulación metatarsofalángica pie izquierdo.

Pruebas complementarias: RX: impresiona de disminución espacio articular en distintas articulaciones. Se amplía estudio con resonancia magnética confirmándose osteonecrosis múltiples. El empleo de quimioterapia y corticoides junto a inmunosupresores para el trasplante ha provocado múltiples necrosis e infertilidad en una mujer

joven. Precisó fecundación in vitro, actualmente un hijo vivo sano. Se deriva a traumatología tras no mejoría para plantear tratamiento definitivo.

Enfoque familiar y comunitario

No casos similares en la familia, importante llevar una dieta saludable y realizar ejercicio físico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Necrosis avascular por uso de corticoides en anemia arregenerativa central

Diagnóstico diferencial: necrosis, anemia, trasplante.

Tratamiento, planes de actuación

Traumatología ha desestimado por corta edad prótesis bilaterales de caderas a pesar del empeoramiento progresivo. Realizan descompresión o injerto óseo en caderas y derivación a Rehabilitación.

Recomendaciones: evitar tabaco y corticoides, limitar consumo de alcohol, mantener bajo los niveles de colesterol, etc.

Evolución

Evolución favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Vigilar el uso de corticoides (usarlo el menor tiempo posible), y suplementar con calcio y vitamina D.

Palabras clave

Necrosis, Anemia, Transplantation.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cetoacidosis diabética por malfuncionamiento en bomba de insulina

Vilches Aguilera, M¹, Haro Estudillo, JJ², Lopez Moreno, S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

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

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 16 años, con DM1 desde los 9 años. Acude por náuseas que posteriormente evolucionan a vómitos. Refiere muy buen control glucémico hasta el día de hoy, cuando las cifras aumentan drásticamente. Acuden de forma precoz sospechando nuevo episodio de CAD.

Historia clínica

Episodio de cetoacidosis diabética grave hace 2 años, con necesidad de ingreso prolongado por mala adherencia terapéutica. En esta ocasión, niega transgresiones dietéticas ni incumplimiento terapéutico. Portadora de medidor intradérmico y de bomba de insulina automática. Ninguno de los dispositivos ha reportado errores. Se comprueba aplicación móvil, sin hallazgos, a excepción de cifras de glucemia repetidamente altas durante el día de hoy, llegando a 280 mg/dl en las últimas mediciones.

Enfoque individual

En un primer momento se corrige glucemia y acidosis por ser lo más urgente, y posteriormente se realiza diagnóstico diferencial de las posibles causas.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es poco frecuentadora, su familia corrobora buen cumplimiento y la paciente tiene amplios conocimientos sobre su enfermedad y la tecnología que usa para su tratamiento. Con todo

esto, se puede descartar razonablemente el incumplimiento como causa de la cetoacidosis.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Glucemia capilar: "high". Se extrae analítica completa con iones y gasometría y pasa a cama de observación para tratamiento con insulina I.V. Los resultados obtenidos confirman la presencia de cetoacidosis diabética, con glucosa en 410 mg/dl.

Tratamiento, planes de actuación

Tras tratamiento con ondasetrón e insulina I.V. conseguimos normalización de la glucemia y pH. Se retira catéter de administración de insulina. Se descubre que dicho catéter se encuentra doblado, obstruyendo el paso de la medicación. Posteriormente se procede a cambiar el catéter, purgar el circuito y colocar la bomba con su aplicador. Retiramos insulina I.V. y la paciente enciende la bomba.

Evolución

Tras un tiempo prudencial de observación, las cifras continúan estables a pesar de alimentación con contenido de hidratos de carbono, lo cual confirma que la avería ha sido resuelta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los avances en la medicina tienen una indudable importancia médica y mejoran la vida de los pacientes, pero también suponen un reto para los profesionales. Actualizarse en el uso de estas nuevas tecnologías no es una opción, sino parte de nuestras obligaciones como sanitarios.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Hipotiroidismo ¿subclínico? Como posible causa de daño hepáticoPantoja De La Rosa, L¹, Valverde Morillas, C², Del Águila Román, E²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² FEA Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude a consulta para conocer los resultados de un control analítico de seguimiento por un posible caso de hipotiroidismo subclínico.

Historia clínica

Paciente mujer de 48 años sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de seguimiento a los 6 meses tras un resultado analítico anterior de TSH 7.02, resto de parámetros sin alteraciones. En la nueva analítica solicitada se aprecia TSH 7.34, GOT 156 y GPT 233.

Enfoque individual

La paciente no ha asociado nunca clínica en relación a los hallazgos mencionados, por lo que no se le ha tratado con anterioridad. No toma medicación hepatotóxica ni es consumidora habitual de alcohol, lleva una dieta equilibrada y practica deporte con asiduidad.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente tiene antecedentes familiares de hepatocarcinoma (abuelo y primo paterno), ante los hallazgos, se le informa de los siguientes pasos a seguir de cara a descartar malignidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipertransaminasemia a estudio - Hipotiroidismo subclínico.

Diagnóstico diferencial: descartar patología hepática maligna.

Tratamiento, planes de actuación

Se decide realizar ecografía ambulatoria de la paciente del sistema hepatobiliar y solicitar nueva analítica con marcadores de autoinmunidad hepática y serologías en 3 meses: analítica: TSH 6.89 GOT 163 y GPT 212. GGT y FA normales, BT normal. Transferrina 389, Autoinmunidad: ANA, AMA, Ac antiperoxidasa tiroidea negativos. Ecografía abdominal: hígado de tamaño, bordes y ecoestructura normal. No se delimitan LOES. Porta de calibre normal y permeable. Suprahepáticas normales. Vesícula de paredes normales. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal y sin contenido en su interior. Páncreas normal. Bazo no aumentado de tamaño. No se objetiva líquido libre ni dilatación de asas.

Evolución

Decidimos tratar el hipotiroidismo de la paciente con levotiroxina 25 mg. En la visita de control a los 3 meses los resultados fueron: GOT 62, GPT 74, TSH 4,39 y tiroxina 0,89.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Si bien es más frecuente que sea el hipertiroidismo el que produzca aumento de transaminasas, el hipotiroidismo puede simular síntomas de la enfermedad hepática incluyendo mialgias, fatiga y elevación de enzimas. Controlar la función hepática de nuestros pacientes con hipotiroidismo aparentemente subclínico, y tratarlos en caso de hallazgos anómalos, puede ayudar a prevenir daño hepático.

Palabras clave

Hypothyroidism, Transaminases, Thyroid Gland.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Tos, dolor torácico y malestar general, grandes confusores en urgencias. A propósito de un caso

Cárdenas González, D, Ramos Masa, MB, Ramos Galindo, N

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rincón de la Victoria. Málaga***Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Tos, fiebre y malestar general.

Historia clínica

Valvulopatía mitral, con prótesis metálica en 2015. Anticoagulado con sintrom. Exfumador de 3,75 paquetes-año.

Enfoque individual

Paciente de 42 años, natural de India. Acude por tos, cesante en reposo, sensación febril, malestar general, sudoración y dolor torácico al toser. Niega irradiación de dicho dolor. Sin otra clínica asociada. El paciente presentaba BEG, con saturación de oxígeno al 99%, consciente y orientado en las tres esferas, y afebril.

En la ACP, se apreció rítmico, acompañado del chasquido de la prótesis metálica en foco mitral, ausencia de dolor torácico al inclinarse hacia adelante, con MMII sin edema. Con MVC, sin otros sonidos significativos. Se apreciaron amígdalas hiperémicas no hipertróficas con faringe enrojecida, con signo del trago negativo. A nivel abdominal, exploración normal, con cicatrices de cirugía previa, no especificadas. En la analítica de sangre, troponinas I en 2165 ng/L, resto de parámetros analíticos en rangos de normalidad. Referente al electrocardiograma, a 100 lpm, en ritmo sinusal, con eje normal, PR normal, con QRS estrecho y leve elevación del segmento ST. Se solicitaron radiografías de tórax sin alteraciones patológicas en ellas. Se ingreso en Observación Hospitalarias. En la nueva analítica y nuevo EKG,

las troponinas se elevaron a 2452 ng/L y el segmento ST del EKG adquirió morfología “en guirnalda”.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: pericarditis. Compatible con faringoamigdalitis vírica, endocarditis bacteriana, infección de vías altas e IAM. Principalmente la generalidad del cuadro y la falta de datos previos en su HSC.

Tratamiento, planes de actuación

Al alta hospitalarias, se indicó control y seguimiento por su MFyC. Con enoxaparina 80 mg SC iny/24 h y sintrom 4 mg 1c./24 h con control INR en su USC, se regularán hasta alcanzar un INR 2,5-3,5. También ibuprofeno 600 mg 1 c/8 h en primer mes, 1 c/12 h en el segundo y 1c./24 h en el tercero. Además de 1/2c /12 h de cohicina 0.5 mg 3 meses y 1 c/24 h de bisoprolol 2,5 mg

Evolución

Solicitó a su MAP la baja laboral. En 10 días se revisó al paciente en consulta, con buena evolución y asintomático. A los 3 meses, se suspendió la colchicina.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La necesidad de solicitar troponinas I en cuadros dudosos de complicaciones cardiológicas y de la colchicina en pericarditis aguda.

Palabras clave

Tos, Dolor, Troponina.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, cada día que pasa estoy más cansadaRuiz Vílchez, E¹, Crespo Jiménez, C²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán, Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria. Hematología.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 57 años que acude a la consulta de Atención Primaria por astenia de varios meses de evolución y mareos de tipo inestabilidad que han aparecido en la última semana.

Historia clínica

Antecedentes personales: osteoporosis, hipercolesterolemia.

Antecedentes familiares: padre con ictus isquémico y hermana con enfermedad venosa periférica.

Enfoque individual

A la exploración la paciente presenta aceptable estado general, ligeramente pálida. En cuanto a constantes, TA 190/100 mmHg, Sat O₂ 95% aire ambiente. La auscultación cardiorrespiratoria es completamente normal y en miembros inferiores se observa la presencia de petequias a nivel pretibial en ambos miembros. Debido a la astenia que ha ido progresando a lo largo de los meses y a la aparición del cuadro vertiginoso, solicito analítica de sangre con los siguientes resultados; hemograma Hb 14,4 g/dl. Hematocrito 40%. VCM 110. Leucocitos 4.58.10x3. Neutrófilos 65%. Linfocitos 18,3%, monocitos 4,2%, plaquetas 91000. Bioquímica: ácido úrico 5,3 mg/dl, Creatinina 0,96 g/dl. Enzimas hepáticas en rango. Coagulación en rango.

Enfoque familiar y comunitario

Debido a los hallazgos analíticos del hemograma, derivó de forma preferente a hematología para ampliar estudio con frotis y aspirado de médula ósea.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Frotis en sangre periférica: plaquetas dismórficas, hipogranuladas.

Aspirado de médula ósea: displasia megacariocítica del 15% (aumento de megacariocitos con núcleos monolobulados) y porcentaje de bastos <5%; aumento del número de plaquetas con anomalía en forma, inmaduras. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia moderada.

Todo ello compatible con síndrome Mielodisplásico.

Diagnóstico diferencial: infecciones virales como VIH, VHB, CMV; enfermedad crónica hepática o renal; citopenias autoinmunes, citopenias tóxicas, anemia aplásica, leucemia linfocítica o mieloides crónica.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza transfusión de plaquetas y se inicia tratamiento con ácido valproico y azacitidina, con la cual permanece actualmente.

Evolución

La paciente evoluciona favorablemente por el momento con el tratamiento prescrito. Aún va por el tercer ciclo de tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

A pesar de lo dificultoso que puede parecer el diagnóstico de un síndrome Mielodisplásico, con algo tan sencillo como una analítica de sangre desde Atención Primaria, ya puede orientarnos a iniciar estudio cuando aparecen ciertas alteraciones en las células del hemograma.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Despistaje de paciente con inestabilidad. A propósito de un caso

Morales Navarro, A¹, Mariscal Ocaña, MR², Hassan Querol, SN³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Inestabilidad.

Historia clínica

Paciente varón de 73 años, con *antecedentes personales* a destacar de Diabetes mellitus tipo 2, que acude al Servicio de Urgencias por sensación de inestabilidad de inicio post-ingesta el día anterior, acompañado de 3-4 episodios de vómitos alimenticios, autolimitados. Además, refería cefalea holocraneal continua de características opresivas. No refería clínica de dolor torácico, disnea ni palpitations. Tampoco de clínica infecciosa respiratoria, abdominal ni urinaria. No focalidad neurológica ni otalgia. Afebril.

La exploración clínica (pulmonar, de miembros inferiores, abdominal, neurológica y otorrinolaringológica) era anodina, salvo tonos arrítmicos a la auscultación cardíaca, sin soplos, motivo por el cual se solicita un electrocardiograma con el resultado de gran elevación del segmento ST en cara inferior acompañado de un bloqueo auriculoventricular completo. Con este hallazgo, se trasladó el paciente inmediatamente a Sala de Observación para monitorización continua mientras se avisaba al Servicio de Hemodinámicas del Hospital para la valoración del manejo terapéutico urgente. Mientras, en ese transcurso, obtuvimos los resultados analíticos, donde se objetivaban troponinas en 43.208 (resto anodino).

Enfoque individual

Patología que requiere manejo terapéutico urgente.

Enfoque familiar y comunitario

Motivo de consulta, en principio, banal que podemos encontrar en nuestro día a día en consulta de Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: IAMCEST.

Diagnóstico diferencial: el motivo de consulta inicial nos orientaba a descartar principalmente patología de origen neurológico (sospecha de hipertensión intracraneal) u otorrinolaringólogo (vértigo posicional paroxístico benigno, entre otras entidades).

Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue tratado en la sala de hemodinámica de manera urgente, con la colocación de varios stent en la arteria coronaria derecha.

Evolución

Tras el manejo terapéutico, el paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente a Rehabilitación cardíaca, recuperándose funcionalmente del episodio completamente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Como conclusión, destacar la relevancia de una correcta historia clínica, principalmente, en aquellos pacientes con sintomatología inespecífica como es el caso del paciente expuesto. En esta ocasión, era imprescindible una anamnesis detallada sistemática, para orientar la focalidad del motivo de consulta, siendo la auscultación cardíaca la que indicó la necesidad de realizar el electrocardiograma, imprescindible para el diagnóstico y manejo urgente de este paciente.

Palabras clave

Inestabilidad, Infarto Agudo de Miocardio, Urgencias.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, la tos no me deja vivirCrespo Jiménez, C¹, Ruiz Vílchez, E²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil. CS La Zubia. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada**Ámbito del caso**

Centro de salud.

Motivos de consulta

Tos de 6 meses de evolución.

Historia clínica

Paciente de 53 años que acude por tos seca y disnea de unos 6 meses de evolución. Desde hace unos días ha asociado expectoración de color verdosa. Febrícula vespertina desde hasta 37.7°C que ha llegado en la última semana a 39.6°C a pesar de la toma en domicilio por su cuenta de paracetamol. Pérdida de apetito asociada a pérdida ponderal. Refiere que ha acudido en varias ocasiones a SUAP dónde le han pautado varias líneas de antibiótico sin mejoría.

Enfoque individual

Antecedentes personales: DLP. Fumador de 20 cigarros/ día desde hace 30 años. Bebedor ocasional.

Exploración física: paciente consciente y orientado con aceptable estado general. NH, NC Y NP. TA: 138/83 mmHg, FC: 76lpm, FR: 23 rpm. SatO₂: 91-92% aa. AC: ritmico sin soplos. Antecedentes personales: taquipneico con ligero trabajo respiratorio. Crepitantes en ambas bases pulmonares, más intensos en base izquierda. Roncus dispersos en ambos hemitórax. *Pruebas complementarias:* analítica normal salvo elevación de PCR. Rx tórax: masa de >5 cm en hilo pulmonar izquierdo. Infiltrado alveolar parahiliar izquierdo. Condensación pulmonar en lóbulo superior e inferior izquierdo, infiltrados en base derecha.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente divorciado. Tiene 3 hijos, pero que no viven en domicilio. Carpintero de profesión.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: NAC multilobar. Masa pulmonar a estudio.

Diagnóstico diferencial: EPOC. Neumonía. Neoplasia pulmonar. Fibrosis pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación

Se derivó a Hospital de referencia ante el hallazgo de masa pulmonar. Se ingresó en Servicio de Neumología por cuadro de neumonía multilobar y estudio de masa.

Evolución

Tras la administración del tratamiento antibiótico, el paciente presentó mejoría clínica. Se le realizó TC de tórax donde se objetivó masa pulmonar, por lo que es citado para la realización broncoscopia diagnóstica. En la biopsia realizada presentaba Carcinoma epidermoide de pulmón. Actualmente estable en tratamiento y seguimiento por nuestra parte y por Neumología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso nos confirma la importancia de realizar una buena anamnesis y EF. Con estas herramientas supimos orientar la patología que presentaba nuestro paciente además de las pruebas que debíamos solicitar. Además nos indica la importancia de saber realizar un buen diagnóstico diferencial dependiendo del perfil de paciente que tenemos delante.

Palabras clave

Obstructive Lung Disease, Lung Neoplasms, Pneumonia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¡Atención en la exploración!Ruiz Vilchez, E¹, Crespo Jiménez, C², Huertas Jiménez, JA³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Cirugía general.

Motivos de consulta

Paciente de 62 años que acude a consulta por infección de vías altas. Al ir a auscultar al paciente, puedo observar asimetría entre ambas mamas, y en mama izquierda palpo nódulo en cuadrante superior izquierdo, bien delimitado, de unos 3-4 cm de tamaño doloroso a la palpación profunda.

Historia clínica

Antecedentes personales: poliartrrosis, dislipemia, divertículo de recto, hemorroides internas. Exfumador.

Antecedentes familiares: padre fallecido de cáncer gástrico; hermano con adenocarcinoma de colon.

Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, paracetamol 1 g, atorvastatina 40 mg.

Enfoque individual

Tras abordar su infección respiratoria, pregunto al paciente si conocía la existencia de dicha tumoración. Me comenta que lo tiene desde hace varios meses sin darle importancia.

Solicito ecografía preferente que es informada como: imagen nodular de 3,4 x 2,8 cm, bien delimitado y de ecogenicidad heterogénea y posteriormente se realiza mamografía craneocaudal donde se objetiva de forma más precisa dicha lesión, compatible con BIRADS tipo 4a.

Enfoque familiar y comunitario

Una vez con los resultados de las pruebas de imagen, me pongo en contacto con el servicio de

cirugía general y se programan BAG de mama izquierda para analizar dicha lesión.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En el diagnóstico anatomopatológico se informa de neoplasia de células fusiformes con índice proliferativo menor al 1%, con atipia leve y fenotipo CD34+, EMA +, CD56+ y positividad dudosa para marcadores musculares por lo que recomiendan extirpación completa con márgenes amplios. Tras realizar dicho procedimiento el diagnóstico establecido es de miofibroelastoma de mama.

Diagnóstico diferencial: ginecomastia, absceso, lipoma, adenocarcinoma.

Tratamiento, planes de actuación

Se extirpa dicha lesión mediante tumorectomía radioguiada con arpón con nueva revisión al mes.

Evolución

Tras considerarse patología benigna, sin ser considerada de riesgo, cirugía propone seguimiento por parte de Atención Primaria. En este momento el hombre permanece asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La conclusión que obtuve es que aunque el motivo de consulta sea otro, si nos llama la atención algo diferente en la exploración que realizamos al paciente, también tenemos que abordarlo, ya que el papel del médico de familia desde Primaria es un abordaje integral. En este caso la lesión fue benigna y el pronóstico bueno; pero de ser al revés, habríamos dejado de lado un diagnóstico de vital importancia para el paciente.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor torácico en paciente consumidor de cocaínaVega Sánchez, E¹, Vilches Aguilera, M², Haro Estudillo, JJ³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Varón que acude a Urgencias por dolor torácico opresivo de 3 días de evolución en relación al esfuerzo físico.

Historia clínica

Varón de 54 años sin FRCV ni antecedentes cardiológicos que acude por dolor torácico opresivo de 3 días de evolución asociado a esfuerzos físicos, autolimitado con el reposo. Presenta una duración máxima de 10 minutos; no irradiado; acompañado de sudoración; no clínica infecciosa ni de IC.

Enfoque individual

No RAMC. FRCV: no HTA; no DLP; no DM. Tóxicos: fumador de 1,5 paquetes diarios desde los 15 años; bebedor ocasional; consumo ocasional de cocaína. No antecedentes personales de interés. Trabaja de electricista; independiente para ABVD. No tratamiento habitual.

Exploración: BEG; COC; NHyNP; eupneico en reposo. TA 118/78 mmHg; FC 60 lpm; Sat basal 99%. ACP: rítmico sin soplos; mvc sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni signos de TVP; abdomen anodino.

Rx de torax: signos de bronconeumopatía. Orina: cocaína +. ECG a su llegada: ritmo sinusal a 65 lpm; PR 140; QRS estrecho; repolarización precoz con elevación del punto J en cara inferior. Onda T negativas en V1-V2. En ECG evolutivos se observan cambios dinámicos en V1-V2 con positivización de dichas ondas T. A nivel analítico curva enzimática Tn I 62-->56-->49. ETT: anodino.

Enfoque familiar y comunitario

Hermano fallecido de IAM a los 55 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Vasoespasma por cocaína. IAMSEST. Angina de esfuerzo.

Tratamiento, planes de actuación

En Urgencias se administró doble carga con AAS 300 mg + ticagrelor 180 mg y perfusión de NTG 5 ml/h. Tras la perfusión se produjo cese de la clínica y se cursó ingreso en cardiología para cateterismo.

Evolución

Durante su estancia en urgencias es valorado por cardiología que suspende perfusión de NTG; tras lo cual el paciente comienza con sudoración profusa; dolor torácico y elevación del ST en cara anterior por lo que se activa código infarto. Finalmente en el cateterismo se observan calibres adecuados y se realiza test de Acetilcolina positivo angiográficamente (espasmo severo difuso de arteria circunfleja; clínica y eléctricamente negativo).

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Estamos ante un paciente con hábitos de vida poco saludables; consumo importante de tabaco; alcohol y cocaína. Podrían abordarse en el ámbito comunitario los hábitos de vida saludables mediante el empleo de herramientas; centros especializados en consumo ; fármacos para la deshabituación tabáquica..

Palabras clave

Dolor torácico, cocaína, vasoespasma.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, no veoRuiz Carrasco, P¹, Herrera Alcalá, MJ², Celis Romero, M³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Mujer de 17 años que presenta episodio sincopal con caída al suelo mientras acude a nuestra consulta, con somnolencia posterior. La madre refiere vómitos autolimitados hace 3 días. Desde entonces, ha estado comiendo poco y con tendencia al sueño. Esta mañana se despierta con cefalea y refiere a su madre que no ve bien. No fiebre ni otros síntomas.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, TDAH en tratamiento con metilfenidato 10 mg por la mañana y a mediodía.

Exploración: tensión arterial 100/40 mmHg. Glucemia capilar 133 mg/dl, temperatura axilar 36.8°C, FC 52 lpm. Regular estado general, palidez mucocutánea. Neurológicamente: alteración de estado de conciencia (somnolencia), apertura ocular a la voz, responde de forma coherente a preguntas, alternando periodos cortos de confusión. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz. Resto de la exploración no valorable por poca colaboración. En algunos momentos, desviación de la mirada hacia la derecha. Durante la exploración, comienza con convulsiones tónico-clónicas en MMSS de 1 minuto de duración y movimientos de masticación durante 2-3 minutos. Se le administra oxígeno y se prepara diazepam rectal ante imposibilidad de coger vía. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones. Se deriva en ambulancia para valoración hospitalaria.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: hemograma con hemoglobina 15.4 g/dl, hematocrito 45,3%, plaquetas 338.000, leucocitos 17570 (N 15150, L 1270 M 1040), coagulación, bioquímica y gasometría normales, PCR 0,3 mg/L. PCT: 0.07 ng/ml. Tóxicos y sistemático de orina negativo. Citobioquímica: líquido de aspecto claro sin hallazgos. Frotis de sangre periférica normal. Estudio inmunológico: ANA positivo (1/160). TC craneal urgente, compatible con encefalitis/encefalopatía posterior reversible.

Enfoque familiar y comunitario

No fue relevante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Encefalopatía posterior reversible. Encefalitis, crisis comicial, tumor.

Tratamiento, planes de actuación

Se ingresa en UCI para monitorización y vigilancia clínica. Necesidad de antihipertensivos por persistencia de cifras tensionales elevadas.

Evolución

Favorable con resolución completa del cuadro y alta a las 2 semanas con seguimiento por su médico de Atención Primaria para control tensional.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Desde el punto de vista del médico de Atención Primaria, hay que estar preparados para que nos lleguen urgencias al centro de salud y saber dar los primeros cuidados, siguiendo la sistemática ABCDE y estabilizando al paciente previo traslado hospitalario.

Palabras clave

Encefalopatía, Cefalea, Crisis Tónico-Clónica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Manejo de la patología cardiaca en paciente con síndrome de Down adultoAguilera Ortiz, CR¹, Cabrera Rodríguez, CA², Jurado Fernández, E³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Control tras ingreso hospitalario.

Historia clínica

Paciente de 39 años que acude a consulta de Atención Primaria tras ingreso hospitalario por taquicardia con inestabilidad hemodinámica que requiere realización de ablación por parte de cardiología.

Enfoque individual

Antecedentes personales: trisomía 21. Válvula aórtica bicúspide y pulmonar displásica. SCASEST en contexto de palpitaciones. TSVP con ablación de vía lenta. Hipertrabeculación apical con sospecha de miocardiopatía compacta. Seminoma testicular izquierdo.

Anamnesis: episodios puntuales de palpitaciones sin signos de alarma de menos de un minuto de duración, con frecuencia semanal. Tos productiva persistente tras infección por COVID hace unos meses.

Exploración: buen estado general. ACR: tonos cardiacos arrítmicos, compatibles con arritmia sinusal respiratoria, sin soplos. Sibilancias y roncus dispersos de manera bilateral.

Pruebas complementarias: ECG: arritmia sinusal respiratoria, eje cardiaco normal. No ensanchamiento de QRS, no alteraciones de la repolarización ni en la onda T. Analítica: sin alteraciones significativas en hemograma, función renal, función hepática, iones y perfil lipídico.

Enfoque familiar y comunitario

No historia familiar de cardiopatía congénita ni muerte súbita.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Taquicardia supraventricular paroxística.

Descartar afectación cardiaca secundaria a arritmia en paciente con cardiopatía estructural.

Tratamiento, planes de actuación

Se decide iniciar tratamiento con bisoprolol 2.5 mg un comprimido cada 24 horas. Además, se realiza derivación a cardiología. Por otra parte, se pauta budesonida/formoterol para el tratamiento de la hiperreactividad bronquial secundaria a cuadro viral.

Evolución

El paciente acude a consultas externas de cardiología donde le realizaron las siguientes pruebas complementarias: Holter: ritmo sinusal con frecuencia cardiaca media de 73 lpm. Extrasistoles ventriculares aisladas. No pausas significativas, no otros ritmos patológicos. RMN cardiaca: ventrículos izquierdo y derecho no dilatados, sin disminución de la fracción de eyección.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La patología cardiaca que más frecuentemente relacionada con el síndrome de Down es la cardiopatía congénita que afecta a la adecuada formación de los septos cardiacos. Sin embargo, es importante, tomar conciencia de que estos pacientes presentan un incremento del riesgo de patología cardiaca de otro tipo que se pueden manifestar en la edad adulta. Por tanto, es necesario un estrecho seguimiento de dicha patología y de la semiología típica que produce desde Atención Primaria en coordinación con cardiología para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave

Down Syndrome, Cardiopathy, Adults.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El cansancio en Atención Primaria

Gómez Florido, L, González Amador, L

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Marchena (Sevilla)***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 58 años que refiere cansancio de dos semanas de evolución.

Historia clínica

Motivo de consulta: refiere cansancio extremo de 15 días de evolución que describe como "no puedo tirar de mi cuerpo" acompañado de náuseas con vómitos esporádicos de contenido alimenticio. Asocia sensación de desvanecimiento con sudoración y palidez sin llegar a perder el conocimiento en dos ocasiones. Además, cefalea holocraneal, occipital sin signos de alarma que describe como "aturdimiento". Leve disnea al esfuerzo. No fiebre.

Enfoque individual*Anamnesis:* hábitos tóxicos: niega.*Antecedentes personales:* no factores de riesgo cardiovascular. Hernia de hiato. Enfermedad de reflujo gastroesofágico. Tratamiento: omeprazol 40 mg/24 h.*Exploración.* Neurológico: consciente, orientada y colaboradora. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Romberg negativo. No signos meníngeos. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Buen murmullo vesicular sin crepitantes ni sibilantes. No adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Abdomen; Blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias.*Pruebas complementarias:* analítica: hemograma: leucocitos 19690, neutrófilos 12780, basófilos 1350, hemoglobina 12.2, VCM 76.1, HCM 21.4, plaquetas 514.000, resto normal. Frotis sanguíneo: promielocitos/mielocitos 14%, metamielocitos 5%,

bandas 6%, segmentados 49%. No se observan células inmaduras. Bioquímica: sin alteraciones. Ferritina 9.7. vitamina B12 1435.

Enfoque familiar y comunitario

Casada con dos hijos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja en una guardería.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Diagnóstico diferencial:* anemia ferropénica, viriasis, síndrome mieloproliferativo crónico.**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva a Urgencias del Hospital de referencia para valoración y desde ahí, se gestiona cita para ser valorada por Hematología.

Evolución

Hematología: se solicita: serología VHB, VIH y VHC, mutación del gen JAK2, estudio de cromosoma Philadelphia (BCR/ABL). Aspirado de médula ósea. Finalmente, es diagnosticada de Leucemia Mieloide Crónica e inicia tratamiento con imatinib.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso clínico, se visualiza un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria como es el cansancio. A veces, creemos que éste acabará siendo una banalidad, pero como podemos comprobar, debemos realizar una minuciosa anamnesis y exploración para tener un correcto diagnóstico diferencial. Además es importante, darle valor a cada parámetro de la analítica, en este caso tenemos una "falsa basofilia", obteniendo como juicio clínico una leucemia mieloide crónica.

Palabras clave

Cansancio, Anemia, Leucemia Mieloide Crónica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, me duele el abdomen

González Amador, L, Gómez Florido, L

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Marchena (Sevilla)***Ámbito del caso**

Atención Primaria/ urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 34 años que refiere dolor abdominal generalizado.

Historia clínica

Refiere dolor abdominal tipo cólico e intermitente en epigastrio y mesogastrio de dos semanas de evolución. Ha perdido peso por disminución de la ingesta. En los últimos meses presenta cambios en el hábito intestinal con tendencia al estreñimiento-diarrea. No náuseas ni vómitos. Afebril. Es la 5^o vez que acude al servicio de Urgencias.

Enfoque individual*Anamnesis:* hábitos tóxicos: niega.

Antecedentes personales. Antecedentes digestivos: gastritis crónica ya dada de alta por digestivo. Estreñimiento funcional. Colonoscopia en 2018: hemorroides internas grado II. Ecografía abdominal en 2022: sin datos patológicos. Seguimiento por Salud Mental por síndrome ansioso-depresivo. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía. Tratamiento actual: omeprazol 40 mg/24 h, escitalopram 10 mg/24 h, lorazepam 1 mg./24 h.

Exploración: constantes: TA 153/86 mmHg, FC 105 lpm, T^a 36°C. Posición antiálgica. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Dolor abdominal difuso a la palpación profunda, con mayor intensidad en epigastrio y mesogastrio. Defensa voluntaria. Ruidos intestinales aumentados. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con perfil abdominal y gasometría

venosa, sistemático de orina, PCR y procalcitonina dentro de la normalidad. Test de gestación: negativo. Radiografía de abdomen: luminograma normal. No datos de obstrucción.

Enfoque familiar y comunitario

Casada con una hija. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Diagnóstico diferencial:* viriasis, gastritis, pancreatitis, colon irritable, obstrucción intestinal.**Tratamiento, planes de actuación**

Se le administra omeprazol + petidina + primperam iv

Evolución

Se deriva a Urgencias de ginecología: no hay datos que justifiquen la clínica. Dada la mejoría clínica; alta domiciliaria con cita preferente en Digestivo y TAC de abdomen. TAC de abdomen: invaginación íleo-ileal con probable compromiso íleo-cecal, con tracción sobre colon transversal. No cuadro obstructivo. Se realiza intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En resumen, con este caso clínico se pretende resaltar la importancia de la clínica del paciente, dejando al margen las pruebas complementarias, los antecedentes psiquiátricos y la edad de la paciente, los cuales, a veces, nos llevan a no enfocar de un modo adecuado el diagnóstico. Siempre debe primarnos la sintomatología del paciente y prestar atención a aquél que acude repetidas veces a los servicios de urgencias.

Palabras clave

Invaginación, Dolor, Cirugía.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"Doctora, el brazo me pesa"

González Amador, L, Gómez Florido, L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Marchena (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria/Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 56 años que acude por "pesadez en el brazo izquierdo" de dos días de evolución

Historia clínica

Anamnesis: hábitos tóxicos: fumadora de 10 cigarrillos al día desde hace 30 años (IPA 15). Niega otros tóxicos.

Antecedentes personales: niega. Niega antecedentes personales y familiares de trastornos de coagulación. No intervenciones quirúrgicas. No tratamiento habitual.

Exploración: auscultación cardiorrespiratoria: rítmica. Buen murmullo vesicular. Miembro superior izquierdo: aumento de diámetro con respecto a contralateral e inflamación y edema que alcanza hasta región laterocervical izquierda. Coloración violácea en la zona. No signos de vena cava superior. Miembros inferiores: no edemas. No signos de insuficiencia venosa ni de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad excepto de D-dímero (aumentado). Radiografía de tórax (por ser fumadora): índice cardiorácico dentro de la normalidad. No tumoración ni masas. No derrame pleural. Doppler venoso de miembro superior izquierdo: trombosis venosa profunda de vena subclavia izquierda en su tercio medio y distal, trombosis de vena yugular externa y trombosis en origen de vena cefálica.

Enfoque individual

Enfermedad actual: acude por hinchazón y pesadez en el brazo izquierdo de dos días de evolución. Es

limpiadora y comenta que le cuesta realizar su actividad. No tos. No disnea.

Enfoque familiar y comunitario

Casada con tres hijos. Cuidadora principal de su madre. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja como limpiadora.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trombosis venosa profunda

Diagnóstico diferencial: patología tumoral o trastorno de la coagulación ya que una trombosis venosa profunda en miembro superior es una patología infrecuente de forma espontánea

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso en planta para estudio e iniciar anticoagulación

Evolución

En el ingreso: TAC toracoabdominal: gran masa anexial derecha sólido-quística sugestivo de cistoadenocarcinoma de ovario con signos de carcinomatosis peritoneal. Se deriva a oncología para iniciar tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Con este caso, se pretende destacar la importancia de una minuciosa anamnesis. Ante una trombosis venosa profunda en miembro superior izquierdo (infrecuente) en una paciente fumadora y sin trastornos en la coagulación, debemos sospechar patología tumoral. Nuestra primera sospecha fue un cáncer pulmonar por el antecedente de tabaquismo pero no fue así y seguimos indagando

Palabras clave

Trombosis Venosa Profunda, Cáncer, Coagulación.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, ¿por qué no entiendo lo que leo?Lopez Moreno, S¹, Ortuño García, AM², Utor García, L²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

HTA. Cefalea holocraneal de meses de evolución, más marcada el día de consulta. Dificultad a la nominación. Limitación en la lectura.

Historia clínica

Paciente mujer de 66 años que acude por cefalea holocraneal de meses de evolución, más acentuada en el día de hoy. Se toma TA, 206/90 mmHg. No presenta focalidad neurológica. Afebril. A su vez, refiere episodios puntuales de desorientación y dificultad en la nominación, autolimitados desde hace meses. Presenta limitación a la lectura desde el día de ayer, "como si las letras estuviesen en otro idioma".

Enfoque individual

Antecedentes personales: RAM: codeína y beta-lactámicos. FRCV: HTA. Covid persistente. ACP: MVC sin ruidos patológicos, rítmica sin soplos. *Exploración neurológica:* consciente, orientada en tiempo, persona y espacio, colaboradora. PINRLA, MOEC. PPCC sin hallazgos patológicos. Ausencia de afasias, apraxias, agnosias ni distritrias. No disimetría ni disdiadococinesia. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica en las cuatro extremidades. No alteración de reflejos. No signos meníngeos. Roomberg negativo. Marcha conservada, sin alteraciones en el equilibrio.

Tándem posible. Fototest: 24. Ante el resultado del fototest y la clínica de la paciente, se deriva a urgencias hospitalarias para realización de TC para descartar organicidad. TC cráneo: hematoma intraparenquimatoso temporo-occipital izquierdo con edema asociado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Angiopatía amiloide.

A descartar patología que explique origen orgánico de la clínica de la paciente: ictus, loes (primaria o metastática) o absceso cerebral.

Tratamiento, planes de actuación

Enalapril 20 mg. Denubil. Cinitaprida 1 mg. Pantoprazol 40 mg.

En seguimiento actual por servicio de Neurología.

Evolución

La paciente se encuentra estable, con hemianopsia derecha y algún bloqueo en el lenguaje sin especificar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso se aprecia la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración neurológica completa del paciente. Se señala la importancia de algunos motivos de consulta que pueden resultar banales y esconder una patología grave.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Anemia y síndrome constitucional. ¿Y si hacemos una ecografía?

Utor García, L¹, Vega Sánchez, E², Vilches Aguilera, M1

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias del centro de salud.

Motivos de consulta

Astenia y pérdida de 10 kg de peso en dos meses.

Historia clínica

Varón de 71 años que refiere astenia, pérdida de 10 kg de peso, anemia ferropénica en tratamiento con hierro oral y tinte icterico de dos meses de evolución, en seguimiento por medicina interna (citado dos semanas antes de la consulta). Aporta informe de ecografía abdominal realizada dos semanas antes en la que se aprecia HBP grado II, sin otros hallazgos patológicos.

Enfoque individual

Antecedentes personales: No RAM. HTA. DM. Hiperplasia benigna de próstata. Tabaquismo 40 cigarrillos/día desde hace 40 años. Bebedor ocasional.

Exploración: piel con leve tinte icterico. Palpación abdominal anodina.

Análítica: hemoglobina 9,2 mg/dl. Bilirrubina y transaminasas sin alteraciones. Resto sin hallazgos. *Ecografía clínica:* múltiples imágenes hiperecogénicas en bazo, de aspecto nodular, algunas prácticamente esféricas.

Enfoque familiar y comunitario

Buen soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio Clínico: posible lesión neoplásica en bazo.

Diagnóstico diferencial: metástasis. Neoplasia Primaria. Angiomas. Calcificaciones inespecíficas.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva al paciente a urgencias del hospital para completar estudio, tras ponernos en contacto con los compañeros de medicina interna. Se procede a ingreso del paciente para realización de TC de abdomen, que informa de masa en hipocondrio izquierdo que infiltra pared gástrica y colónica, compatible con neoplasia de ángulo esplénico de colon como primera posibilidad.

Evolución

El paciente está pendiente del estudio de extensión, de cara a la elección del tratamiento más óptimo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En los tiempos que corren, con las grandes demoras y largas listas de espera, se hace fundamental el aprendizaje y manejo de ecografía clínica en nuestras consultas del centro de salud, si queremos garantizar una mayor capacidad de resolución de problemas y agilizar el proceso diagnóstico de nuestros pacientes. Así mismo, es importante la comunicación y relación fluida con el resto de especialidades hospitalarias, así como la cooperación entre ambas partes para garantizar un diagnóstico y tratamiento rápido y eficaz.

Palabras clave

Neoplasia, Ecografía Clínica, Anemia, Síndrome Constitucional.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cascanueces más allá del fruto seco. Lo que esconde lo inespecíficoHassan Querol, SN¹, Morales Navarro, A², Paredes Mateos, R³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. Cádiz**Ámbito del caso**

Consulta de Urgencias y seguimiento de Medicina de Familia.

Motivos de consulta

Dolor abdominal en FII intermitentes con vómitos y pérdida ponderal.

Historia clínica

Paciente de 15 años, que acude reiteradamente al SHU por cuadros de dolor abdominal en los últimos meses. Describe dolor agudo que localiza en FII, con predominio postprandial. No se acompaña de sintomatología de cortejo vegetativo. No fiebre. No alteraciones en el hábito intestinal. Náuseas y vómitos s. Molestias urinarias coincidentes con dolor abdominal. Pérdida ponderal de unos 4 kilos en 3 meses.

Antecedentes personales: TDAH en tratamiento con metilfenidato. BEG. BHBP. COG. Afebril.

ACyP: normal. ABD: normal. AS: hemograma, coagulación y bioquímica sin hallazgos. AO: microhematuria discreta, sin otros datos a resaltar.

Tras no mejoría, solicitamos ECO abdominal: hígado homogéneo, vesículas sin litiasis. Riñón izquierdo con pequeñas litiasis. Vena renal izquierda estrechada a nivel de la pinza aortomesentérica. Resto normal.

Enfoque individual

Se deriva a consulta de Digestivo: continúa con pérdida ponderal, náuseas y vómitos. Se solicita TC abdominal. Posterior valoración por Urología. Consulta Urología: se descarta en prueba de imagen litiasis. Sin precisar seguimiento. Se procede a realizar AngioTAC de aorta abdominal: se constata estrechamiento de la vena renal izquierda en la pinza aortomesentérica y dilatación hasta riñón sin alteraciones vasculares de las venas provenientes. Si el ángulo de la pinza aortomesentérica es <20°. Se le

explica al paciente fisiopatología y consecuencias de esos hallazgos y así como la naturaleza del proceso y diferentes formas de abordaje sin ser excluyentes unas a otras.

Enfoque familiar y comunitario

El seguimiento desde la consulta de medicina con la longitudinalidad que nuestra especialidad abarca, puede facilitar el plantear este diagnóstico sobre la mesa. Así como recomendar medidas no farmacológicas de esta patología y apoyo en la consulta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome de cascanueces
Litiasis renal, neoplasias, pielonefritis, malformaciones vasculares congénitas e infecciones.

Tratamiento, planes de actuación

Intentar aumentar peso, controles analíticos y valoración posterior.

Evolución

Si no control mejoría, se planteará más adelante opciones quirúrgicas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Dentro de la inespecificidad de dolor abdominal y microhematuria, debemos añadir a nuestro abanico de diagnóstico diferencial el Síndrome del cascanueces, sobre todo una vez descartadas las causas más.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Vena Renal Izquierda, Pinza Aortomesentérica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, este resfriado no se me curaLuna Barrones, I¹, Rodríguez Julia, MA¹, Marín Pedrero, M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. La Línea de La Concepción (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS De San Roque. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre alta de 12 días de evolución. Odinofagia intensa. Eritema en cara, brazos y tronco superior. Leucorrea verdosa.

Historia clínica

Mujer de 17 años que consulta por fiebre alta de 12 días de evolución, motivo por el cual consulta en repetidas ocasiones en Urgencias y Atención Primaria. En tratamiento durante 7 días con antibioterapia sin clara mejoría. En las últimas 24 horas ha comenzado con prurito y eritema en cara, ambos brazos y tronco superior, junto con imposibilidad para la deglución. También ha presentado cuadro diarreico, secreciones purulentas que le han dificultado la correcta apertura ocular y leucorrea verdosa. Refiere relaciones sexuales hace 2 meses con pareja masculina no estable.

Enfoque individual

Fumadora de 20 cig/día y bebedora ocasional. No refiere alergias medicamentosas. No enfermedades descritas.

Exploración normal salvo lesiones tipo afta a nivel amigdalario, lesiones ulcerosas en labios y muguet oral. Además, presenta eritema facial, 1/3 superior de tronco, brazos y palmas de las manos. No lesiones a nivel genital.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea con discreta elevación de transaminasas y PCR 27. Sedimento urinario positivo para leucocitos y proteínas. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Cultivo vaginal, hemocultivos, urocultivos y serología solicitados desde Primaria.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares destacables.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome febril, viriasis, infección de transmisión sexual (ITS).

Tratamiento, planes de actuación

Tras positividad de serología para VIH, se decidió derivar a la paciente a Urgencias. Una vez ingresada a cargo de Medicina interna se confirmó la infección aguda por VIH (estadio A2), se ampliaron pruebas serológicas y se inició tratamiento antirretroviral. Además, se confirmó infección faríngea y rectal por gonococo e infección vaginal por *Streptococcus anginosus*.

Evolución

La paciente tuvo que ser valorada por Salud Mental y continuó con tratamiento sin incidencias.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La infección orofaríngea por *Cándida* puede ser un signo de infección por el VIH o de otra enfermedad de base grave, motivo por el cual en todo paciente activo sexualmente se debe descartar la posibilidad de ITS, ya que las infecciones por especies de *Cándida* son las micosis más frecuentes en pacientes con infección por el VIH.

Palabras clave

Candidiasis Orofaríngea, Infección de Transmisión Sexual, VIH.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia de los signos de alarmaHerrera Alcalá, MJ¹, Rosario Castillo, A¹, Celis Romero, M²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor inguinal y fiebre.

Historia clínica

Mujer de 31 años que acude a Urgencias por dolor en región inguinal izquierda irradiado hacia muslo izquierdo, que le imposibilita la deambulación, de cuatro días de evolución, acompañado de fiebre de hasta 38,5° de máxima. Niega traumatismo previo ni sobreesfuerzo. La paciente refiere haber consultado en el mismo servicio de Urgencias pocas horas antes, habiendo sido dada de alta con el diagnóstico de tendinitis con tratamiento antiinflamatorio. Tras esto, acude a su médico de Atención Primaria para solicitar la baja laboral, quien la remite de nuevo al servicio de Urgencias para realización de pruebas complementarias, por sospecha de infección de partes blandas.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades previas. No toma tratamiento habitualmente. *Exploración:* buen estado general, consciente y orientada, adecuada hidratación y perfusión, eupneica en reposo AC: rítmica sin soplos ni rones. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen anodino. Presencia de ligero eritema en región inguinal y tercio superior de muslo izquierdo, con aumento de temperatura respecto a miembro contralateral. No crepitación. No adenopatías inguinales palpables. Pulsos pedios y tibiales posteriores bilaterales conservados.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 17000 (neutrófilos 10500), resto de hemograma y

coagulación sin alteraciones. Función renal, hepática e iones dentro de la normalidad. PCR 320 mg/L. Procalcitonina 3 ng/ml. TAC pélvico y de partes blandas con CI: se informa como engrosamiento dérmico, aumento de la densidad de partes blandas, reticulación de la grasa y colecciones líquidas con gas en planos superficiales y profundos.

Enfoque familiar y comunitario

No es necesario en este caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* fascitis necrotizante*Diagnóstico diferencial:* celulitis, fascitis superficial, mionecrosis, enfisema subcutáneo no infeccioso.**Tratamiento, planes de actuación**

Se decide ingreso a cargo de traumatología para iniciar antibioterapia intravenosa y valorar desbridamiento quirúrgico.

Evolución

Tras tratamiento antibiótico intravenoso intensivo y desbridamiento se consigue la resolución completa del cuadro.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso destaca la trascendencia de la labor del médico de Atención Primaria, realizando una correcta anamnesis e identificando los síntomas y signos de alarma, logrando un abordaje rápido, preciso y eficaz.

Palabras clave

Fascitis Necrotizante, Fiebre, Eritema.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, ¿mi hijo tiene paperas?Sánchez Pareja, V¹, Nieto Ordoñez, C², Venegas Rubiales, E¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre e inflamación cervical.

Historia clínica

Paciente varón de 3 años que acude acompañado de su abuela por fiebre de inicio en la madrugada, junto con inflamación en región cervical derecho y tos.

Enfoque individual

Sin *antecedente personales*. Bien vacunado para su edad.

A la exploración, presenta buen estado general, sin signos de distrés respiratorio. No se observan petequias o exantemas. Abundante mucosidad nasal. Orofaringe normal, no se observa supuración en conducto de Stenon. Presenta tumoración dolorosa que borra ángulo mandibular derecho. Resto de la exploración normal. Se solicita serología y PCR en saliva y orina de virus de parotiditis, para el 5º día de inicio de la sintomatología. Reevaluamos al paciente al 5º día. Su madre refiere que ha disminuido la inflamación pero continua con fiebre de hasta 39º, con rechazo a alimento sólido. Presenta mal estado general, sequedad de mucosa oral, lengua saburral. Orofaringe hiperémica con exudados blanquecinos. Muy leve tumefacción a nivel de parótida derecha, sin borramiento de ángulo mandibular. Adenitis laterocervicales derecha dolorosa a la palpación. Presenta petequias en miembros inferiores con respeto de plantas y exantema escarlatiforme en tronco.

En la analítica presenta síndrome anémico con Hb 9.7 g/dl, neutrofilia de 35.480, proteína C reactiva

393.8 mg/L y procalcitonina 7.15 ng/L. Test rápido *S. pyogenes* positivo.

Ante cuadro actual, se deriva al paciente a urgencias por sospecha de infección invasiva por *S. pyogenes*, siendo finalmente ingresado en unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Enfoque familiar y comunitario

Su familia niega contacto con familiares o amigos con parotiditis. Se informa de la sospecha de parotiditis a enfermera escolar referente y a servicio de epidemiología.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infección estreptocócica invasiva. Shock tóxico estreptocócico.

Diagnóstico diferencial: parotiditis.

Tratamiento, planes de actuación

Durante el ingreso recibió sueroterapia, paracetamol y metamizol para control del dolor, y antibioterapia con clindamicina y cefotaxima intravenosa.

Evolución

Un mes tras el alta, el paciente vuelve a ingresar por cuadro de fiebre reumática con pericarditis asociada. Actualmente recuperado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Supone de gran importancia, tener un seguimiento estrecho de nuestros pacientes para poder detectar cambios en la exploración o el estado general del mismo y así poder detectar a tiempo patologías graves con en este caso.

Palabras clave

Infección Estreptocócica Invasiva, Shock Tóxico Estreptocócico, Parotiditis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Complicaciones de una amigdalitisGómez Galera, H¹, Sánchez Sánchez, MP²¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería**Ámbito del caso**

Medicina familiar y comunitaria.

Motivos de consulta

Dolor faríngeo. Mialgias. Hematuria. Disnea. Debilidad muscular.

Historia clínica

Paciente que comienza con odinofagia y placas blanquecinas amigdalares, siendo diagnosticada de amigdalitis prescribiéndose tratamiento. Por de mialgias proximales sin fiebre, cefalea y cierta rigidez cervical (presenta contractura cervical) acudió de nuevo a consulta. Se deriva a hospital para realización de Tac craneal y analítica sanguínea, ambos normales. A los 3 días consulta por hematuria sin clínica acompañante. En analítica de orina se observan proteínas y hematíes. Ante ausencia de hipertensión arterial se deriva a consultas externas de nefrología Al día siguiente consulta por parálisis facial periférica derecha, pautándose tratamiento. Al siguiente día ante mialgias proximales en miembros superiores e inferiores, dificultad para deambular, y leve disnea, acude de nuevo. Se deriva, a hospital para descartar posible síndrome de Guillain-Barre o polimiositis. Ingresa en Medicina interna para estudio. En EKG patrón S1Q3T3, se pide angioTC de tórax, sin datos deTEP.

Pruebas complementarias: durante el ingreso: serología IgG positivos y IgM dudoso para CMV, Sarampión IgM e IgG positivo y VEB IgG dudoso e IgM positivo, carga viral negativa. Electro neurofisiología: signos incipientes de polineuropatía inflamatoria en MMII con afectación desmielinizante, síndrome de Guillain-Barre en fase hiperaguda. Miopatía proximal en MMII y SS, dentro del contexto infeccioso.

Enfoque individual

Paciente de 26 años sin alergias medicamentosas, ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No hábitos tóxicos. No embarazos. Vida basal: independiente para las ABVD. Está realizando la tesis doctoral (trabajo). Vive en medio urbano. Tiene un conejo desde hace 6 años. Pareja estable. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales.

Enfoque familiar y comunitario

No aplica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Faringoamigdalitis pultácea (probable origen viral con sobreinfección). Sd. Guillain-barré. Polirradiculopatía desmielinizante aguda en contexto de cuadro infeccioso, mononucleosis (VEB). Dudosa glomerulonefritis postinfecciosa. Taquicardia sinusal mantenida probablemente en contexto de Sd. de Guillain Barré.

Tratamiento, planes de actuación

Amoxicilina-clavulánico. Ibuprofeno. Prednisona. Inmunoglobulinas intravenosas.

Evolución

Tras la administración de inmunoglobulinas intravenosas la paciente queda asintomática siendo dada de alta a su domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome de Guillain-Barré es causa de debilidad simétrica de las extremidades, con predominancia masculina. *C. jejuni*, VEB, CMV, *M. pneumoniae* y *H. influenzae* son los agentes causantes más comunes.

Palabras clave

Guillain Barre Síndrome, Tonsillitis, Epstein-Barr Virus Infections.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, esta barriga no es míaSánchez Pareja, V¹, Marín Pedrero, M², Rodríguez Julia, MA³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS De San Roque. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. La Línea de la Concepción (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

abdominal de origen ovárico derecho, de aspecto neoplásico.

Motivos de consulta

Aumento del perímetro abdominal y dolor punzante en fosa ilíaca izquierda.

Enfoque familiar y comunitario

Se recita a la paciente para informar de resultados de ecografía y analítica. Al informar a la paciente y su marido, realizamos un abordaje familiar, comunicándoles que, aunque la ecografía sugiera que la lesión es de características malignas, el diagnóstico definitivo lo dará el estudio anatómico patológico de la pieza quirúrgica y con este, se decidirá el tratamiento que reciba, por lo que le recomendamos a ambos mantener la calma y espera al diagnóstico final.

Historia clínica

Paciente mujer de 66 años que acude por dolor punzante intermitente en hipogastrio y fosa ilíaca derecha junto con aumento del perímetro abdominal de 6 meses de evolución. También refiere pérdida ponderal de hasta 3 kilogramos en dicho tiempo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Carcinoma de ovario vs tumor benigno de ovario

Enfoque individual

Sin antecedentes de interés. Intervenida de cesárea y ligadura de trompas.

Tratamiento, planes de actuación

Cirugía abdominal por laparotomía.

A la exploración, en abdomen se palpa una masa que ocupa hasta apófisis xifoide de consistencia elástica, móvil, sin ascitis asociada.

Evolución

Actualmente pendiente de fecha para intervención quirúrgica ginecológica.

Se solicita desde consulta ecografía de abdomen y pelvis, y analítica con marcadores tumorales. Ecografía abdomen-pelvis: tumoración sólido-quística, multinodular, de tabiques gruesos que parece depender de ovario derecho, sugerente de carcinoma de ovario. Líquido libre en pelvis. Analítica con CA 125 en 78.9 U/ml, resto sin alteraciones. Ante los hallazgos descritos, se deriva a consulta de ginecología de forma preferente, donde se amplía estudio con body TAC y RNM pelvis. Body TAC: proceso neofornativo intraabdominal. Primera posibilidad a considerar es neofornación de ovario. Resto sin hallazgos de enfermedad a distancia. RNM pelvis: gran masa

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

No debemos subestimar la clínica que nos refiere nuestros pacientes, siendo de gran importancia el corroborar lo que nos cuenta con una exhaustiva exploración física y completar el estudio con las pruebas complementarias necesarias, sin recortar en las mismas.

Palabras clave

Masa Abdominal, Cáncer Ovárico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Esporotricosis: a propósito de un casoHaro Estudillo, JJ¹, Ortuño García, AM², López Moreno, S³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tumoración en mano izquierda.

Historia clínica

Paciente varón de 50 años, con AP de VIH con carga viral indetectable en el momento actual, que refiere de cinco días de evolución la aparición de dos tumoraciones en el dorso de la mano izquierda, indoloras, que han aumentado de tamaño progresivamente. Niega fiebre o supuración, no otra sintomatología acompañante. Historiando al paciente sobre posibles picaduras de insectos o cuerpos extraños, reconoce haber realizado labores de jardinería en su domicilio y haberse pinchado en esa zona con las espinas de un rosal. A la exploración física, se aprecian dos nódulos indurados y eritematosos, con muy discretas heridas superficiales. No supuración ni signos de sobreinfección en la herida.

Enfoque individual

Paciente con AP de VIH secundario a uso de drogas por vía parenteral, en el momento actual con carga viral indetectable y sin uso de tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario

En pacientes con este tipo de patologías es necesario prestar más atención a posibles complicaciones de la infección u otros posibles diagnósticos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* esporotricosis.*Diagnóstico diferencial:* absceso, tuberculosis, leishmaniasis, turalemia, nocardia.**Tratamiento, planes de actuación**

Se pautó al paciente itraconazol 200 mg cada 24 horas durante 2 semanas junto a reevaluación a la semana.

Evolución

Tras una semana de tratamiento, el paciente presentaba gran mejoría clínica, desapareciendo las lesiones por completo en la siguiente revisión una semana después, habiendo completado el tratamiento con itraconazol.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La esporotricosis, causada por el hongo, se debe sospechar cuando interrogando a un paciente con aparición de tumoración, con posible afectación de cadenas ganglionares, refiere una herida o pinchazo reciente con rosales, zarzas, u otra materia vegetal. Aunque es de curso lento, en pacientes inmunocomprometidos puede llegar a diseminarse causando afectación ósea, hepática, esplénica, renal, o de SNC (meninges).

Palabras clave

Esporotricosis, VIH, Tumoración.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Y este bulto en el cuello?Luna Barrones, I¹, Galindo González, L², Nieto Ordoñez, C³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. La Línea de La Concepción (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia progresiva. Disfonía. Tumoración cervical izquierda.

Historia clínica

Varón de 54 años que consulta por odinofagia progresiva de 1 semana de evolución junto con disfonía brusca. Afebril en días previos. Inicialmente acude al centro de salud pautándose antibioterapia por sospecha de faringoamigdalitis. Posteriormente, vuelve a acudir al cabo de los 6 días por falta de mejoría y aparición de tumoración cervical izquierda. Además, comenta sensación de presión al girar el cuello. No sensación disneica.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fumador de 15 cig/día. No profesión que implique uso de la voz. No músico. No uso de corticoides inhalados. No refiere alergias medicamentosas. No enfermedades descritas.

A la exploración se palpa tumoración dolorosa en área II-III izquierda de 4 cm de diámetro, sólida con mínima fluctuación y movilidad. No alteraciones a nivel de la cavidad oral.

Pruebas complementarias: a consecuencia de la no disponibilidad de ecografía en el centro, se decidió derivar al paciente a urgencias para ampliación de pruebas complementarias y valoración por otorrinolaringología.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste del tracto tirogloso, quiste dermoide, absceso cervical, neoplasia, laringocele, laringomucocele.

Tratamiento, planes de actuación

Durante su estancia en urgencias se decide estudio con TC cervical donde se confirma hallazgos altamente sugestivos de gran laringocele izquierdo que comprime cavidad glótica desplazándola contralateralmente e invade espacio submandibular ocasionando un desplazamiento anterior de la glándula submandibular. Posteriormente, se interconsultó con otorrino de guardia quien explica al paciente la necesidad de valorar intervención quirúrgica.

Evolución

Tras la intervención quirúrgica el paciente evolucionó favorablemente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El laringocele puede manifestarse como masa cervical, inflamación submaxilar, sibilancias, tos, disfagia o disfonía. Resulta de gran importancia conocer los criterios de derivación de la disfonía desde Atención Primaria, así como el correcto despistaje de masa cervical ya que debemos tener en cuenta el potencial de complicaciones del laringocele, que aún siendo una patología histológicamente benigna, puede tener un comportamiento fatal ocasionando obstrucción aguda de la vía aérea.

Palabras clave

Disfonía, Laringocele, Obstrucción Vía Aérea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Te duele el brazo o has perdido fuerza en el brazo?

Luna Barrones, I¹, Venegas Rubiales, E², Peña Ruiz, AN³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. La Línea de La Concepción (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Jimena. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza de brazo izquierdo y miembro inferior ipsilateral.

Historia clínica

Varón de 55 años que acude por pérdida de fuerza de 2 días de evolución. Refiere que en el día anterior decidió acudir a urgencias por dolor moderado de hombro izquierdo sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo previo. Desde Urgencias se realiza prueba radiográfica, no evidenciándose hallazgos patológicos que justifiquen dicho dolor. En el momento de la anamnesis en la consulta de Atención Primaria, nos indica que además del dolor presenta pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo sumada a pérdida de fuerza de miembro inferior izquierdo.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fumador de 30 cig/día (52 paquetes/año) y bebedora moderado-severo. No refiere alergias medicamentosas. Hipertensión arterial en tratamiento con Losartán/Hidroclorotiazida 50/12.5 mg.

A la exploración neurológica presenta pares craneales conservados con dudosa ptosis de ojo izquierdo, y pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo presentando claudicación del mismo, así como pérdida de fuerza en miembro inferior ipsilateral.

Pruebas complementarias: debido al tiempo de inicio de los síntomas, no se decide activar el código ictus, pero sí derivar de forma urgente al paciente a la unidad hospitalaria para valoración y ampliación de pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ictus, neoplasia cerebral, epilepsia focal, migraña acompañada con hemiplejía, esclerosis múltiple, trastornos metabólicos, síndrome conversivo.

Tratamiento, planes de actuación

A su llegada a urgencias y tras segunda valoración, se realiza TAC craneal no obteniéndose alteraciones que justificasen la clínica. Ante persistencia de la clínica y ausencia de datos que expliquen los síntomas del paciente, se consensuó ingreso en Medicina Interna para realización de RMN cerebral programada. A través de dicho estudio, se confirmaron lesiones isquémicas subagudas en el territorio de la ACM derecha. Para corroborar los diagnósticos finales, se realizaron ecocardiograma, Holter y eco-Doppler carotídeo.

Evolución

El paciente presentó mínima mejoría durante el ingreso.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia a la hora de realizar una buena anamnesis e intentar que los pacientes sean más precisos a la hora de describir sus síntomas a través de nuestras preguntas, ya que esto puede determinar el juicio clínico y destino del mismo.

Palabras clave

Ictus, Hemiplejía, Pérdida de Fuerza.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Bronquiectasias en paciente joven en Atención PrimariaParedes Mateos, R¹, Morales Navarro, A², Jiménez López, J³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldan. Cádiz² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos y expectoración crónica en paciente joven.

Historia clínica

Mujer de 38 años con episodios de tos y expectoración crónica, tratada con diferentes tratamientos que no encuentra mejoría. Su MAP deriva a neumología para estudio de tos crónica.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias, no fumadora, no antecedentes respiratorios previos. Animales domésticos: perro.

Anamnesis: mujer 38 años con episodios de tos y expectoración desde hace 6 años, por temporadas, empeorada desde la gripe A, precisando acudir a Urgencias en varias ocasiones. Leve mejoría con uso de inhaladores.

Exploración: buen estado hidratación, normocoloreada, normopeso. AC: tonos rítmicos normales. Antecedentes personales: MVC, sin ruidos.

Pruebas complementarias: analítica: leucos 7.70, Hb 13.9, coagulación normal, COL 228, alergia neuromoalergenos: negativo, inmunología general: normal. Cultivo de esputo: flora normal. Derivada a neumología: Rx de tórax: condensación redondeada en hemitórax derecho. TC con contraste iv de tórax: bronquiectasias cilíndricas, con taponamientos mucosos y foco de condensación en el segmento medio del lóbulo medio, en relación con foco neumónico. Fibrobroncoscopia: sin hallazgos, lavado broncoalveolar selectivo de LM. Secreción broncoalveolar: se aísla *Haemophilus influenzae* sensible a amoxicilina-clavulánico.

Enfoque familiar y comunitario

No presenta antecedentes familiares de interés, no patologías respiratorias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Bronquiectasia.

Diagnostico diferencial: rinosinusitis crónica, bronquitis crónica, asma, infecciosa: tuberculosis, carcinoma broncogenico, reflujo gastroesofágico, tos psicógena.

Tratamiento, planes de actuación

Antitusivos, mucolíticos, antihistamínicos, corticoides nasales, corticoides orales, inhaladores. Tratada con Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg: 1 comp/8h, durante 20 días tras resultado de cultivo de la secreción broncoalveolar. Valorada en neumología presenta el caso en sesión clínica de cirugía torácica para valorar resección quirúrgica de la zona afecta.

Evolución

Tratada con antibiótico sensible, mejora considerablemente del cuadro de la tos, estando actualmente asintomática. A pesar de la mejoría con antibiótico, siendo esta temporal, cirugía torácica propone el tratamiento quirúrgico, con la lobectomía media, aceptando la paciente la cirugía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Para el estudio de la tos crónica es importante la anamnesis y la exploración clínica, que nos llevara a solicitar las pruebas complementarias adecuadas para su estudio, requiriendo de una acertada interpretación para llegar a un buen diagnóstico.

Palabras clave

Bronquiectasia, Tos Crónica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El páncreas silencioso

Galindo González, L¹, Nieto Ordoñez, C², Marín Pedrero, M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y astenia.

Historia clínica

Dolor abdominal y astenia de semanas de evolución sin otra sintomatología toracoabdominal asociada.

Enfoque individual

Varón de 49 años fumador de 10 paquetes diarios/año sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por dolor abdominal de carácter continuo de semanas de evolución acompañado de astenia. No coluria, no acolia, ni ictericia. No fiebre ni otra sintomatología asociada.

En la exploración paciente con buen estado general, con auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, algo globuloso, doloroso a la palpación generalizada. Dado el conocimiento basal del paciente, impresiona de importante pérdida de peso, que éste nos confirma de hasta 8 kg en los últimos meses.

Presentaba resultados de analítica y radiografías dentro de la normalidad, por lo que se solicitó de manera urgente ecografía abdominal donde se objetiva lesión en cabeza de páncreas. Se deriva de forma preferente a Medicina Interna y Digestivo donde solicitan RM de abdomen y ColangioRM sin hallazgos patológicos claros. Se amplía el estudio con TC de abdomen con resultado de masa hipodensa que engloba cuerpo y cola pancreática.

Enfoque familiar y comunitario

Madre diagnosticada de cáncer de mama a los 62 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia Primaria pancreática con adenopatías locorreccionales e infiltración venosa.

Tratamiento, planes de actuación

Paliativo.

Evolución

Pendiente de resultado de AP y en estudio por Oncología para valorar opciones de tratamiento. Actualmente ingresado en Medicina Interna para control del dolor. Familia informada de situación de últimos días.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El cáncer de páncreas ha presentado un notable aumento de su incidencia en los últimos años, no cambiando sin embargo el paradigma del curso de la enfermedad. Es silencioso, con un abanico de sintomatología muy inespecífica. Es por ello de especial importancia estar muy atentos ante cambios en nuestros pacientes como la pérdida de peso, hiporexia y dolor abdominal. La sospecha sumada a un buen conocimiento de nuestros pacientes nos harán encaminar antes el diagnóstico y tratamiento, haciendo conscientes antes al paciente y familia de la situación que rodea a esta enfermedad, ya que aún en la mayoría de los casos estos pacientes son candidatos a paliación de síntomas dada irresecabilidad del tumor.

Palabras clave

Pancreatic Neoplasm, Weight Loss, Abdominal Pain.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Sepsis en paciente normotensa: a propósito de un casoVera del Río, M¹, Vela Vela, P², Villanueva Rubio, MA³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Sur. Ronda (Málaga)³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DA Urgencias Extrahospitalarias. AGS Serranía de Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Domiciliaria.

Motivos de consulta

Aviso a domicilio: “cuadro febril de 48 horas de evolución, dolor abdominal y vómitos. Tendencia al sueño”.

Historia clínica*Antecedentes personales:* mujer de 82 años. Buena calidad de vida. HTA y DM2 en tratamiento oral.*Anamnesis:* avisan por fiebre de 38°C de dos días de evolución, dolor abdominal en hipogastrio y vómitos. Además, la paciente presentaba tendencia al sueño en las últimas horas. No clínica respiratoria. No otros síntomas asociados.*Exploración:* regular estado general, obnubilada. Buena perfusión periférica. Taquipnea sin trabajo respiratorio. TA 120/70 mmhg, Sat O₂ 95% sin aporte suplementario, FC 115 lpm, FR 32 rpm, glucemia 300 g/dl. Auscultación normal. Abdomen con leve dolor a la palpación difusa, sin defensa. Neurológico: Glasgow 13/15 (ocular 3, verbal 4, motor 6), sin focalidad neurológica.*Pruebas complementarias:* analítica de sangre con Leucocitosis con neutrofilia. Radiografía de tórax sin hallazgos. Hemocultivo positivo a *Escherichia Coli*. Urocultivo positivo a *Escherichia Coli*. Sedimento de orina nitritos +.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* sepsis de origen urinario.*Diagnóstico diferencial:* accidente cerebrovascular; meningitis; encefalitis.*Problemas:* el principal problema de este caso radica en la identificación diagnóstica del cuadro, pues se suele asociar la sepsis a bajos niveles de tensión arterial.**Tratamiento, planes de actuación**

En domicilio, se canalizaron 2 vías venosas periféricas, infusión de sueroterapia intravenosa (IV) abundante, antibioterapia empírica de ceftriaxona 2G IV (y, posteriormente, dirigida tras conocer resultado de hemocultivo). A continuación, se procedió al traslado hospitalario.

Evolución

La paciente ingresó en planta para optimizar el tratamiento IV, y evolucionó favorablemente. A los 10 días estaba de nuevo en su domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Por lo general, solemos asociar la sepsis a bajos niveles de tensión arterial. Sin embargo, en momentos iniciales, puede aparecer en pacientes normotensos, por lo que es fundamental aplicar los criterios QSOFA (tensión arterial, frecuencia respiratoria y nivel de conciencia) para identificar esta patología urgente. Si nos fijamos, la paciente del caso cumplía dos de los tres criterios, por lo que al tener asociado, además, el cuadro febril, se activó el protocolo de Código Sepsis y se inició tratamiento desde el primer contacto médico en domicilio y en la ambulancia.

Palabras clave

Sepsis, Bajo Nivel de Conciencia, Septicemia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El hombro doloroso hecho tuberculosisGalindo González, L¹, Sánchez Pareja, V¹, Pérez López, M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Omalgia.

Historia clínica

Dolor de hombro derecho irradiado a brazo de meses de evolución no relacionado a traumatismo previo.

Enfoque individual

Paciente de 27 años con antecedentes de DM tipo I, TCA y fumadora de 9 paquetes/año. Acude a consulta por omalgia derecha de meses de evolución que se irradia a brazo. No asocia traumatismo. En la exploración se aprecia paciente con buen estado general, con auscultación cardiopulmonar anodina. Hombro sin relieves óseos anormales, no atrofia ni inflamación visible. A destacar signo de Yocum positivo y leve impotencia algésica a rotación interna.

Dada larga data de la clínica, se solicita radiografía de hombro donde aparece sugestiva lesión cavitada en tórax. Ante tal hallazgo se solicitó Mantoux que resultó ser de 14mm, así como TC de tórax de urgencia y se deriva a consulta preferente de Neumología. En el TC de tórax se evidenció en LID una cavidad de 3.9 cm. La baciloscopia de esputo evidenció *Mycobacterium Tuberculosis* complex por PCR positiva.

Enfoque familiar y comunitario

Se hizo estudio de conviviente que resultó negativo pero al que se pautó quimioprofilaxis primaria dados antecedentes personales del mismo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tuberculosis pulmonar bacilífera.

Tratamiento, planes de actuación

Se adoptaron medidas de aislamiento respiratoria y social en el domicilio de la paciente durante 15 días. Se prescribió por parte de neumología rimstar y piridoxina.

Evolución

La paciente evolucionó favorablemente con franca mejoría del infiltrado cavitado en LID. Dejó de ir a consultas de seguimiento, presentando una falta de adherencia al tratamiento, por lo que desde Atención Primaria se citó para concienciación de adherencia al mismo, consiguiendo un feedback positivo. Negativizó baciloscopia y fue dada de alta por Neumología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es de gran importancia el seguimiento por parte de Atención Primaria de la adherencia de los pacientes al tratamiento y concienciación de su enfermedad. Así como de la evolución meses posteriores con seguimientos analíticos para descartar posibles efectos secundarios derivados de la medicación. La actuación temprana y coordinada de Atención Primaria con otras especialidades es crucial para poder determinar decisiones rápidas y fundamentadas, así como evitar transcurso de la enfermedad.

Palabras clave

Mycobacterium Tuberculosis, Incidental Findings, Tuberculosis Radiology Imaging.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No siempre es hernia: a propósito de un casoFuentes Angulo, I¹, Gómez Galera, H², Sánchez Sánchez, MP³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Rioja. CS Benahadux. Almería³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Bulto en abdomen.

Historia clínica

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: HTA, deterioro cognitivo, polimialgia reumática. Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg/24h, ibersartán 150 mg/24 h, trazodona 100 mg/24 h, buprenorfina parches 35 mcg/72 h.

Enfoque individual

Paciente mujer de 87 años que consulta por presencia de bulto en región infraumbilical de meses de evolución con dolor leve (escala EVA 2) a la palpación del mismo. No fiebre. No náuseas ni vómitos. Niega cualquier otra sintomatología.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Sat O₂ del 97%. FC 85 lpm. Afebril. Abdomen: blando y depresible. Leve dolor a la palpación (EVA 2) de masa en región infraumbilical de consistencia dura, no móvil e irreductible. No otras masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. No signos de peritonismo. Ecografía abdominal en consulta: tumoración de 7x5 cm hipocogénica, con centro calcificado y sombra posterior, no vascularizada.

Enfoque familiar y comunitario

Vive en domicilio, junto a su marido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumoración abdominal de data incierta a estudio.

Tratamiento, planes de actuación

Se solicita ecografía abdominal reglada. Se decide derivación preferente a Cirugía General para valoración de tumoración. Se indica Paracetamol 1 gr/8h, si presencia de dolor. Se explican signos y síntomas de alarma (fiebre, aumento de tamaño, cambios de coloración, dolor que no responde a tratamiento) por los que debe volver a consultar.

Evolución

La paciente acude 10 días más tarde a urgencias hospitalarias por fiebre de hasta 38°C de pocas horas de evolución y aumento de tamaño de tumoración. Se solicita TAC abdominal donde se objetiva absceso de pared abdominal anterior infraumbilical con trayecto fistuloso de colon transverso a la colección y diverticulosis. La paciente fue intervenida de urgencia con ingreso hospitalario posterior a cargo de cirugía general.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los tumores que afectan a la pared abdominal pueden tener su origen en diversas estructuras anatómicas o tejidos de la pared. Dado el amplio diagnóstico diferencial que podemos plantear, la exploración clínica abdominopélvica y la realización de una ecografía en el momento de consulta, nos ayuda a dirigir el proceso diagnóstico y establecer un plan de actuación adecuado a los recursos de los que disponemos en Atención Primaria.

Palabras clave

Abdominal Abscess, Fistula, Colon Transverse.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

“Más allá de la relación entre riñón y estómago: a propósito de un caso”

Vera Del Río, M¹, Fernández Ruiz, CC¹, Gallardo Jiménez, A²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolores abdominales y poliartralgias de dos años de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 20 años. Síndrome de intestino irritable. No otros antecedentes personales de interés ni tratamiento actual. Madre con Cáncer de mama resuelto en 2018. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: paciente con dolores abdominales de repetición, a veces localizados en hipogastrio. Náuseas tras ingesta de comidas “pesadas”. Poliartralgias en carpos. Pérdida de 4 kg de peso en el último año.

Exploración: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Auscultación normal. Abdomen blando, sin signos de defensa ni peritonismo, Blumberg y Murphy negativos, levemente doloroso a nivel de hipogastrio.

Pruebas complementarias: en orina: proteinuria y microhematuria. Ecografía renal normal. Sangre anodina (Ac antitransglutaminasa negativos); ANA, anti-DNA, ANCAS, C3, C4, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico y crioglobulinas negativos. Serología frente a VHB, VHC y VIH negativa. Heces con sangre oculta y calprotectina negativas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Enfermedad celíaca (EC) asociada a Nefropatía IgA.

Enfermedad inflamatoria intestinal; Síndrome de intestino irritable; glomerulonefritis.

Este caso clínico supone un desafío diagnóstico al tratarse de síntomas muy inespecíficos de varios órganos y que, quizás, no tendemos a relacionar ambas patologías a priori.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a la paciente a nefrología y digestivo. Realizan biopsia renal percutánea cuyo resultado es Nefropatía IgA, mientras que en la biopsia intestinal se aprecian “atrofia de vellosidades en duodeno e hiperplasia de criptas”, correspondiente a una EC. Se pautó una dieta exenta de gluten de por vida y un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) para disminuir la excreción renal proteica.

Evolución

La paciente presentó mejoría clínica a las dos semanas de pautar el tratamiento adecuado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La EC se asocia con otras enfermedades autoinmunes como dermatitis herpetiforme, déficit de IgA, enfermedad de Addison, diabetes tipo 1, enfermedades tiroideas y hepatitis. Es importante tener en cuenta esto, dado que el retraso diagnóstico de estas patologías puede suponer un riesgo, que es mayor si se descubren en edades adultas. En este caso, a raíz del diagnóstico de nuestra paciente, se descubrió la EC de su abuela materna.

Palabras clave

Enfermedad Celíaca, Nefropatía IgA, Enfermedad de Berger.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Mastalgia en mujer joven. A propósito de un caso

Ortuño García, AM¹, Utor García, L², Vega Sánchez, E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Puerta del Mar. CS Olivillo. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Molestias en mama derecha, en relación a hematoma post traumático.

Historia clínica

Paciente mujer de 28 años de edad. No antecedentes personales ni familiares de relevancia. Acude por dolor en mama derecha, en relación a contusión directa mientras trabajaba. A la exploración, se aprecia mama derecha eritematosa y empastada, con hematoma en cuadrante superoexterno, que impresiona de mastitis. No otra sintomatología de alarma acompañante.

Enfoque individual

La importancia de saber realizarse una correcta autoexploración, e identificar signos de alarma.

Enfoque familiar y comunitario

La importancia de un estrecho seguimiento en toda paciente con sospecha de patología mamaria por parte de su MAP así como la responsabilidad comunitaria en relación al Programa de Cribado de Cáncer de Mama.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Procesos inflamatorios e infecciosos mamarios VS Tumores benignos mamarios VS Tumores malignos mamarios.

Tratamiento, planes de actuación

Inicialmente, se pauta tratamiento analgésico y antibiótico.

Evolución

Al mes, regresa por no mejoría de la sintomatología. Se inicia nuevo ciclo de antibioterapia a la espera de ecografía urgente. En ecografía mamaria, hallazgos sugestivos de hematoma complicado, realizándose BAG para descartar posible malignidad. Continúa con misma clínica, sin mejoría. Se tranquiliza a la paciente en espera de resultados. Finalmente AP revela Carcinoma Infiltrante de Mama. Se deriva de forma urgente a Unidad de Mama de Hospital de referencia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar, una vez más, la importancia de una Atención Primaria de calidad. El principal motivo de consulta en relación a la patología mamaria, es el dolor mamario, y el primer especialista en consultar, lo más probable, será el Médico de Atención Primaria. Tenemos la responsabilidad de realizar correctas anamnesis y exploraciones físicas, pero también de atender y cuidar a la mujer ante estas situaciones que generan un gran malestar físico y emocional. A su vez, insistir en medidas de prevención Primaria (autoexploración, cribado detección precoz ca. mama). Y por último, y no menos importante, la necesidad de un Sistema Nacional de Salud sólido, óptimo y accesible, con la posibilidad de derivación urgente a Unidades Mamarias.

Palabras clave

Mastalgia, Mastitis, Cáncer de Mama.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Distensión abdominal y estreñimiento, posibles complicaciones médicas

Menéndez Moreno, I, Domínguez Bejarano, L, Sánchez Pelaz, L

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

Ámbito del caso

Servicios de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 74 años, acude a su médico de AP por distensión abdominal y estreñimiento de 7 días de evolución, sin otra patología asociada.

Historia clínica

Paciente mujer de 74 años acude a su médico de AP por estreñimiento de 7 días de evolución y distensión abdominal asociada. La paciente no cuenta otra sintomatología: no dolor abdominal, no náuseas ni vómitos ni proceso febril.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias a medicamentos. HTA en tratamiento con enalapril. Abdomen distendido, blando y depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: sin sangrado ni restos de heces, masa de unos 2 cm a nivel inferior, de consistencia pétreo.

Se realiza analítica de sangre, anodina, y Rx de abdomen donde se observan escasos niveles hidroaéreos a nivel de intestino delgado. Se deriva a Urgencias. Se solicita TC abdominal, donde se observa masa de unos 7 cm a expensas de ovario, con múltiples implantes peritoneales y líquido libre.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: tumoración ovárica con metástasis peritoneales. Tumoración digestiva con metástasis ovárica e implantes peritoneales.

Es importante tener en cuenta el origen tumoral de estas lesiones y filiar el tumor primario con su respectiva AP, para el posible tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación

Se ingresó a la paciente en la planta de Medicina Interna para el estudio de extensión de la paciente. Se habla con la familia de la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la paciente, al igual de la posible gravedad y pronóstico. Se toman muestras de biopsia de la lesión para estudio anatomopatológico.

Evolución

Los resultados anatomopatológicos revelan que la paciente tiene un rhabdomyosarcoma embrionario de ovario, con metástasis peritoneales y digestivas. Se deriva a la paciente al servicio de Ginecología y Oncología para valorar posibilidades terapéuticas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante el papel del médico de AP en la valoración inicial y exploración del paciente, con una buena anamnesis e historia clínica, para una actuación de calidad. La realización de adecuadas pruebas complementarias es primordial para un buen diagnóstico. Es imprescindible el trabajo en equipo entre las diferentes especialidades que intervienen en el proceso de diagnóstico y tratamiento, para un adecuado abordaje.

Palabras clave

Estreñimiento, Distensión Abdominal, Tacto Rectal, Tumoración, Implantes Peritoneales.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No todo es artrosis. A propósito de un caso de coxalgiaJiménez Cordero, A¹, Navarrete Martínez, E2¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor cadera derecha.

Historia clínica

Antecedentes personales. No tolera enalapril, ibuprofeno, amoxicilina-clavulánico. Hipertensión arterial, dislipemia. Hiperplasia benigna de próstata. Hernia de Schmorl L5. Tratamiento: losartán-hidroclorotiazida, tamsulosina, esomeprazol.

Anamnesis. Varón de 70 años que acude en múltiples ocasiones a consulta por dolor en cadera derecha irradiado a glúteo, no traumático, de meses de duración. Empeoramiento progresivo del dolor a pesar de analgesia con limitación para la movilidad. Afebril. No pérdida de peso. En estudio por anemia normocítica de años de evolución. En la primera visita, en nuestra consulta, la hija demanda derivación a unidad del dolor.

Exploración física: Acude en silla de ruedas. Mantiene bipedestación. Fuerza MID 3/5. MII: 4/5. Sensibilidad conservada. No relajación de esfínteres.

Pruebas complementarias: analítica enero 2022: HB 10, VCM 97. Anemia normocítica. Rx enero 2022: no lesiones líticas. Rx marzo 2022: lesión lítica cadera derecha. TAC abril 2022: lesión en cuello y cabeza femoral sugestiva de malignidad.

Enfoque individual

Ansiedad reactiva al dolor y pérdida de movilidad que limita las actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente hiperfrecuentador. La esposa del paciente padece esclerosis múltiple y el paciente es su principal cuidador.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: lesión lítica en cabeza femoral derecha.

Diagnóstico diferencial: tumores óseos, plasmocitoma, mieloma múltiple.

Identificación de problemas: no correcta exploración física en otros servicios; falta de ayuda externa en el desempeño de rol de cuidador.

Tratamiento, planes de actuación

Tras revisión de radiografía e informe de la misma se decide ingreso hospitalario para biopsia de lesión. Se procede a completar estudio por parte de hematología con el consecuente tratamiento. Además, prótesis cadera derecha por fractura patológica.

Evolución

Tras biopsia y estudio de extensión se diagnostica de Mieloma Múltiple IgG kappa que recibe tratamiento quimioterápico y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Como complicaciones desarrolló riñón del mieloma. En seguimiento actualmente por hematología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es un caso interesante porque en muchas ocasiones se subestiman los motivos de consulta en Atención Primaria. Principalmente, en pacientes hiperfrecuentadores, como era nuestro paciente. Además, resaltar la importancia de la exploración física en cada visita presencial de nuestros pacientes porque no disponemos de tantas pruebas complementarias como en otros servicios.

Palabras clave

Dolor, Tumor, Cadera.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dra ¿tengo cáncer?

Jiménez Arteaga, C¹, Martínez Granero, MM², Cruz Valero, C1

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Masa adenopatía en axila izquierda con molestias irradiadas a mama.

Historia clínica

Mujer de 59 años que acude a consulta de Atención Primaria por bultoma en axila izquierda. No otra sintomatología.

Exploración: mamas de aspecto simétrico, No se palpan nódulos. Plastrón de consistencia dura en cadena ganglionar de axila izquierda. Se deriva al hospital de la mujer para descartar metástasis axilares de cáncer de mama

Evolución: tras mamografía se cataloga como BIRADS 4 Se realiza biopsia de aguja gruesa (BAG) con control ecográfico de adenopatía axilar izquierda. Se remite resultado de la biopsia a la consulta de Atención Primaria con el diagnóstico de "Linfadenitis granulomatosa necrotizante." Se nos solicita continuar estudio. Rehistoriando a la paciente, acudió en 2 meses antes por astenia, tos seca, mucosidad y dolores óseos generalizados. Afebril con auscultación normal. Proceso que en su momento atribuimos a virasis respiratoria. Posteriormente, es cuando acude por adenopatía axilar izquierda. Han desaparecido las adenopatías axilares. RX de tórax normal.

Enfoque individual

Antecedentes personales sin interés salvo: fumadora de 10-20 cigarrillos al día desde los 15 años.

Enfoque familiar y comunitario

Convivencia con animales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Contactamos con Medicina Interna para ampliar estudio.

En el estudio inmunohistoquímico negatividad para CKAE1-3, Grocott y Ziel-neelsen. PCR de micobacterias negativo Re interrogada la paciente refiere que hasta hace poco tenía gatos. Se solicita Serología de *bartonella henselae* (anticuerpos IgG): positiva. Titulación 1/64. Se vuelve a solicitar en 3 semanas para estudiar evolución; Nueva serología. negativa.

Tratamiento, planes de actuación

La enfermedad por arañazo de gato es un proceso infeccioso causado por *Bartonella Henselae* cuya presentación más habitual es la aparición de lesión en la zona de inoculación seguida de linfadenitis regional, hallazgo presente en el 88,9% de la muestra. Puede acompañarse de fiebre, malestar general, cefalea, sudoración nocturna. El diagnóstico se basa en la combinación de la clínica de histológica y microbiología, serología. En el 80% de los casos involuociona espontáneamente. Se puede tratar con doxiciclina, azitromicina o rifampicina. No existe evidencia de que el tratamiento antibiótico modifique la evolución

Evolución

Remisión espontánea.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Petición de pruebas que no se pueden solicitar en Atención Primaria.

Palabras clave

Enfermedad por Arañazo de Gato.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El lado oscuro de los medicamentosFuentes Angulo, I¹, García Martínez, L², Moreno Martos, H³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia generalizada.

Historia clínica

Alergia a enalapril.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, IAMCEST, Insuficiencia aórtica. Tratamiento habitual: bisoprolol 2.5 mg/24 h, ticagrelor 90 mg/12 h, lansoprazol 30 mg/24 h, lorazepam 1 mg/24 h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h, atorvastatina 80 mg/24 h.

Enfoque individual

Paciente mujer de 68 años que llega nueva a nuestro cupo y consulta porque refiere debilidad generalizada y pérdida de apetito de meses de evolución tras IAMCEST e inicio de tratamiento. Pérdida de 3 kilos de peso en 2 meses. No dolor torácico ni abdominal. No náuseas ni vómitos. No clínica respiratoria ni miccional. No fiebre. Niega cualquier otra sintomatología.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Sat O₂ del 98%. FC 60 lpm. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, soplo sistólico II/IV. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. No signos de peritonismo. Neuro: no signos de focalidad neurológica.

Pruebas complementarias: se revisan analíticas anteriores, normales.

Enfoque familiar y comunitario

Ama de casa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Astenia generalizada a estudio.

Tratamiento, planes de actuación

Se solicita analítica de sangre y orina. Se da cita de revisión con resultados.

Evolución

Nos llega alerta de laboratorio por Urea 181 mg/dl, Creatinina 4.08 mg/dl, GOT 1630 U/L, GPT 810 U/L, GGT 941 U/L, ALP 741 U/L. Se contacta telefónicamente con la paciente y se le indica acudir de forma inmediata a urgencias de hospital de referencia para valoración. Tras valoración en Urgencias, se objetiva fracaso renal agudo junto con hipertransaminasemia en rango de hepatitis aguda con colestasis disociada sin coagulopatía con ecografía abdominal normal. La paciente fue valorada por Digestivo y Nefrología, que tras ingreso hospitalario filian el origen del fallo hepato-renal agudo a una rabdomiólisis secundaria a estatinas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso clínico muestra la importancia de realizar un buen control de los posibles efectos adversos derivados de los tratamientos crónicos. En pacientes con uso de estatinas debemos realizar control analítico de función renal y perfil hepático a las 8-12 semanas de iniciar el tratamiento, y posteriormente controles anuales, estando siempre alerta a la presencia de clínica sospechosa.

Palabras clave

Renal Insufficiency, Rhabdomyolysis, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

DetECCIÓN PRECOZ DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Medina Zuheros, T, Yélamos Lorente, MA, Lozano García, M

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Malestar general.

Historia clínica

Paciente diabética acude a consulta refiriendo malestar general, vómitos y dolor abdominal de dos días de evolución. Recientemente valorada por Endocrinología, realizándose ajuste y modificación del tratamiento con buen control hasta el momento.

Enfoque individual

Antecedentes personales: diabetes Mellitus tipo I, escoliosis.

Paciente refiere malestar general desde hace dos días cuando, al levantarse por la mañana, inició un cuadro de vómitos y dolor abdominal sin diarrea ni fiebre asociada. Niega transgresión dietética, clínica respiratoria ni urinaria.

Paciente consciente, orientada y taquicárdica con tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado, sin ronus ni sibilancias. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio y epigastrio, signos de Murphy y Blumberg negativos.

Tensión arterial: 110/70 mmHg, saturación O₂: 92%, glucemia: 289.

Enfoque familiar y comunitario

Ninguno.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Dada la mala evolución del cuadro y el antecedente de diabetes, se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia.

Cetoacidosis diabética, gastroenteritis aguda, intoxicación alimentaria, colecistitis y pancreatitis.

Debido a la gravedad de las complicaciones de la diabetes era necesario descartarlas.

Tratamiento, planes de actuación

En Urgencias se realizaron: Gases venosos: acidosis metabólica. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Tira de orina: cuerpos cetónicos y proteínas. Constantes: aumento glucemia (hasta 346).

Evolución

Finalmente, la paciente fue diagnosticada de una cetoacidosis diabética e ingresada en la UCI donde fue monitorizada y tratada, hasta la resolución del cuadro, con: SSF 2000 ml dos horas, posteriormente 1000 ml + 1500 ml de suero glucosalino cada 24 horas y CLK 10 mEq en sueros alternos. Insulina rápida 50UI en 250 de SSF a 30 ml/h y reducir la perfusión al disminuir la glucemia. Finalmente se administró insulina lenta 20UI antes de quitar la perfusión. Primperan, omeprazol, bicarbonato e HIBOR 3500. Actualmente bajo control por endocrinología y médico de Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Alta sospecha diagnóstica para detectar un problema de salud potencialmente grave en una paciente sin claros signos de alarma y cuyo diagnóstico diferencial incluye patologías de menor gravedad. Relativo a la aplicabilidad. Analizar, resuelto el proceso agudo, los precipitantes y repercusiones que ha tenido la cetoacidosis en la paciente. Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Cetoacidosis Diabética, Insulina.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

“La contractura del cuello y el dolor de cabeza son muy malos”Barea Ortiz, MJ¹, Navarro Melero, S², Navarro Rueda, CA³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS De Marmolejo. Andújar. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen De La Cabeza. Andújar. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Madrid. Andújar. Jaén**Ámbito del caso**

Medicina familiar y comunitaria. Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Empeoramiento de cefalea. Dolor cervical. Vértigo.

Historia clínica

Mujer de 56 años que acude desde 2020 por episodios de cefalea esporádicos. Cefalea hemicránea derecha, ocasionalmente irradiada a zona cervical. Ha estado acudiendo a consultas de AP durante 3 años.

En 2023, episodios cada vez más cercanos en el tiempo con intervalos sin crisis menores, con clínica descrita en algunos informes de vértigo, mareo y náuseas sin vómitos.

La paciente acude a consulta por sensación de inestabilidad atípica para vértigo, disminución de la AV visual y náuseas sin vómitos, empeoramiento en horas nocturnas, y con cambios de postura y Valsalva. Además, irradiación a zona cervical.

Enfoque individual

Ante los llamados red flags, la paciente fue derivada a hospital de referencia para estudio por TAC, ante sospecha de cuadro neurológico central.

Enfoque familiar y comunitario

A pesar del posible enfoque práctico y resumido de un caso de cefalea con signos de alarma, la paciente previa derivación hospitalaria, requirió la necesidad de abordaje integral. Solicitó, se informara a sus familiares. De forma integral, la paciente mostró gran preocupación, así como su hermana por cómo contarle la situación a sus padres. Explicamos la necesidad de “dosificación de la información”, procediéndoles a informar conforme fueran saliendo poco a poco resultados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: cefalea con red flags.

Diagnóstico diferencial: status migrañoso. Infarto migrañoso. Neoplasia SNC.

Identificación de problemas: cefalea refractaria medicación. Empeoramiento progresivo. Limitación para actividad profesional y personal. Ansiedad por tumor y muerte.

Tratamiento, planes de actuación

Fue derivada a urgencias hospitalarias para TAC urgente, la exploración física sólo mostró AV disminuida por ojo derecho no presente previamente. En la exploración de la fuerza encontramos una caída pronosupinadora leve de brazo derecho, con marcha normal aunque con apreciable sensación de inestabilidad. Corrección de Romberg adecuada pero vacilante. Se realizó TAC craneal, hallándose una tumoración ténporoparietal derecha, de 57 mm con gran edema perilesional y efecto de masa sobre la línea media originando una herniación subfalcina y transtentorial. Se realizó traslado a neurocirugía. La anatomía patología fue meningioma angiomatoso microquístico.

Evolución

La paciente fue intervenida y actualmente, lleva vida normal.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacamos la importancia de la exploración física exhaustiva en los pacientes con cefalea en nuestras consultas.

Palabras clave

Trastornos de Cefalalgia, Cefaleas Secundarias, Neoplasias Encefálicas.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Caso atípico de dolor torácico

Gámiz Martínez, FM¹, Prieto Bonilla, AM², Marín Corencia, C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Varón de 55 años. Acude a consulta por dolor centrotorácico opresivo irradiado hacia epigastrio y espalda de inicio súbito mientras conduce. Se acompaña de náuseas, sudoración profusa y mareo. No síncope. Niega traumatismo previo.

Enfoque individual

Antecedentes personales: obesidad y diabetes mellitus tipo 2.

Exploración física: mal estado general, palidez cutánea, frialdad zonas acras y sudoración profusa. Afebril. Dificultad para palpar pulsos distales. Control de tensión en ambos brazos: 100/60 mmHg. Saturación de oxígeno 94%. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso, blando y depresible. Dolor a la palpación en epigastrio. No signos de peritonismo. ECG: taquicardia sinusal a 130 latidos por minuto, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.

Pruebas complementarias: se traslada al paciente al servicio de urgencias hospitalarias. En la analítica destaca hemoglobina 14 g/dl, dímero D 6886 ng/ml, proteína C reactiva 18 mg/L y troponina T 11,2 ng/L. AngioTAC de aorta se aprecia la aorta abdominal y troncos arteriales viscerales principales permeables. Próximo a cuerpo gástrico se identifica una importante colección heterogénea de bordes bien definidos, en relación a hematoma.

Enfoque familiar y comunitario

Acude acompañado por su hermano con quien reside.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Shock hemorrágico secundario a hematoma subsidiario de tumor gástrico.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, síndrome aórtico agudo, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, perforación esofágica.

Tratamiento, planes de actuación

Cirugía general realiza exéresis urgente de tumoración gástrica con hematoma.

Evolución

Evolución favorable durante el ingreso y posteriormente queda en seguimiento de oncología y Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El dolor torácico representa uno de los principales motivos de consulta tanto en Atención Primaria como en los servicios de Urgencias, por lo que es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial. Es necesario tener presentes las principales entidades que hay descartar como el síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar o la patología de la aorta. Sin embargo, no debemos olvidar otras causas menos frecuentes como es la patología digestiva, que en ocasiones puede ser mortal como ocurre en este caso.

Palabras clave

Dolor Precordial, Shock Hemorrágico, Tumor.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor agudo en fosa ilíaca derecha. A propósito de un caso

Jiménez López, J¹, Mariscal Ocaña, MR², Hassan Querol, SN³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna, Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales, Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor agudo en fosa ilíaca derecha.

Historia clínica

Paciente mujer de unos 20 años con antecedente personal de interés de una interrupción voluntaria del embarazo unos 45 días antes de la consulta que acude a Urgencias de Atención Primaria por dolor en fosa ilíaca derecha de dos días de evolución, asociado a náuseas, sangrado menstrual abundante y fiebre de 38°C. También refiere disuria y tenesmo vesical. Al ser preguntada, refirió haber mantenido relaciones sexuales esporádicas sin método de barrera con un hombre no conocido.

Enfoque individual

A la exploración, destacan molestias abdominales generalizadas con dolor en fosa ilíaca derecha y Blumberg positivo, sin otros hallazgos. Se tomaron constantes donde destaca tendencia a la hipotensión y a la taquicardia sin otros parámetros patológicos. También se realiza tira de orina que muestra leucocituria con nitritos negativos.

Enfoque familiar y comunitario

No procede en este caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial planteado fue el de apendicitis complicada vs enfermedad pélvica inflamatoria.

Tratamiento, planes de actuación

Ante la necesidad de realización de pruebas complementarias (analítica y ecografía abdominal), se decide derivación a Urgencias Hospitalarias para valoración por su parte. Allí se realizó analítica donde se apreciaba leucocitosis y elevación importante de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y procalcitonina), así como el hallazgo en ecografía abdominal de lesión flemosa de 8 x 3.7 centímetros conformada por trompa de Falopio y ovario derechos, sugestiva de absceso tubo-ovárico. Ante los hallazgos, sugestivos de enfermedad pélvica inflamatoria grado IV, se inició sueroterapia y antibioterapia empírica y se indicó tratamiento quirúrgico urgente (salpinguectomía derecha por vía laparoscópica).

Evolución

La evolución de la paciente fue favorable, recibiendo el alta hospitalaria cinco días después, siendo citada en consultas externas de Ginecología y recibiendo seguimiento en su centro de salud durante las siguientes 6 semanas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En los pacientes con dolor agudo en fosa ilíaca derecha, es muy importante detectar los signos y síntomas de alarma (fiebre y signos de irritación peritoneal en este caso), así como descartar posibles causas distintas a la apendicitis con una correcta anamnesis, como fue en esta entrevista.

Palabras clave

Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Servicio de Urgencias, Atención Primaria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, masticar me cansa más que una maratón

Fernández Burgos, S, Quirante Pérez, L

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino, Huelva***Ámbito del caso**

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor de mandíbula.

Enfoque individual

Paciente de 76 años, alérgico a la penicilina, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, niega hábitos tóxicos. Situación basal: independiente ABVD, trabajador del campo. Refiere desde hace 15 días dificultad progresiva para la masticación, niega dolor, también refiere dificultad para la articulación de algunas palabras que contienen la "R", Refiere que 10 días antes comenzó con el párpado izquierdo más caído. Además, refiere disfagia desde hace un mes. Refiere también que el cuadro empeora por la tarde-noche. Niega cuadro infeccioso, no focalidad neurológica.

Exploración: buen estado general, hemodinamicamente estable y sin trabajo respiratorio, consciente orientado, colaborador, entiende, nomina, repite, sin disartria. No claudicación de miembros, marcha normal. Pares craneales explorados conservados pero se fatiga al tratar de repetir la exploración, disimetría, ptosis palpebral izquierda. No alteraciones en la marcha. Auscultación cardiaca rítmica a buena frecuencia sin soplos ni extratonos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: ECO-Doppler carotídeo: ateromatosos moderada sin estenosis. ENG-EMG con estimulación repetitiva con decremento que confirma alteración de la unión

neuromuscular. TAC de tórax sin timoma. Analítica con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Miastenia Gravis generalizada moderada con afectación bulbar: IIIB

Tratamiento, planes de actuación

Vigilancia estrecha de la disfagia. Piridostigmina 60 mg cada 8 h. Prednisona 5 mg cada 24 h. Ciclosporina 50 mg/8 h. AAS 100 mg cada 24 h y Atorvastatina 40 mg cada 24 h. Omeprazol 20 mg cada 24 h. Añadir espesante a los líquidos.

Evolución

El paciente se encuentra en seguimiento por neurología, en tratamiento con Ciclosporina y Deflazacort, actualmente el paciente refiere que ya no se cansa al masticar pero la voz le cambia cuando se encuentra comiendo, no ptosis ni diplopía, no disfagia ni disnea.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Considero este caso importante porque es una patología poco frecuente que puede comenzar con una sintomatología muy poco específica pero afecta de manera considerable a la calidad de vida, avanza rápidamente, es necesario un abordaje multidisciplinar y tratamiento intensivo temprano.

Palabras clave

Miastenia Gavis, Ciclosporina, Claudicacione Mandibular.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No puedo caminarCelis Romero, M¹, Herrera Alcalá, MJ², Ruiz Carrasco, P³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivos de consulta

Debilidad miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 68 años que acude a Urgencias por dolores musculares generalizados de 3 días de evolución, seguidos de debilidad progresiva en los miembros inferiores que dificultan la deambulación desde hace 1 día, persistiendo el dolor únicamente en los gastrocnemios. No diarrea ni cuadro respiratorio previo.

Exploración. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. En cuanto a la exploración neurológica presenta campos visuales normales, con musculatura ocular extrínseca (MOE) y pupilas normales. BM miembros superiores (MMSS) normal, y en miembros inferiores (MMII) 4/5 proximal, psoas incluido, y 4/5 distal. En cuanto a los reflejos de estiramiento muscular (REM) presenta MMSS hipoactivos y MMII rotulianos muy hipoactivos, con el aquileo izquierdo abolido. Presenta reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral. Sensibilidad vibratoria levemente disminuida en dedos izquierdos. Marcha imposible sin ayuda.

Pruebas complementarias: se realiza analítica donde destaca leucocitosis $15.580 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $252 \times 10^3/\mu\text{L}$, glucosa 230 mg/dl y proteína C reactiva 11.2 mg/l. TAC de cráneo sin alteraciones significativas. Punción lumbar sin hallazgos relevantes.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II. Exfumador desde hace 5 años. En tratamiento con losartán 50 mg / hidroclorotiazida 2'5 mg y sitagliptina 50 mg /

metformina 1G. Vida previa: independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Paraparesia con datos de disfunción de segunda motoneurona. Polirradiculopatía inflamatoria espectro Guillain-Barré como primera sospecha.

Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con Neurología para valorar ingreso y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas. Se realiza estudio neurofisiológico compatible con Síndrome de Guillain-Barré.

Evolución

Durante su ingreso requiere estancia en UCI por insuficiencia respiratoria por afectación de musculatura torácica, necesitando ventilación mecánica y comenzando tratamiento con plasmaféresis. Tras su estabilización, persiste paraparesia de predominio proximal izquierdo en MMII. El paciente permanece mes y medio hospitalizado para tratamiento rehabilitador con el que consigue gran mejoría, siendo dado de alta consiguiendo deambular con ayuda de andador.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso pretende destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física en la labor del médico de Atención Primaria como la base del razonamiento clínico, resaltando en concreto el apartado neurológico, de manera que nos permita explorar numerosos diagnósticos diferenciales a la vez que logramos un abordaje más preciso y eficaz.

Palabras clave

Síndrome de Guillain-Barré, Paraparesia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Lo que la fractura esconde

Navarro Melero, S¹, Navarro Rueda, CA², Fernández Santiago, A¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Madrid. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria y consulta especializada.

Motivos de consulta

Dolor en clavícula.

Historia clínica

Mujer de 76 años que acude por dolor leve en clavícula derecha a la palpación desde hace 2-3 meses, intensificación desproporcionada del dolor ayer tras realizar movimiento brusco. Niega traumatismo previamente.

Enfoque individual

Antecedentes personales: enfermedad Kipple-Trenaumy, insuficiencia aórtica, temblor esencial, depresión.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente. Vive con su marido. Tiene una hija que vive fuera. Nivel socioeconómico medio-alto. Nerviosismo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se hace diagnóstico diferencial entre un secundarismo óseo de un tumor primario no conocido o un proceso oncohematológico (plasmocitoma).

Linfoma B de células grandes tipo centrogerminal.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia R-CHOP fraccionado con buena tolerancia. Tras el tratamiento, el PET-TAC de control indica disminución de la intensidad metabólica, por tanto se considera respuesta completa.

Evolución

Ante la exploración y mecanismo de producción de la fractura, se deriva la paciente a Urgencias, desde donde se deriva a Traumatología tras confirmar fractura patológica en radiografía.

Se completa estudio con RM con contraste intravenoso, muestra lesión expansiva osteolítica con importante masa de partes blandas que se extiende por la diáfisis y epífisis distal de la clavícula. Para realizar estudio diferencial se realizó body TAC y gammagrafía ósea donde se observa hipercaptación patológica en clavícula sospechosa de malignidad sin evidencia metastásica. El diagnóstico definitivo se obtiene gracias a la BAG de la masa clavicular. Previo al inicio del tratamiento la paciente manifiesta múltiples dudas. Consulta con su médico de AP, con el cual tiene mayor confianza. Se muestra decaída, sin ganas de luchar y desea calidad de vida para sus últimos días de vida. Se le explica que cuando se le oferta dicho tratamiento tras el estudio realizado, es porque los beneficios superan los riesgos con intención curativa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El diagnóstico precoz de una fractura patológica y derivación precoz para la realización de estudios complementarios así como el estudio necesario si fuera candidata al inicio de un tratamiento que mejore su supervivencia. Con nuestra paciente fue fundamental el contacto con el médico de AP durante el tratamiento, por la confianza y el apoyo durante el proceso. En este caso, es destacable el papel del médico de familia en cuanto al abordaje biopsicosocial de la persona.

Palabras clave

Linfoma, Fractura Patológica, Empatía.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Lo que esconde una caída. Importancia de la historia clínica

Navarro Rueda, CA¹, Fernández Santiago, A², Barea Ortiz, MJ³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Madrid. Jaén (Andújar)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Marmolejo. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Caída, espasticidad muscular.

Historia clínica

Varón de 30 años que acude por caída e inestabilidad durante la bipedestación. Asocia debilidad en miembros inferiores y temblores en los mismos con el movimiento. Refiere costarle cada vez más caminar. Refiere inestabilidad postural sin otras alteraciones desde hace 5 años (desde 2018).

Enfoque individual

Antecedentes personales: trastorno adaptativo. Fumador 5 paquetes/año.

Exploración: aceptable estado general, normohidratado y normoperfundido. Afebril. TA: 120/80 mmHg. ORL: sin alteraciones. Neurológico: PINLA, no nistagmo, espasticidad leve en miembros inferiores de predominio izquierdo. Reflejos osteotendinosos vivos en miembros inferiores sin aumento de área, clonus bilateral inagotable. Reflejo cutáneo plantar izquierdo indiferente, derecho flexor. Disminución de sensibilidad vibratoria en dedos de pies sin otras alteraciones sensoriales. No síntomas cráneos-bulbares, ni de esfínteres. Leve inestabilidad en Romberg, leve inestabilidad en tándem con cierta marcha espástica. Miembros superiores sin anormales.

Pruebas complementarias: RM cráneo y columna sin alteraciones. Serología negativa. Estudio genético positivo para mutación en heterocigosis en el gen SPAST.

Enfoque familiar y comunitario

Abuelo y Tío maternos afectos de paraparesia espástica con estudio genético positivo para mutación en gen SPAST.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se derivó de forma urgente a urgencias hospitalaria donde fue asistido por Neurología con ingreso a su cargo.

Diagnóstico diferencial: mielitis transversa, enfermedad desmielinizante, neoplasia intramedular, Degeneración combinada subaguda de la médula espinal.

Juicio clínico: paraparesia espástica hereditaria autosómica dominante tipo 4.

Tratamiento, planes de actuación

Baclofeno 25 mg/ 8 horas. Toxina Botulínica. Ejercicios de potenciación, equilibrio y estiramientos. Venlafaxina 75 mg/24 horas. Lorazepam 1 mg/ 8 horas. Seguimiento en salud mental, neurología y rehabilitación.

Evolución

Evolución tórpida a pesar de tratamiento médico y rehabilitador con mayor debilidad en miembros inferiores y marcha espástica con necesidad de muletas para la deambulación. Además, estado de ánimo bajo por la situación de la enfermedad con intentos autolíticos en dos ocasiones mediante cortes en ambos miembros superiores.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Remarcar la importancia de la realización de una buena historia clínica, incluyendo sus antecedentes familiares, y exploración física minuciosa ya que se trata de una enfermedad de poca prevalencia en la actualidad y con ello una escasa sospecha a priori. Además, se trata de una enfermedad que cuanto antes se inicie tratamiento mejor pronóstico.

Palabras clave

Espasticidad Muscular, Extremidad Inferior.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Escucha al paciente, él te dará el diagnóstico

Moguer Galán, MC¹, Espinal Sánchez, M¹, Romero García, JD²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Herida en pierna derecha.

Historia clínica

Mujer, 90 años, hipertensa y enfermedad renal crónica (ERC), diagnosticada de fibrilación auricular (FA) hace dos meses, que acude por presentar lesión ulcerosa en cara posterior de MID de inicio espontáneo, no traumática, que comenzó coincidiendo con inicio de Sintrom por FA, y ha ido aumentando de tamaño a pesar de realizar curas. No fiebre, pero sí dolor intenso, que cede parcialmente con analgesia.

Enfoque individual

A la exploración, presenta buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. En cara posterior de MID presenta lesión ulcerosa de unos 7x4 cm con fondo necrótico, borde livedoide y esfacelos. Pulsos pedios presentes. Se realiza interconsulta a Dermatología. En cultivo se objetiva *Pseudomona aureginosa* y en biopsia muestra ulceración con focal calcificación vascular capilar subcutánea.

Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Úlcera de Martorell. Pioderma gangrenoso. Vasculitis necrotizante.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza interconsulta a dermatología y se retira sintrom.

Evolución

Se aplican curas con tiosulfato sódico, siguiendo instrucciones de Dermatología, mostrando buena evolución.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La úlcera de Martorell es una úlcera por arteriosclerosis, que cursa con engrosamiento de pared de arteriolas de dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Se presenta como lesión muy dolorosa en cara anterolateral y posterior de MMII, con halo livedoide perilesional. Entre sus factores de riesgo destacan HTA, DM, ERC y anticoagulación oral con Antagonistas de vitamina K, como es el caso de nuestra paciente. Para su diagnóstico es esencial la biopsia, que muestra arterioesclerosis subcutánea oclusiva, con engrosamiento concéntrico de pared y calcificación vascular. El tratamiento consiste en control de FRCV y del dolor, retirar factores precipitantes y realizar curas (limpieza, necrosectomía, vendaje compresivo y Tiosulfato sódico). En nuestro caso, retiramos Sintrom y realizamos curas con tiosulfato sódico, siguiendo instrucciones de Dermatología, mostrando buena evolución. Así pues, nos encontramos con una patología grave y dolorosa que pudiera haber sido precipitada por un factor de riesgo muy prevalente (acenocumarol), por lo que se debe mantener alto grado de sospecha ante lesiones cutáneas en pacientes con HTA y ERC en tratamiento con anticoagulantes antagonistas de vitamina K. Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave

Úlcer, Oral Anticoagulation, Arteriosclerosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Manejo de linfadenopatías en Atención PrimariaMartín Aguilera, A¹, Salyuk Kulinich, K², Escámez Parra, AM³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Nódulos en axila.

Historia clínica

Mujer de 33 años con antecedentes de hipotiroidismo, en tratamiento con eutirox. Consulta por aparición hace 4 días de nódulos en axila derecha. Asintomática, el hallazgo de los nódulos ha sido casual, mediante autopalpación. No fiebre. No síntomas constitucionales.

Exploración mamaria sin hallazgos. En axila derecha, se palpan 3 nódulos de unos 2 centímetros de diámetro, blandos, móviles, no adheridos a planos profundos, no dolorosos a la palpación. No eritema ni aumento de temperatura de la zona.

Enfoque individual

Niega viajes recientes, contacto con animales, infecciones recientes o relaciones sexuales de riesgo.

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: linfadenopatías axilares probablemente benignas.

Etiología de las linfadenopatías: infecciosa, autoinflamatorias, enfermedades malignas, metástasis, enfermedades endocrinas, hipersensibilidad a fármacos.

Diagnóstico diferencial: lipomas, quistes epidermoides.

Tratamiento, planes de actuación

Solicitamos analítica con hemograma, bioquímica con perfil hepático, creatinina, iones, reactantes de fase aguda, TSH y serologías de VEB, CMV, VIH y sífilis: resultados dentro de la normalidad a excepción de TSH (0.04, por lo que ajustamos pauta de eutirox). A las 3 semanas, reevaluamos a la paciente, con persistencia de las lesiones, por lo que solicitamos ecografía de axila derecha: área de proliferación grasa sin nódulos definidos, sugestiva de lipomatosis difusa. No se identifican adenopatías de tamaño ni morfología significativa.

Evolución

Tras hallar lipomatosis difusa, proponemos cirugía. Al estar asintomática, la paciente opta por observación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso, destacamos la importancia de una rigurosa anamnesis y exploración física, en las que podemos hallar datos de sospecha de malignidad de las lesiones (ausencia de dolor, tamaño de las adenopatías mayor de un centímetro). Además, es fundamental el seguimiento, para detectar cambios en las lesiones y aparición de síntomas de alarma. Realizamos pruebas complementarias por los datos de malignidad (en primer lugar, analítica y en segundo lugar, tras la persistencia de las lesiones durante más de 3 semanas, ecografía). No es necesario pautar tratamiento puesto que, en la mayoría de los casos, las adenopatías desaparecen en 4-6 semanas y tampoco en este caso hay signos inflamatorios o infecciosos que orienten a la etiología de los nódulos.

Palabras clave

Linfadenopatía, Dolor, Fiebre.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia del abordaje integral del pacienteMartín Aguilera, A¹, Muñoz Martínez, B², Ochoa Morán, MA³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias Atención Primaria.

Motivos de consulta

Picadura de avispa.

Historia clínica

Paciente varón de 42 años de edad con antecedentes de alergia a la penicilina y a la picadura de avispa. Camionero de profesión que se encuentra trabajando. A unos 60 km de su destino, le pica una avispa en región frontal y decide continuar el trayecto. A los 15 minutos comienza con sensación de prurito generalizado y disnea, hinchazón en los ojos y mareo, por lo que contacta con el Servicio de Emergencias Sanitarias.

A nuestra llegada con la ambulancia, el paciente está consciente y orientado, presenta lesiones habonosas pruriginosas generalizadas, refiere leve sensación disneica.

Sus constantes son: TA 130/80 mmHg. FC 146 lpm. Sat O₂ 93%. Glucemia 110. T^a 36.5°C. ACR: rítmica, sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Orofaringe: se aprecia leve edema de úvula. Realizamos ECG: taquicardia sinusal.

Enfoque individual

Camionero de profesión.

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Reacción de hipersensibilidad a picadura de avispa.

Diagnóstico diferencial: anafilaxia.

Tratamiento, planes de actuación

Pautamos tratamiento con dexclorfeniramina, metilprednisolona e hidrocortisona IV. Tras ello, la FC se reduce a 120 lpm y la Sat O₂ pasa a ser del 97%.

Evolución

El paciente refiere mejoría clínica, pero aun así, proponemos traslado hospitalario para valoración y vigilancia. El paciente se niega porque eso supondría abandonar su camión cargado de mercancía que podrían robarle, hecho que le preocupa ya que podría costarle el puesto de trabajo. Advertimos que ante cualquier síntoma que aparezca, vuelva a contactar con Emergencias Sanitarias.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En primer lugar, destacamos la importancia de las urgencias extrahospitalarias, en las que actuamos en medios atípicos contando con escasa medicación y material, pero que es fundamental por suponer una primera atención en situaciones críticas que comprometen la vida de los pacientes. Además, en este caso, incidimos en las circunstancias personales de nuestro paciente, las cuales incrementan el valor de nuestra actuación, pues llegamos al lugar en el que se encuentra y con la medicación administrada evitamos el traslado al Hospital que le supondría mayor estrés psicológico al tener que abandonar su camión, con las consecuencias que eso podría ocasionarle. Por ello, el abordaje integral biopsicosocial de los pacientes es de suma importancia incluso en la atención extrahospitalaria urgente.

Palabras clave

Hipersensibilidad, Disnea, Prurito.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Mi visión me está engañando

Moya Ríos, S, de la Vega Carranza, P, Aparicio Gallardo, MC

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga

Ámbito del caso

Medicina de Familia.

Motivos de consulta

Alucinaciones visuales.

Historia clínica

Mujer de 94 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y asma intermitente leve. Intervenido quirúrgicamente de cataratas en ojo derecho en 2016.

Enfoque individual

Anamnesis: refiere alucinaciones visuales complejas desde hace 1 año de forma intermitente que reconoce irreales y que desaparecen al cerrar los ojos. Las describe como personas que entran y salen del domicilio que a veces, parecen sombras y en otras caracteriza el color de las vestimentas. No alucinaciones auditivas ni táctiles. No otros síntomas acompañantes (fiebre, dolor, disuria, disnea u alteración del ritmo intestinal).

Exploración completa incluida cardiopulmonar, abdominal, neurológica normal. Agudeza visual con visión de bultos bilateral. No desorientación espaciotemporal, buena construcción del lenguaje y memoria conservada. Presenta índice de Barthel con dependencia moderada. Escala de Lawton y Brody con dependencia severa por déficit visual. Se realizó analítica de sangre con perfil de demencia normal.

Enfoque familiar y comunitario

Vive en el domicilio con un familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnostico diferencial. Síndrome de Charles Bonnet. Enfermedades neurodegenerativas. Alucinosis peduncular.

Juicio clínico: síndrome de Charles Bonnet.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: recalcar la irrealidad de las alucinaciones y que no se tratan de una enfermedad mental. Debido a la angustia que provoca a la paciente se pauta quetiapina.

Planes de actuación: el tratamiento principal consiste dar tranquilidad y explicar que no se trata de una enfermedad psiquiátrica. Otras medidas es mantener buena iluminación en el lugar, los movimientos oculares rápidos o el parpadeo. Si aun así provocara mucha angustia, existe tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos como la quetiapina u olanzapina, inhibidores de colinesterasa como donepezilo, antiepilépticos y antidepresivos.

Evolución

Reducción del número de episodios de alucinaciones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Debido al envejecimiento de la población, las alucinaciones visuales son atribuidas como primeras opciones diagnosticas a patologías como la psiquiátrica o demencia, por lo que muchos pacientes son reacios a comentarlo. Sin embargo, como médicos de familia, hay que tener en cuenta este síndrome, especialmente en paciente con alucinaciones visuales complejas y pérdida visual importante, una vez descartadas otras patologías. Para ello, es importante una anamnesis completa y la evaluación multidisciplinar si se requiriera, evitando así pruebas innecesarias.

Palabras clave

Ancianos, Alucinaciones, Déficit Visual.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor me duele la espalda

Balongo Molina, A, Sánchez Pelaz, L, Rodríguez García, R

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 39 años con dorsalgia de 10 días de evolución.

Historia clínica*Antecedentes personales:* NAMC. Obesidad. HTA. TBC en la infancia.

Acude por dorsalgia de unos 10 días de evolución, que ha ido en aumento hasta el día de la consulta. El dolor empeora con los movimientos y la inspiración profunda. La paciente niega traumatismos previos y no recuerda movimientos forzados, no ha presentado fiebre en ningún momento. Refiere cierta astenia y sensación de disnea con el esfuerzo moderado. Niega otra sintomatología asociada.

Enfoque individual

Exploración: REG, BHyP, ligeramente taquipneica y afebril. TA: 100/70. Sat O₂: 97% sin aportes. Presenta dolor dorsal a nivel infraescapular derecho que empeora con la palpación y los movimientos, balance articular de la columna conservado pero doloroso. No se palpa contractura, resto de la exploración sin hallazgos. A la auscultación: rítmica sin soplos, disminución del MV en hemitórax derecho hasta campos medios. ECG: sin hallazgos patológicos.

Dados los hallazgos a la exploración se realiza ecografía clínica pulmonar, donde se aprecian numerosas líneas B en campos derechos y se aprecia un derrame pleural derecho.

Enfoque familiar y comunitario

En este caso podemos ver la importancia de la exploración física y de la ecografía clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: derrame pleural. Posteriormente se diagnosticó Empiema.

Diagnóstico diferencial: dorsalgia mecánica, contractura muscular, neumonía atípica, derrame pleural, empiema.

Tratamiento, planes de actuación

Dada la situación de la paciente se deriva al hospital donde se realiza una toracocentesis diagnóstica con salida de material purulento: glucosa 1.2 mol/l, pH: 6.9 y presencia de leucocitos (600/mm³). Analítica: leucocitosis de 29000, con neutrofilia, el resto del hemograma y la bioquímica sin hallazgos, PCR 235. Se diagnostica a la paciente de Empiema pleural, por lo que se inicia antibioterapia con Ceftriaxona IV y se coloca un tubo de drenaje. Se cursó ingreso en MI.

Evolución

Tras el tratamiento la paciente presentó una buena evolución durante el ingreso. Fue dada de alta a los 5 días.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Con este caso clínico podemos evidenciar la importancia de realizar una exploración física exhaustiva ya que nos permite buena orientación diagnóstica, así mismo podemos ver la importancia de la ecografía clínica en AP, que cada vez se está incluyendo de forma mas generalizada.

Palabras clave

Derrame Pleural, Empiema, Dorsalgia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Esta disnea no me cuadraPrats Florez, D¹, Rando Nagera, E²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Cónsul. HU Virgen de la Victoria. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Cónsul. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Especializada (SCCU y UGC neumología).

Motivos de consulta

Dolor costal bilateral.

Historia clínica

Mujer de 48 años, traductora.

Enfoque individual*Antecedentes personales:* sin hábitos tóxicos ni sedentarismo. No uso de ACHO

Dolor costal bilateral mixto (pleurítico-mecánico) de reciente aparición, pero intermitente junto con expectoración grumosa y sangre roja. Explica dificultad para expandir caja torácica a la inspiración profunda. Lo atribuye a probable secuela de proceso catarral febril en semanas previas.

BEGTA: 132/75 pulso: 114x y pulsioximetría: 98%. Eupneica en reposo, sin tiraje ni sudoración, observamos disnea a mínimos esfuerzos (al pedirle que se dirija a la camilla). ACP normal. Taquicardia rítmica (110 lpm). EEII: no signos de TVP.

Prueba complementaria: ECG: taquicardia sinusal a 107 lpm. Solicitamos Rx tórax urgente: derrame pleural bilateral con silueta cardíaca normal, sin infiltrados en parénquimas. En SCCU se solicita analítica completa: dímero D elevado (4097) y NT proBNP en rango. En Angiotac se constata TEP agudo en arterias segmentarias basales con imágenes sugestivas de infarto pulmonar y no se encuentra trombosis tras doppler venoso de MMII. Ecografía abdómino-pélvica sin hallazgos patológicos.**Enfoque familiar y comunitario**

IABVD.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante presencia de dicho derrame pleural derivamos a Urgencias para confirmación de diagnóstico de sospecha (TEP como primera posibilidad o serositis con derrame pleural a filiar). En SCCU se solicita analítica completa: dímero D elevado (4097) y NT proBNP en rango. En Angiotac se constata TEP agudo en arterias segmentarias basales con imágenes sugestivas de infarto pulmonar y no se encuentra trombosis tras doppler venoso de MMII. Ecografía abdómino-pélvica también sin hallazgos patológicos.

Tratamiento, planes de actuación

Ingresada en Neumología con buena evolución, rivaroxabán 20 mg diario al alta durante 6 meses, recomendaciones sobre ulteriores revisiones y estudios para descartar trombofilia y enfermedades autoinmunes.

Evolución

Actualmente se encuentra con disnea de grandes esfuerzos, en recuperación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En nuestra consulta habitualmente manejamos patología aguda fundamentalmente banal y a veces infravaloramos el origen de algún síntoma que pudiera ser la punta del iceberg de una enfermedad potencialmente peligrosa. Reevaluar sistemáticamente y hacer un diagnóstico diferencial sigue siendo una evidencia de calidad en nuestro trabajo.

Palabras clave

Disnea, Tromboembolia, Derrame Pleural.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué causa esta fiebre?Prats Florez, D¹, Rando Nagera, E²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Cónsul. HU Virgen de la Victoria. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Cónsul. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Especializada (SCCU y Urgencias).

Motivos de consulta

Fiebre sin foco de duración intermedia.

Historia clínica

Mujer de 16 años, estudiante con fiebre sin foco de duración intermedia.

Enfoque individual

Refiere en el CS el día 28 de Julio fiebre (38°C) desde el día 26, la exploración es anodina y se pauta paracetamol e ibuprofeno. Acude a urgencias días posteriores por persistencia de fiebre, la analítica de orina es anodina y en la analítica de orina destacan: leve anemia y PCR 75 sin leucocitosis. Se pauta paracetamol y se procede al alta por viriasis. El día 31 acude al CS y tras reevaluación se mantiene actitud expectante y tratamiento sintomático. Fue vista nuevamente en urgencias por odinofagia, tos y un cuadro diarreico. En la analítica de sangre destaca: PCR 249, procalcitonina 0.89, leucocitosis con desviación izquierda. Rx de tórax y analítica de orina sin hallazgos.

Se pauta dosis de ceftriaxona, se mantiene en Área de Observación con realización de analíticas de control seriadas: leucocitos 10210, neutrófilos 8700, PCR 250; PCR 259). Se da de alta con amoxicilina - clavulánico por posible sme mononucleósico (Monosticon negativo). El día 6 acude nuevamente a urgencias por continuidad de fiebre acompañada de cuadro diarreico. Se contacta con Medicina Interna debido a persistencia y analítica de sangre: leucocitos 11250, neutrófilos 9300, PCR 172,3 y procalcitonina 0,14.

Rx tórax y analítica de orina sin alteraciones. Se da el alta con metronidazol y ciprofloxacino pendiente de coprocultivos. Coprocultivos: predominio de flora gram positiva aerobia. Valorar posible disbacteriosis. Acude al CS el día 16/08 donde refiere encontrarse totalmente recuperada.

Enfoque familiar y comunitario

IABDV.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Disbacteriosis intestinal.

Tratamiento, planes de actuación

Mantenimiento del tratamiento antibiótico y control de la temperatura.

Evolución

Pendiente de AS de control para el 16/09 y valorar evolución del cuadro. Actualmente asintomática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Manejamos el cuadro como algo principalmente vírico y en la urgencia al analizar la analítica manejó como patología bacteriana sin foco aparente. Se finalizó tratando el caso como una patología digestiva

Reevaluar sistemáticamente y hacer un diagnóstico diferencial correcto sigue siendo una evidencia de calidad en nuestro trabajo en el centro de salud para poder evitar un aumento de consultas en la urgencia.

Palabras clave

Fiebre, Bacteriano, Disbiosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Nódulo de Schmorl, ¿causa de lumbalgia?

Corral Ortega, L, Olivares Córdoba, JM

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril. Granada***Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 37 años con antecedente de escoliosis en la adolescencia. Acude a consulta por dolor lumbar de características mecánicas, no irradiado, en los últimos 4 meses.

Historia clínica

No refiere traumatismo, ni déficit motor ni sensitivo. Niega relajación esfinteriana, ni claudicación de la marcha, ni otros síntomas de alarma. Tampoco semiología compatible con patología tumoral o de inmunosupresión. Ha tomado analgesia y ha realizado ejercicios de rehabilitación lumbar, así como sesiones por fisioterapeuta, sin mejoría.

Enfoque individual

A la exploración física presenta buen estado general, normocoloreado, eupneico. En columna lumbar no presenta apofisalgia. Sí dolor a la palpación de musculatura paravertebral bilateral. Se solicita radiografía de columna lumbar, donde se evidencia lesión de aspecto osteolítico en borde superior de L4, sin acúñamientos, listesis ni signos degenerativos.

Enfoque familiar y comunitario

Revisamos las guías y encontramos una lesión compatible con el hallazgo descrito, llegando al diagnóstico de sospecha de “Nódulo de Schmorl”, consistente en una irregularidad de la cortical del platillo vertebral, originada por una herniación del núcleo pulposo de los discos intervertebrales hacia el interior de los cuerpos vertebrales adyacentes. En este caso, la herniación afectaba a la cortical

superior de vértebra L4, sin evidencia de disrupción de la cortical.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se realizó RMN de columna lumbar donde se confirmó el diagnóstico de hernia de Schmorl en el platillo antero-superior de L4, así como discretos abombamientos discales posteriores con deshidratación asociada. Nos podemos plantear el diagnóstico diferencial con otras patologías que puedan causar lesiones de aspecto osteolítico en columna, bien de origen neoplásico infiltrante, infeccioso (por ejemplo, lesiones en cuerpos vertebrales en el “Mal de Pott” en infección por tuberculosis), lesiones de causa degenerativa o con antecedente traumático.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente continuó con el tratamiento prescrito con analgesia y ejercicios de rehabilitación, consiguiendo disminución de su dolor.

Evolución

El paciente continuó con el tratamiento prescrito con analgesia y ejercicios de rehabilitación, consiguiendo disminución de su dolor.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El nódulo de Schmorl es un hallazgo radiológico que puede encontrarse frecuentemente en población asintomática y su presencia no se relaciona con el dolor lumbar, por lo que no precisa de un tratamiento específico.

Palabras clave

Nodule, Hernia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Papel de Atención Primaria en el diagnóstico precoz de enfermedades discapacitantes

Sánchez Fernández, EM¹, Sifuentes Tutor, V1, Peña Pérez, S2

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

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Mujer de 85 años pluripatológica de ámbito rural que acude por debilidad generalizada y ptosis palpebral de varias semanas de evolución que progresa hasta un deterioro en las ABVD.

Motivos de consulta

Debilidad generalizada. Ptosis palpebral. Disfagia a líquidos y sólidos.

Historia clínica

Mujer de 85 años que acude a consulta por ptosis palpebral en ojo izquierdo sin alteraciones neurológicas asociadas.

Tras ser derivada a oftalmología y neurología y realizándose *pruebas complementarias* (analíticas, Rx tórax, RM, TAC) así como iniciándose tratamiento con piridostigmina, es diagnosticada de síndrome miasteniforme. Con el tiempo, comienza con fluctuaciones en la ptosis palpebral que pasa a ser bilateral, comienza con disfagia para sólidos y líquidos y con debilidad en las 4 extremidades asociada a varias caídas y episodios de disnea relacionados que le impiden realizar las ABVD.

Enfoque individual

Se realizaron controles analíticos, pruebas complementarias (Rx torácica para descartar posible timoma asociado) y se realizaron controles de las dosis del tratamiento pautado para mejorar el riesgo de caídas, autocuidado y fomentar un buen apoyo psicológico.

Enfoque familiar y comunitario

Se realizó un abordaje multidisciplinar en Atención Primaria en el que participaron diferentes

profesionales que trabajaron tanto con la paciente como con su cuidador principal (hija). Se programaron visitas domiciliarias semanales para valorar su evolución y su entorno familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: miastenia ocular. Miastenia gravis generalizada.

Diagnóstico diferencial: Eaton Lamber. Miller Fisher: Miopatías mitocondriales. Botulismo.

Identificación de problemas: paciente pluripatológico, con déficit de autocuidado, gran dependencia (Barthel 25) y alto riesgo de caídas por debilidad generalizada en los cuatro miembros.

Tratamiento, planes de actuación

Prednisona 50 mg, mestinón, inmunoglobulinas Ig Iv. RM cerebral, TAC cerebral, RX tórax.

Evolución

La paciente consigue controlar los síntomas físicos y psicológicos asociados a la miastenia gravis a pesar de su edad avanzada y enfermedades concomitantes. Es capaz de volver a caminar por sí misma con la ayuda de un andador.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importancia en el papel de Atención Primaria en la orientación diagnóstica y seguimiento de patologías discapacitantes, realizando un abordaje integral y multidisciplinar para mejorar la calidad de vida.

Palabras clave

Blepharoptosis, Generalized Myasthenia Gravis, Deglutition Disorders.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Tumoración perineal, ¿recidiva neoplásica?Olivares Córdoba, JM¹, Corral Ortega, L1, Quero Rodríguez, BM²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 83 años que consulta una tumoración perineal de meses de evolución, que en los últimos días había comenzado con manchado seroso.

Historia clínica

Entre sus antecedentes destaca diagnóstico de adenocarcinoma de recto hace seis años, tratado mediante neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia, y posterior resección abdominoperineal laparoscópica con colostomía de descarga. Actualmente, portadora de bolsa de colostomía. Negaba síndrome constitucional, ni afectación del tránsito intestinal. No presentaba dolor y se había mantenido afebril. Última revisión por Oncología siete meses antes, en la que realizaron estudio con analítica con marcadores tumorales, que fueron normales, así como Tomografía computarizada abdomino-pélvica, donde no se objetivó recidiva tumoral ni otros cambios.

Enfoque individual

En la exploración física, presentaba buen estado general, normocoloreada, eupneica y constantes dentro de normalidad. En la región perineal presentaba una tumoración de unos 10 cm, de coloración normal, con supuración serosa, de consistencia dura, dolorosa a la palpación. No lesiones anales ni en genitales.

Enfoque familiar y comunitario

Se realiza ecografía en Atención Primaria sobre la lesión, observándose la presencia de un asa intestinal con contenido fecal en su interior, junto con líquido libre circundante, que protruía a través

de un orificio de unos 15 mm. Tras ello, se intentó reducción manual del asa, consiguiéndose una reducción completa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

La paciente presentaba una evisceración perineal. Dado el antecedente neoplásico de nuestra paciente, se habría planteado un diagnóstico diferencial principalmente con una recidiva tumoral, a pesar de presentar pruebas complementarias normales los meses previos, o nueva patología neoplásica sin relación con el antecedente, dependiente de piel o tejido nervioso. Otro diagnóstico a descartar sería el absceso perianal.

Tratamiento, planes de actuación

Se contactó con Cirugía General, quienes intervinieron quirúrgicamente mediante eventroplastia perineal, con colocación de malla intraabdominal. Este tipo de evisceración es una complicación posible en pacientes con amputación colorrectal, aunque es muy infrecuente que ocurra.

Evolución

Tras intervención quirúrgica, corrección de la eventración y cedieron molestias.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Gracias al uso de la ecografía clínica en la consulta de Atención Primaria, es posible obtener diagnósticos con brevedad, evitando listas de espera para realización de pruebas de imagen y poniendo en marcha precozmente las pertinentes derivaciones y tratamientos correspondientes.

Palabras clave

Hernia, Neoplasm.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No todos los síntomas son lo que parecenMoya Ríos, S¹, de la Vega Carranza, P², Rull Martínez, MP³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Sur. H de la Serranía de Ronda. Málaga³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (FEA). CS Ronda Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Medicina de Familia.

Motivos de consulta

Infecciones urinarias, cefalea, dolor generalizado, cervicalgia y dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 26 años con antecedentes personales de trastorno de imagen corporal en 2010, trastorno de ansiedad en 2011 e infecciones urinarias.

Enfoque individual*Anamnesis:* acudía por motivos de consulta inespecíficos y ansiedad tanto a urgencias como a Atención Primaria, donde se comenzó con la sospecha.

Su relación empezó en 2010 cuando estaba pasando por el trastorno de imagen corporal. Sufrió violencia social creando malentendidos con amigas y actitud irritante a que viera a su familia. Al mismo tiempo, violencia psicológica con insultos, ridiculizándola y chantajes (amenazando a que se suicidaría si lo dejase). No presentaba violencia económica, pero le molestaba que trabajase. También hubo violencia física y violencia sexual pues la chantajeaba para hacerlo cuando no le apetecía. Esta información fue consiguiéndose en diversas consultas junto a Atención Primaria y la trabajadora social.

Exploración general completa normal incluida cardiopulmonar, abdominal, neurológica y constantes. No había presencia de hematomas ni traumatismos.

Enfoque familiar y comunitario

Es hija única con apoyo familiar, pero escaso en amistades. Criada en ambiente familiar con

presencia de violencia género en la infancia. Realizó estudios de secundaria. En situación laboral desde 2014 como personal de ayuda a domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Diagnóstico diferencial:* sospecha de malos tratos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo.*Juicio clínico:* confirmación de malos tratos.**Tratamiento, planes de actuación**

Se realizaron varias consultas para confirmar los malos tratos y descartando riesgo vital inminente, se contactó con la trabajadora social para continuar con la atención y el seguimiento por su médico de familia.

Evolución

Tras varias intervenciones y algunas recaídas, la paciente denunció y actualmente no está con esa pareja.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Al ser el primer contacto con el sistema sanitario, es importante conocer los indicadores de sospecha, las consecuencias en salud (hematomas, síntomas gastrointestinales, cefalea, somatizaciones, enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad, entre otros), valorar los tipos de violencia de género, reconocer las fases del proceso de cambio de la mujer y el protocolo de actuación a realizar en base a cada fase, incluyendo si presenta riesgo vital. Por ello, los profesionales en salud deben estar bien formados en ello.

Palabras clave

Violencia, Somatización, Ansiedad.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Celiaquía a través de la pielLjubic Bambill, K¹, Romero Carrillo, S², Arévalo León, D³¹ Residente Medicina Familia y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba² Residente Medicina Familia y Comunitaria. CS Montilla. Córdoba³ Residente Medicina Familia y Comunitaria. CS Cabra. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente varón de 37 años que consultó a su médico de familia por múltiples lesiones extremadamente pruriginosas que se habían diseminado por la superficie corporal. El paciente no presentaba sintomatología digestiva.

Historia clínica

Tras visualizar las lesiones y ante los antecedentes familiares de intolerancia al gluten, se cursó analítica con estudio de anemia y celiacía. Tras recibir los resultados analíticos, se derivó al servicio de Dermatología donde se confirmó el diagnóstico de Dermatitis Herpetiforme.

Enfoque individual

Antecedentes personales: trastorno mixto ansioso-depresivo. Hipertensión arterial. Obesidad Mórbida. Bronquitis crónica.

Anamnesis y exploración: el paciente acudió ansioso a consulta, y se rascó en multitud de ocasiones a lo largo de la entrevista. A la exploración física se observaban múltiples lesiones vesículo-papulosas con costra amarilla en la superficie y base eritematosa, erosiones y excoriaciones, así como signos de sobreinfección bacteriana especialmente en pliegues poplíteos y codos.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 11150/mm³, (neutrófilos 6970 mm³, linfocitos 2900 mm³), Hb 15.9 g/dl, VCM 82.1, Plaquetas 303000 mm³. Vitaminas B12 y ácido fólico en rango normal. Hierro 63 µg/dl, Ferritina 48.5

ng/ml, transferrina 231 mg/dl. Autoinmunidad: anticuerpos anti-gliadina y anticuerpos anti-transglutaminasa positivos (72.2 y 24.0 respectivamente).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: dermatitis herpetiforme.

Diagnóstico diferencial. Penfigoide ampolloso. Escabiosis. Eczema atópico. Eczema de contacto

Tratamiento, planes de actuación

Se pautó dieta libre de gluten, y para las lesiones, aplicación de ácido fusídico y clobetasol.

Evolución

A las 3 semanas el paciente había evolucionado favorablemente, sin prurito y con lesiones residuales en proceso de resolución. Ha iniciado dieta sin gluten sin dificultades.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El caso clínico que se presenta nos parece relevante debido a que la Dermatitis Herpetiforme es una enfermedad infrecuente, y la relación estrecha entre las distintas especialidades y la importancia de una elevada sospecha clínica ayudan a alcanzar el diagnóstico correcto, debido a que, en ocasiones, motivos de consulta dermatológicos que vemos en Atención Primaria resultan ser la primera manifestación de una enfermedad digestiva.

Palabras clave

Celiacía, Dermatitis Herpetiforme, Anticuerpos.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, ¡me ha salido un bulto en el cuello!

Cremades Sevillano, C, Calle Bautista, 1

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla***Ámbito del caso**

Medicina Familiar – Hematología.

Motivos de consulta

Adenopatías.

Historia clínica

Varón de 17 años. No RAMC. No AP de interés. No realiza tratamiento. Consulta porque desde hace 4-5 meses comienza a notarse una tumoración a nivel cervical izquierdo, indolora, coincidiendo con cuadro gripal, que ha aumentado de tamaño el último mes y ha notado ha aparecido una nueva adenopatía en axila izquierda. Diagnóstico reciente de quiste de epidídimo derecho. Afebril. No pérdida de peso. No otra clínica asociada.

Enfoque individual

Buen estado general. Adenopatías supraclaviculares derecha e izquierda, latero-cervicales bilaterales anteriores y axilares bilaterales. No se palpan en cadenas inguinales. ACR: normal. Ausencia de megalias.

Se solicita: analítica: leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, bioquímica normal. PCR elevada. Marcadores tumorales: negativos. TSH y coriogonadotropina: normal. Frotis de SP: recuentos confirmados, no se observan células atípicas. Monocitos muy vacuolizados, en ocasiones también neutrófilos, sugestivo de infección. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico.

Enfoque familiar y comunitario

Debido a la persistencia de las adenopatías, el crecimiento en el último mes y a la aparición de nueva adenopatía y ante los resultados de las pruebas complementarias se decide ampliar estudio con TAC de tórax y abdomen y derivar a hematología. En hematología solicitan

hemograma. Bioquímica. LDH. PCR. Proteinograma. Inmunoglobulinas. Serología viral. Ecocardio. Espirometría. PET-TAC. IC a cirugía para exéresis de adenopatía.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sdre poliadenopatico. Infecciones. Enfermedad autoinmune. Linfoma de Hodgkin.

Tratamiento, planes de actuación

Se confirma el diagnóstico: Linfoma de Hodgkin y se planifica tratamiento con esquema ABVD y control de PET tras el 2º ciclo.

Evolución

Tras 1ª dosis de ABVD con buena tolerancia, mejor clínicamente, reducción del tamaño de las adenopatías. En la analítica destaca neutropenia severa por lo que se suspende la 2ª dosis y se planifica cobertura con factor de crecimiento. Buena recuperación de neutrófilos permitiendo la adon de la 2ª dosis del primer ciclo. Actualmente está en espera de recibir 1ª dosis de segundo ciclo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante, el seguimiento de las adenopatías por parte del médico de familia, así como identificar los datos de alarma (persistencia, crecimiento, cambio en las características, adenopatía de nueva aparición) para hacer un diagnóstico diferencial y llegar a un diagnóstico de certeza. Las pruebas complementarias en este caso han sido de gran utilidad para confirmar el diagnóstico y realizar estadiaje.

Palabras clave

Adenopatía, Linfoma.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Patología orgánica vs funcional: a propósito de un caso clínico

Pérez Mesa, N¹, Del Razo Romero, ME ², Rocha de Lossada, M³

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguilar de la Frontera. Córdoba

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fernán Núñez. Córdoba

Ámbito del caso

Consulta de centro de salud Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en epigastrio y malestar general.

Historia clínica

Antecedentes personales: trastorno ansioso-depresivo. No antecedentes familiares de interés.

Tratamiento habitual: fluoxetina 20 mg/12 y trazodona 100 mg/24.

Enfoque individual

Mujer de 37 años que acude en varias ocasiones por dolor en epigastrio y malestar general, de varias semanas de evolución, continuo, que no mejora con analgesia convencional pautada. No refiere fiebre, vómitos ni diarrea. Náuseas ocasionales con la comida. No irradiación del dolor. Heces y orina de características normales. Pérdida de apetito. Refiere en los últimos días problemas de conciliación familiar.

En la *exploración física:* auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no se palpan masas ni megalias, ruidos peristálticos conservados, percusión mate. No presenta signos de irritación peritoneal.

Se solicitó analítica con hemograma, bioquímica, alergias alimentarias, curva de intolerancia a la lactosa, anticuerpos para celiacía y muestra en heces para *Helicobacter pylori*.

Los resultados estaban dentro de la normalidad, excepto *Helicobacter pylori* positivo.

(Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente)

Enfoque familiar y comunitario

Se realizó una valoración sistemática de la esfera psicosocial profundizando en la sintomatología ansioso-depresiva y sus complicaciones, así como posible relación con la patología orgánica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trastorno ansioso-depresivo en tratamiento.

Epigastralgia por *Helicobacter pylori*.

Tratamiento, planes de actuación

Se pautó la cuádruple terapia "OCAM": omeprazol 40 mg/12 h, claritromicina 500 mg/12 h, amoxicilina 1 g/12 h, metronidazol 500 mg/12 h durante 14 días.

Evolución

Se realizó una nueva analítica de heces en 6 semanas para comprobar la erradicación (se indicó suspender el omeprazol 1 mes antes). La paciente refirió mejoría del dolor, aumento del apetito y haber estar mejorando psíquicamente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En numerosas ocasiones se infradiagnostica patologías de base orgánica en pacientes con problemas de salud mental por lo que se debe realizar un abordaje integral del paciente realizando un correcto diagnóstico diferencial y por otro lado, realizar un seguimiento activo biopsicosocial.

Palabras clave

Depresión, *Helicobacter Pylori*, Síndrome de Boca Ardiente.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Síndrome de Cushing paraneoplásicoCalvo Acosta, P¹, Misa Vega, AB², García Silva, C³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real. (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Puerto Real (Cádiz)**Ámbito del caso**

Medicina de Familia, compartido con nivel hospitalario.

Motivos de consulta

Tos irritativa y afonía persistentes. Edematización facial en cara de luna llena, temblor periférico, insomnio, ganancia ponderal y obesidad abdominal). Presenta además alucinaciones y dolor en miembros inferiores (MMII).

Historia clínica

No alergias medicamentosas conocidas. FRCV: hipertensión arterial, dislipemia, hiperglucemia. Fumadora de 20 cigarrillos/día. Otras enfermedades de interés: hernia de hiato, duodenitis erosiva, adenoma tóxico de 2,5 cm en LTI con desarrollo de hipertiroidismo primario y tirotoxicosis por LT3 con autoinmunidad negativa. Hipotiroidismo post-131I. Intervenciones quirúrgicas: 2 cesáreas, extirpación de quiste maxilar bilateral y apendicectomía. Tratamiento: enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg. Eutirox 88 mcg/día.

Enfoque individual

En seguimiento por Medicina Interna (dolor intenso en MMII) y Endocrino (Hipopotasemia), de reciente aparición.

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: probable síndrome de Cushing, psicosis por síndrome de Cushing (dolor en MMII + alucinaciones). Probable patología bronco-pulmonar. *Diagnóstico diferencial:* afonía por afectación de nervio laríngeo recurrente tras patología tiroidea, EPOC, dolor osteomuscular en MMII.

Pruebas complementarias: analítica: destaca hipopotasemia (2.7 mEq/L [3.5-5.1]) + hipercortisolismo (113 g/dl [3.7 - 19]) + cortisol en

orina 24 h > 60g/dl. Test de frenación fuerte (8 mg de dexametasona): cortisol 75.7 mcg/dl (3.7-19.4, basal previo 113). Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. TAC con contraste iv de tórax: masa hiliomediastínica derecha con extensa afectación adenopática mediastínica y supraclavicular sugestiva como primera posibilidad diagnóstica de neoplasia pulmonar Primaria con estadio radiológico T3N3M1 (afectación ósea dorsal). EBUS + PAAF, con AP carcinoma neuroendocrino de células pequeñas que expresan sinaptofisina, CD56, cromogranina y citoqueratina, con índice de proliferación nuclear del 95%.

Tras las pruebas realizadas, diagnóstico definitivo: síndrome de Cushing paraneoplásico, secundario a carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de pulmón. dolor psicogénico en MMII secundario a síndrome de Cushing.

Tratamiento, planes de actuación

Plan actuación: derivación a oncología. Oncología radioterápica: comienzan tratamiento con carboplatino/etopósido y tomoterapia (articulaciones sacroilíacas + pala ilíaca izquierda). Tratar hipopotasemia: potasio cloruro 600 mg 2 comprimidos/8 horas.

Evolución

Respondedora al tratamiento. Corrección iónica: potasio actual 4,0 mEq/L.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importancia de conocer y detectar síndromes paraneoplásicos, pues pueden ser el primer signo o síntoma de un tumor, lo que permite la detección precoz en un estadio inicial.

Palabras clave

Cushing, Cáncer de Pulmón, Síndrome Paraneoplásico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Paciente adolescente con temblor en ambas manosCasillas Moreno, AI¹, Abadín Prieto, M², Rodríguez Hidalgo, AJ³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Temblor en ambas manos.

Historia clínica

Paciente de 17 años que acude por temblor en ambas manos, desde hace dos años aproximadamente, que se acentúa con las actividades que requieren mayor precisión (beber agua, escribir, etc). Refiere pérdida de fuerza y, en ocasiones, contracturas espontáneas dolorosas.

Enfoque individual

El paciente estuvo ingresado en neonatología por prematuridad y estuvo en seguimiento por neurología infantil por déficit atencional con apoyo psicopedagógico. No toma tratamiento habitual. A la exploración, sin alteraciones en pares craneales, sin temblor de reposo, rigidez, disdiadococinesia ni bradicinesia. Presenta temblor de actitud en manos, de amplitud elevada. Los reflejos osteotendinosos están presentes y simétricos y reflejos cutáneos plantares flexores. Sin alteraciones sensitivas aunque presenta ligera pérdida de fuerza en ambas manos. En la marcha, no presenta ataxia, con marcha en tándem, puntillas y talón normales y Romberg negativo.

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial debemos hacerlo entre los distintos trastornos del movimiento (temblor, distonías, mioclonías, tics, etc) y las

polineuropatías motoras. Se trata de un temblor de acción (ausente en reposo, que aparece con la contracción muscular voluntaria), simétrico, compatible con un temblor fisiológico exacerbado. Este puede relacionarse con situaciones de estrés/ansiedad, trastornos metabólicos (tirotoxicosis, feocromocitoma e hipoglucemia) y consumo de fármacos (como las catecolaminas). En el caso de las neuropatías, es importante recoger los antecedentes de procesos virales previos, enfermedades sistémicas (como la diabetes mellitus, déficits vitamínicos, uremia, hepatopatía crónica, linfomas, etc), así como el consumo de alcohol, tóxicos y fármacos. Por todo ello, se solicita analítica y TAC craneal.

Tratamiento, planes de actuación

Resultados analíticos y TAC craneal dentro de la normalidad.

Evolución

El paciente continuaba con los temblores, por lo que se deriva a neurología para ampliar estudio neurofisiológico, analítica con CPK y RMN cerebral. Mientras se completa el estudio, en las exacerbaciones del temblor, el paciente podría tomar propranolol.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante desde la Atención Primaria, realizar una buena anamnesis y exploración, así como conocer las principales causas reversibles que puedan justificar el cuadro como este, sobre todo cuando debutan en edades tempranas.

Palabras clave

Temblor esencial, Trastorno de Movimiento Estereotipado, Atención Primaria de Salud.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Los antecedentes personales como ayuda, pero no acotando el margen de posibilidades diagnósticas

Pinilla González, MC¹, Castillo Burgos, DO², Pallarés Padrón, S¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribañez. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribañez. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente que acude a urgencias por sensación de cuerpo extraño en faringe tras la cena.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias por tener la sensación de cuerpo extraño tras haber ingerido pollo en la cena. Como antecedente destaca un episodio similar en el Hospital de Barcelona, donde lo catalogaron de trastorno fóbico tras realizar endoscopia y no visualizar cuerpo extraño. En esta ocasión, el paciente presenta sialorrea e imposibilidad para tragar. No disnea. Tomamos constantes en la consulta saturando al 99% y ligeramente taquicárdico (109lpm), el resto dentro de la normalidad. Se pautó Diazepam im y Glucagón im y se solicita radiografía cervical en la que no se visualiza cuerpo extraño. Se contacta con el endoscopista de guardia para endoscopia urgente dado que, a pesar de estar estable hemodinámicamente, el paciente se encuentra afectado y con imposibilidad para tragar. Acude endoscopista de guardia realizando endoscopia en la que visualiza: morfología en sacacorchos del esófago proximal que impide el paso del endoscopio por lo que se cambia a uno pediátrico. Al cambiar se observa estenosis concéntrica en toda la circunferencia y mucosa denudada. En la zona precordial se observa resto de alimento que parece pollo, pero no impacta totalmente y se desplaza con agua fácilmente a estómago.

Enfoque individual

Descartar en el paciente posible obstrucción por cuerpo extraño.

Enfoque familiar y comunitario

A pesar de los antecedentes personales, tener en cuenta otras situaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Esofagitis eosinofílica con estenosis esofágica e importación alimentaria. Trastorno fóbico (descartado en este episodio).

Tratamiento, planes de actuación

IBPs a dosis altas y se cita con digestivo para completar diagnóstico.

Evolución

El paciente mejoró del cuadro agudo y continúa con cita en Digestivo para estudio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Aunque hay que prestar atención a los antecedentes y episodios similares, no hay que dejar de lado que puede ser un episodio diferente como en esta ocasión, no se trataba de un trastorno fóbico sino de una impactación alimentaria y estenosis esofágica.

Palabras clave

Impactación, Esofagitis Eosinofílica, Trastorno Fóbico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

“Doctora algo me está pasando, voy a perder la cabeza”Miguel Urbano, DC¹, Reinoso Rodríguez, I², López Salmerón, EM³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Malestar general.

Historia clínica

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Fumadora: 20 cigarrillos/día. Rankin 0. Limpiadora.

Enfoque individual

Mujer de 61 años, que acude al centro de salud por consulta de urgencias, por cuadro de malestar general de días de evolución acompañado de fiebre, vómitos, anorexia, mareos y síncope presenciado esa misma mañana en su trabajo. Mientras el médico de Atención Primaria (MAP) la explora, presenta una crisis convulsiva tónico-clónica con restitución ad integrum. Por lo que, tras estabilizarla, se avisa al O61, quien la traslada al hospital.

Exploración física: regular estado general. Consciente, desorientada en tiempo y espacio. Tº: 38º. TA: 130/90 mmHg. Trabajo respiratorio. Sat.O₂: 98% con Ventimask a 10 litros. ACP: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: letargia. No alteración de pares craneales. Examen de motilidad y sensibilidad no valorables. No rigidez de nuca. Kernig y Brudzinski negativos. En el Hospital, se realiza analítica completa, gasometría arterial, orina y radiografía de tórax, dando resultados favorables. TAC craneal: normal. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) aspecto claro. Pleocitosis linfocitaria, proteínas elevadas, glucosa y hematíes normales. Proteína C

reactiva (PCR) de LCR: positivo Virus Herpes Simple 1 (VHS).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnósticos diferenciales: meningitis infecciosa, leucoencefalitis hemorrágica aguda, sarcoidosis, neoplasia.

Juicio clínico: encefalitis herpética.

Tratamiento, planes de actuación

Aciclovir intravenoso durante 2-3 semanas.

Evolución

Confirmado el diagnóstico, se decide ingreso hospitalario en Neurología, para tratamiento y seguimiento. Se realiza RMN craneal: hallazgos compatibles con encefalitis herpética. Al alta no precisa rehabilitación domiciliaria, no presenta secuelas neurológicas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El VHS produce una encefalitis necrotizante aguda, afectando típicamente al lóbulo temporal. La existencia de un fármaco antiviral específico, así como el uso de medicación adyuvante, han mejorado el pronóstico de las infecciones graves. Por este motivo, he elegido dicho caso clínico, ya que el retraso en el inicio del tratamiento con aciclovir hubiera sido un factor determinante relacionado con la mortalidad y mala evolución de la enfermedad, dejando secuelas neurológicas incapacitantes en la paciente. Por eso, destaco la buena acción del MAP, quien fue el primero en valorarla, sospechar infección del sistema nervioso central y derivarla con rapidez a urgencias para ser tratada a tiempo.

Palabras clave

Encefalitis Herpética.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Lumbalgia, retención aguda de orina y estreñimientoGarcía Silva, C¹, Calvo Acosta, P², Sicilia Ganformina, E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. DS Bahía De Cádiz-La Janda. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. DS Bahía De Cádiz-La Janda. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. DS Bahía De Cádiz-La Janda. Cádiz**Ámbito del caso**

MFYC, Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Urgencias, Neurocirugía.

Motivos de consulta

Lumbalgia crónica. Posteriormente cuadro de RAO y estreñimiento, requiriendo acudir al Servicio de Urgencias.

Historia clínica

Mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés previamente. Con historia de lumbalgia irradiada hacia MII de unos 6 meses de evolución sin desencadenante previo, con alivio intermitente con tratamiento 2º escalón analgésico. A la exploración física: dolor a la palpación de la musculatura paravertebral. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Lasegue y Bragard negativos. *Pruebas complementarias:* RX. lumbar: ausencia de signos compatibles con fracturas óseas. Interconsulta con Medicina Física y Rehabilitación, tras su valoración y petición de RM lumbar (Protrusión focal del disco L4-L5). Se decide derivar a Neurocirugía. Interconsulta con Neurocirugía: no se considera indicado tratamiento neuroquirúrgico en el momento actual. Acude a Servicio de Urgencias por RAO de unas 12 h de evolución, estreñimiento e hipoestesia perineal y glútea.

Exploración física: fuerza y sensibilidad conservada en MMII. Capaz de deambular de puntillas y talones. ROT presentes y simétricos en MMSS y MMII. Lasegue y Bragard negativos bilateralmente.

Se solicita RM urgente (4 meses de la anterior): protrusión focal L5-S1 que se acompaña de prominente extrusión emergente del material

discal, con secundaria estenosis del canal. Ingresa para cirugía urgente.

Enfoque individual

Trastorno adaptativo a causa del cambio vital con necesidad de tratamiento antidepresivo y ansiolítico.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su madre y sus 2 hijos en un 4º piso. Se dedica a la limpieza de hogares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cola de caballo secundario a HDL L5-S1.

Diagnóstico diferencial: metástasis vertebrales, traumatismo lumbar, estenosis del canal lumbar.

Tratamiento, planes de actuación

Seguir las recomendaciones de urología para control de esfínteres y pautas de rehabilitación.

Evolución

Evolución favorable sin déficits motor pero con persistencia del déficit para control urinario, por lo que precisa sondaje intermitente. A nivel intestinal, toma de laxantes y sondaje rectal para evitar estreñimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El dolor lumbar es muy frecuente, y es una de las principales causas de consulta en Atención Primaria. Importante tener en cuenta los signos y síntomas de alarma. La hernia lumbar es una de las causas más frecuentes de síndrome de cauda equina.

Palabras clave

Lumbalgia, Hernia Discal, Cauda Equina.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Hiperémesis cannabinoidePeña Pérez, S¹, Sifuentes Tutor, V², Sánchez Fernández, EM²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Vómitos cíclicos de semanas de evolución.

Historia clínica

Varón de 19 años, fumador y consumidor crónico de cannabis, sin antecedentes personales de interés.

Enfoque individual

Anamnesis: acude a consulta de Atención Primaria por vómitos repetidos (de hasta 20 veces/día) y dolor abdominal que localiza en mesogastrio de 8 días de evolución. Refiere estreñimiento. Niega fiebre, ni otra sintomatología. Niega viajes al extranjero y transgresiones dietéticas. Refiere episodios similares anteriores (la última vez estuvo casi 20 días vomitando). Pregunto por la posibilidad de consumo de cannabis y el paciente reconoce haber consumido la mañana que empezó a encontrarse mal.

Exploración: consciente y orientado. Buen estado general, deshidratado, pálido y normoperfundido. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación de mesogastrio. No se palpan masas, ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos conservados.

Se pauta tratamiento, se solicitan las siguientes pruebas y se vuelve a citar al paciente para resultados: analítica de sangre con datos de alcalosis metabólica y sin alteraciones de otros parámetros. Análisis de orina anodino. Análisis de heces con *helicobacter pylori* negativo y calprotectina en rangos de normalidad. Ecografía abdominal anodina.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente niega tener convivientes con síntomas similares, por ello no es necesario el estudio familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hiperémesis cannabinoide.

Gastroenteritis aguda; infección por *Helicobacter Pylori*; trastornos de la conducta alimentaria; apendicitis, pancreatitis o colecistitis aguda; síndrome de vómitos cíclicos; trastornos del metabolismo como enfermedad de Addison.

Tratamiento, planes de actuación

Hidratación abundante y abandonar consumo de cannabis. Nueva cita de seguimiento en un mes.

Evolución

El paciente no ha vuelto a consulta de atención no demorable por clínica similar. Esperamos mejoría clínica e interrupción del consumo de cannabis en próxima cita.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En España, de acuerdo con estudios realizados por la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, el cannabis con un 10.6% es, de lejos, la droga ilegal más consumida. En otras partes del mundo, la legalización de esta droga ha hecho que su consumo se incremente. Hay que prestar atención ante la clínica de vómitos cíclicos e incoercibles sobre todo en poblaciones con tendencia al consumo de estas drogas. El tratamiento más efectivo es la interrupción definitiva del consumo de cannabis

Palabras clave

Vómitos cíclicos, Cannabis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La sinfonía del cierre cardíaco: armonizando salud y protecciónRamos Fernández, A¹, Benítez Sánchez, JM², Jiménez Henríquez, LC³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Varón, 76 años, acude a AP por taquicardia.

Historia clínica

Remitido a SUH por debut FA. 2010-2016: rectorragia recurrente, secundaria a ACOs. Permanece en RS hasta 2014. En 2017, rachas FA lenta. En 2018, debut ICC.

Enfoque individual

Antecedentes personales: DM, EPOC, hemorroidectomía. Edemas MMII, crepitantes bibasales bilaterales.

ECG: FA RVR 120-180 lpm. CHADSVASC 1. HASBLED2. Rx tórax: atelectasia LSD. Senos costofrénicos pinzados. Colonoscopia: pólipos adenomatosos benignos. Tacto rectal: hemorroides internas. Analítica: Hb 6.2 g/dl. HbA1C 9,3%. ProBNP 12.450 pg/ml. Ecocardiograma: FEVI 55%. VI dilatado. Hipertrofia concéntrica. Onda E única. IM moderada. IAO leve. PSAP 33 mmHg. No derrame pericárdico. Holter 24 h: FA RVR hasta 200 lpm, 13 pausas (la mayor, de 3.42 seg). Ergometría: 7,1 METs, sin alteraciones. SPECT cardíaco: no isquemia.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente ABVD. Funciones superiores conservadas. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

FA. Síndrome bradi-taquiarritmia. Rectorragia secundaria ACOs.

Diagnóstico diferencial: FA preexcitada (WFW) con rachas bradicardia sinusal. Disnea mínimos

esfuerzos secundaria a EPOC enfisematosa. Carcinoma colorrectal. Proctitis secundaria a EII.

Tratamiento, planes de actuación

2010: cardioversión con amiodarona IV. Al alta, control FC con bisoprolol, control ritmo con dronedarona y PFX tromboembólica con rivaroxabán. 2011: se suspenden ACOs por rectorragia. Inicio AAS. 2012: se desestima nueva hemorroidectomía. 2013: nueva rectorragia con anemia. Transfusión 2 concentrados hematíes y Fe IV. Ácido Tranexámico. Se suspende AAS. 2014-2016: reinicio rivaroxabán, con posterior disminución de dosis por rectorragia recurrente. Se añade digoxina, al no poder aumentar dosis de BB por EPOC. 2017: cierre orejuela izquierda transcutáneo Watchman. PFX 45 días rivaroxaban + AAS. 2018: marcapasos por sd. braditaquiarritmia. 2019: furosemida 1-1-0 por descompensación ICC.

Evolución

Desde 2018, mantiene buen control del sangrado y adecuada prevención tromboembólica, sin ACOs.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Ante pacientes con FA y comorbilidades es necesario un seguimiento continuo y una atención multidisciplinar y personalizada que mantenga el equilibrio entre la prevención de ACV y la gestión de complicaciones hemorrágicas. Si bien, el cierre de orejuela es una opción terapéutica efectiva en la prevención de ACV, debe basarse en una evaluación completa de los riesgos y beneficios individuales.

Palabras clave

Orejuela, Fibrilación Auricular, Rectorragia, Ictus.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

A propósito de un incidente crítico: artritis séptica postinfiltraciónRomero García, JD¹, Moguer Galán, MC², Terrón Dastis, I¹¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas. (Sevilla)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Gonalgia izquierda.

Historia clínica

Mujer de 73 años con antecedentes personales de dislipemia, hipotiroidismo y espondiloartrosis aguda por gonalgia izquierda de 10 días de evolución con empeoramiento en las últimas 24 horas. Comenzó con dolor tras traumatismo en la zona por caída accidental, descartándose fractura en primera instancia tras realizar radiografía. Dada la no mejoría una semana después del inicio de tratamiento oral se realizó infiltración local de corticoesteroides con mejoría inicial. A las 48 horas de la infiltración refiere aumento del dolor, eritema y limitación funcional. No fiebre ni otra clínica asociada.

Enfoque individual

La paciente presenta regular estado general, muy afectada por el dolor. Consciente, orientada y colaboradora. Estable hemodinámicamente. Afebril. Rodilla izquierda con eritema que se extiende hacia región pretibial, sin borde definido. Aumento de temperatura local y perímetro respecto a contralateral, así como limitación funcional.

Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Monoartritis séptica de rodilla izquierda tras infiltración articular.

Artritis por microcristales. Sinovitis por microcristales de corticoides.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración de artrocentesis diagnóstica.

Evolución

La paciente ingresa para tratamiento intravenoso, objetivándose en líquido articular *Staphylococcus Aureus*, que es el microorganismo causal más común.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La artritis séptica (AS) es una urgencia que requiere de una detección y tratamiento precoces tanto para conseguir el mejor resultado funcional de la articulación como para evitar un compromiso vital. De ahí la importancia de identificar desde Atención Primaria este cuadro de manera temprana. La incidencia parece estar aumentando probablemente, en parte, al aumento del uso de técnicas intraarticulares. Aunque los efectos adversos en general de estas técnicas son infrecuentes.

Entendiendo como Incidente Crítico aquel suceso extraído de la propia experiencia, que sorprenda por su buen o mal curso e induzca a reflexión por parte del profesional, consideramos este caso útil de cara a incidir en la realización de una correcta técnica aséptica previa a procedimientos que impliquen invasión intraarticular. Los datos usados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave

Artritis Infecciosa, Inyecciones Intraarticulares.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor torácico en varón joven. A propósito de un casoMariscal Ocaña, MR¹, Paredes Mateos, R², Jiménez López, J³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. Cádiz³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Varón de 50 años que acude por astenia y molestias torácicas opresivas de 10 días de evolución, que mejoran al inclinarse hacia delante. Sin irradiación ni cortejo vegetativo. Comenta aumento disnea con el esfuerzo, sin otra sintomatología acompañante. Previamente valorado en consulta hasta en dos ocasiones por odinofagia y fiebre de 38°C, con mejoría parcial tras tratamiento con amoxicilina clavulánico por amigdalitis.

Enfoque individual

Antecedentes personales: DLP en tratamiento. Exfumador esporádico desde hace 3 años.

Exploración: BEG, COC, Eupneico en reposo. Afebril. Constantes: FC 95 lpm, TA 139/92 mmHg, Sat O₂ 97% basal. ACP: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos distales conservados. ECG: TS 100 lpm, QRS estrecho con elevación del punto J de 2 mm en todas las derivaciones.

Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: IABVD. Soltero.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* perimiocarditis.*Diagnóstico diferencial:* SCA, pericarditis aguda.**Tratamiento, planes de actuación**

Ante clínica y hallazgos electrocardiográficos se decide derivación a urgencias hospitalarias, donde se amplían las pruebas complementarias: ECG: TS 105lpm, PR 160ms. QRS estrecho con elevación segmento ST de concavidad superior con ondas T positivas en cara inferolateral. AS (a destacar): 13000 leucos con neutrofilia, PCR 118. Hipertransaminasemia. Troponinas 13.317'5 -- 4365--1578. Rx tórax: ICT normal. No infiltrados ni condensaciones. Sin derrame. Ecocardiografía: VI no dilatado con FEVI normal. No valvulopatías significativas. No derrame pericárdico.

Evolución

Se decide ingreso en Cardiología para monitorización, completar estudio y descartar otras posibles etiologías. Se realiza RMN con hallazgos compatibles de miocarditis aguda que evoluciona favorablemente, con buena respuesta a colchicina y AINEs. Analítica con reactantes en descenso y hemocultivos negativos. Serología de virus hepatotropos negativa, a destacar *Coxiella burnetti* IgG positiva. Control estrecho por su MAP al alta con revisión en CCEE Cardiología en 3 meses.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Como médicos de familia es fundamental sospechar esta patología en cualquiera de los ámbitos en los que podemos trabajar, especialmente en pacientes jóvenes. La causa más común es viral, y suele manifestarse como respuesta inmune tras el cuadro agudo. Su presentación es variable, desde subclínica hasta formas graves (arritmias, insuficiencia cardíaca aguda...).

Palabras clave

Perimiocarditis, Dolor torácico, Odinofagia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Edemas en miembros inferiores con diagnóstico complejoMegías Rodríguez, Y¹, Espino García, MR²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucano. Córdoba**Ámbito del caso**

Medicina de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Edemas en miembros inferiores.

Historia clínica

Paciente de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y familiar de primer grado con cáncer de próstata, que consulta en mayo 2023 por edemas en miembros inferiores de instauración progresiva de 2 meses de evolución, manteniendo una situación basal estable. No clínica de insuficiencia cardiaca.

Enfoque individual

Destacan edemas en ambos miembros inferiores hasta la rodilla con fóvea. Creatinina de 2.24 mg/dl y FG 30 mL/min. PSA dentro del rango de la normalidad, con un IPSS moderado (12 pts). En el sistemático de orina presencia de más de 100 hematíes/campo. Debido a dicho deterioro de la función renal, ampliamos estudio con una ecografía abdominal, en la cual evidenciamos una masa que comprime vía urinaria derecha. A continuación, se realiza un TAC, donde describen: adenopatías/implantes periportales y retroperitoneales con signos de infiltración de la VCI, arterias iliaca común derecha, y uréter derecho condicionando una ureterohidronefrosis grado III-IV.

Se decide ingreso en medicina interna para identificar y poder filiar el tumor que origina la compresión de vías urinarias.

Se realiza una colonoscopia, la cual revela una neoformación excrecente, compatible con un adenocarcinoma de colon, moderadamente diferenciado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Edemas de miembros inferiores por patología tumoral compresiva

Diagnostico diferencial: neoplasias. Litiasis renal bilateral. Estenosis uretral. HBP.

Tratamiento, planes de actuación

En un primer abordaje, a la espera de resultados de pruebas complementarias: se pautó tratamiento diurético, sin mejoría clínica.

Evolución

El paciente está en tratamiento oncológico, pendiente de intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El paciente presentaba edemas en miembros inferiores debido a una insuficiencia postrenal, producida por la infiltración de adenopatías retroperitoneales en la vena cava inferior, siendo el tumor primario un adenocarcinoma de colon. Desde Atención Primaria, es importante llevar el seguimiento exhausto de cualquier deterioro progresivo de la función renal, orientando el diagnóstico no solo a causas más frecuentes y banales, sino a patologías que requieran un abordaje precoz y multidisciplinar. Sospechar la asociación entre la edematización progresiva en miembros inferiores con deterioro progresivo de la función renal y una posible lesión tumoral compresiva, nos ayudará a enfocar el caso, solicitando las pruebas complementarias: correspondientes y realizando una adecuada derivación.

Palabras clave

Edemas, Tumor, Obstrucción.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico y manejo de un adenoma suprarrenal funcional: a propósito de un caso

Gámez Mena, C

*MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Federico Rubio. Cádiz***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia, ansiedad, insomnio y petequias en miembros superiores de un mes de evolución.

Historia clínica

Mujer de 55 años. Consulta a su médico por clínica de un mes de evolución de astenia, ansiedad, insomnio y petequias en miembros superiores. Su médico la deriva a medicina interna para estudio tras realizar analítica con TSH suprimida, TL4 normal y coagulación normal. Antes de ser valorada por medicina interna, consulta por cifras tensionales en 210/130 mmHg, siendo remitida a urgencias donde objetivan deterioro leve de función renal y se deriva urgente a medicina interna. Medicina Interna inicia estudio con analíticas hormonales y solicita TC de abdomen, visualizándose una masa suprarrenal, derivándola a urología y endocrinología.

Enfoque individual

Antecedentes personales. Fumadora de 20 cigarrillos/día, HTA, síndrome de intestino irritable. Tratamiento habitual: calcifediol y telmisartán 40 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg.

Pruebas complementarias: TC abdomen: masa sólida de 8x60mm en hipocondrio izquierdo dependiente de glándula adrenal izquierda. No se aprecian metástasis. Analítica previa a cirugía: supresión TSH, TL4 normal, aumento de cortisol, testosterona y DHEAS en sangre y de excreción urinaria de cortisol. No reactantes de fase aguda. Leve deterioro función renal. Analítica tras la cirugía: cortisol disminuido que corrige finalmente con hidrocortisona oral. Resto normalizado.

Enfoque familiar y comunitario

No.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Oncocitoma.

Diagnóstico diferencial: carcinoma suprarrenal.**Tratamiento, planes de actuación**

Suprarrenalectomía izquierda.

Tratamiento antihipertensivo pre y post intervención quirúrgica ajustado según control tensional y tratamiento con hidrocortisona por la insuficiencia suprarrenal provocada por la intervención.

Evolución

Tras ser valorada por urología y endocrinología, a los 3 meses, consulta por edemas generalizados, mal control de cifras tensionales y rasgos cushingoides (cara de luna llena, obesidad troncular y equimosis generalizada). Su médico la deriva a urgencias e ingresa para control de tensión, adelantándose la intervención. Tras la suprarrenalectomía, persisten tensiones elevadas, pero se reduce progresivamente el cortisol sanguíneo. Tras un año ha conseguido disminuir levemente el tratamiento antihipertensivo, aunque continúa con tratamiento con hidrocortisona.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Hay que prestar atención a todos los síntomas y no quedarse con lo superficial, como en este caso ansiedad e hipertensión. El resto de síntomas nos tienen que alertar de la organicidad el cuadro.

Palabras clave

Hipertensión, Adenoma Oxifílico, Síndrome de Cushing.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cefalea en racimosValverde Entrena, V¹, Navarro González, E²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 17 años que acude a consulta con su madre por presentar en los últimos 3 meses 5 episodios de cefalea unilateral témporo-orbitaria de 20-30 minutos de duración asociada a inyección conjuntival, lagrimeo ocular y ptosis palpebral, sin otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés ni consumo de tóxicos.

Exploración: TA 120/70, FC 70 lpm, Sat O₂ 98%.
Neurológico: pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales y motilidad ocular normal. Fuerza y sensibilidad conservada. Romberg negativo. No alteración de la marcha. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y perfil tiroideo normales.

Enfoque familiar y comunitario

No historia de cefalea ni antecedentes médicos de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cefalea en racimos. Cefaleas primarias del grupo de las autonómicas del trigémino (TAC): hemicránea paroxística, ataques de cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración, hemicránea continua. Cefaleas secundarias:

malformaciones arteriovenosas cerebrales, arteritis de la temporal.

Tratamiento, planes de actuación

Se pauta sumatriptan 50 mg que se recomienda repartir en diferentes localizaciones de uso habitual para mejor disposición ante un ataque agudo, calendario de cefaleas y oxígeno al 100% a flujos altos en urgencias en caso de mal control del dolor.

Evolución

Evolución favorable con el tratamiento pautado. El paciente refiere disminución de la intensidad y frecuencia de los ataques de cefalea (1 ataque) en los dos últimos meses.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La cefalea en racimos pertenece al grupo de las cefaleas TAC, caracterizado por cefalea unilateral acompañada de síntomas autonómicos craneales ipsilaterales. La cefalea en racimos es la forma más común. En general, es episódica y durante 1 a 3 meses los pacientes experimentan 1 o más ataques al día, seguido por una remisión durante meses a días. Se desconoce su fisiopatología actualmente. Afecta principalmente a hombres entre 20 y 40 años de edad y presenta cierto predominio familiar y relación con el tabaco. Este caso pone en evidencia que una buena historia clínica y exploración juegan un papel fundamental en la orientación diagnóstica y manejo de este tipo de patologías en consulta, reservando la derivación en aquellos casos de cefaleas refractarias al tratamiento.

Palabras clave

Cluster Headache, Triptán, Adolescencia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, estoy perdiendo peso y no sé por quéVacas Gordillo, M¹, Alonso Lema, S², Giménez Collados, M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Góngora. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Priego de Córdoba. Córdoba³ EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Góngora. Granada**Ámbito del caso**

Medicina de familia; urología.

cualquier patología neoformativa
digestiva/uroológica.**Motivos de consulta**

Paciente de 73 años acude a consulta de Atención Primaria por dolor en flanco e hipocondrio derecho de unas semanas de evolución.

Tratamiento, planes de actuación

Debido a la progresión y del grado de la patología se decidió pautar tratamiento sintomático y de posibles patologías relacionadas que se controlaron en las consultas de Atención Primaria. A espera de Comité de tumores y actuación por parte de los servicios hospitalarios.

Historia clínica

La paciente, hipertensa en tratamiento, refiere además de dolor abdominal, pérdida de peso (8 kg en 40 días), inapetencia, cansancio y rectorragia.

Evolución

La paciente, a los 5 meses de la primera consulta, acudió al SUH con MEG, postración, hipoTA y taquicardia con dolor 10/10 incontrolable con rescates mórficos. Se ingresó a la paciente ante situación y la incapacidad familiar de presenciar desenlace en domicilio. Finalmente falleció por parada cardiorrespiratoria debido a fallo multiorgánico.

Enfoque individual

Desde consulta de AP solicitamos analítica de control (hemograma, bioquímica con perfil hepático/abdominal), proteínas específicas) y test de SOH que resulta negativo.

Tras resolución de pruebas realizamos TC con Digestivo que citan de manera preferente en sus consultas. Se le solicitó TAC de abdomen dónde describe posible proceso neoformativo renal bilateral con trombosis de la vena renal derecha y VCI además de adenopatías mediastínicas y paraaórticas. Desde el Servicio de Urología ampliaron estudio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Una pérdida de peso puntual sin razón aparente nos hace actuar con preferencia para descartar patología causante. Vemos de especial importancia la detección, identificación, estadio y control de estos síntomas desde las consultas de Atención Primaria al igual que el abordaje psico-social y familiar de estos pacientes para mejorar, entre otras cosas, adhesión al tratamiento, preparación ante malas noticias y ayudas a los familiares a afrontar situaciones difíciles.

Enfoque familiar y comunitario

Seguimos estrechamente a la paciente para control del dolor y realizamos abordaje psico-social y familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

A priori, por los síntomas que nos trasladó la paciente en primera consulta, quisimos descartar

Palabras clave

Dolor, Astenia, Renal, Abordaje.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Enfermedad neumocócica invasiva. Infección de piel y partes blandas

Misa Vega, AB¹, Calvo Acosta, P¹, Sicilia Ganfornina, E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Puerto Real. CS Ribera del Muelle. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Puerto Real. CS Pinillo Chico. Cádiz

Ámbito del caso

Mujer 77 años que acude a SUH derivada de su CS por mala evolución de lesiones cutáneas.

Motivos de consulta

Acude a su MAP por empeoramiento de edemas en MMII. En las últimas 24h oscurecimiento de piel en dorso de pie izquierdo, con aspecto necrótico y mal olor. No fiebre ni traumatismo previo.

El mes anterior consultó por cuadro de infección de vías respiratorias altas. Posteriormente comenzó con lesiones en MMII (pápulas planas milimétricas muy eritemato-violáceas). No vacunada de neumococo.

Historia clínica

No RAMC. HTA, DM, no DLP.

Antecedentes médicos: Epilepsia postmeningitis. Deterioro cognitivo. Fractura aplastamiento D12. Adenocarcinoma de recto T3N0 en 2015, tratado con QT, CX y RT. Ingreso reciente en M. Interna por celulitis (*St agalactiae*). IQ: ca recto en 2015. Metástasis hepáticas en 2016 y 2017.

Tratamiento: famotidina, Ac valproico, Dexametasona, Sitagliptina, Insulina basal 12 UI, Espironolactona

Exploración: AEG. COC. NHyP. Eupneica en reposo. 95/65 FC. 105 lpm. ACP y ABD conservados. MMII: edemas ++/+++ hasta rodillas. En pantorrilla, cara medial izquierda se observa escara necrótica fluctuante de al menos 3*3cm sin crepitación a la palpación periférica. Movilización de dedos activa. Pulsos presentes.

Pruebas complementarias: H: 8.9 g/dl, leucos 10,10x10³, plaquetas 82x10³. B: glucosa 205 mg/dl, PCT 4,75 ng/ml, PCR 456,1 mg/l. TC MMII: engrosamiento y edema del tejido celular subcutáneo del MII, sin burbujas aéreas ni

coleccionas en su espesor. Hemocultivo *St. pneumoniae* y *E. coli* S a cefalosporinas, quinolonas y amox-clav. Exudado herida: *st. pneumoniae* I levofloxacino.

Enfoque individual

Independiente para ABVD. Trabajó en labores del hogar.

Enfoque familiar y comunitario

Sin AF de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: enfermedad neumocócica invasiva.

Diagnóstico diferencial: úlcera en pie diabético vs vasculitis vs celulitis.

Tratamiento, planes de actuación

Durante su estancia en urgencias, avisan desde Microbiología por crecimiento de *streptococo S* a vancomicina. Se ajusta inicia con meropenem + vancomicina y se cursa ingreso en Enf. Infecciosas.

Evolución

A su ingreso se ajusta tratamiento con ceftriaxona 2 g/12 h iv. Valorada por: C. General: realiza varios desbridamientos. Dermatología: vasculitis de mediano tamaño por émbolos sépticos. Hematología: descarta PTT y CID. Anemia y trombopenia en el contexto infeccioso.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se trata de una infección grave que afecta principalmente a pacientes con comorbilidades, por lo que resulta fundamental insistir en la vacunación para prevenir complicaciones.

Palabras clave

Infección, Piel, Neumococo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora...me tiemblan las manosBerzal Cordero, M¹, Ceballos Malagón, MC², Fernández López, L¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogíjares. Granada**Ámbito del caso**

Paciente de 23 años sin antecedentes de interés, la cual no ha acudido en los últimos dos años a consultar en Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta refiriendo temblor generalizado de manos tanto en reposo como intencional, desde hace seis años.

Historia clínica

Niega ingesta de tóxicos, refiere ser bebedora ocasional en fines de semanas, a veces asocia palpitaciones en situaciones de estrés. Niega pérdida de peso, ni pérdida de apetito. En la anamnesis dirigida refiere episodios escasos de mareos ocasionales con sensación de inestabilidad en la deambulación, sin giro de objetos, también de años de evolución por los que no ha consultado al asociarlo a encontrarse más cansada o estresada. Niega otra clínica en la anamnesis por órganos y aparatos.

Enfoque familiar y comunitario

Refiere que tanto su familia como amigos le comentaban siempre que era una persona muy nerviosa, y lo relacionaban al temblor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En el *diagnóstico diferencial* de temblor podemos encontrar: temblor esencial. Secundario a lesión cerebelosa (traumatismo craneoencefálico, hipoxia, accidente vascular cerebral, neoplasia cerebelar). Causas hereditarias (ataxias espinocerebelosas, X frágil). Causas farmacológicas. Causas Infecciosas. Otras patologías: esclerosis múltiple, atrofia

olivopontocerebelar, enfermedad de Wilson, síndrome paraneoplásico, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, síndrome de Guillain-Barré... Endocrinopatías (hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hipoglicemia). Se realiza analítica general con hemograma en rango, bioquímica con perfil férrico, glucosa, enzimas hepáticas normales, cobre 187 (normal en mujeres hasta 155), perfil gonadal normal, perfil tiroideo y AC anti-tpo y anti-tsi normales. Se realiza ECG siendo anodino, y TC Craneal en el que se describe "cuarto ventrículo prominente que comunica con cisterna magna, esta última también algo aumentada de tamaño, y asocia sutil hipoplasia inferior de vérmix cerebeloso (hallazgos compatibles con variante menor del síndrome de Dandy-Walker sin complicaciones asociada)".

Tratamiento, planes de actuación

Tras realización de pruebas complementarias y diagnóstico de Síndrome de Dandy-Walker, se remite a Neurología, pautando en revisión tratamiento con Propranolol 10 mg.

Evolución

En revisión en Atención Primaria que se realiza a al paciente refiere mejoría clínica del temblor con tratamiento pautado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Podemos comprobar la relevancia desde Atención Primaria de realizar una anamnesis detallada, y ser los que demos importancia a síntomas que el propio paciente ha asumido como 'banales'.

Palabras clave

Temblor, Variante Dandy Walker

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El tiroides, viejo conocido... ¿o no?Melitón Carrasco, B¹, Romero Recuero, N¹, Mora Quintero, A²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aumento de 14 kg de peso y alteraciones del ritmo intestinal.

Enfoque individual

Mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés que consulta por aumento de 14 kg de peso en un mes y medio, asociando alteraciones del ritmo intestinal. No refiere cambios recientes en dieta o ejercicio, ni otra sintomatología de nerviosismo, alteraciones del sueño o temblor. Antecedentes familiares de madre con patología tiroidea que no sabe precisar.

Se le solicita analítica con hemograma, bioquímica general y hormonas tiroideas, con TSH 0,010 picoU/ml y T4 libre 3,89 ng/dl. Se amplía analítica con Ac antiperoxidasa > 600 UI/ml y Ac antireceptor de TSH 37,20 UI/L. Se solicita así mismo *H. pylori* en heces, que resulta positivo.

En consulta se aprecia aumento de volumen en región tiroidea, ante lo que se realiza ecografía con imágenes de lóbulo izquierdo aumentado con multinodularidad. En espera de los resultados, la paciente acude de nuevo a consulta por aparición de taquicardias y temblores, además de hinchazón de piernas sin edemas.

Enfoque familiar y comunitario

No necesario en este caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemasHipertiroidismo. Infección por *H. pylori*.**Tratamiento, planes de actuación**

Se pauta tiamazol 5 mg cada 8 horas y propranolol 1/2 cada 24 horas y se deriva a Endocrinología para estudio y seguimiento. Se aplica pauta erradicadora de *H. Pylori* con metronidazol, omeprazol, claritromicina y amoxicilina durante 14 días.

Evolución

La paciente refiere mejoría de la sintomatología con tratamiento pautado. Queda en espera de cita por parte de Endocrinología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

A pesar de la familiaridad de la patología tiroidea en la consulta de Atención Primaria, es necesario tenerla siempre presente ante sintomatología de variaciones de peso bruscas, nerviosismo, alteraciones del sueño u otros síntomas generales. Además, aunque la asociación directa en la que se piensa en relación con ganancias de peso bruscas es el hipotiroidismo, en esta paciente el diagnóstico fue el hipertiroidismo. Por este motivo, el caso de esta paciente ejemplifica la importancia de tener en cuenta la variación individual en la presentación de las enfermedades en la consulta, que apoya la visión de que en nuestro día a día tratamos con enfermos, y no con enfermedades.

Palabras clave

Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Helicobacter Pylori.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, mándeme algo para los gases...

Romero Recuero, N¹, Melitón Carrasco, B¹, Manjón Collado, MT²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor/a de MIR MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Demanda de prescripción de algún medicamento para los gases.

Enfoque individual

Paciente de 71 años, con antecedentes personales de cáncer de próstata y hernia de hiato, que acude solicitando "algo para los gases" ya que presenta desde hace un mes episodios diarios de molestias en zona epigástrica-retroesternal acompañados de sudoración, que relaciona con la ingesta y que se alivia en segundos al eructar.

Auscultación cardiaca rítmica a 60 lpm sin soplos. Auscultación respiratoria y exploración abdominal sin alteraciones. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 60lpm sin signos isquémicos.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente independiente para ABVD. Ambos padres fallecidos. La madre padecía de DM II y dislipemia. Hermana viva con dislipemia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante la presentación reciente de síntomas aparentemente digestivos, se sospecha posible angina de presentación atípica vs. epigastralgia. Aunque ante un dolor a nivel epigástrico-retroesternal hay que pensar, además, en posibles causas pulmonares, osteomusculares, psicógenas, otras causas cardiovasculares y digestivas, o incluso algunas enfermedades autoinmunes, tumores intratorácicos o ingesta de cocaína.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación a urgencias para valoración de pruebas complementarias.

Evolución

A pesar de la reticencia del paciente a ser estudiado, finalmente acude a urgencias donde se realiza una analítica con troponinas. Antes de recibir los resultados el paciente decide irse de alta voluntaria con diagnóstico de dispepsia y un IBP pautado. Desde el centro de salud se estuvo pendiente de la evolución del caso. Al ver el alta voluntaria, se rescatan los resultados donde se objetivan unas troponinas de 41,7 (positivas si mayor de 50), con indicación de repetición de su determinación. Se llama al paciente, explicándole la importancia de acudir de nuevo a urgencias para completar el estudio. El paciente accede a acudir de nuevo a urgencias. Es dado de alta finalmente por cardiología con una enfermedad coronaria severa de tres vasos con revascularización percutánea completa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso clínico nos enseña la importancia del médico de familia en la detección precoz del angor de presentación atípica. Así como lo fundamental que es pensar en la cardiopatía isquémica al elaborar el diagnóstico diferencial de cuadros aparentemente digestivos, ya que esta puede manifestarse con un dolor indefinido, poco preocupante.

Palabras clave

Angina, Dispepsia, Flatulencia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Ortopnea en paciente anciano pluripatológicoMartínez Núñez, P¹, Molina Reyes, NM², Aguilera Ortiz, CR¹¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente con cuadro de cansancio y dificultad respiratoria nocturna.

Historia clínica

Varón de 84 años que acude a consulta de urgencias por cuadro de 4 meses de evolución, presentando opresión torácica y aumento de disnea en relación con el decúbito supino. Coincidiendo con esta clínica, refiere autoescucha de estridores. Todo ello mejora con la bipedestación, persistiendo astenia y su disnea basal previa.

Enfoque individual

Presenta factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, obesidad). Ha sido fumador durante 30 años. Nefrectomía en 2009 por adenocarcinoma, tromboembolismo pulmonar en 2017 y fibrilación auricular permanente anticoagulada con edoxaban. Portador de CPAP nocturno por SAHS.

Debido a la clínica, pruebas complementarias y antecedentes personales sugerentes de insuficiencia cardíaca (BNP 14440, radiografía con cardiomegalia ya presente en previas y ECG en FA), se comienza con medidas higiénico-dietéticas y diurético. El paciente vuelve a consultar por no presentar mejoría, realizándose derivación a otorrinolaringología que objetivan disfagia orofaríngea y dismotilidad esofágica. Ha sido estudiado previamente por neumología con diagnóstico de disnea multifactorial.

Durante ingreso hospitalario programado para realización de colonoscopia se objetiva clínica respiratoria persistente por la que médico a su

cargo realiza TC torácico. En él se describe masa mediastínica.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: sarcoma mediastino anterior de bajo grado.

Diagnóstico diferencial: disnea paroxística nocturna. Tumor broncopulmonar. Intolerancia a CPAP.

Principal problema: la inespecificidad de la clínica, que debido a los múltiples factores de riesgo del paciente actuaban de distractores para el diagnóstico definitivo.

Tratamiento, planes de actuación

Se lleva a cabo exéresis curativa.

Evolución

Tras la cirugía mejora de manera drástica su disnea en decúbito y sintomatología acompañante.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Muchas de las masas mediastínicas son asintomáticas y dependen de la localización para sus distintas manifestaciones. Así, ante presencia de clínica inespecífica acompañada de la imposibilidad desde Atención Primaria para la petición de determinadas pruebas complementarias, el paciente comienza un peregrinaje por distintas especialidades para poder conseguir la realización de ellas. Esto conlleva un mayor tiempo de espera, demora en los resultados y pérdida del seguimiento desde el enfoque global de la Atención Primaria.

Palabras clave

Sarcoma, Elderly, Dyspnea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, ya que he venido...Ferrer Haba, M¹, Casillas Moreno, AI², Franco Boza, C³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo las Beatas. Alcalá de Guadaíra. (Sevilla)² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)**Ámbito del caso**

Dermatología.

Motivos de consulta

Cefalea. Lesión pigmentada en punta de nariz como motivo de consulta secundario.

Historia clínica

Paciente varón de 56 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta para valoración de cefalea. Presenta lesión pigmentada en punta de nariz, pruriginosa, que blanquea a la vitropresión, de bordes bien delimitados, y de 0,6 cm de diámetro. Se realiza interconsulta con Telederma, que diagnostica de carcinoma basocelular esclerodermiforme y cita en consulta presencial. Tras valoración por su parte, se deriva al paciente a cirugía plástica para extirpación de la lesión. Dos semanas después de la intervención, acude para valoración de la herida quirúrgica, que presenta aspecto necrótico del injerto, por lo que se deriva a urgencias del hospital para reintervención.

Enfoque individual

Paciente poco frecuentador del sistema sanitario que acude esporádicamente a consulta. Se explica al paciente la importancia de un adecuado seguimiento y de las curas del injerto.

Enfoque familiar y comunitario

Nivel sociocultural bajo, con escaso apoyo socio-familiar. Se incide en la importancia del apoyo familiar para el cuidado de la herida. Se hace

hincapié en la importancia del seguimiento de los problemas de salud, tanto por parte del paciente como de su entorno.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Necrosis del injerto cutáneo.

Tratamiento, planes de actuación

Reintervención por parte de cirugía plástica, con seguimiento estrecho de las curas por parte de Atención Primaria.

Evolución

Evolución favorable con adecuada cicatrización de la herida y sin presentar nuevas complicaciones. Pendiente de nueva valoración por parte de dermatología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante realizar un seguimiento estrecho de nuestros pacientes, enfatizándolo en aquellos pacientes que presentan más dificultades o menor predisposición para consultar sobre problemas de salud. Una correcta educación en salud, así como un seguimiento cercano pueden ser las herramientas más efectivas en la prevención de complicaciones.

Palabras clave

Carcinoma Basocelular, Dermatología, Seguimiento, Necrosis de Injerto.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Mareo en urgencias. La importancia de la exploración neurológicaSánchez Sánchez, MP¹, Fuentes Angulo, I², Gómez Galera, H³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 23 años que acude a la consulta de urgencias por mareo de tipo inestabilidad y astenia de un día de evolución. El episodio empieza mientras se encuentra conduciendo, cuando comenzó a sentirse muy débil y cansado, con cefalea holocraneal y pulsátil y que “no tenía fuerza para pisar el embrague”. No fiebre ni síntomas vegetativos. No náuseas ni vómitos. No episodios previos similares. No otra sintomatología.

Exploración física: estable. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Constantes vitales normales. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen anodino.

Exploración neurológica: Glasgow 15. No alteración del habla ni del lenguaje. Movimientos oculomotores conservados. Resto de pares craneales sin alteraciones. Balance muscular: cintura 4/5, resto 5/5. Sensibilidad disminuida en miembro inferior izquierdo. Nivel sensitivo D11 derecho, D5 izquierdo con reflejo cutáneo-abdominal abolido. Reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores con clonismo en miembro inferior izquierdo. Respuesta cutáneo plantar extensor derecho, izquierdo flexor. Marcha pareto-espástica. Tandem inestable. Dismetría de miembros inferiores con predominio izquierdo.

Pruebas complementarias. Análisis de sangre sin alteraciones. TC de cráneo sin hallazgos.

Enfoque individual

No alergias medicamentosas. Antecedente personal de Psoriasis en placas sin tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario

Estudiante universitario, vive solo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Mareo de origen central de instauración aguda.

Tratamiento, planes de actuación

Consultamos con Neurología de guardia, que decide ingreso a su cargo para estudio.

Evolución

Durante el ingreso iniciamos tratamiento con corticoesteroides intravenosos y se realiza estudio de autoinmunidad con resultados negativos y análisis de líquido cefalorraquídeo con linfocitos e IgG aumentados. En resonancia magnética craneo-medular se visualizan lesiones periventriculares bilaterales de aspecto desmielinizante. El paciente mejora progresivamente, desapareciendo el mareo, pero se mantiene la marcha paretoespástica. Ante el diagnóstico de enfermedad desmielinizante (posible esclerosis múltiple, a valorar según evolución), el paciente continuará seguimiento en las Consultas Externas de Neurología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Las enfermedades desmielinizantes son patologías del sistema nervioso central de etiología desconocida poco frecuentes pero que debemos tener en cuenta ante la clínica neurológica de un paciente joven. En este caso, cabe destacar la importancia de una exploración neurológica detallada para no pasar ningún hallazgo por alto.

Palabras clave

Demyelinating Diseases, Neurological Examination, Dizziness.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Me duele la cabeza

Sánchez Martínez, IM¹, Segovia Mateos, M², Berzal Cordero, M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Paciente de 39 años con único antecedente personal de hernia inguinal intervenida hace años. AINEs y tramadol como tratamiento activo en su tarjeta sanitaria. En su historia de salud, numerosas visitas a urgencias por cefalea. Tratado con AINEs, corticoides orales y, en último lugar, con tramadol, mejorando únicamente con oxígeno a alto flujo.

Relata inicio de episodios de cefalea hemisférica derecha de unos 20 minutos de duración hace un año. Describe dolor de tipo lacínante, intenso y continuo desde región frontotemporal derecha hasta zona periocular y mandíbula del mismo lado. Asocia calor y sudoración de hemicara derecha. No hiperemia conjuntival, lagrimeo ni rinorrea. Sigue ritmo circadiano, con un episodio al día que se repite sobre las 5-6 horas de la madrugada. El dolor no le despierta por la noche ni presenta otros síntomas de alarma. En ocasiones, sono y fotofobia. No náuseas, vómitos ni otra clínica.

Enfoque individual

Exploración neurológica: consciente y orientado. Lenguaje coherente y fluido, sin afasia ni disartria. Isocoria normorreactiva. Motilidad ocular extrínseca conservada. Sin defectos en la campimetría por confrontación. Pares craneales sin alteraciones. No déficits motores ni sensitivos. No disimetrías. Romberg negativo. Sin alteraciones de la marcha.

Enfoque familiar y comunitario

Nos apoyamos en la pareja para favorecer adherencia al tratamiento y seguimiento.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cefalea en racimos. Hacemos diagnóstico diferencial con el resto de cefaleas trigeminoautonómicas (hemicránea paroxística, hemicránea continua, SUNCT/SUNA).

Tratamiento, planes de actuación

Indicamos tratamiento con Sumatriptán nasal para crisis y corticoides orales a dosis descendentes. Iniciamos tratamiento preventivo con Verapamilo 120 mg cada 12 horas. Derivamos a Neurología para estudio.

Evolución

Citamos para revisión en dos semanas. El paciente refiere buena tolerancia al tratamiento y mejoría gradual, encontrándose asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es imprescindible para el médico de familia realizar una adecuada anamnesis, detallada y dirigida, deteniéndose en aquellos detalles de interés que, como en este caso, puedan haber pasado desapercibidos en una atención en el servicio de urgencias. Este ejemplo muestra la labor del médico de Atención Primaria, trabajando conjuntamente con el resto de especialidades, aunque siendo autónomo en la toma de decisiones, realizando sus propios diagnósticos y seguimiento para dar una atención integral a sus pacientes.

Palabras clave

Trigeminal Autonomic Cephalalgias.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora no sé qué me pasa, pero no me encuentro bienLópez Salmerón, EM¹, Miguel Urbano, DC², Reinoso Rodríguez, I³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Diarreas y vómitos.

Historia clínica

Paciente de 79 años acude a consulta por presentar vómitos y diarreas desde hace dos días sin otra clínica acompañante. La exploración resulta anodina por lo que se decide tratamiento ambulatorio con hidratación oral y medidas dietéticas. El paciente vuelve a acudir dos días más tarde por empeoramiento clínico. No refiere clínica respiratoria ni urinaria, no presenta dolor abdominal ni torácico, sólo persisten los vómitos y presenta más de diez deposiciones diarreas diarias.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipertensión arterial, cáncer de próstata y colecistectomía. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

En la *exploración* en consulta, el paciente presenta mal estado general, afebril, saturación de oxígeno 95% y tensión arterial 90/50 mmHg, abdomen y auscultación sin hallazgos de interés, puñopercusión renal negativa y test de antígenos Covid-19 negativo. Por ello, se decide reposición hídrica en el centro, pero comienza con somnolencia y persistencia de hipotensión, motivo por el que se decide traslado al hospital. En el área de observación, persiste hipotensión y obnubilación del paciente y la exploración continúa normal.

Se realizan radiografías de tórax y abdomen sin hallazgos y análisis con leucocitosis con neutrofilia, creatinina en 1.94 mg/dl con deterioro del filtrado, PCR 30 mg/dl y procalcitonina en 126 ng/ml y sistemático de orina con leucocitos, pero nitritos negativos. Por ello, se decide ampliar estudio con urocultivo y hemocultivos y TAC abdominal donde se describe menor perfusión renal izquierda y realce pielocalicial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico inicial gastroenteritis aguda.

Shock séptico de probable origen abdominal o urinario que finalmente es causado por una pielonefritis aguda.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza tratamiento con sueroterapia y drogas vasoactivas (perfusión de noradrenalina). Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam.

Evolución

Debido al estado del paciente, se decide ingreso en UCI. Posteriormente, pasa a planta de Enfermedades Infecciosas hasta resolución del cuadro.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso, se observa la importancia del seguimiento de los pacientes que podemos realizar en Atención Primaria para ver la evolución de la enfermedad y, por consiguiente, una adecuada relación con el servicio de Urgencias para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Palabras clave

Shock Séptico, Drogas Vasoactivas, Pielonefritis Aguda.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Una etiología infrecuente de síncope: a propósito de un caso.

Canigiani, MF¹, Santana Gallego, MJ²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 83 años con cuadros sincopales frecuentes.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta del Servicio de Urgencias Hospitalarias por cuadros frecuentes de pérdida transitoria de la conciencia, que acontecen de forma no definida, de mayor predominio en reposo con pródromos asociados consistentes en nauseas, malestar general y debilidad generalizada. La duración, aproximada, es de 20 segundos, con recuperación ad integrum, y sin relajación de esfínteres. Refiriendo, además, que ha presentado episodios de similares características de hasta seis ocasiones en un día.

Enfoque individual

Paciente femenina con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, hernia de hiato diagnosticada en 2010 y alteración degenerativa de la válvula aórtica. Alérgica al metamizol.

La *exploración física* es anodina.

Analítica dentro de parámetros normales. ECG: RS a 65 lpm, PR constante, no alargado, QRS ancho con imagen de BRDHH, sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax: se evidencia importante hernia de hiato.

La paciente fue valorada por cardiología y neurología que descartan problemas cardiovasculares o neurológicos, respectivamente.

Enfoque familiar y comunitario

No aplica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síncope secundario a gran hernia de hiato paraesofágica semipoliculada.

Tratamiento, planes de actuación

Continuar con el tratamiento habitual, pantoprazol y cinitaprida. Dada la edad y comorbilidades de la paciente, se opta por tratamiento conservador desestimándose intervención quirúrgica.

Evolución

Paciente estable con buen estado general, que no ha consultado por nuevos episodios sincopales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La prueba diagnóstica fundamental en el síncope es la anamnesis y una buena exploración física que permite llegar a la etiología del 80-90% de los cuadros sincopales. En nuestro caso, se trata de una paciente que comienza con síncope difíciles de filiar que, tras descartar datos de riesgo, se adjudicó la hernia de hiato gigante como probable causa del síncope, ya que produciría un aumento de la presión intratorácica. La importancia del caso radica en la etiología infrecuente de la hernia de hiato como origen de los cuadros sincopales.

Palabras clave

Síncope, Hernia Hiatal, Hernia Paraesofágica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor óseo persistente ¿hay que ir más allá?Carreño Meca, P¹, Guerrero Pérez, C², Liu, L²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Consulta por dolor a punta de dedo a nivel parrilla costal izquierda.

Historia clínica

Paciente de 63 años hipertenso con buen control, consulta por astenia y dolores óseos generalizados de varios meses de evolución, más acentuados en parilla costal izquierda, que mejoran parcialmente con analgesia de primer escalón en domicilio.

Como único antecedente a destacar, cuadro catarral semanas previas, consultando en varias ocasiones en servicio de urgencias, con juicio clínico al alta de “dolor mecánico”. Exploración física anodina, incluyendo la auscultación cardiopulmonar.

Se solicita radiografía de tórax hallando dos fracturas costales de nueva aparición, sin signos de condensación ni infiltrados. En hemograma, objetivamos hemoglobina 7,5 g/dl, VCM 92 f/L, plaquetas 125.000 y VSG 140. La bioquímica pone de manifiesto aumento niveles urea, hipercalcemia y creatinina 3,2 g/dl. Resto anodino, a excepción proteinuria 5 g/l.

Enfoque individual

Se decide posteriormente ampliar estudio complementario, solicitando proteinograma, objetivando positividad para componente M. IgG sanguínea en aumento, con respecto al resto de inmunoglobulinas.

Enfoque familiar y comunitario

Entidad que se da con más frecuencia en varones de raza negra, siendo la edad media 70 años. Etiología desconocida.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Mieloma Múltiple como primera sospecha diagnóstica.

Otras entidades a tener en cuenta: gammapatía monoclonal de significado incierto, plasmocitoma, leucemia de células plasmáticas, osteoporosis primaria.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva finalmente al servicio de Hematología, confirmando el diagnóstico mediante biopsia de médula ósea.

Evolución

Actualmente estable clínicamente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Remarcar la importancia de no infravalorar cualquier dolencia, por muy obvia que nos pueda parecer, para no caer en el error de infradiagnosticar enfermedades que pudieran tener alto impacto tanto a nivel físico como psicológico en el paciente.

Palabras clave

Multiple Myeloma, Hypercalcemia, Myeloma Proteins.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El agua puede ser el signo claveSalyuk Kulinich, K¹, Martín Aguilera, A²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

La paciente aqueja intensa sed desde hace tres meses que le obliga a consumir más de 4 litros de agua diarios.

Historia clínica

Describe aumento de la frecuencia miccional, debilidad generalizada y pérdida de peso debido a hiporexia, que relaciona únicamente con problemas socioeconómicos recientes.

Enfoque individual

Mujer de 56 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/24 h, trastorno depresivo del ánimo en tratamiento con sertralina 50 mg/24 h y lorazepam 1 mg a demanda. Es fumadora con índice 30 paquetes/año.

Durante nuestra exploración la paciente presenta delgadez y palidez cutánea. Esta bradipsíquica. A la auscultación hay abolición de murmullo vesicular en todo el hemitórax izquierdo. Tonos cardiacos conservados.

En la bioquímica solicitada destaca el sodio de 115 mEq/L y en la placa de tórax se observa una masa que contacta con la lingual, no respetando anatomía.

Se deriva al servicio de urgencias donde se realiza una ecografía cardiaca, evidenciándose un taponamiento cardiaco. En el Angio-TAC destaca una masa mediastínica anterosuperior izquierda con signos de necrosis y con comportamiento infiltrativo en cayado aórtico, tronco arteria pulmonar, pericardio parietal y bronquio principal izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario

No presenta soporte sociofamiliar y describe reciente despido, lo que evidencia la necesidad de abordaje comunitario con los recursos del centro de salud.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se trata de una neoplasia broncogénica EIII-T3 con afectación pleuropericárdica y taponamiento pericárdico. Por otro lado, la hiponatremia severa sugiere origen multicausa: tumoral, psicosocial por la potomania y posiblemente también por los psicofármacos.

Tratamiento, planes de actuación

Debido al taponamiento cardiaco la paciente es ingresada en UCI y posteriormente es derivada al servicio de oncología médica para estudio y seguimiento por su parte.

Evolución

Actualmente en tratamiento con quimioterapia paliativa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En los fumadores de larga data y a partir de cierta edad se debe plantear la realización de placas de tórax como forma de cribado del cáncer de pulmón, que es uno de los tumores más frecuentes y de mayor mortalidad a nivel mundial. Y es que nuestro SNS no permite por ahora otra forma de cribado, quedando además la implementación de los programas de deshabituación tabáquica.

Palabras clave

Hipernatremia Severa, Cáncer de Pulmón, Tabaco.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Manejo diagnóstico y terapéutico de paciente con sospecha de hepatitis aguda de origen tóxico medicamentoso

Sicilia Ganfornina, E¹, Misa Vega, AB², García Silva, C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y a nivel hospitalario.

Motivos de consulta

Ictericia generalizada, coluria y astenia.

Historia clínica

Paciente mujer de 39 años que acude al centro de salud por presentar tinte icterico en piel, mucosas y conjuntivas desde hace 24 horas junto con astenia de 1 semana de evolución. Desde hace dos días, refiere orinas de coloración oscura. Relata toma de ibuprofeno las 48 horas antes de la clínica y atún crudo 7 días antes. Niega toma de productos herbolarios, ni viajes recientes, ni pérdida de peso. Se decide derivar a urgencias hospitalarias para valoración. Se realizan allí las diferentes pruebas complementarias, objetivándose hiperbilirrubinemia directa e hipertransaminasemia con alteración de coagulación, ingresando posteriormente a cargo del Servicio de Digestivo.

Enfoque individual

Sin *antecedentes personales* de interés.

Exploración: normal, excepto tinte icterico de piel, mucosas y conjuntivas. Analítica: Hb 15.3, serie blanca normal. Plaquetas 264000. Cr 0.8. LDH 756, Urea 18. Brb total 13.37, Brb directa 10.32. GOT 3885, GPT 4677, GGT 191, amilasa 75. PCR 2.6. INR 1.7. TP 50%. TTPA 41,8 s. Serología: negativa, inmunizada al VHB. Autoinmunidad: negativa. Marcadores tumorales: negativos. Ecografía abdominal: vesícula biliar con aumento de diámetro de pared por edema pericolecístico, resto normal.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente era conocida por el cupo y al no tener antecedentes de interés personal ni familiar, se decidió derivar al servicio de urgencias hospitalarias ante sospecha de hepatitis aguda e incluso colangiocarcinoma.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: hepatitis aguda de origen tóxico medicamentoso colestásico con sospecha de DILI (Drug Induced Liver Injury) por toma de Ibuprofeno (+6 escala CIOMS).

Diagnóstico diferencial: hepatitis vírica, autoinmune, colangiocarcinoma.

Tratamiento, planes de actuación

Corticoterapia, evitar alcohol y AINEs. Seguimiento en consultas de Digestivo.

Evolución

Tras la administración de tratamiento, la paciente presentó buena evolución clínica estando asintomática junto con normalización de analítica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Gracias al manejo temprano, la actuación multidisciplinar y tratamiento precoz, la evolución de la paciente fue favorable, sin precisar medidas de soporte para la superación del cuadro. Hay casos descritos llegando a producir hepatitis fulminante con necesidad de trasplante hepático. Cabe recordar la importancia de notificar los efectos adversos de los fármacos a los sistemas de farmacovigilancia, en este caso fue notificado al centro correspondiente.

Palabras clave

Hepatitis Aguda, Tóxicos, Ictericia, Coluria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Derivar también es cuidar

Jiménez Pérez, N, Guerrero Solana, E, Perujo Calle, A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Varón 45 años acude a Urgencias de Atención Primaria por malestar general.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertenso, obeso y fumador.

Enfoque individual

Anamnesis: refiere malestar general, tendencia al sueño, bradipsiquia, cefalea frontal sin datos de alarma, cervicalgia y sensación distérmica no termometrada, de 24 horas de evolución. Diarrea sin productos patológicos 3 días previos a consulta. A la exploración, regular estado general, palidez cutánea. TA: 140/90 mmHg. Glucemia capilar 172 mg/dl. Exploración neurológica normal, sin focalidad ni signos meníngeos, tendente al sueño. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Exploración abdominal normal. ECG sin alteraciones. Gasometría venosa: Hb 16.7, pH 7.35 y láctico de 3.1, resto normal. Test Ag COVID-19-19 negativo. Se administra paracetamol 1 g. intravenoso. Ante escasa mejoría y regular estado del paciente, se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias, donde permanece estable hemodinámicamente, con exploración cardiorrespiratoria, neurológica y abdominal normales. Mejoría parcial de cervicalgia tras analgesia, pero paciente con regular estado general, mayor tendencia al sueño, piel pálida y sudorosa, temperatura 38°. En analítica leucocitos 22790, neutrófilos 19670 y ácido láctico 3.90.

Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome febril de corta evolución

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda.

Meningitis. Encefalitis

Tratamiento, planes de actuación

Ante fiebre de origen desconocido se realiza TC Craneal previo a punción lumbar con objetivo de descartar proceso infeccioso a nivel del Sistema Nervioso Central, donde se observa Hemorragia Subaracnoidea (HSA) probablemente secundaria a aneurisma sacular en Arteria Comunicante Anterior. El servicio de Neurocirugía realiza embolización urgente del aneurisma.

Evolución

Buena evolución posterior.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso el Médico de Atención Primaria juega un papel primordial al hacer una derivación sin demora que permitió un diagnóstico precoz de una patología grave que requiere de un estricto control hemodinámico y tratamiento urgente para evitar complicaciones. Por otro lado, la peculiaridad de este caso es que nos encontramos ante un paciente con clínica larvada, que orienta hacia proceso infeccioso, por lo que sorprende el diagnóstico y hace reflexionar acerca de la idea de que no toda patología debuta con la clínica clásica, que en el caso de una HSA sería una cefalea “en trueno” (intensa y de aparición repentina).

Palabras clave

Fiebre de Origen Desconocido, Hemorragia Subaracnoidea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Me duele tanto el pie que no he podido ponerme tacones

Manzano Vázquez, MY, Heras González, ML, Ruiz Medina, AI

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Campillos. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en pie izquierdo.

Historia clínica

Dolor en pie izquierdo de 18 días de evolución que no cede con analgesia.

Enfoque individual

Antecedentes personales. No alergias a medicamentos conocidas. Fumadora de 8 cigarrillos/día. No otros factores de riesgo cardiovascular. Sedentaria. Menopausia 47 años. Espondilolistesis L5-S1. Pinzamiento C3-C4. Útero miomatoso. AOS leve. Déficit de vitamina D en 2020, corregido en 2021.

Intervenciones quirúrgicas: fistula anal, tumor benigno de glándula salivar. *Tratamiento:* no toma.

Anamnesis. Mujer de 57 años que acude a consulta por dolor en el dorso del pie izquierdo atraumático de 10 días de evolución y aumento del dolor con la deambulacion, valorada en dos ocasiones en urgencias con persistencia de síntomas a pesar de tratamiento analgésico.

Exploración. Edematización y dolor a nivel de 2º, 3º y 4º metatarso en zona distal a la palpación. No crepitación, no hematoma y sin alteraciones vasculares ni nerviosas.

Pruebas complementarias. Radiografía AP Y LAT de pie izquierdo.

Tratamiento: nolutil cada 8 h durante una semana. Revisión en una semana.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente es independiente para las actividades de la vida diaria. Tiene buen apoyo familiar (marido e hija).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico. Fractura por estrés de 3º metatarso. *Diagnóstico diferencial.* Fascitis plantar. Neurinoma de Morton. Metatarsalgia. Fractura por estrés.

Identificación de problemas: Se deriva a enfermera de enlace para material de apoyo. Dispone de apoyo familiar (marido e hija le ayudan en lo que precisa).

Tratamiento, planes de actuación

Derivación al servicio de urgencias para valoración por traumatología: férula posterior y heparina por 3 semanas, vitamina D y calcio. No precisa revisión por traumatología, que indica control por médico de familia. Derivación a reumatología.

Evolución

Dolor controlado tras aplicación de férula posterior. Se encuentra a la espera de retirada de férula posterior en nuestro centro de salud con control radiológico. Pendiente de valoración por reumatología por posible osteoporosis.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La importancia de conocer al paciente con sus antecedentes, así como las posibles patologías que pueden estar relacionadas para: sospechar, diagnosticar y tratar de forma correcta. Todo eso implica realizar una buena historia clínica que además fortalece la comunicación y confianza de la relación médico-paciente. Explicamos la intención de poder llevar el caso a congresos y exponerlo y nos firma la autorización para ello. En este caso, el médico de familia ha diagnosticado y realizado el seguimiento y evolución.

Palabras clave

Fractura por Estrés, Menopausia, Osteoporosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Tosiendo, tosiendo y en tres urgencias me acabaron viendoBarra Ginés, L¹, De Juan Berrio, A¹, Haro Estudillo, JJ²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Cádiz² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Traumatismo facial.

Historia clínica

Paciente varón de 68 años que acude por resbalar en domicilio con posterior traumatismo facial. Refiere acceso de tos por irritación de mucosidad en vías altas. Epistaxis abundante sin saber precisar goteo posterior. Niega pérdida de conocimiento, alteraciones visuales ni del habla. A la exploración se objetiva desviación izquierda del tabique nasal con crepitación de huesos propios y abundante epistaxis izquierda. Hematoma periorbitario derecho con edematización con exploración normal. Dolor a la palpación de huesos del arco cigomático derecho sin crepitación ni hundimiento ocular. Orofaringe con restos hemáticos posteriores sin lesiones propias. Resto de la exploración neurológica, cardiopulmonar, otorrinolaringológica y oftalmológica sin alteraciones. Se realiza radiografía apreciándose fractura de huesos propios con desviación además de fractura de suelo de órbita derecha con ocupación del seno maxilar.

Enfoque individual

A destacar recién desplazado de comunidad autónoma, hipertensión arterial en monoterapia con buenos controles y temblor esencial sin tratamiento en el momento actual.

Enfoque familiar y comunitario

Ambiente sociofamiliar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fractura de suelo de órbita simple.

Sospecha de fractura de Le Fort.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza taponamiento nasal anterior izquierdo con inaceptable control de la epistaxis y se deriva al servicio de Urgencias Hospitalario. Allí realizan un adecuado control del dolor y solicitan TC craneal con resultado de fractura del macizo facial Le Fort tipo II. Es valorado presencialmente por Oftalmología, sin encontrar patología, y por Otorrinolaringología, que realiza reducción de la fractura nasal y taponamiento nasal que controla la epistaxis.

Evolución

El paciente comienza con cefaleas intermitentes de características variadas sin claro predominio diario ni en relación a sobreesfuerzos mandibulares. Niega nuevo traumatismo. En ocasiones nota parestesias hemifaciales derechas llegando, en rara ocasión, a producir disestesia. A pesar de una buena rehabilitación de la musculatura de la zona guiada desde la consulta de Atención Primaria, así como tratamientos farmacológicos múltiples sin clara mejoría, el paciente está siendo estudiado por Neurología por posible afectación nerviosa secundaria al traumatismo y/o posterior operación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El paciente con un alta hospitalaria indicando "no precisa seguimiento por nuestro servicio" debe ser acompañado por Atención Primaria para identificar problemas tardíos o superpuestos.

Palabras clave

Le Fort Fracture, Post-Traumatic Neuropathic Pain.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¡Ojo con la amiodarona!

Cruz Valero, C, Jiménez Arteaga, C, Liu, L

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla***Ámbito del caso**

Presentamos un caso clínico que trata una patología muy frecuente, como es la fibrilación auricular y un fármaco de uso muy extendido para su tratamiento, la amiodarona. A veces, pueden aparecer efectos secundarios derivados de su uso, por lo que se debe manejar con precaución y hacer un seguimiento estrecho en nuestras consultas.

Motivos de consulta

Mayor disnea de lo habitual, cansancio, febrícula intermitente y esputo hemoptoico en una ocasión.

Historia clínica

Paciente mujer de 75 años con los siguientes *antecedentes personales*: HTA en tratamiento con olmesartán/HCT 40/12.5 mg/24 h, FA diagnosticada hace 4 años, con necesidad de CVE y en tratamiento actual con bisoprolol 2.5 mg/24 h y amiodarona 100 mg/24 h. Anticoagulada con apixabán 5 mg/12 h.

Acude a consulta de su Médico de Familia por cuadro de 1,5 meses de evolución con los síntomas expuestos anteriormente. No refiere dolor torácico, no edematización de MMII.

Enfoque individual

Aunar signos y síntomas, con el apoyo de PPCC, para la resolución, tratamiento y problemas derivados del uso de fármacos en patologías frecuentes.

Enfoque familiar y comunitario

Manejo cauteloso y seguimiento estrecho en el tratamiento y evolución de enfermedades frecuentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fibrosis pulmonar secundaria al uso de amiodarona.

Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento con prednisona (60 mg diarios) y se cambió antiarrítmico a flecainida 50 mg/12 h. Dos meses más tarde, en CCEE de Neumología, en una radiografía de tórax, se observaba desaparición del infiltrado intersticial y mejoría de su sintomatología respiratoria.

Evolución

La exploración mostraba soplo sistólico leve correspondiente a su cardiopatía, resto anodina. Se realizaron electrocardiograma y analítica general, sin hallazgos significativos, salvo una VSG de 71 mm y LDH de 544 U/l. En la radiografía de tórax apareció un patrón pulmonar intersticial compatible con fibrosis pulmonar, que meses atrás no existía. Se derivó a Hospital para completar estudio. Se realizó TC toracoabdominal que confirmó que el infiltrado pulmonar era inespecífico. Las pruebas de función respiratoria, Mantoux, Ziehl-Neelsen de esputo, hemocultivos, pruebas reumáticas y anticuerpos no organoespecíficos, fueron negativos. Se realizó broncoscopia con broncoaspirado y BAL, en la que se observaron «células espumosas» altamente positivas para antígeno carcinoembrionario (CEA), compatible con impregnación amiodarónica, según el informe de anatomía patológica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Seguimiento estrecho en el uso de fármacos utilizados frecuentemente.

Palabras clave

Amiodarona, Fibrilación Auricular, Efecto Secundario.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La otra cara de los tratamientos

Reinoso Rodríguez, I, López Salmerón, EM, Miguel Urbano, DC

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea aguda.

Historia clínica

Aviso de paciente de 92 años por disnea y somnolencia.

Enfoque individual

NAMC.

Antecedentes personales: síndrome de Apnea Obstructiva Sueño (SAOS), fibrilación auricular (FA), ICC, HTA, SCASEST, ERC. En tratamiento habitual con digoxina, furosemida, rivaroxabán 20 mg, atenolol 50 mg, enalapril 5 mg, alopurinol, omeprazol y oxigenoterapia crónica domiciliaria. La paciente refiere desde hace semanas somnolencia, anorexia e importante disnea que aumenta en últimas horas hasta hacerse de reposo, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración destaca hipoventilación bilateral con crepitantes hasta campos medios, tonos cardíacos hipofonéticos arrítmicos y soplo sistólico aórtico, FC 40 lpm, Sat O₂ 85% con gn a 2 lpm. En ECG se observa ritmo de FA lenta a 50 lpm con infradesnivelación ST V₄ y V₅ (cubeta digitalica).

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Intoxicación digitalica, insuficiencia cardíaca descompensada.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia ventilación con mascarilla con reservorio a 15 L + furosemida im + morfina sc y se traslada a urgencias hospitalarias para valoración.

Evolución

Se realiza radiografía de tórax con patrón congestivo y analítica donde destaca elevación de péptido natriurético a 10.915, hiponatremia con Na 117 y digoxinemia en 3.3 ng/ml. Finalmente se estabiliza a la paciente consiguiendo mejoría de sodio y digoxinemia, con mejoría de disnea y somnolencia con su posterior ingreso en Medicina Interna.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La digoxina es un fármaco usado en el tratamiento de la ICC y en FA, flutter auricular o taquicardia auricular paroxística con ICC o disfunción ventricular por sus efectos ionotrópicos positivos y de disminución del automatismo cardíaco. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la intoxicación incluyen gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos), neurológicas (confusión, fatiga, delirio), alteraciones visuales y arritmias (extrasístoles ventriculares, bradicardia, bloqueos AV, ritmos de la unión, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular). A pesar de sus indicaciones, cada vez está más en desuso por su índice terapéutico estrecho (0.5-2.5 ng/ml) que se traduce en un aumento de mortalidad por intoxicación, por lo que debemos hacer un seguimiento estrecho en estos pacientes.

Palabras clave

Digoxin.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Buenos días doctora, mi madre dice que tengo la tensión alta

Vacas Gordillo, M, Martínez Carrión, A, De La Oliva Rodríguez, I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Góngora. Granada

Ámbito del caso

Medicina de familia; medicina interna.

Motivos de consulta

Paciente de 20 años acude a consulta de Atención Primaria por presentar otalgias y cefaleas de carácter breve pero recurrentes, de semanas de evolución. Además, refiere episodios de hipersudoración no relacionadas con esfuerzos.

Historia clínica

Fumador. Diagnosticado de trombofilia secundaria a mutación HET del Factor V de Leiden. Normopeso. Niega toma de fármacos reciente. HTA previa controlada con dieta y ejercicio.

Enfoque individual

Desde la consulta realizamos anamnesis detallada y exploración, siendo esta rigurosamente normal (en ese momento TA 135/70 mmHg). Derivamos a enfermería para control de cifras tensionales. Se solicita analítica destacando metanefrinas en plasma y en orina elevadas y alteración en hormonas tiroideas diagnosticándose un hipotiroidismo subclínico. Solicitamos ecografía abdominal y tiroidea, que resultó normal, y derivamos a Medicina interna. Se le realizó ecografía-doppler renal (sin hallazgos significativos) sugiriendo completar estudio con Angiotac.

Enfoque familiar y comunitario

Desde Atención Primaria es importante conocer los protocolos e identificar cómo síntomas inespecíficos pueden ser la manifestación de patologías importantes. Ante un paciente joven con HTA hay que descartar que esta sea por una causa secundaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nuestro juicio clínico inicial fue feocromocitoma vs. Síndrome de neoplasia endocrina múltiple (tipo 2a). Ante un paciente joven aparentemente sano con HTA y los signos y síntomas explicados es importante tener en cuenta que en un 5-10% la causa de esta puede ser secundaria como por ejemplo enfermedades reno-vasculares, enfermedad renal parenquimatosa, enfermedades endocrinas, SAOS, coartación de aorta o consumo de fármacos entre otros.

Tratamiento, planes de actuación

Previo a resultados pautamos Enalapril e hicimos prevención secundaria con consejo antitabáquico, dietéticos. Explicamos como realizar AMPA. Posteriormente, ante la sospecha inicial de feocromocitoma cambiamos a Doxazosina logrando normalizar cifras tensionales.

Evolución

A día de hoy el paciente se encuentra con cifras tensionales controladas con la medicación. Ha perdido peso (con dieta) y reducido el consumo de tabaco. Está en espera de Angiotac y pruebas tiroideas. Pendiente descartar MEN-2.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La importancia de realizar una buena anamnesis e historia clínica desde Atención Primaria es fundamental tanto para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedad; así como el abordaje multidisciplinar entre otras especialidades.

Palabras clave

Anamnesis, Prevención, Diferencial.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Érase un hombre a una nariz pegadoBohórquez Ríos, J¹, Ladero Pascual, M², Prieto Bonilla, AM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Herida sangrante en nariz que no cura.

Historia clínica

Varón 78 años.

Antecedentes personales: HTA, GBA. Exfumador. FA. EPOC. SAOS usuario de CPAP. Bronquiectasias. Sinusopatía crónica. HBP. RGE.*Tratamiento:* apixabán, bisoprolol, losartán/hidroclorotiazida, omeprazol, dutasterida/tamsulosina, salbutamol inhalado, glicopirronio inhalado, budesonida nasal.**Enfoque individual**

Paciente que refiere herida en fosa nasal de larga evolución, sangrante de forma intermitente, y sensación de congestión. Rinoscopia anterior: perforación del tabique nasal y lesión costrosa en fosas nasales.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico.* Perforación septo nasal. *Diagnóstico diferencial:* el uso prolongado de corticoides intranasales junto con el tabaquismo o el consumo de caféina, provoca irritación local de la mucosa nasal y epistaxis. La mala técnica de administración de corticoides nasales y el tratamiento con CPAP, bevacizumab en combinación con taxanos o fluorouracilo o el consumo de cocaína intranasal, están asociados a

perforación del tabique nasal. Algunas vasculitis como la granulomatosis con poliangiitis (GPA) y la poliangiitis microscópica producen costras nasales, rinosinusitis crónica y secreción nasal purulenta/sanguinolenta. Además, la afectación rinosinusal crónica con GPA puede provocar perforación del tabique nasal.

Por último, la rinosinusitis atrófica puede provocar sequedad nasal, aparición de costras sanguinolentas y, en los casos primarios, perforación del septo nasal.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación a otorrinolaringología.

Evolución

Realizan rinoscopia y fibroscopia, encontrando fosas nasales con hipertrofia de cornetes inferiores, junto con perforación de tabique nasal amplia y mucosa congestiva. Pendiente de biopsia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La exploración física en consulta, incluida la rinoscopia anterior, es una de las bases del correcto desempeño de la labor médica, detectando posibles patologías y previniendo el desarrollo o empeoramiento de estas. Una buena técnica del uso de corticoides nasales puede evitar la aparición de reacciones adversas locales. Se debe indicar evitar apuntar el spray al tabique nasal para minimizar el riesgo de desarrollo de complicaciones. La revisión periódica de los tratamientos es una labor del médico de Atención Primaria que puede prevenir la aparición de iatrogenia e interacciones medicamentosas.

Palabras clave

Tabique Nasal, Epistaxis, Etiología.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico ecográfico desde Atención PrimariaFernández Ruiz, CC¹, Gallardo Jiménez, A², Vera Del Río, M1¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude por odinofagia y aparición de tumoración en región cervical desde hace siete días de aparición rápida.

Historia clínica

Mujer de 31 años. No AP de interés. Lactante.

Aparición de tumoración cervical hace 7 días, niega disfagia, pero si odinofagia asociada. Astenia. No síntomas respiratorios asociados. No fiebre ni otra clínica acompañante.

A la exploración física por aparatos únicamente destaca una masa ovalada en región latero cervical derecha de consistencia fibroelástica, no adherida a planos profundos. No adenopatías submandibulares ni supraclaviculares. No bocio tiroideo.

Enfoque individual

En la misma consulta se realizó ecografía clínica observándose nódulo de 3.4 cm de diámetro mayor de ecogenicidad similar a tejidos subyacentes, que impresiona depender de lóbulo tiroideo derecho, con presencia de vascularización. Se realizó analítica de sangre con hemograma, función tiroidea y perfil infeccioso normal. Ante los hallazgos derivamos a consultas de endocrino y se solicita ecografía reglada.

En ecografía reglada confirman nuestros hallazgos observándose: glándula tiroidea ligeramente aumentada de tamaño a expensas del LTD, con una ecoestructura homogénea, sin aumento de la vascularización. El nódulo palpable se corresponde con un nódulo de 27 x 18 x 41 mm en eje T, AP y CC respectivamente, circunscrito, bien delimitado, homogéneo, sin calcificaciones, sólido y con flujo

mediante ecografía doppler. TIRADS 3. Cadenas ganglionares laterocervicales bilaterales normales. Se realiza PAAF, donde según los resultados anatomopatológicos se encuentra en una categoría Bethesda III: atipia o lesión folicular de significado incierto. Por lo que se plantea la realización de una segunda PAAF y en caso de duda diagnóstica, escisión quirúrgica.

Enfoque familiar y comunitario

Controles poblacionales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nódulo tiroideo.

Diagnóstico diferencial: nódulo tiroideo, adenopatía cervical.

Tratamiento, planes de actuación

Como tratamiento, dado que la PAAF no fue diagnóstica y la paciente inició disfagia ante determinados alimentos se decidió escisión quirúrgica con hemitiroidectomía parcial.

Evolución

La paciente se encuentra en LET. Desde consulta realizamos seguimiento con consultas de revisión, control analítico y ecografía clínica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Relevancia del uso de ecografía en Atención Primaria como una herramienta diagnóstica más en nuestra práctica clínica diaria. La importancia de tener tiempo en consulta de Atención Primaria para gestionar este tipo de actuaciones o disponibilidad de citas para poder realizar las en diferido.

Palabras clave

Thyroid Gland, Diagnosis, Neoplasms.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿Por qué me pica tanto?

Segovia Mateos, M¹, Berzal Cordero, M², Sánchez Martínez, IM³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aparición de lesiones pruriginosas, nodulares y eritematosas, en tronco y raíz de brazos.

Historia clínica

Varón de 68 años en tratamiento con lisinopril 20 mg, simvastatina 20 mg, alopurinol 300 mg, duodart y eutirox 88 mcg.

Acude a consulta por lesiones nodulares y eritematosas, de predominio en tronco de dos semanas de evolución, que desaparecen a la vitropresión, muy pruriginosas. Se inicia tratamiento de foliculitis; un mes después regresa por persistencia de lesiones y prurito: la piel de la zona afectada está más eritematosa y descamativa, y hay mayor extensión en brazos. Se suspende tratamiento de foliculitis, iniciando ciclo corto de Prednisona 30 mg 5 días, Polaramine y corticoide tópico, y realizamos teleconsulta a Dermatología.

Enfoque individual

El paciente se encontraba notablemente molesto e incómodo por el prurito. Aun así, fue abordable y cumplió los tratamientos.

Enfoque familiar y comunitario

Habitualmente acompañado por su mujer, que no interfiere en la entrevista, manteniéndose en un segundo plano.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Inicialmente consideramos una foliculitis, por las características de las lesiones y la distribución en

zona de vello, pero lo descartamos ante la ausencia de mejoría con el tratamiento y la evolución de las lesiones. También consideramos una dermatitis de contacto, pero las lesiones no eran típicas y tampoco mejoraron con el tratamiento con corticoides y antihistamínicos; además negaba cambios en estilo de vida. En la segunda visita, también pensamos en una reacción de hipersensibilidad a alguno de sus tratamientos crónicos, que encajaba con la evolución tórpida del cuadro.

Tratamiento, planes de actuación

En la tercera visita, tras 5 días de Prednisona 30 mg, Polaramine y corticoide tópico, las lesiones presentaban escasa mejoría.

Dermatología indicó que le darían cita presencial, con la sospecha diagnóstica de "lesión a filiar".

Evolución

Revisando su medicación crónica durante la tercera visita, sospechamos que podría tratarse de una toxicodermia por Alopurinol, por lo que se cambió por Febuxostat. Pautamos Clobetasol en espuma y Bilastina 20 mg durante 40 días. Una vez suspendido el Alopurinol y con el tratamiento el cuadro desapareció en pocos días.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La conclusión principal es que debemos tener en cuenta las posibles reacciones adversas de los medicamentos pautados, incluidos aquellos que se toman de manera crónica.

Palabras clave

Toxicodermia, Alopurinol.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, me encuentro cansada

Fernández López, L¹, Berzal Cordero, M1, Ceballos Malagón, MC2

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogíjares. Granada

Ámbito del caso

Paciente de 79 años, nueva en el cupo debido a cambio reciente por desplazamiento al irse a vivir con su hija en verano, con antecedentes personales de DM tipo 2, HTA y dislipemia.

Motivos de consulta

Acude con su hija, de Urgencia, refiriendo malestar general con decaimiento de dos semanas de evolución, y solicitan realización de analítica.

Historia clínica

Ampliando la anamnesis, refiere sensación disneica desde entonces, y tos leve sin mucosidad. Niega odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal, ni fiebre. No refiere otra sintomatología en la anamnesis por órganos y aparatos. En la exploración física destaca hipofonesis generalizada en pulmón izquierdo, con saturación en torno a 90% basal, sin asociar trabajo respiratorio. Se realiza test de antígeno Covid con resultado negativo, y ECG siendo anodino. Se realiza en consulta ecografía en la que se aprecia moderado-severo derrame pleural izquierdo, hipoecóico, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Enfoque individual

Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En el diagnóstico diferencial del derrame pleural incluimos: tuberculosis, sarcoidosis, infección viral, insuficiencia cardíaca descompensada, mixedema, causa neoplásica (primaria o

metastásica), lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Meigs, tromboembolismo pulmonar...

Tratamiento, planes de actuación

En Urgencias se realiza analítica siendo anodina, y TAC Torácico en el que se objetivan múltiples lesiones pleurales, algunas de ellas de gran tamaño en lóbulo inferior izquierdo y en llingula probablemente en relación con proceso pleural primario. Se realiza toracocentesis diagnóstica y colocación de drenaje pleural, con líquido pleural compatible con exudado de predominio mononuclear con ADA normal, citología y estudio microbiológico negativo.

Evolución

Ingresa en planta de Neumología, con diagnóstico anatomo-patológico de mesotelioma epitelioide. Tras varias toracocentesis y colocación de drenaje pleural tunelizado, con persistencia de derrame y disnea, se propone a la paciente en comité multidisciplinar, siendo derivada a Unidad de Cuidados Paliativos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Con este caso destacamos la importancia del manejo de técnicas de imagen como la ecografía para la orientación diagnóstica de nuestros pacientes.

Palabras clave

Derrame Pleural, Mesotelioma Epitelioide.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Fiebre ¿tiroiditis?

Aulad-Brahim Izquierdo, S

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Martos. Jaén***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre y disfagia.

Historia clínica

NAMC. No antecedentes personales de interés.

Enfoque individual

Paciente de 51 años que acude a consulta por fiebre de 38°C de 48 horas de evolución. Asocia disfagia y disnea. No otros.

Exploración: TA 125/84 mmHg, FC 90 lpm, SatO₂ 95%, orofaringe normal, otoscopia bilateral normal, auscultación cardiorrespiratoria normal. A la inspección tumefacción en región cervical anterior, impresiona de bocio difuso a la palpación. Realizamos ecografía del tiroides a pie cama observando múltiples nódulos TIRADS 1-2 además de un aumento de vascularización difuso en parénquima tiroideo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico de tiroiditis aguda con clínica compresiva.

Diagnóstico diferencial con tiroiditis subaguda, infecciones orofaríngeas, linfomas, tiroiditis inducida por amiodarona o amiloidosis.

Tratamiento, planes de actuación

Puesto que la clínica compresiva no es muy limitante o incapacitan se decide tratamiento domiciliario advirtiendo de los síntomas y signos de alarma por los que acudir a urgencias. Se solicita analítica sanguínea con hormonas y anticuerpos

tiroides. Se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico y prednisona 40 mg cada 24 horas. Dado que no hay clínica de hipertiroidismo no asociamos betabloqueantes. Se realiza teleconsulta disponible en nuestro centro de salud con el servicio de Endocrinología aportando las imágenes de la ecografía y el plan de actuación establecido. Se establece un plan de seguimiento estrecho.

Evolución

En las siguientes revisiones la paciente se mantiene afebril, aunque con persistencia de leve clínica compresiva que va mejorando progresivamente. En la analítica encontramos leucocitosis con neutrofilia y anticuerpo antiperoxidasa tiroidea (anti TPO) en 298. Hormonas tiroideas en rango de la normalidad. Continuamos control estrecho de la paciente con analíticas periódicas y se le cita en consultas externas de Endocrinología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La fiebre acompañada de disfagia y disnea debe hacernos pensar en una posible tiroiditis aguda, a pesar de que es una entidad poco común. Se consideran factores predisponentes enfermedad tiroidea preexistente como bocio nodular o simple, tiroiditis de Hashimoto o cáncer de tiroides. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental pues se trata de una enfermedad potencialmente grave (obstrucción tráquea, septicemia, absceso retrofaríngeo, mediastinitis o trombosis venosa yugular).

Palabras clave

Thyroiditis, Fever, Ultrasound.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"Tengo un pinchazo en el pecho"Barrionuevo Bonilla, I¹, Fernández Carreño, I²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Poniente. CS Ejido Norte. Almería² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Poniente. CS Adra. Almería**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

NAMC. No antecedentes personales de interés. IQ: apendicectomizado.

Paciente de 27 años que acude por dolor centro-torácico punzante, que empeora con la inspiración profunda y que mejora con la inclinación del tronco hacia delante, que se irradia hacia ambos MMSS (con parestesias en ambos asociados) y que le despierta por la noche, sin haber presentado síntomas vegetativos. Niega palpitaciones. Niega disnea. Niega ortopnea o episodios de DPN. Niega edemas declives. Niega consumo de tóxicos. Refiere cuadro de GEA en la semana previa.

No ha tomado tratamiento para el cuadro actual. y exploración física: BEG. Afebril. CyO, normohidratado y normoperfundido. Eupnico en reposo y al habla. ACR, ABD, MMII: sin alteraciones.

Se realiza ECG: RS a 57 lpm. Eje normal. PR 140, QRS 100. Ondas Q no patológicas en DII, DIII, AVF y de v4-v6, con ascenso de ST en cara inferior y en v4-v6 de hasta 2 mm, con descenso del ST en V1 y AVR.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pericarditis, Miopericarditis, IAM.

Tratamiento, planes de actuación

Tras el ECG, se solicitó Rx de tórax; AS con troponinas; sistemático de orina con tóxicos y se pasó el paciente a observación. Analíticamente destacaban: troponinas 7733.8 pg/m; PCR 3.89 mg/dl. Rx de torax: iCT < 50%, sin derrames o condensaciones. Sistemático de orina y tóxicos: sin alteraciones.

Con los anteriores datos y bajo la sospecha dx de miopericarditis aguda, el paciente ingresa en UCI.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física, pero sobre todo del papel del ECG en cuadros de dolor torácico, por ser una prueba accesible, rápida e inocua, que nos puede ayudar fácilmente a orientar el cuadro desde el inicio. En este caso se trataba de un chico de 27 años, sin antecedentes relevantes y con un dolor torácico punzante y parestesias en ambos MMSS, que bien nos habría podido llevar a orientar el cuadro como una ansiedad. O pensar en un dolor de tipo muscular, al modificarse este con los movimientos. Sin embargo, en menos de 10 minutos y sólo realizando un ECG, hemos podido descartar rápidamente estos diagnósticos diferenciales.

Palabras clave

Miopericarditis, Pericarditis, IAM, Ansiedad, ECG, Dolor Torácico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cuando el triatlón no es lo que te cansa: a propósito de un casoGarcía Martínez, L¹, Zapata Martínez, MA², Moreno Martos, H²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Virgen del Mar. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 39 años que consulta por presentar astenia de varios meses de evolución, especialmente cuando practica ejercicio físico.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no enfermedades de interés ni hábitos tóxicos. Deportista (triatlón).

Exploración: constantes normales. Destaca hiperpigmentación de la piel. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal: anodinas.

Pruebas complementarias: se solicita analítica de sangre en la que destaca: hemograma sin alteraciones, creatinina y filtrado glomerular dentro de la normalidad, sodio 132 mEq/L, potasio 5,6 mEq/L, hierro 37 µg/dl, calcio en niveles normales, TSH 67,39 µUI/ml, tiroxina (libre) < 0,25 ng/dl, triyodotironina (libre) 2,07 pg/ml, cortisol 4,1 µg/dl.

Enfoque familiar y comunitario

Soltero con pareja estable, sin hijos. Vive en medio urbano.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: insuficiencia adrenal primaria. Hipotiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia adrenal primaria, hipotiroidismo, hipercalcemia, insuficiencia renal crónica, anemia.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a endocrinología de forma preferente. Se solicita nuevo análisis de sangre en el que destaca: cortisol bajo, ACTH elevada, anticuerpos anti-corteza suprarrenal positivo, anticuerpos anti 21-hidroxilasa elevados, tirotropina elevada, hormonas tiroideas en niveles por debajo de la normalidad, y anticuerpos antiperoxidasa tiroidea y anti-tiroglobulina elevados. Por tanto, se confirman ambos diagnósticos: insuficiencia adrenal Primaria autoinmune e hipotiroidismo primario autoinmune. Se le pauta tratamiento sustitutivo con hidroaltesona 20 mg., ajustado a su peso, y levotiroxina 25 mg.

Evolución

El paciente acude a revisión tras dos meses de haber iniciado el tratamiento, y presenta muy buena respuesta al mismo. Refiere que está retomando el deporte paulatinamente, recuperando la intensidad de éste. Se le dan recomendaciones sobre llevar etiqueta identificativa (enfermedad de Addison) y respecto a situaciones urgentes. Continuará en seguimiento por parte de endocrinología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La astenia es un síntoma frecuente en la población general, y supone un motivo de consulta habitual en AP. Desde la visión integradora de la AP, debemos tener en cuenta que la astenia es un síntoma común en las enfermedades autoinmunes. Por ello es imprescindible descartar posibles causas de astenia, sobre todo las graves, y solicitar las pruebas complementarias oportunas en función de nuestra sospecha diagnóstica.

Palabras clave

Astenia, Insuficiencia Suprarrenal, Atención Primaria de Salud.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

De la diplopía a la enfermedad de Graves BasedowRomero Carrillo, S¹, Recio Ramírez, JM², Ljubic Bambill, K¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sur de Córdoba. Córdoba² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montilla. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

El paciente no presenta antecedentes familiares de interés.

Motivos de consulta

Paciente varón de 55 años que acude a consulta por diplopía monocular en ojo izquierdo a la visión forzada externa, sin otra sintomatología acompañante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial. Esclerosis Múltiple. Catarata. Estrabismo. Oftalmopatía tiroidea. Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves Basedow. Tiroiditis subaguda. Bocio nodular tóxico.

Juicio Clínico. Enfermedad de Graves Basedow.

Historia clínica

Antecedentes personales. Fibrilación auricular paroxística que precisó cardioversión. Hipertensión arterial esencial.

Anamnesis y exploración. El paciente niega TCE previo ni antecedentes de cefalea. No fiebre, malestar general ni pérdida ponderal. A la exploración, no se aprecian alteraciones intraoculares. No nistagmo. PINLA y MOEC. No forias ni tropia. Exploración neurológica sin hallazgos. Constantes: TA 135/83 mmHg, FC: 95 lpm, Sat O₂: 99%.

Tratamiento, planes de actuación

Tiamazol 5 mg, 2 comprimidos c/8 horas durante 90 días. Tiamazol 5 mg, 1 comprimido c/8 horas durante 90 días. Tiamazol 5 mg, 1 comprimido c/24h durante 90 días.

Enfoque individual

Se decide solicitar analítica. Tras conocer los resultados, se deriva al paciente a Endocrinología y a Oftalmología y se amplía el estudio analítico.

Pruebas complementarias: analítica: calcio 10.2 mg/dl. Tirotropina 0.011 µUI/ml (0.550 - 4.780); Tiroxina (libre) 3.41 ng/dl (0.89 - 1.76); Triyodotironina (libre) 14.50 pg/ml (2.30 - 4.20). Analítica con autoinmunidad: ac anti peroxidasa tiroidea 65.8 UI/ml (< 60.0) Positivo; Ac anti tiroglobulina 30.5 UI/ml (< 60.0) Negativo; Ac anti receptor de TSH (cuantificación) 11.22 U/L (< 1.22) Positivo.

Evolución

El paciente continuó en tratamiento durante un año y se suspendió el tratamiento al normalizarse los parámetros analíticos y cesar la sintomatología, pasando a tratarse como un Hipertiroidismo subclínico. En la actualidad el paciente se encuentra sin tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de la diplopía como síntoma aislado, que debe hacernos sospechar enfermedades que abarcan desde la Esclerosis Múltiple, hasta la Oftalmopatía tiroidea. Por lo tanto, es esencial el papel de la exploración física y de la anamnesis, así como es necesario acompañar la clínica del paciente de una analítica completa que oriente al diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario**Palabras clave**

Diplopía, Tiroiditis Autoinmune, Anticuerpos.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Manifestaciones cutáneas como síntoma de alarma

Fernández Ruiz, CC¹, Márquez Racero, L², Aragón García, JD1

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude por presentar desde hace 4 meses lesiones eritematosas, pruriginosas, urticariformes localizadas en brazos, manos, tronco y en cara, edemas en párpados.

Historia clínica

Mujer de 74 años sin antecedentes, acude por presentar desde hace 4 meses lesiones eritematosas en brazos, más acentuadas en manos, tronco y en cara donde además presenta edema palpebral, acompañado de intenso prurito. Dichas lesiones aparecieron tras vacunación de la gripe.

Enfoque individual

En un primer momento las lesiones eran compatibles con una reacción urticariforme, iniciándose tratamiento con antihistamínicos y corticoide tópico sin mejoría. Ante la persistencia de las lesiones a pesar del tiempo de evolución se decidió realizar la toma de biopsia cutánea. Durante la espera de los resultados la paciente acude de nuevo por astenia e hiporexia.

La biopsia cutánea nos aporta el resultado de piel con Mucinosis Eritematosa Reticular. Se inicia tratamiento con hidroxicloroquina. Se realiza estudio completo de posibles factores desencadenantes, siendo estos principalmente la exposición solar, la menstruación, la toma de ACHO, enfermedades autoinmunes, trastornos tiroideos, neoplasias de mama y tiroides e infección VIH. Solicitamos analítica con función reumatoidea, infecciosa y hormonal siendo normal. Solicitamos mamografía bilateral dado que la paciente no había formado parte del programa de cribado y encontramos una

tumoración en mama derecha BIRADs 4. Se gestiona PAAF, con resultado de Carcinoma mucinoso, tras lo que se realizó una mastectomía radical.

Enfoque familiar y comunitario

En esta ocasión pudimos ver un caso perdido del programa de cribado y cómo dentro de nuestro enfoque debemos revisar que cada paciente se someta a los cribados disponibles.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Carcinoma mucinoso. Mucinosis eritematosa reticular.

Diagnóstico diferencial: enfermedades reumáticas, VIH, dermatosis...

Tratamiento, planes de actuación

Desde Atención Primaria realizamos el control de sintomatología secundaria a la radioterapia y tratamiento psicoterápico del trastorno adaptativo secundario.

Evolución

La paciente evoluciona favorablemente tanto de las lesiones como de la patología oncológica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La importancia de los sistemas de cribado y la labor del médico de familia en el cumplimiento de los mismos. Como el uso de técnicas instrumentales en la consulta de Atención Primaria nos ha permitido en este caso el diagnóstico de una patología mortal.

Palabras clave

Neoplasms, Breast, Biopsy.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnóstico glomerulopatía IgA a través de biopsia cutáneaFernández Ruiz, CC¹, Amaya Guerrero, M², Calzado Rodríguez, C2¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude por presentar lesiones puntiformes violáceas desde hace un mes que desaparecen de forma progresiva en miembros inferiores.

Historia clínica

Mujer de 58 años sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: HTA, hipotiroidismo y dislipemia. Tratamiento: losartán 50 mg, eutirox 88 mcg, celiprolol 200 mg.

Acude a consulta por aparición de petequias puntiformes no confluentes en MMII sin otros síntomas acompañantes.

Se realiza anamnesis donde destaca la presencia de orinas oscuras y espumosas. No historia de toma de fármacos ni infecciones recientes. No historia de fotosensibilidad, ojo seco y boca seca, niega astenia, no artralgias ni artritis.

Enfoque individual

En consulta se realizó biopsia tipo punch de una de las lesiones con la sospecha de vasculitis leucocitoclástica que es confirmada con la anatomía patológica.

Se solicitó analítica con perfil de autoinmunidad, estudio de orina y radiografía de tórax. En dicha analítica se objetiva un empeoramiento de la función renal con creatinina 1.31, FG 42, iones normales, complementos y proteinograma normal, ANA y antiRo positivos, resto negativos. Sedimento 56 leucocitos, eritrocitos 198, Ig A 369, Ig G 789, IG M 129. Orina 24 h: 184 mg/ 24 h, C albúmina /creatinina 299.73, sedimento normal. Radiografía de tórax: normal. Ante el posible diagnóstico de nefropatía por IgA, se realiza

derivación a Nefrología donde se realiza biopsia renal confirmando el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario

Se perdió el seguimiento de la paciente de forma puntual por muerte súbita de su marido, aunque pudimos reconectar con nuestra paciente porque éramos conscientes de los motivos de su ausencia dado que el marido también era paciente nuestro.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Vasculitis leucocitoclástica asociada a glomerulonefritis por IgA.

Diagnóstico diferencial: vasculitis leucocitoclástica cutánea o vasculitis por hipersensibilidad; púrpura de Schönlein-Henoch.

Tratamiento, planes de actuación

Como tratamiento se ha iniciado corticoterapia con pauta descendente y analíticas de control que se realizarán desde Atención Primaria.

Evolución

La paciente evoluciona favorablemente con mejora de su función renal.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Relevancia de las técnicas instrumentales en Atención Primaria. La importancia del tiempo en la consulta de Atención Primaria para gestionar este tipo de actuaciones, puesto que una alta demanda dificultaría la realización de técnicas instrumentales.

Palabras clave

Biopsy, Glomerulonephritis, Skin.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

En la exploración está la claveGarcía Martínez, L¹, Zapata Martínez, MA², Moreno Martos, H²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Virgen del Mar. Almería**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 16 años que acude por presentar molestias abdominales de 3 días de evolución, con dolor en hipogastrio tras finalizar la micción. Refiere varios picos febriles (máximo 38°C). En tratamiento médico actual con cefuroxima y metamizol, prescrito dos días antes en otro servicio de Urgencias por molestias urinarias.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hidronefrosis renal derecha grado III/IV, infecciones del tracto urinario de repetición, nefropatía parenquimatosa con función renal normal.

Exploración: constantes dentro de la normalidad. Auscultación cardiorrespiratoria: anodina. Abdomen: blando, depresible, con dolor a la palpación en ambos flancos y ambas fosas ilíacas. Dolor en punto de McBurney. Signo de Murphy negativo, Blumberg y Rovsing positivos. Defensa abdominal a la exploración. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño-percusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias: en la analítica de sangre destaca: leve neutrofilia y proteína C reactiva 30,54 mg/dl. Sistemático de orina: proteínas ++, hematíes ++, leucocitos ++; resto normal. Ecografía abdominal: "Plastrón inflamatorio de probable origen apendicular evolucionado, probablemente perforado y peritonitis asociada. Ureterohidronefrosis derecha grado III/IV, ya conocida".

Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres y su hermana, en medio urbano. Cursa estudios de educación secundaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, pielonefritis aguda, cólico renoureteral, torsión ovárica.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza interconsulta con Cirugía General de guardia, que indica intervención quirúrgica urgente.

Evolución

Tras la intervención quirúrgica la paciente ingresa en planta a cargo de Cirugía General, evolucionando favorablemente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Con este caso queremos destacar la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración física completa. En numerosas ocasiones otorgamos más peso al resultado de las pruebas complementarias que a la entrevista con el paciente y la exploración física, siendo éstas, piezas fundamentales en el diagnóstico clínico. En este caso, se decidió solicitar ecografía abdominal inicialmente, sin tener datos analíticos, dado que la exploración física era muy indicativa de abdomen agudo. Si solo nos hubiésemos guiado por las pruebas de laboratorio, la paciente podría haber evolucionado gravemente.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Apendicitis, Urgencias.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. La furosemida me da calambreJiménez Arteaga, C¹, Martínez Granero, MM², González Mata, AM1¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a su médico de familia porque tras prescribir en urgencias hospitalaria tratamiento con furosemida 80 mg al día presenta calambres en miembros y tetania en manos.

Historia clínica

Mujer de 75 años. Refiere en los últimos días disnea y sintomatología compatible con insuficiencia cardíaca. Acude al hospital donde se confirma el diagnóstico clínico y en la analítica de urgencias aparece pro- BNP 2148. Filtrado glomerular 57.45, iones normales excepto calcio corregido en 7.9. Se instaura tratamiento con furosemida 80 mg/día.

Mejora los síntomas de disnea, pero aparece calambres y Tetania, motivo por el que acude a su consulta de Atención Primaria.

Su médica que la conoce realiza analítica que confirma hipocalcemia e hipomagnesemia.

Enfoque individual

Mujer no hiperfrecuentadora diagnosticada de eritema nodoso en 2005, Cardiopatía isquémica y, síndrome X en 2011. Sarcoidosis en 2022. Actualmente en seguimiento por unidad de colagenosis y enfermedades minoritarias.

Enfoque familiar y comunitario

No procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tetania y calambres en contexto de hipocalcemia tras toma de furosemida.

Tratamiento, planes de actuación

Retira furosemida, trata con espironolactona 50 mg, añade calcio oral 2.5 g al día.

Evolución

Tras el cambio de tratamiento mejoran los calambres y disminuye sintomatología cardíaca.

Solicitamos seguimiento de iones y ampliamos estudio solicitando paratirina, vitamina D e informamos a medicina interna de los efectos secundarios que la furosemida produce en esta paciente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Aunque se esté en seguimiento por una unidad hospitalaria altamente especializada el paciente siempre es, en primer lugar, responsabilidad del médico de familia que es el profesional en el que el paciente confía y que garantiza la cercanía y la continuidad asistencial.

Palabras clave

Hipocalcemia, Tetania, Furosemida.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Derrame pleural agravado por descompensación de insuficiencia cardíaca ¿hasta dónde llegar?

Apaez Rodríguez, A¹, Sánchez Silva, A², Turmo Sierra, A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bollullos de la Mitación. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bollullos de la Mitación. Sevilla

Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Disminución del nivel de consciencia. Disnea.

Historia clínica

Mujer de 87 años que acude al servicio de urgencias por disminución del nivel de consciencia de una semana de evolución al cual desde hace dos días añade aumento de disnea habitual, sus familiares relacionan estas fluctuaciones a infección de orina tratada correctamente hasta el momento, siendo ultimo urocultivo negativo.

Regular estado general, disnea, SAT 88% con GN a 2L/min. Tendente al sueño, respuesta a estímulos verbales y físicos, desorientada en TEP. ACP: arrítmica, soplo holosistólico grado II-III foco mitral, MV con crepitantes bibasales, disminuido en base izquierda.

Hemograma Hb 9.1. Bioquímica Glucemia 124 Urea 64 Creatinina 1.34 FG 34 Sodio y Potasio normal ProBNP 34.786. Urianálisis no patológico. ECG FA a 65 lpm. RX Tórax: iCT>50%, derrame pleural izquierdo de más de 2/3 partes, cisuritis derecha.

Enfoque individual

Es importante tener en cuenta los AP para la toma de decisiones.

Enfoque familiar y comunitario

Es crucial determinar cuándo intensificar las intervenciones en pacientes con este perfil, enfocándonos en la mejoría clínica. A pesar de la

complejidad, lograr una mejoría absoluta en el derrame pleural es improbable. Para pacientes con múltiples comorbilidades y mala calidad de vida, se prioriza el confort, como en este caso. La paciente fue dada de alta con un tratamiento diurético optimizado como resultado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

IC descompensada, Derrame pleural izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación

Adecuación de sueroterapia según comorbilidades y estado hemodinámico. Diuréticos 20 mg furosemida iv cada 6 horas que se fue desescalando hasta el último día previo al alta al cual se pasó a oral.

Evolución

En urgencias, tuvo desaturaciones, requiriendo 15 l/min de oxígeno para mantener saturación al 92%. Con el tratamiento, mejoró la disnea y se retiró el oxígeno en el día 7. Evolución clínica positiva: proBNP mejoró, derrame pleural disminuyó; confirmado preexistente por radiografías previas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importante optimizar tratamiento diuréticos y vigilar diuresis en domicilio para poder intervenir precozmente en las complicaciones.

Palabras clave

IC Descompensada, Derrame Pleural Izquierdo.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Anemia macrocítica como primer signo de un tumor gástrico

Rivera Sánchez, AI¹, Amezcua Dávila, M1, García Amador, CP2

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

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

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia y síndrome constitucional.

Historia clínica

Mujer de 70 años con astenia, disnea de pequeños-moderados esfuerzos y síndrome constitucional con pérdida de 15 kg desde hace 4 meses. No fiebre, no vómitos, no alteración del hábito intestinal, no dolor abdominal, no síndrome miccional.

Enfoque individual

NAMC.

Antecedentes familiares: padre con enfermedad de Alzheimer y madre fallecida de tumor cerebral. Profesión: enfermera.

Antecedentes personales: pancreatitis, hiperparatiroidismo primario, hipotiroidismo residual. IQ: hemitiroidectomía, colecistectomía, fractura pertrocantérea fémur derecho y fractura colles derecho.

Exploración: COC, Eupneica en reposo, palidez cutánea, bien perfundida, no trabajo respiratorio. Sat O₂ basal: 94% FC: 100 lpm. TA: 140/70 mmHg. ACR: taquicárdica, rítmico sin soplos. MVC con crepitantes bibasales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades: edemas +/- hasta tercio inferior MMII.

Analítica sanguínea; Hb 5.1 VCM 119, leucocitos 4690, neutrófilos 2710, reticulocitos 2.1%, plaquetas 59000, LDH 3898, ferritina 185, TSH 6.39 con T4 0.92, Pro- BNP 832, Vitamina B12 <100 y ácido fólico 8.3. Frotis sanguíneo: anisopoiquilocitosis evidente con macrocitos, dacriocitos y hematíes espiculados. Serie blanca conservada. Trombopenia moderada con aisladas macroplaquetas: sospecha de anemia megaloblástica. Ante dichos hallazgos se realiza

transfusión sanguínea y se inicia eutirox 75 mcg, hierro oral, ácido fólico y vitamina B12 y es derivada a Medicina Interna para completar estudio. Endoscopia digestiva alta: lesión gástrica de aspecto neoplásico compatible con tumor neuroendocrino y hallazgos sugerentes de gastritis crónica atrófica. TAC Tórax- Abdomen- Pelvis: no lesiones a distancia, solo imagen en estómago visualizada por endoscopia con estadio T1-2, NO, MO.

Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumor neuroendocrino gástrico bien diferenciado. Anemia macrocítica con déficit de B12. Pancitopenia.

Tratamiento, planes de actuación

Actualmente con eutirox 75 mcg + hierro oral + vitamina B12 semanal. Se presento en comité de tumores y la paciente está pendiente actualmente de resección endoscópica en H. Virgen Rocío de Sevilla.

Evolución

La paciente evoluciona favorablemente, con mejoría clínica sintomática tras tratamiento instaurado, mejoría de parámetros analíticos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La astenia es un síntoma muy frecuente que puede pasar desapercibido y hay que tener en cuenta sobre todo acompañado de otros signos y síntomas.

Palabras clave

Astenia, Anemia Macroscítica, Tumor Gástrico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor ¿la hinchazón de mi abdomen es normal?García Amador, CP¹, Ortega Camacho, MC², Rivera Sánchez, AI³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente de la Villa. Martos (Jaén)² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente de la Villa. Martos (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor, distensión abdominal y pérdida de peso.

Historia clínica

Paciente de 55 años que acude a consulta de Primaria por dolor abdominal difuso, distensión progresiva y pérdida de peso no cuantificada de 2 meses de evolución.

Enfoque individual

Paciente hipertensa, diabética tipo 2 y asmática, histerectomía subtotal (mioma 2014), viuda, ama de casa, vive sola y tiene cuatro hijos; acude a consulta por dolor abdominal difuso, distensión progresiva, astenia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada de 2 meses de evolución.

Exploración física: paciente preocupada, refiere molestias abdominales difusas, oleada ascítica, sensación disneica a moderados y pequeños esfuerzos, estreñimiento ocasional, no adenopatías palpables en cabeza y cuello, región supraclavicular, axilar ni inguinal, no visceromegalias.

Análítica: Hb: 11.7, HCT:38.8, VCM: 79.2, plaquetas: 589.000, leucocitos: 11.8l, linfocitos: 2.24. Glucosa: 142, creatinina: 1.23, PCR: 69.6, CA 125: 533, CA 15: 40.5, proteína HE-4: 786, albumina: 49.6%, alfa-1-globulina: 7.5%, alfa-2-globulina: 15.8%, resto sin alteraciones. Pruebas de imagen: radiografía tórax y abdomen, TAC toraco-abdominal con contraste, Biopsia ecoguiada en abdomen, PET-TAC.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente mantiene una buena relación familiar, se apoya en sus hijos. Buena relación médico-paciente a pesar de la incertidumbre diagnóstica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* cáncer de ovario estadio IV.*Diagnostico diferencial:* hepatopatía, neoplasia pancreática, patología cardiaca y renal, infecciones (TBC).**Tratamiento, planes de actuación**

Tratamiento: medico, quirúrgico y quimioterapéutico. Seguimiento conjunto desde Atención Primaria con medicina interna y oncología médica.

Evolución

Se realizaron consultas de seguimiento sucesivo y pruebas analíticas en Primaria; derivación y manejo a medicina interna con ingreso para completar estudio, inicio de tratamiento médico y quirúrgico para filiar diagnóstico por sospecha de neoplasia ovárica, valoración por cirugía y oncología médica, con posterior seguimiento en Primaria y enfermería. Estabilización clínica permitiendo al paciente reiniciar su vida dentro de sus limitaciones y disponer de apoyo familiar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Diversas neoplasias tumorales abdominales son de difícil diagnóstico en estadio temprano por su sintomatología inespecífica, dificultando su rápido manejo. El médico de familia debe apoyarse en la correcta anamnesis, examen físico y entorno familiar para el correcto diagnóstico y buena evolución clínica.

Palabras clave

Ascitis, Cáncer de Ovario.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, sangre

Perujo Calle, A¹, Jiménez Pérez, N², Gutiérrez Rodríguez, A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Cabezas De San Juan. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Sur. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Portadas. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Heces con sangre.

Historia clínica

Antecedentes familiares: No. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médico quirúrgicos de interés. Varón de 39 años de edad que acude a su médico de familia por expulsión de heces junto con sangre roja fresca de dos meses de evolución.

A la exploración el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, se visualiza mancha rojo vinosa en glúteo izquierdo de nacimiento según refiere. En el tacto rectal se objetiva esfínter normotónico sin masas a punta de dedo y sin restos hemáticos en dedil.

Enfoque individual

Varón sin antecedentes de interés con episodios de sangrado abundante junto con las deposiciones.

Enfoque familiar y comunitario

Historiar en busca de posibles antecedentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rectorragia en posible relación con fisuras, hemorroides externas o internas; por proceso tumoral incipiente; por cuadro infeccioso o bien en relación a enfermedad inflamatoria intestinal.

Tratamiento, planes de actuación

Se solicitó analítica en cuyo hemograma aparece anemia microcítica hipocroma con hemoglobina

de 9,1 g/dl (previa 14,4 g/dl). Derivación a digestivo.

Evolución

Estudiado en digestivo con realización tanto de endoscopia y colonoscopia con juicio clínico de gastritis crónica con *helicobacter pylori* positivo y hemorroides internas congestivas. Alta.

Tras un mes persisten los episodios de rectorragia por lo que su médico de familia solicita preferente tomografía computerizada con contraste de abdomen y pelvis por anemia severa de perfil ferropénico rápidamente progresiva y pérdida de peso hasta de 6 kilogramos en los últimos dos meses. En prueba de imagen aparece prominencia de ramas glúteas de la vasculatura iliaca interna izquierda por lo que radiología solicita angioresonancia. En ella se aprecia malformación arteriovenosa dependiente de arteria hipogástrica izquierda y se deriva a angiología y cirugía vascular. Tras un año el paciente continúa con rectorragias profusas ya que las múltiples embolizaciones a las que ha sido sometido no resultan fructíferas. Es revisado en consulta cada dos semanas ya que habitualmente precisa de transfusiones sanguíneas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es primordial realizar una buena anamnesis y una correcta exploración siendo fundamental la inspección y palpación. No siempre lo más frecuente en nuestro diagnóstico diferencial es lo que hallaremos finalmente. Es prioritario realizar seguimiento estrecho y continuado en Atención Primaria.

Palabras clave

Rectorragia, Malformación, Inspección.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Herpes genital en consulta de Atención Primaria

Palenzuela Blanco, CL¹, Maestre Moreno, M², García Páez, E³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Carlota. Córdoba

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria UGC La Carlota. Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Carlota. Córdoba

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente mujer, de 45 años, que acude a consulta por presentar dolor y escozor en zona genital de unas 24h de evolución, junto con aparición de lesiones papulosas en labios menores.

Historia clínica

Antecedentes personales: endometriosis en seguimiento por ginecología, sin tratamiento actual.

Enfoque individual

Antecedentes personales de endometriosis. Consulta por presentar máculas eritematosas redondeadas, dispersas, de 1 cm de diámetro en región genital (en ambos labios menores), junto con escozor. No presentaba dolor, ni fiebre, ni presencia de adenopatías inguinales.

Enfoque familiar y comunitario

En primer lugar, educación y concienciación mediante la promoción de prácticas sexuales seguras. En segundo lugar, realizar un abordaje holístico realizando un enfoque integral del paciente, no solo tratando las ETS, sino también considerando otros factores psicosociales. En último lugar, llevar a cabo una colaboración interdisciplinaria, trabajando en conjunto con otros profesionales de la salud.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de Herpes Genital.

Se realizó el diagnóstico diferencial entre el chancroide sifilítico, pápulas de VPH y candidiasis genital.

Tratamiento, planes de actuación

Se le pauta tratamiento Famciclovir 125 mg/12 h y EMLA (lidocaína/prilocaína) una aplicación cada 12 h. El tratamiento de elección son los antivirales sistémicos, que acortan el tiempo de eliminación del virus, pero no evitan la aparición de recidivas. Se deriva a ginecología con carácter preferente, donde se le tomaron muestras (cepillado de las lesiones, exudado endocervical y vaginal).

Evolución

Tras la toma de muestras, se cita a la paciente en la consulta de Patología del Tracto Genital Inferior en 4 semanas para valorar los resultados.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En España el Herpes Genital sigue siendo un desafío de salud significativo. A pesar de los avances en la atención médica, sigue siendo la causa más prevalente de úlceras genitales en nuestro medio. La falta de concienciación y la estigmatización aún obstaculizan la detección temprana y su tratamiento. Es crucial que se promueva una mayor educación y atención médica de calidad para abordar este problema de manera efectiva. Sólo a través de un enfoque integral y eliminación del estigma se puede reducir la carga de Herpes Genital en España.

Palabras clave

Herpes Genital, Úlceras Genitales, Virus Herpes Simple, Epidemiología.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Captación del paciente crónico en Atención Primaria y la importancia del seguimiento

Fernández Carreño, I¹, Barrionuevo Bonilla, I²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Poniente. CS Adra. Almería

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Poniente. CS Ejido Norte. Almería

Ámbito del caso

Centro de salud.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente de 74 años que presenta disnea progresiva desde hace semanas, disminuyendo las salidas de casa, con incapacidad para andar 100 m seguidos. Las actividades domésticas las puede realizar.

Edemas en miembros inferiores progresivos a lo largo del día. No aumento de tos ni expectoración. Paciente EPOC sin tratamiento inhalador (el bromuro de tiotropio lo usa cuando tiene "pitos"). Al preguntar por controles tensionales, refiere llevar semanas sin realizarlos. No hábitos de vida saludables, aunque en fase de contemplación de iniciar una dieta.

Exploración destacar: Sat O₂ 95% basal. ACR: murmullo vesicular conservado con sibilantes inspiratorios y espiratorios.

Escala GOLD: paciente no agudizador, con mMRC4, CAT18, es decir, se trata de un estadio GOLDB. Por lo que estaría indicado tratamiento con LAMA+LABA.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Paciente pluripatológico con mal control.

Tratamiento, planes de actuación

Explicamos el cambio en la medicación, el bromuro de tiotropio no lo va a utilizar más y va a comenzar con un nuevo inhalador (umeclidinio y

vilanterol), el cual debe comenzar a emplear a diario para controlar su disnea. Insistimos en la importancia de hacer el tratamiento de forma continua, así como de realizar bien la técnica de inhalación. En cuanto a los hábitos de vida saludables, al estar en fase de contemplación, citamos (a él y a su mujer dado que es ella quien hace la comida en casa) con enfermería para realizar consejos dietéticos e iniciar seguimiento del cumplimiento de los mismo, aprovechando estas visitas para realizar controles tensionales.

Evolución

Para no saturar al paciente citamos dentro de 3 semanas para revisión del tratamiento diabético, así como, adherencia al nuevo inhalador, controles TA y repetir cuestionarios.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Para la captación y manejo de los pacientes crónicos es fundamental realizar una anamnesis detallada, conociendo las principales patologías, hábitos tóxicos y tratamientos, así como, su calidad de vida y situación basal. Es importante que los cambios en su tratamiento sean un acuerdo con el paciente, no una imposición y que estos se hagan de manera progresiva. El seguimiento posterior a dichos cambios y consejos deben de realizarse ya que evitan la sensación de abandono que pueda presentar, reforzando así la relación médico-paciente.

Palabras clave

Enfermos Crónicos, Seguimiento.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Una enfermedad rara

Vela Vela, P¹, Gallardo Jiménez, A¹, Godoy Gandía, M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Arriate. Ronda (Málaga)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Arriate. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

La paciente acude a consulta por episodios presincopales y pérdida de fuerza en ambas manos.

Historia clínica

Mujer de 16 años, asmática y sin alergias a medicamentos, refiere episodios de visión borrosa de segundos de duración y de manera repetida durante los últimos tres meses, asociados a cambios posturales. Refiere, además, que de manera ocasional presenta una pérdida de fuerza y parestesias en ambos brazos, más acentuado a nivel de ambas manos, que le está ocasionando molestias en algunas actividades diarias. No refiere luxaciones ni sangrados.

Enfoque individual

La paciente presenta un buen estado general, está normohidratada y normocoloreada. Auscultación cardiaca y pulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado.

Llama la atención que durante la *exploración* se observa una hiperlaxitud, aracnodactilia e hiperelasticidad, que ella y su familiar refiere haber tenido desde la infancia. Piel y mucosas intactas, sin hematomas.

Electrocardiograma: normal Analítica: hemograma, bioquímica sin alteraciones y autoinmunidad negativa.

Enfoque familiar y comunitario

Es importante la comunicación con la familia y la paciente ya que la posibilidad de recibir un diagnóstico crónico a temprana edad puede suponer una carga psicológica. A su vez, es

fundamental dar voz a este tipo de enfermedades a nivel socio-sanitario, para crear conciencia de las implicaciones que pueden llegar a tener a pesar de presentarlas una parte minoritaria de la población.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de Ehlers-Danlos. Otras enfermedades del tejido conectivo.

Tratamiento, planes de actuación

Se realizó la derivación a cardiología para valorar si existe patología cardíaca y a oftalmología para descartar patología ocular, así como derivación al servicio de reumatología para un posible estudio genético.

Evolución

La paciente está pendiente de los resultados del estudio genético. Mientras tanto, le realizamos un seguimiento activo y le animamos a realizar actividad física de fortalecimiento muscular.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso nos muestra la importancia de tener presente en la consulta de Atención Primaria enfermedades poco comunes, ya que, gracias a ello, es posible la realización de su diagnóstico, al tener un contacto más continuado y estrecho con los pacientes. Además, es fundamental ser el nexo de unión entre otras especialidades, para la realización de más estudios y descartar la posible afectación de otros órganos.

Palabras clave

Connective Tissue, Cutis Elastica, Arachnodactyly.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Una enfermedad silenteVela Vela, P¹, Godoy Gandía, M², Vera Del Río, M¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Arriate. Ronda. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Arriate. Ronda. Málaga**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

La paciente acude a consulta por lesiones cutáneas palmo-plantares pruriginosas.

Historia clínica

Mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión y diabetes, sin alergias a medicamentos. Refiere lesiones en palmas y plantas muy pruriginosas que comenzaron a los dos días de la toma de clindamicina, debido a una infección cutánea. La paciente suspendió la toma del antibiótico por relacionarlo con la aparición de dichas lesiones. No refiere otra sintomatología asociada, ni lesiones cutáneas en el resto del cuerpo. Se realiza exploración física donde: tiene un buen estado general, normohidratada y normocoloreada, consciente y orientada. Auscultación cardiaca y pulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Exploración cutánea: se aprecian lesiones nodulares sobreelevadas de milímetros de diámetro, de consistencia dura y elásticas en ambas palmas y plantas, sin hallazgos de otras lesiones en el resto de la superficie corporal.

Enfoque individual

Se le realiza una analítica sanguínea donde el hemograma es normal, el perfil hepático está en rango, los iones son normales, colesterol, triglicéridos y TSH en rango. Se le solicitó además una serología que fue reactivo para *Treponema Pallidum*. No fue reactivo para resto de serología infecciosa, incluido el virus de inmunodeficiencia humano.

Enfoque familiar y comunitario

Es importante tener en mente la patología infectocontagiosa, para tratarla de manera precoz, así como el estudio de los contactos sexuales estrechos ya que esto puede ocasionar un problema a nivel socio-sanitario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sífilis terciaria. Diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas palmo-plantares, reacción adversa medicamentosa.

Tratamiento, planes de actuación

Es esencial la confirmación del diagnóstico de sífilis con la prueba treponémica. Se descartó la afectación de otros órganos y sistemas además del cutáneo (ocular, ótico y neurológico), y una vez tratada la infección con Penicilina IM cada semana, durante tres semanas, se realizó seguimiento serológico a los 6, 12 y 24 meses.

Evolución

Tras el tratamiento desapareció la clínica de la paciente y la serología en los controles posteriores fueron no reactivos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso nos muestra los posibles diagnósticos diferenciales de las lesiones palmo-plantares y a tener en mente la patología infectocontagiosa en las lesiones cutáneas, así como el estudio de la pareja y/o contactos sexuales estrechos.

Palabras clave

Serologic Tests, Treponemal Infection, Cutaneous Syphilis

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un tumor enmascarado, a propósito de un casoGallardo Jiménez, A¹, Vela Vela, P², Fernández Ruiz, CC1¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Sur. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en hombro derecho, desde hace varios meses; cefalea e inflamación en hemicara derecha de un mes de evolución.

Historia clínica

Varón de 45 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 14 cig/día desde hace más de 40 años. Independiente para las ABVD.

Antecedentes personales: HTA, DM2, Dislipemia. Esteatosis hepática secundaria a síndrome metabólico. Enfermedad renal crónica estadio IIIb.

Tratamiento: candesartán 32 mg, Atorvastatina 20 mg y Linagliptina 5 mg.

Acude por dolor de hombro derecho de varios meses de evolución, cefalea e inflamación en hemicara derecha.

Exploración física: se aprecia masa supraclavicular derecha, pétreo, adherida a planos profundos. Además, ptosis palpebral derecha, con pupila miótica.

Refiere pérdida de 10 kg desde hace 4 meses, astenia e hiporexia.

Enfoque individual

En analítica de sangre destaca hipertransaminasemia leve y aumento de marcadores tumorales (CEA, CA 19.9).

Analítica de orina: sedimento normal, sin otros hallazgos.

Rx tórax y hombro derecho: ensanchamiento mediastínico, con aumento de partes blandas a nivel cervical. Sin patología ósea.

Ante la sospecha de neoplasia incipiente, se deriva de forma preferente a Medicina Interna.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de cáncer.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome de Horner, en probable relación a proceso neoplásico pulmonar.

Diagnóstico diferencial: neoplasia tiroides, linfoma, carcinoma nasofaríngeo.

Tratamiento, planes de actuación

Durante su ingreso, en TAC de tórax se objetiva conglomerado supraclavicular derecho de hasta 7 cm de diámetro máximo y masa pulmonar derecha central (probable tumor primario).

Se extendió estudio, objetivándose extensión metastásica en hígado, páncreas y peritoneo. En anatomía patológica, el resultado de la biopsia bronquial fue adenocarcinoma, con extensión metastásica.

Evolución

Tras valoración por oncología, fue dado de alta para continuar con QT paliativa. Actualmente se realiza un seguimiento conjunto por parte de oncología, la enfermera de cuidados paliativos y su médico de Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importancia de una adecuada anamnesis y exploración física desde Atención Primaria, que permitió llegar al diagnóstico final de enfermedad neoplásica.

El trabajo y seguimiento conjunto desde Atención Primaria y especialidades hospitalarias para el cuidado y seguimiento paliativo.

Palabras clave

Lung Neoplasm, Adenocarcinoma, Horner Syndrome.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"Esclerosis sistémica limitada, a propósito de un caso"Gallardo Jiménez, A¹, Amaya Guerrero, M², Vera Del Río, M¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arriate. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Consulta por fenómeno de Raynaud, de nueva aparición; sequedad ocular y de mucosas desde hace un año aproximadamente. Sin otros síntomas asociados.

Historia clínica

Mujer de 75 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Ex fumadora de más de 20 años. Sin antecedentes de relevancia.

Independiente para las ABVD.

Acude por sequedad ocular y de mucosas, acompañado de fenómeno de Raynaud.

mácula hiperpigmentada abdominal, de 4-5 cm de máximo diámetro. Sin Raynaud, sinovitis, esclerosis ni telangiectasias.

Refiere pérdida de 7 kg desde hace un año, aunque estable en 50 kg en últimos meses. Astenia y artralgias, de larga data. Sin cambios o toma de nuevos tratamientos. No cuadros infecciosos recientes.

Enfoque individual

En analítica de sangre destaca autoinmunidad positiva, con ANA, Anticuerpos anticentrómero y anti Scl-70 positivos. Resto sin alteraciones de interés. Analítica de orina con sedimento normal, sin otros hallazgos. Radiografía tórax: iC <0.5, sin infiltrados ni derrame.

Se deriva a Reumatología.

Ante el probable diagnóstico de esclerodermia, se procede a toma de biopsia de mácula abdominal, con resultado de morfea en anatomía patológica.

Desde consulta de reumatología, se solicitan TACAR, objetivándose patrón intersticial basal,

compatible con NINE en probable relación con su enfermedad de tejido conectivo; con pruebas funcionales respiratorias normales, diagnosticándose de esclerosis sistémica limitada.

Enfoque familiar y comunitario

Antecedentes familiares: hermana con síndrome de Sjögren.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: esclerosis sistémica limitada.

Diagnóstico diferencial: síndrome de Sjögren. Esclerosis localizada. Exposición a drogas/químicos.

Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento con Hidroxicloroquina 200 mg/24 h y Nifedipino 30 mg/24 h. Se acuerda realizar seguimiento multidisciplinar.

Evolución

Evolución favorable, hasta el último mes, que comienza con disfgaia. Desde Atención Primaria se solicita: estudio baritado y endoscopia. Se deriva a cardiología para la realización de ecocardiograma.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los médicos de Atención Primaria deben estar familiarizados con todo tipo de enfermedades reumatológicas, incluidas las menos frecuentes, como la esclerodermia.

Muchas de las pruebas complementarias fueron solicitadas desde Atención Primaria, resultando fundamental la coordinación entre niveles.

Palabras clave

Scleroderma, Connective Tissue Disease, Raynaud Phenomenon

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La importancia de categorizar correctamente una cefaleaRelaño Mesa, A¹, Damián García, R², Pozuelo García, MP³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria – Servicios urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea que no mejora con analgesia habitual.

Historia clínica

Sin antecedentes personales de interés.

Enfoque individual

Mujer de 43 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por cefalea hemicraneal izquierda intensa, pulsátil y periorbitaria que no cede a pesar de analgesia desde hace 5 días. No sonofotofobia. No náuseas ni vómitos. Afebril. Es derivada a urgencias para completar estudio, realizando analítica y TC de cráneo sin contraste intravenoso que no mostraban hallazgos reseñables. Se diagnostica de migraña y se pauta analgesia con dexketoprofeno y triptanes. Sin embargo, vuelve a acudir a nuestra consulta de AP a los 3 días ante persistencia de la cefalea y aparición de rinorrea y lagrimeo de ojo izquierdo de unos 15 minutos que le suceden 8-12 veces al día. En la exploración física presenta ptosis leve del ojo izquierdo con edema palpebral asociado y rinorrea ipsilateral. No signos meníngeos ni evidencia de focalidad neurológica.

Enfoque familiar y comunitario

No procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* hemicránea paroxística.*Diagnóstico diferencial:* cefalea en racimos, migraña, síndrome SUNCT.**Tratamiento, planes de actuación**

La paciente fue tratada con indometacina vía oral 25 mg cada 8 horas. Prácticamente todos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se han probado y, a dosis equipotentes, ninguno ha proporcionado el extraordinario beneficio de la indometacina. El verapamilo y topiramato son las mejores alternativas en pacientes con intolerancia a la indometacina.

Evolución

La paciente fue reevaluada en consulta a las 48 horas de instaurar el tratamiento mostrando una gran mejoría.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La hemicránea paroxística (HP) se caracteriza por la presencia de ataques recurrentes de dolor estrictamente unilateral y breve duración, acompañado de síntomas y signos vegetativos oculo-faciales ipsilaterales. Suele durar entre 2 y 30 minutos y la frecuencia media de 7-13 ataques por día. El diagnóstico se basa en evaluación de las características clínicas, respuesta absoluta a la indometacina y exclusión de cuadros sintomáticos. Dicho diagnóstico debemos tenerlo en cuenta, aunque constituya una entidad relativamente rara, ya que posee un tratamiento eficaz. No toda cefalea debe ser categorizada de migraña, hay que estudiar el patrón de cada una con el fin de ser correctamente abordada.

Palabras clave

Cefalea, Hemicránea Paroxística, Indometacina.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Esas gambas te pueden paralizarSalyuk Kulinich, K¹, Martín Aguilera, A²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

El paciente acude por mal estado general, debilidad en miembros inferiores e imposibilidad para mantenerse de pie de una semana de evolución.

Historia clínica

Los días previos consulta por mareo y vómitos, con diagnóstico al alta de gastroenteritis aguda por posible consumo de gambas en mal estado. En el momento de la consulta refiere no mejoría de la clínica previa, además de la aparición de debilidad en ambos miembros inferiores.

Enfoque individual

Varón de 55 años de origen ucraniano con antecedentes de obesidad mórbida e hipertensión arterial en tratamiento con Varsartan 20 mg/Amlodipino 10 mg/Hidroclorotiazida 25 mg/24 h.

Durante nuestra exploración destaca la disminución simétrica de fuerza de miembro inferior y abolición de reflejos osteotendinosos. Se solicita análisis bioquímico y microbiológico del líquido cefalorraquídeo y una resonancia magnética de urgencias, cuyos resultados no son concluyentes. El paciente es ingresado durante tres meses a cargo del servicio de neurología realizándose pruebas de conducción nerviosa, de medicina nuclear, microbiológicas y de autoinmunidad, sin encontrar etiología del cuadro. Durante este ingreso presenta un lento empeoramiento clínico debido a una parálisis ascendente.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de un refugiado de la guerra de Ucrania que no habla español y que presenta limitaciones debido a su condición física, su enfermedad actual y su situación económica. Reside en la Cruz Roja con su mujer, dependiendo de sus cuidados, la cual tampoco tiene sustento económico. Están inscritos en un CS Granada Metropolitana pero nunca han acudido según refieren debido a la barrera lingüística.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de Guillain- Barré variante axonal paraparética en contexto infeccioso.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de neurología y rehabilitación, y con tratamiento dirigido para el dolor, depresión, estreñimiento, entre otros.

Evolución

Debido a la variante no típica de la enfermedad, el paciente presenta una recuperación muy lenta que aún no le permite la deambulacion.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La asistencia a personas extranjeras requiere de tiempo y un abordaje multidisciplinar, debido a que la incorrecta o deficiente transmisión de información puede crear situaciones de incomprensión y angustia, que repercutirá en la relación médico-paciente.

Palabras clave

Síndrome Guillain-Barre, Parálisis Ascendente, Gastroenteritis Aguda.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Disfagia alta

Reyes Castellano, Juan L¹, Santos Collado, A², Bermejo Benárquez, A³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Del Condado. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disfagia.

Historia clínica

Disfagia alta a sólidos y líquidos de 1 año de evolución

Enfoque individual

Hombre de 79 años. Consulta por disfagia de 1 año de evolución, a sólidos y líquidos cuando presenta crisis de dolor por su cervicoartrosis, mejorado con la flexión del cuello y empeora con la hiperextensión del mismo, sin atragantamiento. No síntomas asociados: disnea, pérdida de peso o fiebre.

Exploración física: existe un aumento de la lordosis cervical, dolor a la flexoextensión y rotaciones del cuello, no tumoración palpable en columna cervical.

Antecedentes personales: hipertrofia prostática benigna, insomnio, lumbartrosis, Hemorroides internas.

Ante la sospecha de disfagia mecánica se realiza una Rx lateral de Columna cervical, apreciándose grandes osteofitos C3-C4 a C6-C7, a nivel de C4-C5 comprimen la columna de aire de la tráquea, sin disminución de los espacios intersomáticos de los cuerpos vertebrales.

Ante esos hallazgos, se derivó al paciente a su hospital de referencia para la realización de resonancia magnética de cuello, objetivándose acusada hiperostosis en columna cervical, con osificación y calcificación en región anterior y lateral de 4 vértebras contiguas (de C3-C4 a C6-C7). Se justificaba así la disfagia, ya que las

calcificaciones comprimían el esófago cervical, de manera más significativa a la altura del cartílago cricoides.

Se confirmó así el diagnóstico de hiperostosis cervical difusa idiopática (Enfermedad de Forestier y Rotes-Querol) y se derivó a Neurocirugía.

Enfoque familiar y comunitario

No ha lugar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: disfagia alta mecánica secundaria a osteofitosis columna cervical (Enfermedad de Forestier y Rotés Querol).

Diagnostico diferencial: divertículo de Zenker, Esternosis cricofaríngea. Bocio, Cuerpo extraño, Epiglotitis, Neuromuscular (Parkinson, E Multiple...). Alteraciones neuromusculares.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente refiere que actualmente la disfagia es episódica y no le limita el día a día, por lo que pospone la intervención quirúrgica.

Evolución

El paciente es dado de alta. Control por su médico de familia que le remitirá de nuevo en caso de progresar el grado de disfagia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En pacientes con disfagia alta, de edad avanzada habría que tener en cuenta la Enfermedad de Forestier y Rotes Querol y solicitar una simple RX lateral de Columna Cervical.

Palabras clave

Dysphagia, Cervical Osteophytes, Forestier and Rotes-Querol Disease.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No siempre es ansiedadAragón García, JD¹, Abad Naranjo, A², Alcalá Camúñez, AC³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda-Sur. H de la Serranía de Ronda. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hormigueo de manos y pies. Sudoración.

Historia clínica

Mujer de 55 años que acude a urgencias de Atención Primaria por parestesias acras, palpitaciones y sensación de opresión torácica de 2 horas de evolución. Está inquieta y preocupada por motivos personales y laborales. No ha encontrado diazepam en casa.

Antecedentes personales: tiroidectomía total hace 2 días (nódulo en lóbulo tiroideo derecho sospechoso de carcinoma papilar), gota y ansiedad.

Tratamiento actual: levotiroxina, carbonato cálcico/colecalciferol, colchicina y alopurinol pautados; diazepam y paracetamol a demanda.

Exploración física: taquicardia a 110 latidos/minuto; tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y glucemia en rango. Buen estado general, nerviosa.

Exploración neurológica: sin focalidad, salvo hipoestesia acra. Auscultación cardiopulmonar: taquicardia sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen sin hallazgos. Herida quirúrgica cervical anterior, sin signos inflamatorios ni compatibles con infección. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 105 latidos/minuto, qt normal. Se le pauta 5 miligramos de diazepam para control de síntomas y se deriva a urgencias hospitalaria para completar Pruebas complementarias, sospechando alteración postquirúrgica en el equilibrio del calcio.

Pruebas complementarias. Hospitalarias. Análítica sanguínea, a destacar: calcio 6,9 miligramos/decilitro. Análíticas previas con valores iónicos normales. Radiografía de columna cervico-dorso-lumbar: sin hallazgos compatibles con patología vertebral compresiva.

Enfoque individual

En "Historia clínica".

Enfoque familiar y comunitario

Aunque la forma familiar del cáncer de tiroides es poco frecuente, se aconseja estudio de familiares de mayor proximidad como prevención.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnósticos diferenciales previos a la cumplimentación de pruebas complementarias y ante la clínica expuesta: Polineuropatías (alteraciones iónicas, entre otras). Mielopatías. Radiculopatías. Patología del sistema nervioso central. Mononeuropatías. Crisis de ansiedad.

Juicio clínico (tras obtener resultados de pruebas complementarias): hipocalcemia grave secundaria a hipoparatiroidismo postquirúrgico.

Tratamiento, planes de actuación

Gluconato cálcico intravenoso, en suero glucosado al 5%. Tras el restablecimiento del nivel del calcio y la remisión de la sintomatología se procede a alta hospitalaria.

Tratamiento domiciliario: carbonato cálcico y calcitriol. Se reevalúa en consulta con analítica de control, no presentando cambios.

Evolución

Favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la relevancia del médico de familia como figura integradora de toda la información, valorando la presencia de signos y síntomas de alarma que requieran pruebas complementarias urgentes y estableciendo un amplio diagnóstico diferencial, confirmando o descartando gravedad.

Palabras clave

Hypocalcemia, Anxiety, Paresthesi

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

A propósito de una lumbalgia

Amezcuá Dávila, M, Rivera Sánchez, AI, Morales Carralero, MM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

CS Torredonjimeno.

Motivos de consulta

Lumbalgia crónica.

Historia clínica

Paciente, mujer de 57 años que consulta por lumbalgia de meses de evolución, sin respuesta a tratamiento conservador.

Enfoque individual

RAM: dexketoprofeno y tramadol.

Bronquitis crónica, endometriosis, escoliosis lumbar degenerativa.

Consulta por lumbalgia crónica, sin mejoría con tratamiento conservador.

Exploración física:

ACR: rítmico y sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, leve distensión abdominal. MMII: no signos de TVP, pulsos conservados, no edemas. Lassegue y Braggard Negativos.

Enfoque familiar y comunitario

Padre Ca próstata.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pinzamiento lumbar, escoliosis lumbar degenerativa.

Tratamiento, planes de actuación

Analgesia.

Derivación a Unidad de Columna.

Evolución

En RNM se informa de imagen quística en ovario derecho, se decide valoración por ginecología, que finalmente diagnóstica Ca de trompa de Falopio derecha que infiltra extensamente ovario y rompe cápsula.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Tener en cuenta que un paciente puede acudir por una patología, identificar y saber orientar adecuadamente es fundamental, pero tenemos que estar preparados a encontrarlos y diagnosticar otras, que en principio no llegas a plantear.

Palabras clave

Lumbalgia, Quistes, Formación.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Prioridad 4 con odinofagia, “será un catarro de vías altas”Aragón García, JD¹, Villanueva Rubio, MA², Fernández Ruiz, CC¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. H de la Serranía de Ronda. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (SUAP). CS Ronda-Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor de garganta y de oído izquierdo.

Historia clínica

Varón de 38 años sin hábitos tóxicos, antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual.

Refiere odinofagia, otalgia refleja izquierda y fiebre de 3 días de evolución. No otra sintomatología de interés.

Exploración física:

Temperatura 38.5°C; frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y saturación de oxígeno en rango. Aceptable estado general. Oídos normales. Trismus incipiente. Cavidad bucal con numerosas caries en molares de hemiarcada dental inferior izquierda. Orofaringe con abombamiento de la pared posterior y del pilar anterior del paladar. Induración submandibular izquierda y dolor a la movilización del cuello.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea: leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva de 70 miligramos/litro. Tomografía computarizada de cuello con contraste intravenoso: absceso periamigdalino con extensión caudal y componente parafaríngeo y retrofaríngeo izquierdo.

Enfoque individual

En "Historia clínica".

Enfoque familiar y comunitario

Desde Atención Primaria, se debe realizar un abordaje de salud bucodental, a nivel familiar, al menos inicial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En espera de las pruebas complementarias, se valoran los siguientes

Diagnósticos diferenciales: Celulitis o flemón periamigdalino. Mononucleosis infecciosa. Linfoma. Absceso retrofaríngeo y retromolar. Enfermedad de Pott (tuberculosis de la columna vertebral). Meningitis. Tendinitis calcificada de los músculos prevertebrales del cuello.*Juicio clínico:* absceso retrofaríngeo y parafaríngeo izquierdo (complicación de absceso periamigdalino e infección odontógena).**Tratamiento, planes de actuación***Tratamiento intravenoso:* ceftriaxona, paracetamol, dexketoprofeno y metilprednisolona. Ingreso hospitalario, para continuar terapia.

Punción-aspiración y drenaje de material purulento por polo superior amigdalino.

Alta hospitalaria al sexto día, continuando con tratamiento domiciliario, vía oral.

Evolución

Favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Nos encontramos ante una complicación extrema de una infección odontógena. Entre las labores del médico de Familia, además del tratamiento etiológico y sintomático, destaca la prevención y promoción de la salud.

Un abordaje integral inicial del paciente, concienciándole de la importancia de los hábitos dietéticos saludables y la higiene bucodental hubiera evitado o, al menos, atenuado la gravedad del cuadro expuesto.

Palabras clave

Abscess, Neck Pain, Trismus.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Complicaciones en pacientes con HTA esencial sin tratamiento farmacológico

Sánchez Silva, A¹, Turmo Serra, AM², Apaez Rodríguez, A³

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos de la Mitación. Sevilla

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Crisis hipertensiva con focalidad neurológica.

Historia clínica

Paciente varón de 36 años que acude por emergencia hipertensiva y cefalea en domicilio (TA 178/114 mmHg) con clínica neurológica resuelta tras control de TA con labetalol 60 mg. Refiere entumecimiento de hemicuerpo izquierdo. Se realiza TC craneal observando área de hipo densidad con pérdida de la diferenciación cortico subcortical frontal derecha, compatible con isquemia de evolución subaguda.

Enfoque individual

Antecedentes personales: HTA hace 3 años sin tratamiento farmacológico. No DM ni DLP.

Exploración física: Consciente, orientado y colaborador. Lenguaje coherente y fluido. No alteraciones campimetrías. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no nistagmo ni parálisis facial. No alteraciones en la sensibilidad ni en la motricidad. Fuerza conservada (grado 5). No alteraciones en la marcha. No disimetrías ni diadococinesia. Reflejos conservados y signos meníngeos negativos. ACP: tonos cardiacos rítmicos, no soplos ni roces. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. RHA conservados. MMII sin edemas ni signos de TVP. Niega dolor abdominal, dolor torácico o disnea. Niega alteraciones en el sueño. Únicamente destaca entumecimiento en hemicuerpo izquierdo que ha ido remitiendo poco a poco. Analíticas con

perfil cardiovascular, hormonal normal. ECG (26/08): rS a 67lpm. Eje izquierdo. PR normal y QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización ni lesiones isquémicas agudas. Rx tórax (26/08): iCT normal. No signos de condensación ni infiltrados. SCT libres. TC craneal (26/08): Área de hipo densidad con pérdida de la diferenciación cortico subcortical frontal derecha, compatible con isquemia de evolución subaguda. ETT y ETSA (29/08): ausencia de cardiopatía estructural. Doppler renal (29/08): estudio sin hallazgos patológicos. Interconsulta con Oftalmología (30/8/23): sin hallazgos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Emergencia hipertensiva con afectación isquémica neurológica

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento farmacológico: AAs 100 mg, clopidogrel 75 mg (hasta cumplir 21 días), omeprazol 20 mg, atorvastatina 80 mg, enalapril 20 mg. AMPA.

Evolución

Si incidencias, se decidió dar alta a domicilio con posterior control por su médico de familia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Despistaje de la hipertensión arterial esencial en pacientes jóvenes fomentando medidas higiénico-dietéticas, control exhaustivo de tensión arterial en domicilio y si fuera necesario tratamiento farmacológico para evitar complicaciones futuras.

Palabras clave

Hipertensión Arterial, Hipertensión Esencial, Crisis Hipertensiva.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Complicaciones de la cirrosis hepática: encefalopatía hepáticaTurmo Serra, AM¹, Apaez Rodríguez, A², Sánchez Silva, A³¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mairena del Aljarafe. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bollullos de la Mitación. Sevilla³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tomares. Sevilla**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Desorientación y bajo nivel de consciencia en paciente con cirrosis hepática.

Historia clínica

Paciente varón de 54 años que acude a urgencias con clínica de desorientación, disminución del nivel de consciencia, somnoliento y dolor abdominal. Su familiar refiere no haber defecado en el día presente, y escasa cuantía en el día anterior. Afebril. Niega otra sintomatología por aparatos.

Enfoque individual

Antecedentes personales: No RAMC. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cig/día. Ex ADVP. Ex consumidor de alcohol desde enero 2023. FRCV: no HTA, no DM, no DLP. Cirrosis hepática mixta: enólica y VHC. Child-Pugh B9 MELD 17. Pendiente de cita en Unidad de Trasplante Hepático. Varices esofágicas pequeñas sin SPS. Exploración física: tA 80/52 mmHg FC 81 lpm Sat O₂ 97% T^a 36,9°C
Exploración física: regular estado general, bien hidratado y perfundido. Eupneico. Temperatura normal. Consciente, desorientado. Tendente al sueño. Auscultación cardiopulmonar: corazón rítmico, sin soplos ni roces, a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda de forma difusa. Sin signos de irritación peritoneal. Neurológicamente: consciente, apertura de ojos a estímulos verbales. Desorientado. Flapping. Obedece órdenes sencillas. PINLA. MOECC. Sin

nistagmus. Fuerza disminuida. Sensibilidad conservada. Marcha y equilibrio no valorables.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 74 lpm. Sin signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. Radiografía de Abdomen: líneas del poas conservadas. Gas en ampolla rectal. No dilatación de asas. Analítica de sangre: hb 123 Leucocitos 4.85 NT 3.84 Plaquetas 89. Bioquímica sin alt. Coagulación normal. Perfil abdominal Bb total 2.00 Bb I 1.20 Bb D 0.80 Lipasa 373 resto sin alteraciones. Perfil iónico normal. GSV normal. Amonio 291. TAC de cráneo: sin datos de patología aguda intracraneal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas*Juicio clínico:* encefalopatía hepática grado I-II.*Diagnóstico diferencial:* tóxicos, patología cerebrovascular aguda**Tratamiento, planes de actuación**

Paso a Observación. Se administra sueroterapia parenteral, así como enema evacuador con sonda que inicialmente no resulta efectivo, posteriormente si, pautándose 3 enemas diarios. Controles analíticos.

Evolución

Mejora analítica y clínica tras 24h de tratamiento intensivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Manejo y seguimiento de las posibles complicaciones de pacientes cirróticos en el ámbito de urgencias.

Palabras clave

Encefalopatía Hepática, Amonio, Cirrosis Hepática.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Rabdomiólisis de etiología poco comúnDamián García, R¹, Relaño Mesa, A², Flores Soler, O³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS D. Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 25 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) aquejando cansancio de una semana de evolución, junto con presencia de coluria y dolor lumbar bilateral.

Historia clínica

Sin antecedentes personales.

Enfoque individual

Exploración física: la paciente presenta dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar bilateral. La auscultación cardiorrespiratoria (ACR) y la exploración abdominal resultan sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de posible patología renal, se solicita hemograma, y bioquímica con creatinina, urea, sodio, potasio, cloro y creatina quinasa (CK). A los tres días, la paciente acude a consulta para conocer los resultados. En la analítica se detecta un valor de CK de 8.000 mg/dl como único hallazgo significativo. Se interroga por factores etiológicos comunes de rabdomiólisis, pero niega ejercicio físico diferente al habitual, exposición a fuente de calor intensa o traumatismos recientes. Ante dicho valor de CK se remite a Urgencias para valoración. En dicho servicio, se solicita analítica que confirma valores previos y se procede a ingreso en área de Observación para sueroterapia intensiva. Dado que la paciente insiste en intensa astenia, se amplía análisis con hormonas tiroideas, obteniéndose al día siguiente un valor de TSH superior a 10 micromol/ml con T4 descendida.

Enfoque familiar y comunitario

Sin relevancia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rabdomiólisis secundaria a hipotiroidismo.

Diagnóstico diferencial: pielonefritis aguda, cólico renal.**Tratamiento, planes de actuación**

Sueroterapia intravenosa intensiva y levotiroxina por vía oral en área de Observación.

Evolución

A los 4 días, los valores de CK descendieron a 400 mg/dl y al mes, se normalizaron las hormonas tiroideas. En controles posteriores ambos parámetros alcanzaron valores en rango y el dolor lumbar y la coluria desaparecieron.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La rabdomiólisis se define como el síndrome clínico producido por la lesión del músculo esquelético, que origina liberación de sustancias intracelulares como mioglobina, CK, o lactato deshidrogenasa (LDH) a la circulación. Aunque los desencadenantes más comunes son el ejercicio físico intenso, la hipertermia y los traumatismos, existen otras etiologías menos comunes. Así, ante un paciente en el que se detecta un valor elevado de CK junto con astenia de varias semanas, y ausencia de desencadenantes comunes, deben solicitarse hormonas tiroideas para descartar una hiperCKemia secundaria a hipotiroidismo.

Palabras clave

Rabdomiólisis, Hipotiroidismo, Mialgia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Seguimiento del duelo en Atención PrimariaGámiz Martínez, FM¹, Prieto Bonilla, AM², Marín Corencia, C¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Nerviosismo.

Historia clínica

Paciente mujer de 68 años que acude a consulta por episodios de nerviosismo acompañados de dolor torácico tipo punzante de unos 5 minutos de duración. No se acompaña de cortejo vegetativo. Ceden cuando se relaja y realiza respiraciones profundas.

Enfoque individual

No antecedentes personales de interés. Durante la entrevista clínica, la paciente menciona que estos episodios comenzaron tras fallecer su marido hace 3 meses. Ella había sido su cuidadora principal en los últimos meses en los que estuvo en seguimiento conjunto por Atención Primaria y Cuidados Paliativos. Sentía gran tristeza y culpabilidad debido a que había cosas que no había dicho o no había hecho con su marido.

Exploración física: presenta buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación. Tensión arterial: 120/80 mmHg. ECG: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, intervalo PR constante, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario

Viuda desde hace 3 meses. Marido fallecido de cáncer de colon con metástasis pulmonares. Sin hijos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Crisis de ansiedad secundaria a proceso de duelo tras la muerte de un familiar.

Diagnóstico diferencial: debemos incluir otros procesos que se manifiesten con dolor torácico como el síndrome coronario agudo, neumotórax o patología digestiva.

Tratamiento, planes de actuación

Iniciamos tratamiento con Sertralina 50 mg por la mañana.

A parte de tratamiento farmacológico, proporcionamos ayuda emocional que le permita expresar sus sentimientos y aceptar progresivamente la realidad de la pérdida.

Evolución

Citamos de nuevo a la paciente en 2 semanas. Presenta leve mejoría desde el inicio del tratamiento y comparte con nosotras sus vivencias de duelo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El duelo es una reacción adaptativa natural ante cualquier tipo de pérdida y es más intenso tras el fallecimiento de un ser querido. Desde Atención Primaria podemos realizar intervenciones antes y después del fallecimiento. Durante el proceso del duelo es fundamental acompañar al paciente ayudando a aceptar la realidad, experimentar el dolor emocional y adaptarse al ambiente en el que el difunto no está presente.

Palabras clave

Duelo, Ansiedad, Dolor Torácico.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

No todo dolor de pecho es ansiedad

Moreno Blázquez, A¹, Valle Sevilla, S¹, Rodríguez Cerro, T²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa - Mercedes Navarro. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guillena. Sevilla

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Asma bronquial intermitente. Sin factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis: mujer de 39 años acude a urgencias de su centro de salud por dolor centrotorácico opresivo irradiado a región cervical, acompañado de sudoración profusa, que ha comenzado mientras jugaba con sus hijos en casa. En SUAP se administra cafinitrina, sin mejoría del dolor. El dolor persiste de forma más intensa durante 1 hora, permaneciendo constante, aunque más leve en horas posteriores, por lo que acude a urgencias hospitalarias.

Exploración física: estable hemodinámicamente con TA: 110/74 mmHg y FC 76 lpm. Sat O₂: 96% sin aportes. Auscultación cardiopulmonar normal.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 65 lpm, QRS estrecho, PR y eje normales, T negativa aislada en III Analítica de Urgencias: hemograma y estudio de coagulación normales. Glucemia 127 mg/dl, Cr 0.67, iones normales. Troponina T: 87.7 - 163 Rx de tórax: silueta cardiomediastínica normal, sin hallazgos reseñables.

Enfoque individual

Mujer de 39 años sin antecedentes familiares ni personales relevantes. Sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular.

Enfoque familiar y comunitario

Madre de dos niños. Vive con su familia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome coronario agudo secundario a disección coronaria espontánea de arteria circunfleja distal.

Diagnóstico diferencial: IAM, miocarditis, disección aorta torácica, dolor musculoesquelético.

Tratamiento, planes de actuación

Ácido Acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido en almuerzo y Bisoprolol 2,5 medio comprimido en desayuno. Angiotac de aorta con carácter reglado para descartar anomalías arteriales extracardiacas.

Evolución

Ante ascenso progresivo de TNT, se inicia AAS y se realiza ecocardiograma con hallazgo de dudosa hipoquinesia en septo basal. En 3^a determinación de TNT 264.0 ng/L por lo que se realiza cateterismo visualizando disección coronaria espontánea a nivel distal de arteria circunfleja con oclusión a nivel de bifurcación de unas finas ramas posterolaterales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

No banalizar las consultas de urgencias por dolor torácico, ya que, en este caso a pesar de la ausencia de factores de riesgo cardiovascular, la edad de la paciente y que no cediera el dolor tras administrar cafinitrina sublingual, una buena anamnesis y exploración física son esenciales para la derivación a urgencias y llegar al diagnóstico definitivo.

Palabras clave

Dolor Torácico, Aneurisma, Riesgo Cardiovascular.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, tengo un bulto en el cuello

Álvarez Garcés, S¹, Díaz Lozano, E1, Boza Moriana, MJ2

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

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Osuna. CS El Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tumoración supraclavicular espontánea con febrícula asociada.

Historia clínica

Cuadro de cinco días de molestias en regiones escapulares con aparición de tumoración supraclavicular izquierda espontánea y febrícula de 37.8°. En los 5 días previos ha estado en tratamiento con Amoxicilina-clavulánico por gingivitis y extracción dentaria pieza 41, sin flemones. No otalgia, no odinofagia.

Enfoque individual

Antecedentes personales: mujer de 43 años. No RAM. - HTA, No DM, no dislipemia. - Estenosis aórtica leve. Insuficiencia valvular aórtica I-II/V. Aneurisma de aorta ascendente de 50 mm estable.

Exploración: buen estado general. TA 123/74, FC 99 spm, T° 37.8°C. Saturación O₂ 99%.

Faringe normal, sin hipertrofia amigdalár ni descenso del paladar, sin edema de úvula. Gingivitis. No flemón odontógeno.

A nivel supraclavicular izquierdo se objetiva bultoma doloroso, blando, de más de 5 cm de diámetro, fluctuante, sin eritema ni aumento de temperatura. No palpo adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares ni axilares. No palpo aumento de tamaño de tiroides.

AC: soplo diastólico leve en foco aórtico. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos radiales conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: hemograma: 14.1g/dl, leucocitos 11.140, neutrófilos 77.5%, plaquetas 217.000. Coagulación: sin hallazgos. Glucosa 90 mg/dl, creatinina 0.93 mg/dl, CK 31 U/L, sodio 136

mEq/L, potasio 4 mEq/L, PCR 143.3 mg/L. Gasometría venosa: ph 7.418, PCO₂ 40.1mmHg, HCO₃ 25.4mmol/L, láctico 1.1.

Rx tórax: sin alteraciones.

Ecografía cervical de centro de salud: se observa aumento de partes blandas junto a dudosa trombosis yugular izquierda.

TC con Contraste Cuello: trombosis del eje yugulosubclavio izquierdo, en el contexto de una tromboflebitis séptica/supurativa, con afectación de la grasa circundante

Enfoque familiar y comunitario

Nacionalidad española. Vive en zona rural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tromboflebitis séptica yugular izquierda (Sd. Lemierre).

Diagnóstico diferencial: infección oro-faríngea.

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso para antibioterapia intravenosa.

Evolución

Favorable sin fiebre, desaparición de molestias y descenso de proteína C reactiva por lo que continuará tratamiento oral y seguimiento en su centro de salud.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Detectar los síntomas y signos de alarma para un tratamiento precoz es un papel crucial en Primaria. El uso de la ecografía en Centros de Salud hace más certero el diagnóstico.

Palabras clave

Gingivitis, Absceso Supraclavicular, Fiebre.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Fiebre botonosa mediterránea por *Rickettsia Conori* tras picadura de garrapataP de la Vega Carranza, P¹, Moya Ríos, S², García Ramírez, CE³¹ Mir Medicina Familiar Y Comunitaria. CS Ronda Sur-Santa Bárbara. Ronda (Málaga)² Mir Medicina Familiar Y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)³ FEA Medicina Familiar Y Comunitaria. CS Ronda Sur-Santa Bárbara. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Síndrome febril y picadura de garrapata.

Historia clínica

Antecedentes personales: Varón de 56 años. No alergias medicamentosas conocidas, hernia umbilical, hiperlipoproteinemia y rinoconjuntivitis alérgica.

Enfoque individual

Anamnesis: Paciente acude por fiebre elevada de hasta 39°C de una semana de evolución, acompañada de astenia, mialgias y cefalea frontotemporal. No se acompaña de clínica respiratoria ni digestiva. Antecedente hace 19 días de picadura de garrapata en gemelo del miembro inferior izquierdo.

Exploración: Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Mucosas normohidratadas y normocoloreadas. Eupneico en reposo. Constantes estables. En gemelo del miembro inferior izquierdo se observa lesión cutánea redondeada ligeramente prominente con halo eritematoso y escara negruzca (“mancha negra”) de 5 mm de tamaño y aumento de temperatura local. Levemente pruriginosa e indolora.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre con hipertransaminasemia (AST 189, ALT 452, GGT 136), aumento de enzimas musculares (LDH 427), aumento de reactantes de fase aguda (PCR 13,9), sin alteraciones en la coagulación ni en fórmula leucocitaria y en la serología infecciosa: anticuerpos anti-*Rickettsia Conori* IgM positivo e IgG negativo.

Enfoque familiar y comunitario

Estudio de la familia sin otros miembros afectados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea por *Rickettsia Conori* tras picadura de garrapata.

Diagnóstico diferencial: Otras Rickettsiosis (fiebre tifoidea). -Enfermedades exantemáticas (sarampión, rubeola, varicela en fase inicial). Infecciones virales (enterovirus, púrpura de Schönlein-Henoch y otras vasculitis).

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: Antibioterapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días y crema antibiótica local con mupirocina.

Planes de actuación: Analítica de control al mes con serología infecciosa.

Evolución

Disminución de tamaño de la lesión cutánea con desaparición de escara negra, desaparición de fiebre y astenia, analítica de sangre al mes con normalización de niveles de transaminasas y serología infecciosa con Ac-anti-*Rickettsia* IgM negativo y Ac-anti-*Rickettsia* IgG positivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En Atención Primaria debemos tener en cuenta patología que pueda darse en entornos rurales. Siempre realizar una exploración física detenida en caso de síndrome febril sin foco y con antecedente de exposición a entorno rural, ya que en casos similares al comentado, la lesión cutánea de la garrapata es indolora y no siempre pruriginosa, pudiendo pasar desapercibida si no está en una localización muy visible (zonas cubiertas, pliegues de flexión de extremidades inferiores, inglés, genitales o el tronco).

Palabras claveFiebre, *Rickettsia*, Garrapata.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

La enfermedad del beso del gato

Pérez González, A, Oliveira Días, C

*MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almuñécar. Granada***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre de 7 días de evolución (38.5°C), mialgias y adenopatía laterocervical.

Historia clínica

Mujer de 21 años, correctamente vacunada, no hábitos tóxicos ni tratamiento.

Enfoque individual

Tatuaje dos meses antes y contacto con gato una semana antes.

Exploración física: Regular estado general. PA: 100/65 mmHg. Temperatura: 37.9°C. Palidez cutánea. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con hepatoesplenomegalia de un través de dedo, no dolorosa a la palpación. Faringe sin exudados. Otoscopia normal. Adenopatía laterocervical izquierda (3 cm de diámetro), blanda, móvil y dolorosa. No adenopatías en otras localizaciones. Piel sin arañazos o mordeduras visibles. No focalidad neurológica. Extremidades inferiores sin edemas. Pulsos conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: Se remite a Urgencias hospitalarias con informe de consulta sugiriendo realizar analítica, serologías (hepatitis B, toxoplasmosis, bartonelosis), hemocultivo y frotis de sangre. Analítica: hemograma 9050 leucocitos/ml (linfocitos 52%), bioquímica: gOT 179, GPT 221 y GGT 55 (unidades/litro). PCR 45 md/dl, procalcitonina 0.14 ng/ml, coagulación en rango. Urianálisis y urocultivo normales. Rx AP en supino de abdomen y PA y lateral de tórax sin hallazgos. Ecografía abdominal: IOEs esplénicas hipoecogénicas compatibles con microabscesos. Hemocultivo negativo. Frotis de sangre: polimorfonucleares 24, linfocitos 68% (de aspecto activo). PCR SARS-Cov2 negativo. Serologías:

virus hepatotropos y VIH negativos, Epstein Barr IgM negativo IgG positivo, CMV IgM e IgG negativos, toxoplasma IgM e IgG negativos, Bartonella henselae IgM e IgG negativos.

Enfoque familiar y comunitario

No aplica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Posibles causas de adenopatía infecciosas (síndrome mononucleósico (mononucleosis infecciosa, VIH, CMV, herpes virus 6, toxoplasmosis, bartonelosis.) y no infecciosas (linfomas/carcinomas).

Tratamiento, planes de actuación

Azitromicina 5 días, citación al mes en consulta para nueva ecografía abdominal y repetición de serología de toxoplasmosis y bartonelosis.

Evolución

Resolución del cuadro, desaparición de LOEs hepatoesplénicas y positivación de IgG para Bartonella henselae.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los cuadros mononucleósicos son causa frecuente de consulta. Aparte de Epstein Barr, pensar en otras etiologías, sobre todo cuando no cumplen los criterios de la tríada clásica (fiebre raramente superior a 40°C, faringitis exudativa y adenopatía cervical). Considerar Bartonella henselae si contacto previo con gato. Una serología negativa en el momento agudo no excluye el diagnóstico, siendo aconsejable repetirla pasadas unas semanas si la sospecha es fuerte y no se ha encontrado otra causa.

Palabras clave

Bartonella Henselae, Cat-Scratch Disease, Bartonella Infections.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Kala-azar

Martin Fernández, C¹, Granado Ortiz, I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa – Mercedes Navarro. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre de larga evolución.

Historia clínica

Paciente varón de 33 años que acude a su centro de salud por picos febriles de hasta 39°C, tos y disnea.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no refiere. En primera consulta auscultación cardiorrespiratoria anodina y se prescribe azitromicina durante 3 días.

Acude nuevamente a la semana por persistencia de fiebre, ampliándose tratamiento antibiótico a Amoxicilina sin presentar buena evolución clínica manteniendo picos febriles de hasta 37.5°C cada 3-4 días junto con coluria intermitente, sin otra clínica acompañante. Analítica: anemia (hemoglobina 8.6 g/dl, con previa 6 meses antes en 14.1 g/dl) y bilirrubina (bilirrubina total 1.88 mg/dl, bilirrubina directa 1.36 mg/dl) y LDH (340 U/L) elevada.

Exploración física: ligera taquicardia y hepatomegalia de unos 2-3 traveses de dedos.

Se decide contactar con Unidad de Enfermedades Infecciosas que procede a ingreso y ampliación del estudio.

Enfoque familiar y comunitario

Acude a consulta acompañado por su madre. Niega viajes al extranjero, dueño de un perro bien vacunado y trabaja como repartidor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Leishmaniasis visceral, mononucleosis.

Tratamiento, planes de actuación

Durante su evolución presenta pancitopenia de hasta 6.9 mg/dl de hemoglobina, plaquetopenia y leucopenia discreta, hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia discreta, hiperferritemia con pico de 1800 ng/ml, hipergammaglobulinemia IgG, frotis periférico sin hallazgos. Ecografía abdominal presenta hepatoesplenomegalia con signos de hipoperfusión/isquemia esplénica. En serología evidencia Leishmania spp. positiva, con PCR Leishmania en medula ósea negativa. Anatomía patológica de medula ósea sin hallazgos. Ante resultados de serología positiva para Leishmania spp, semiología compatible y sospecha clínica de posible componente de hemofagocitosis secundaria, se decide inicio de tratamiento empírico con Anfotericina B liposomal.

Evolución

Mejoría clínica desde el inicio del tratamiento y recuperación progresiva de citopenias y defervescencia completa. Actualmente, y tras consulta de revisión, normalidad analítica y asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacamos la importancia de conocer patologías poco frecuentes en nuestro medio por no ser endémicas, pero no menos importantes en el diagnóstico diferencial, ya que se está observando un repunte de las mismas en los últimos años, permitiendo así un diagnóstico precoz con una rápida administración de tratamiento eficaz que previene la discapacidad y la muerte, así como ayudando a reducir la transmisión y vigilar la propagación.

Palabras clave

Fiebre de Larga Evolución, Leishmaniasis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Fiebre y rigidez en paciente psiquiátricoDíaz Arévalo, M¹, Cordero Ollero, C², García Páez, E³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Adamuz. Córdoba² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Levante Norte. Córdoba³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre y rigidez.

Historia clínica

Mujer de 60 años en seguimiento por Salud Mental por trastorno bipolar en tratamiento con litio, olanzapina y lamotrigina. Consulta en urgencias por deterioro del estado general con debilidad generalizada. Refiere fiebre y rigidez de miembros la noche anterior, con caída de la cama y traumatismo en rodilla.

Enfoque individual

Exploración física: TA 98/54 mmHg, FC 89 lpm, Sato₂ basal 96%. Bradipsíquica, con leve rigidez en articulación del codo a la flexión y hematomas en rodillas. Resto normal.

Pruebas complementarias: hemograma: 20300 leucocitos, urea 47, creatinina 1,58, FG 35, LDH 1221, AST 389, ALT 84, CPK 34746, PCR 200, litio 0,95. Orina y gasometría venosa sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente acompañada por su hijo, que refiere un aumento reciente de la medicación habitual.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se decide ingreso en observación con sospecha de síndrome neuroléptico maligno.

Diagnóstico diferencial: infección sistema nervioso central, hipertermia maligna, golpe de calor.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento inicial: se realiza con sueroterapia y antipiréticos, retirando los posibles fármacos causantes, el neuroléptico y el litio.

Evolución

Durante su estancia en observación presenta pico febril de 38,5°, aumento de CK y empeoramiento de función renal. Se inicia tratamiento con bromocriptina con mejoría clínica y sintomática. Tras valoración por psiquiatría se decide ingreso para ajuste de medicación y seguimiento por su parte.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción idiosincrásica a fármacos bloqueantes dopaminérgicos, fundamentalmente antipsicóticos clásicos, también, aunque con menos frecuencia, a los atípicos, la metoclopramida y el litio. Puede ocurrir al inicio del tratamiento, cuando se aumenta la dosis en pacientes que ya lo tomaban o tras la retirada de agonistas dopaminérgicos. Es una urgencia vital con una mortalidad de un 5-20% por complicaciones graves como insuficiencia renal por rhabdomiólisis. El diagnóstico es clínico tras excluir otras posibles causas. Los síntomas son fundamentalmente: rigidez muscular, hipertermia, cambios en la situación mental e inestabilidad autonómica. Todos los pacientes con sospecha requieren ingreso hospitalario, bien en observación o en UCI, según su estado clínico. El tratamiento se basa en la retirada del fármaco causante, medidas de soporte y tratamiento específico, si precisa, con agonistas dopaminérgicos o relajantes musculares.

Palabras clave

Neurolépticos, Fiebre, Rigidez.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor me duelen las piernas

Fernández Mercado, FE, Generoso Torres, C, Bolívar Sánchez, M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Molestias en la marcha y parestesias al inicio de la marcha.

Historia clínica

Varón de 61 años con molestias en la marcha, parestesias al inicio, que mejora al deambular.

Enfoque individual

Antecedentes personales: intolerancia estatinas, cardiopatía isquémica, dislipemia, DM2, obesidad. Consulta por molestias en la marcha con clínica de parestesias al inicio de la marcha y mejoría al continuar la deambulación.

Exploración física: no alteraciones de columna dorsolumbar, con reflejos osteotendinosos normales. Lassegue y Bragard negativos. Neurológica normal. Se realiza índice tobillo - brazo siendo los resultados de 1 en lado derecho y 0'7 en izquierdo. Pulsos distales conservados bilateralmente.

Analítica y ECG sin hallazgos patológicos. RX de columna no muestra alteraciones. Se derivó a consulta de Cirugía Vasculardonde le dieron recomendaciones higiénicas y de adelgazamiento, además de solicitar interconsulta a Traumatología para descartar estenosis del canal lumbar. El servicio de Traumatología solicita RNM de columna lumbar.

Se reevalua al paciente destacando palpación de pulso pedio derecho sin poder palpase pulsos distales izquierdos (presentes en Doppler), no se consiguen palpar poplíteos ni femorales, auscultándose soplo abdominal infraumbilical; la auscultación cardiopulmolar normal.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se contacta con Radiología que realiza Angio TC junto a RMN solicitada, hallándose una "severa ateromatosis calcificada de la aorta abdominal y ambas ilíacas con estenosis significativa de la arteria ilíaca externa izquierda".

Diagnostico diferencial: patología arterial (ateromatosis), síndrome de estenosis del canal lumbar.

Tratamiento, planes de actuación

Fue intervenido mediante By - Pass aorto - iliaco.

Evolución

Actualmente asintomático y seguimiento conjunto en consulta de Atención Primaria y cirugía vascular realizando pérdida de peso y manteniendo buen control de factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El ITB es el método no invasivo que presenta mejor rendimiento diagnóstico, con una sensibilidad superior a 90%. Ante un resultado patológico de dicho test es recomendable realizar otras pruebas como ecografía - Doppler, angio - RNM o angio - TC. En relación al tratamiento es muy importante señalar que la primera indicación terapéutica es la eliminación y/o control de los factores de riesgo junto a la realización de programas físicos supervisados que han demostrado resultados favorables.

Palabras clave

Parestesias, ITB.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Aneurisma de aorta ascendente, a propósito de un casoDamián García, R¹, Serrano Flores, CM², Moyano Jiménez, E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montoro. Córdoba³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria, servicios de urgencias.

Enfoque familiar y comunitario

Sin relevancia.

Motivos de consulta

Mujer de 65 años acude a punto de urgencias extrahospitalario por dolor torácico desde hace 2 h. Cuenta que el dolor ha sido el más fuerte que ha sentido nunca, lo describe como “desgarrador” y que después ha vomitado (algo muy oscuro). Ahora no le duele, pero está muy cansada. Afebril.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sección de aorta tipo A de Stanford.

Diagnóstico diferencial: epigastralgia, crisis de ansiedad, infarto agudo de miocardio.**Historia clínica**

Hipertensión en tratamiento con Enalapril 10 mg/24 h y trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con Sertralina 50 mg/24 h y Lorazepam 1 mg si lo precisa.

Tratamiento, planes de actuación

Radiografía de tórax, pantoprazol, paracetamol y metoclopramida iv en urgencias extrahospitalarias y realización de pruebas complementarias referidas con anterioridad, en hospital.

Enfoque individual

Se realiza una exploración física completa en la que no se encuentra ningún hallazgo relevante. Se solicita radiografía de tórax posteroanterior y lateral, que muestra una masa mediastínica anterior. Constantes vitales: TA 120/54 mmHg; FC 72 lpm; Sat.O₂: 96%. Decidimos ante el hallazgo radiológico derivar al hospital de referencia. Allí, analíticamente destaca una leucocitosis de 23.320/mm³ a expensas de neutrofilia. Los marcadores inflamatorios y la troponina I son negativos. Se solicita tomografía computarizada (TC) de tórax apreciándose una disección de aorta tipo A, que se inicia en la salida de aorta ascendente y se extiende hasta la bifurcación iliaca. La paciente es valorada por cirugía cardiovascular, cuidados intensivos y cardiología, pasando directamente desde urgencias a quirófano.

Evolución

En quirófano se procedió a la sustitución de aorta ascendente por prótesis vascular de dacrón en posición supracoronaria. Permaneció 22 días en la unidad de cuidados intensivos. Tras ello dos semanas en planta de cirugía cardiovascular y fue dada de alta a domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome aórtico agudo es una patología que genera malestar e incertidumbre cuando nos aparece como diagnóstico diferencial en consulta. Ante cualquier dato que nos los sugiera, y aunque la paciente, como en este caso, esté asintomática, hay que derivar al hospital, para que le sean efectuadas las pruebas complementarias necesarias. Una actuación rápida, salva la vida.

Palabras clave

Aorta, Dolor Torácico, Disección.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, me duele la barriga al andar

Fernández Mercado, FE, Generoso Torres, C, Bolívar Sánchez, M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal intenso tras realizar ejercicio físico.

Historia clínica

Varón de 73 años que tras realizar ejercicio físico acude por dolor abdominal. No náuseas, vómitos ni diarrea.

Enfoque individual

Varón de 73 años que acude por dolor abdominal tras realizar ejercicio físico. Tras ser explorado y valorado en Atención Primaria se decide derivar al servicio de urgencias para una valoración más profunda y realización de ecografía.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril 20 mg/día. El paciente está afebril. No presenta náuseas, vómitos, ni diarrea.

Tº 36'8 °C, TA: 110/72 mmHg, FC 89 lpm. CyC: carótidas simétricas sin soplos. MMSS: radial bilateral. ACP: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior izquierdo. No signos de irritación peritoneal. Se palpa masa pulsátil en zona umbilical izquierda de 7 cm de diámetro. Peristaltismo conservado. No soplos abdominales. PPRB negativa. MMII pulsos femorales presentes y simétricos, pulso pedio y poplíteo en MID. Resto ausentes.

Analítica: PCR 80 mg/L, resto sin alteraciones. Ecografía abdominal urgencias: aneurisma de aorta abdominal de 9'1 x 9'8 cm, con trombosis mural, probablemente infrarrenal.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Aneurisma toracoabdominal (CIE 9:441.7).

Diagnóstico diferencial: perforación de víscera hueca, úlcera péptica perforada, infarto mesentérico, aneurisma aórtico disecante, rotura de embarazo ectópico, quiste ovárico roto o torsión ovárica, embolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio, embolia mesentérica, hematoma de vaina de los rectos, infarto de algún órgano abdominal o neumotórax espontáneo.**Tratamiento, planes de actuación**

Cirugía para reparación de aneurisma. Seguimiento por servicio de Cirugía Vascul. Seguimiento por Atención Primaria.

Evolución

Paciente estable actualmente, asintomático. Continuar con revisiones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Un 70 - 75% de los casos de aneurismas son asintomáticos. Hay un predominio en varones, hipertensos y edad avanzada. Es importante reseñar la importancia de la ecografía para su diagnóstico en Atención Primaria. A pesar de realizar el diagnóstico ecográfico, es necesario realizar TAC para detectar complicaciones como rotura o disección aneurismática con hematoma retroperitoneal o signos de amenaza de rotura, como el sangrado intratrombo. En este caso al realizar el TAC abdominal, fue detectado el aneurisma torácico.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Aneurisma Aórtico, TAC.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Diabetes insípida secundaria a traumatismo craneoencefálico

Morales Carralero, MM, Amezcua Dávila, M, Sánchez Bonilla, EM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente inconsciente tras Traumatismo Craneoencefálico.

Historia clínica

Aviso en vía pública, se desprende baldosa de balcón de edificio golpeándole en la cabeza y le deja inconsciente.

Enfoque individual

A la llegada paciente estuporoso, se visualiza herida inciso-contusa con scalp en área parietoccipital derecha, anisocoria con midriasis pupilar derecha arreactiva, Glasgow 10/15, se realiza XABCDE, se estabiliza y traslada a Hospital de referencia.

Ingresa en UCI, tendente al sueño, desorientado en las 3 esferas, con paresia de VI par craneal, diplopia, incontinencia de esfínteres. Tras 2 semanas de ingreso comienza con poliuria y polidipsia, se realiza IC con Endocrinología, diagnosticándose Diabetes insípida y pautándose tratamiento oportuno.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares significativos. Problemas de no correcto mantenimiento de estructuras de edificio comunitario como

problema causal, que podría favorecer nuevos episodios a la población.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diabetes insípida secundaria a Traumatismo Craneoencefálico Moderado y Hemorragia Subaracnoidea

Preocupación del paciente por posible evolución y persistencia de complicaciones tras nuevo diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación

Desmopresina 2 mg SC en la noche.

Evolución

Actualmente se encuentra ingresado en Medicina Interna con mejoría clínica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Tras paciente con antecedentes de Traumatismo Craneoencefálico que inicie con polidipsia tener presente siempre como diagnóstico diferencial la Diabetes Insípida, destacar que el Médico de Atención Primaria es el primero en valorarlo y tomar decisiones para su correcto diagnóstico y seguimiento.

Palabras clave

TCE, Diabetes Insípida.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¡Qué mala (garra) pata!

Paúl Ríos, C¹, Robledo Carmona, LF², Bautista Salamanca, C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesión eritematosa pruriginosa en MII de 10 días de evolución.

Historia clínica

Varón 40 años que acude por presentar lesión cutánea en MII de 10 días de evolución con ligero dolor en la zona. Afebril con BEG. No astenia, artralgias o mialgias. No disnea. No inicio fármacos nuevos. No recuerda picadura garrapata ni otro insecto. Vive en ámbito rural. Se le pautó corticoide tópico sin mejoría.

Lesión de morfología anular con borde eritematovioláceo, indurado al tacto, que ocupa toda la pierna Izda. Crecimiento centrífugo con aclaramiento central, deja hematomas residuales. No descamación asociada ni lesiones satélites. No signos de sobreinfección. Área ligeramente caliente. Se realiza biopsia y se pauta doxiciclina 100 mgr/12 h 10 días ante la sospecha de enfermedad de Lyme. Resultado biopsia: hallazgos compatibles Enfermedad de Lyme. Con técnica de Wathin-Starry se observan espiroquetas.

Enfoque individual

Paciente con clínica y diagnóstico confirmado de enfermedad de Lyme con buena evolución de sus lesiones cutáneas con el tratamiento. Se deriva a Medicina interna.

Enfoque familiar y comunitario

Se aconseja evitar áreas donde viven garrapatas, como zonas de césped o con arbustos. Usar repelente de insectos con DEET y tratar su ropa con un repelente que contenga de permetrina.

Revisar a diario el cuerpo en busca de garrapatas, y a sus mascotas. Usar acaricidas en áreas de su jardín.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: enfermedad de Lyme.

Diagnóstico diferencial: eritema anular centrífugo, hipersensibilidad a la picadura de insectos, infección cutánea, eritema multiforme, granuloma anular o tiña corporis.

Identificación de problemas: el paciente no recordaba la picadura previa de ningún insecto.

Tratamiento, planes de actuación

Se revisa comprobando la buena evolución de las lesiones cutáneas, y se informa al paciente de la necesidad de vigilar garrapatas en sus animales, así como de que es necesario que consulte si tiene lesiones en piel sospechosas de picaduras de insecto.

Evolución

Tras el tratamiento con 10 días de doxiciclina 100 mgr/12 h, las lesiones evolucionan hacia la resolución con pigmentación residual.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La aparición de eritema centrífugo migratorio junto a ambiente epidemiológico y el antecedente de una picadura de garrapata o su posibilidad debe hacernos sospechar de la presencia de la Enfermedad de Lyme.

Palabras clave

Lyme, Borreliosis, Tick.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor torácico y hábitos tóxicosPérez Martín, C¹, Franco González, M², Pacheco Rivas, EJ²¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor retroesternal tipo opresivo, sin irradiación, de una semana de evolución.

Historia clínica

No RAM.

FRCV: niega HTA, DM y DLP. Enfermedades previas: neumonía basal izquierda hace seis años. Hábitos tóxicos: fumador de 1 paquete y medio al día de tabaco, consumidor diario de marihuana y ocasional de cocaína desde hace más de 10 años. Bebedor de bebidas alcohólicas y energéticas. Intervenciones quirúrgicas previas: niega. Tratamiento habitual: niega.

Enfoque individual

Varón de 37 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor torácico intermitente, tipo opresivo, sin irradiación, acompañado de náuseas de una semana de evolución, que se acentúa tras las ingestas alimentarias y que mejora parcialmente tras la toma de ibuprofeno previamente pautado por su médico de cabecera. Refiere sobreesfuerzos frecuentes debido a que trabaja de peón en una obra. Refiere haber consumido hace dos días cocaína de forma más abundante por ser la feria de su pueblo. *Exploración:* sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: Analítica: troponina T: 519.0, 565 (a las 3 h), 1019 (a las 12 h), 1492 (a las 36 h), 1281 (a las 48 h). ECG: fibrilación auricular a 150 lpm con ondas T negativas en II, III, AVF y V5 y V6. Rx de tórax: sin hallazgos. Tóxicos en

orina: positivo en cocaína y cannabis. Ecocardiograma: mínima disfunción de ventrículo izquierdo. Mínimo defecto de contracción septal. VCI dilatada. Hígado de éctasis. Angio TAC de tórax: no se observan signos de TEP en el estudio.

Enfoque familiar y comunitario

Trabaja como peón de obra y vive en ámbito rural. Vive solo. Independiente para ABVD.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

SCASEST vs Miopericarditis por elevación de enzimas cardíacas y FA de novo.

Tratamiento, planes de actuación

Se ingresa a la paciente en el servicio de Observación para monitorización continua, control de frecuencia de FA y administración de fármacos.

Evolución

Se decide traslado para realización de cateterismo, donde se visualiza oclusión trombótica proximal de arteria coronaria derecha.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de recoger como médicos de Atención Primaria los antecedentes de los pacientes y tener en cuenta que hay hábitos tóxicos que pueden estar estrictamente relacionados con probables IAM.

Palabras clave

IAM, Miopericarditis, Fibrilación Auricular.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Hallazgo casual en exploración física

Robledo Casal, CM, Alberich Cea, R, Salguero Quirantes, R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Paciente de 28 años sin antecedentes personales de interés, no vacunada de VPH por decisión personal. No se ha realizado nunca citologías debido a la situación de pandemia por COVID-19.

Motivos de consulta

Lesiones genitales.

Historia clínica

Paciente de 28 años que acude a consulta presentando desde hace 5 días lesiones genitales dolorosas. Refiere relaciones sexuales sin preservativo con una pareja reciente.

Enfoque individual

Exploración física: se objetivan lesiones ulceradas en labios mayores e introito vaginal compatibles con herpes genital.

Además, a la exploración con el espéculo se objetiva lesiones blanquecinas en cuello uterino, por lo que se solicita citología preferente, exudado vaginal y análisis sanguíneo con perfil ITS.

Enfoque familiar y comunitario

Es importante desde la consulta de Atención Primaria, realizar una captación de las pacientes a partir de los 25 años para incluirlas en el programa de cribado de cáncer de cérvix.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Herpes genital.

Patología cervical uterina.

Tratamiento, planes de actuación

Se indica valaciclovir oral y aciclovir tópico para las lesiones externas.

Se solicita citología preferente.

Evolución

En citología se objetiva LSIL con co-test realizado VPH genotipo 16/18. Se deriva a ginecología donde se realiza colposcopia sin lesión cervical visible y cuya biopsia resulta negativa.

No obstante, se recomienda la vacunación de VPH con 3 dosis y realización de co-test en un año.

Por otra parte, se resuelve con el tratamiento indicado el herpes genital.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante por una parte la exploración completa de los pacientes cuando llegan con determinadas patologías como pueden ser una ITS ya que las conductas sexuales sin protección pueden ser un indicio de patologías más graves que precisen una actuación más estrecha.

Por otra parte, incidir con los pacientes que cumplan criterios en la importancia de la realización de los cribados, como es el de patología cervical.

Palabras clave

Herpes Genital, Citología, VPH.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Linfedema unilateral tras gonalgia en paciente jovenSalguero Quirantes, R¹, Galián Ordóñez, A², Robledo Casal, CM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rota. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Gonalgia.

Historia clínica

Paciente de 44 años sin alergias medicamentosas, con antecedente de rotura de menisco interno rodilla derecha. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor en región de hueco poplíteo izquierdo de varios días de evolución.

Enfoque individual

El paciente refiere que suele sobrecargar esta rodilla para evitar apoyo de la derecha. A la palpación presenta dolor intenso limitado a esa zona, con resto de la exploración normal. Se realiza ecografía clínica donde se observa imagen compatible con quiste de Baker. Se pauta tratamiento sintomático, evitar bipedestación prolongada.

Dos semanas después el paciente vuelve a consultar por reaparición de la clínica junto a edema en gemelo. A la exploración se evidencia aumento del perímetro en miembro inferior izquierdo bajo rodilla, con limitación para la flexo-extensión. Se realiza ecografía que muestra engrosamiento de quiste con contenido ecogénico, que se extiende entre el subcutáneo y gemelo interno hasta tercio medio compatible con quiste Baker complicado. Sistema venoso normal.

Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: linfedema secundario a rotura de quiste de Baker. Hemartros.

Diagnóstico diferencial: artrosis, artritis, trombosis venosa profunda.

Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a Rehabilitación donde se confirma quiste complicado probablemente roto y hemático, y edema subcutáneo en pierna. Ante estos hallazgos se realiza artrocentesis evacuadora con extracción de 10 cc de líquido hemático-seroso. Se pauta media compresiva y se solicita RMN que describe quiste complicado 3x1 cm con derrame articular.

Evolución

En sucesivas consultas el paciente presenta mejoría de linfedema, pero persiste dolor y limitación para la flexión, por lo que se decide derivar a consultas de Traumatología para valorar tratamiento quirúrgico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El quiste de Baker es una colección anormal de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio-semimembranosa cuyo diagnóstico se basa en la presencia de datos clínicos característicos y su confirmación mediante técnicas de imagen. La mayoría de los quistes de Baker desaparecen por sí solos. El tratamiento inicial es siempre de naturaleza no quirúrgica y puede incluir disminuir la actividad y evitar las actividades de alto impacto, junto a antiinflamatorios. En casos resistentes puede ser necesaria la aspiración del contenido. Con poca frecuencia, es necesario hacer un tratamiento quirúrgico.

Palabras clave

Gonalgia, Quiste, Linfedema.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

El orden en la anamnesis

Mohamed Sánchez, S¹, Artacho Pino, R², Ruiz Espinosa, LC³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ámbito del caso

Acude a nuestra consulta del centro de salud una paciente de 82 años.

Motivos de consulta

Refiere malestar general, ingesta alimenticia disminuida, pérdida de peso de hasta 15 kg y mareos de dos meses de evolución. No fiebre ni sudor ni otra clínica.

Historia clínica

Ante el motivo de consulta, insistimos en realizar una anamnesis detallada por aparatos y sistemas de manera esquemática donde pudimos orientar el diagnóstico y hallar otros nuevos que no aparecían en la historia y que podían ser responsables del deterioro de la paciente.

Enfoque individual

NAMC. Contraindicación a metformina e IECAs. No hábitos tóxicos. FRCV: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tratada con ADOs y dislipemia. *Antecedentes personales:* ERC estadio II-III secundaria a nefroangioesclerosis. Pylori + tratado en 2011. Fractura por aplastamiento vertebral L1 en 2006. Espondiloartrosis lumbar. Bloqueo rama derecha 17/03/23. No intervenciones quirúrgicas. *Exploración:* ORL sin hallazgos. ACP rítmica, sin soplos con MVC. Abdomen blando y depresible, gran hepatoesplenomegalia. Se palpan adenopatías abdominopélvicas de aproximadamente 1-2 cm. Blumberg y Murphy negativos. Edemas con fóvea hasta rodillas. AS: plaquetas 142000; leucocitos 9720 (N 3770, L 4890, M 950); glucemia 79; urea 51; creatinina 1.31; FG 38. Iones en rango. GOT 168; GPT 74;

GGT 306; FA 350; BT 2.28; BD 1.5. Ags VHB +; Age VHB +, anticore +; antiHBs 116 UI/L.

Enfoque familiar y comunitario

Viuda. Vive sola. Buen nivel socioeconómico y apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

La pérdida de peso, las adenopatías y el mal estado nos hacen sospechar de entrada un posible linfoma. No obstante, llamó la atención la gran hepatoesplenomegalia que presentaba junto con la hepatitis B que no figuraban.

Tratamiento, planes de actuación

Ingreso de la paciente en Interna donde es diagnosticada de hepatopatía crónica por VHB tipo cirrosis con ascitis leve tratada con Entecavir. Linfoma folicular con adenopatías peritoneales, pélvicas y abdominales asociada a esplenomegalia.

Evolución

Actualmente la paciente continúa en tratamiento con Entecavir ajustado a su actual función renal. Se realizan controles por parte de Nefrología de daño renal. En nuestra consulta vamos revisando evolución de la paciente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se ha de realizar una exploración física detallada del paciente de cabeza a pies de forma ordenada sin obviar datos que puedan reconducir el caso clínico.

Palabras clave

Linfoma, Hepatitis, Cirrosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Detrás de una lumbalgia

Generoso Torres, C, Fernández Mercado, FE, Bolívar Sánchez, M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aumento de lumbalgia crónica que no cede con tratamiento.

Historia clínica

Varón de 57 años que acude repetidas veces a consulta de Atención Primaria por lumbalgia intensa que no se controla con tratamiento.

Enfoque individual

Antecedentes personales: lisis L5 con listesis grado II L5 - S1 subsidiario de cirugía que el paciente rechaza, en tratamiento con analgesia.

El paciente acude a consulta en varias ocasiones por empeoramiento de lumbalgia con irradiación a ambos miembros inferiores que no se controla.

Exploración: dolor a la palpación de apófisis espinosas en región lumbar. Limitación a la flexo - extensión y rotación de la columna. Lasegue y bragard dudosos. Analítica sin alteraciones. El paciente empeora y acude a consulta presentando febrícula, obnubilación, pérdida de 8 kilos de peso en 15 días. BEG. Eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos sin extratonos. MVC conservado sin ruidos patológicos. RX tórax: se observa condensación en LSI compatible con neumonía por lo que se pauta antibiótico. A los 3 días el paciente presenta incontinencia fecal. Se realiza TC con contraste + resonancia lumbar con contraste + análisis con marcadores tumorales. Se aprecia en TC tórax lesión ocupante de espacio en el LSI. En TC de columna se aprecia afectación metastásica de los cuerpos vertebrales L1 y L2. Biopsia de la

lesión pulmonar: carcinoma no microcítico de LSI izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Carcinoma no microcítico de LSI con metástasis en L1 y L2 que comprimen el cono medular. *Diagnóstico diferencial:* lumbalgia crónica, espondilólisis, espondilolistesis, hernia discal.

Tratamiento, planes de actuación

Laminectomía descompresiva L1 y L2. RT paliativa en L1 y L2. Seguimiento por oncología, paliativos y Atención Primaria.

Evolución

Actualmente el paciente presenta control del dolor, pero no de la enfermedad de base.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso clínico vemos la importancia de sospechar diagnósticos nuevos. A pesar de que nuestro paciente tenía antecedentes de lisis y listesis L5 - S1, la lumbalgia que presentaba no era causada por ese cuadro crónico si no por un nuevo proceso, en este caso metastásico.

Por lo que debemos tener una visión amplia de la clínica y sintomatología de los pacientes.

Palabras clave

Incontinencia Fecal, Lumbalgia, Pérdida Peso.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Por rascarse con fuerza la nariz

Álvarez Garcés, S¹, Díaz Lozano, E¹, Boza Moriana, MJ²

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

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Inflamación y dolor maxilar izquierdo de dos días de evolución.

Historia clínica

Varón de 28 años. Acude a consulta de Atención Primaria por inflamación, enrojecimiento y dolor maxilar izquierdo de dos días de evolución que se ha intensificado con fiebre y malestar general en menos de 24 horas. No disnea. No traumatismos previos nasales. No refiere antecedentes de manipulación ni inhalación de ninguna sustancia. Se deriva a Urgencias de Hospital para valoración por Otorrinolaringología.

Enfoque individual

Antecedentes personales: rinitis alérgica. No fumador. No bebedor.

Exploración: se observa inflamación y eritema a nivel de vestíbulo nasal izquierdo con extensión de la inflamación a nivel maxilar izquierdo. Se palpa tumoración en maxilar fluctuante al tacto. Tabique con edema sin hematoma ni deformidad del mismo.

Pruebas complementarias: rinoscopia en Atención Primaria: Vibrisas y aumento de volumen en la piel del vestíbulo nasal izquierdo, además de fluctuación a la presión en el mismo. Nasofibroscoopia en Hospital: tras adrenalización de fosa nasal izquierda se observa absceso en vestíbulo nasal izquierdo con cavum libre.

Enfoque familiar y comunitario

Nacido en España. Reside en área rural. No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: Vestibulitis izquierda con reacción maxilar.

Diagnóstico diferencial: forúnculo nasal, absceso maxilar, infección odontógena.

Identificación de problemas: el manejo inadecuado de una vestibulitis puede traer como consecuencia infecciones graves a distancia como tromboflebitis de los senos cavernosos, siendo esta una patología muy grave.

Tratamiento, planes de actuación

Hospitalización para drenaje vestibular e inicio de antibioterapia, corticoterapia y analgesia intravenosa.

Evolución

Favorable tras tratamiento. Alta precoz en 48 horas y seguimiento en Atención Primaria. En Atención Primaria se pautó furoato de mometasona y olopatadina spray nasal con mejoría espectacular del prurito.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Como aprendizaje con este caso clínico de consulta es que debemos prestar atención a los síntomas de rinitis alérgica y pautar tratamiento adecuado para evitar así el rascado vigoroso que puede acarrear problemas tanto locales como a distancia graves.

Palabras clave

Fiebre, Dolor Maxilar, Infección Nasal.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cada onda cuenta

Cobo Moreno, D, Dugo Román, M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina. Córdoba***Ámbito del caso**

Paciente varón de 51 años, ex-deportista profesional.

Antecedentes personales: HTA, no DM, DLP sin tratamiento actual.

Antecedentes familiares: hermano trasplantado de corazón por fiebre reumática.

Motivos de consulta

Acude a consulta tras haber asistido a Urgencias el día previo por dolor torácico, no irradiado, que le produce sensación de "mal cuerpo", generalmente con actividad de esfuerzo, sin cortejo vegetativo, aunque refiere una ligera disnea.

Historia clínica

Radiografía de tórax: sin hallazgos Analítica de Urgencias: troponinas I 41,8 ng/L ECG descrito como normal Se da de alta con control por MAP.

Enfoque individual

ECG: RS a 78 lpm, PR normal, QRS estrecho, T negativa de V1-V4, ligero ascenso de ST en V3 y V4. Analítica: -Hematimetría normal -BQ: glucosa 89, Cr 1,1, FG 75, HDLc 51, LDLc 164, TG 86, enzimas e iones en rango normal Ecocopia: mala ventana. Raíz aórtica y válvulas normales, sin insuficiencia, VI normal. No HVI, sin alteraciones segmentarias, AI y Ao normales. VD normal Cateterismo coronario: dominancia derecha. ACD sin lesiones significativas. TCI sin lesiones, DA con lesión severa focal en segmento proximal y lesiones intermedias diagonales. Circunfleja sin lesiones. Se implanta Stent Xience Skypoint.

Enfoque familiar y comunitario

En consulta se repite ECG donde se objetivan T negativas.

Exploración física: buen estado general, normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. Eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos con buena frecuencia, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos añadidos Abdomen: exploración anodina MMII: exploración anodina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial: angor estable VS IAM.

Juicio clínico: cardiopatía Isquémica.

Tratamiento, planes de actuación

Al alta AAS, ticagrelor, atorvastatina/ezetimibe, perindopril/amlodipino, control al año con analítica y ECG. Se implanta Stent Xience Skypoint.

Evolución

Estable, sin nuevas molestias torácicas, con control estricto de FRCV.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Resaltar la importancia de una lectura sistemática y completa del ECG, el seguimiento por su Médico de Atención Primaria, además del uso de la teleconsulta como apoyo diagnóstico.

Palabras clave

Dolor Torácico, Electrocardiograma, Cardiopatía Isquémica.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

En busca del hallazgo olvidadoGranado Ortiz, I¹, Aparcero Gallardo, MR², Martín Fernández, C³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coria Del Río. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa – Mercedes Navarro. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Varón de 76 años de edad que consulta por lumbalgia de larga data con empeoramiento actual e irradiación a miembro inferior derecho y parestesias.

El paciente refiere haber consultado previamente por dicho dolor, por lo que se revisan radiografías previas de columna realizadas en 2019 y en 2022 y no se observan signos de patología ósea aguda. Sin embargo, al realizar una lectura sistemática de la misma, se observa una lesión redondeada en la cara anterior de la columna lumbar calcificada de dimensiones importantes.

Enfoque individual

Como antecedentes personales destacan:

Hipertensión arterial en tratamiento con losartan 100 mg/ hidroclorotiazida 25 mg y amlodipino 5 mg. Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con metformin 875 mg cada 12 horas. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 60 mg. Accidente vascular cerebral en 1998.

Exploración física: dolor en músculos paravertebrales lumbares sin apofisalgia. Lassegue y Bragard negativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Aneurisma calcificada de la aorta abdominal.

Tratamiento, planes de actuación

Dado los hallazgos, se realiza una teleconsulta a Cirugía Cardiovascular, donde se solicita un angio-TC de tórax- abdomen, destacando un aneurisma sacular de aorta abdominal yuxta/infrarrenal de 76 x 70 mm. Tras valoración presencial por cirugía, desestiman tratamiento quirúrgico dado el alto riesgo quirúrgico.

Evolución

Tras el diagnóstico, realiza una monitorización ambulatoria de la presión arterial sin ser necesario cambio de tratamiento por buen control.

Se solicita resonancia magnética de columna para descartar posibilidad de patología osteomuscular en columna para ampliar el estudio, sin hallazgos. Por último, se explican los signos y síntomas de alarma por los que consultar en un servicio de urgencias dado el riesgo de rotura aneurismática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Un dolor lumbar de larga evolución siempre se considera un síntoma de alarma y obliga a descartar otras patologías subyacentes (neoplasias, enfermedades infecciosas o incluso aneurismas aórticos). En este caso, a pesar de haber realizado estudios radiológicos, no se realizó una lectura sistemática de la radiografía, tan sólo se valoró por lo que consultaba el paciente, la columna.

Como enseñanza, toda masa en cara anterior de la columna que no pueda separarse de ella, será un aneurisma hasta que no se demuestre lo contrario.

Palabras clave

Aneurisma Aórtico, Dolor Lumbar.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Sífilis latente de duración desconocida vs Monkeypox en varón jovenDe la Vega Carranza, P¹, Moya Ríos, S²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Sur-Santa Bárbara. Ronda. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre elevada, cefalea intensa y lesiones cutáneas papuloeritematosas generalizadas.

Historia clínica*Antecedentes personales:* Sin alergias medicamentosas conocidas, fumador, IQ hernia inguinal, Varicela a los 5 años. Relaciones sexuales sin pareja estable. Hijo de 4 años escolarizado con el que no convive.**Enfoque individual***Amnesis:* Paciente de 28 años, acude por fiebre elevada de hasta 39°C de 48h de evolución, acompañada de cefalea holocraneal pulsátil y lesiones cutáneas papuloeritematosas generalizadas en tronco y MMSS.*Exploración:* Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Mucosas normohidratadas y normocoloreadas. Eupneico en reposo. Constantes estables. Exploración a nivel respiratorio y neurológicos sin hallazgos. Lesiones papuloeritematosas, algunas pustulosas, generalizadas con afectación palmo-plantar.*Pruebas complementarias:* Análítica de sangre con hipertransaminasemia, aumento de reactantes de fase aguda (PCR 135), sin alteraciones en la coagulación ni en fórmula leucocitaria. En la serología infecciosa (prueba no treponémica): ac. Anti-sífilis reactivo 1/64, Resto de serología (Hepatitis A, C, VIH, Chlamydia trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, trichomonas) negativa, inmunidad por vacunación para hepatitis B. Datos de mononucleosis infecciosa y varicela pasadas. TC craneal sin hallazgos. Punción Lumbar sin hallazgos.**Enfoque familiar y comunitario**

Estudio de la familia sin otros miembros afectados. No pareja sexual estable.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sífilis latente de duración desconocida.

Diagnóstico diferencial: MonkeyPox (viruela del Mono). Infecciones virales (Hepatitis A, B o C, Varicela, Mononucleosis por CMV o EBV). Otras ITS (VIH, Chlamydia trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, trichomonas).**Tratamiento, planes de actuación***Tratamiento:* Antibioterapia con tres ciclos de Penicilina 2400000 UI IM y AINES para mejoría de cefalea.*Planes de actuación:* Análítica de control al mes con serología infecciosa.**Evolución**

Mejoría de lesiones cutáneas. A los 8 meses debutó con uretritis tratado con Penicilina IM desapareciendo exudado uretral. Serología de control con disminución de RPR Sífilis 1/2. Continúa en seguimiento y con indicación de utilización de métodos de protección para las relaciones sexuales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En Atención Primaria debemos tener en cuenta el creciente aumento de infecciones de transmisión sexual y la importancia de su detección precoz. También podemos enfocar este problema de salud desde el punto de vista comunitario ofreciendo educación sexual de calidad a la población adolescente.

Palabras clave

Fiebre, Monkeypox, Sífilis, ITS.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Un hallazgo casual te puede salvarContreras Aranda, R¹, Ruiz Salcedo, S², Míguez Montero, SD³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivos de consulta

Policontusionado.

Historia clínica

Varón de 66 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador y bebedor de 4 cervezas/día, hipertenso y con antecedente de cardiopatía isquémica revascularizada en 2017. Acude traído en ambulancia tras accidente de tráfico con estado de enolismo.

Enfoque individual

En Urgencias aceptable estado general. Eupneico, fetor enólico. TA 146/83mmHg. FC 90lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen anodino, miembros inferiores normales. Erosiones en cara y miembros superiores. Analítica sin alteraciones. Body-TC con resultado de engrosamiento septal con algunos micronódulos bipulmonares y adenopatías hiliomediastínicas, sugestivo de sarcoidosis. Además, esplenomegalia con múltiples lesiones intraparenquimatosas y adenopatía en hilio hepático de gran tamaño. Contactamos con servicio de Medicina Interna para estudio. Se realiza, tras interconsulta con Cirugía Torácica, toracosopia con hallazgo de paquipleuritis con implantes pleurales y adenopatías patológicas. El estudio anatomopatológico confirma sarcoidosis.

Enfoque familiar y comunitario

Aunque existen factores genéticos implicados, menos de un 1% de los familiares de los pacientes tienen la enfermedad. No se considera necesaria la realización de pruebas a los familiares más cercanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sarcoidosis con afectación hepatoesplénica y pulmonar.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, neoplasias torácicas y enfermedades intersticiales.

Tratamiento, planes de actuación

Prednisona en pauta descendente 22'5 mg 15 días, 15 mg 2 meses y 10 mg hasta revisión. Además, añadirá calcio/colecalciferol diario y alendronato semanal.

Evolución

Tras la instauración del tratamiento corticoideo y, posteriormente, con el descenso de dosis el paciente refiere mejoría completa de la disnea y algias que presentaba previamente. Comenta efectos secundarios en relación al aumento de la ingesta, mayor actividad e insomnio nocturno.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, que se caracteriza por un aumento de la respuesta inmune con inflamación granulomatosa en las localizaciones donde existe actividad. El pulmón es el órgano afectado con mayor frecuencia. La progresión del proceso puede acabar en fibrosis pulmonar, presentando a menudo importantes alteraciones radiológicas en ausencia de síntomas o, como en nuestro caso, de forma oligosintomática que no ha hecho consultar en Atención Primaria. Es en casos como este, donde la adecuada actitud terapéutica por otro motivo consigue diagnosticar de forma precoz y pautar tratamiento que permiten mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones.

Palabras clave

Sarcoidosis, Enfermedad Granulomatosa Crónica, Enfermedades Pulmonares.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Desenlace de una cefalea

Galián Ordóñez, A¹, Robledo Casal, CM², Alberich Cea, R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Jerez De La Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Mujer de 70 años. No RAMs. FRCV: HTA, dislipemia.

Antecedentes personales: cefalea tensional, artrosis. En tratamiento con enalapril, atorvastatina, paracetamol.

Enfoque individual

Paciente de 70 años que acude a consulta con su médico de familia por cefalea de 2 días de evolución, refiere es similar a episodios que ha padecido previamente pero que está durando algo más de lo normal y acude solicitando analgesia intramuscular. Describe la cefalea como holocraneal, opresiva, niega foto o sonofobia y no empeora con Valsalva, refiere episodio aislado de vómito. A la exploración paciente con aceptable estado general aunque afectada por el dolor, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida y eupneica en reposo. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. PINLA, MOEC, PPCC conservados, no afasias ni disartria, no disimetría, fuerza 5/5 en los cuatro miembros, sensibilidad sin alteraciones. Marcha sin alteraciones, Romberg negativo. No rigidez de nuca. Se decide analgesia im con AINE y se le explican signos de alarma por los que volver a consultar. Al día siguiente la paciente acude acompañada, ha presentado pico febril y confusión en las últimas horas. Se encuentra desorientada en tiempo y espacio, se detecta leve disimetría y desequilibrio en la marcha. Se decide derivar a la paciente a urgencias hospitalarias para completar

estudio. Realizan analítica hallando elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza punción lumbar con resultado en LCR compatible con meningitis vírica.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente atendida en su centro de salud por su médico de Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: meningitis vírica aguda.

Diagnóstico diferencial: meningitis bacteriana, infección del tracto urinario.

Tratamiento, planes de actuación

Antibioterapia y aciclovir intravenosos, ingreso hospitalario para tratamiento y evolución.

Evolución

La paciente evoluciona favorablemente durante el ingreso, se obtiene resultado de PCR del LCR compatible con meningitis vírica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de la accesibilidad al médico de Atención Primaria, el cual debe valorar la clínica y circunstancias del paciente en cada consulta, viendo la evolución del cuadro y teniendo siempre en cuenta los datos de alarma y el criterio para decidir cuándo derivar a los servicios de urgencias hospitalarios, detectando casos con síntomas sugestivos de patologías que requieren estudio y tratamiento prioritario.

Palabras clave

Meningitis, Cefalea.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Lumbalgia: a propósito de un caso clínico en Atención PrimariaEscámez Parra, AM¹, Martín Aguilera, A², Girón Crespo, C³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Radiología, Hematología.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Paciente de 61 años con antecedentes de hernia discal L5-S1 intervenida en 2018, con episodio de TVP y TEP tras cirugía. No hábitos tóxicos conocidos. Consulta por dolor en región lumbar de carácter continuo, que no cede tras 4 semanas de tratamiento analgésico pautado. Niega traumatismo. Dados los antecedentes previos y las características del dolor se solicita RMN de columna lumbosacra, donde se observa fractura de L2 con edema óseo perilesional y marcado realce de contraste IV, planteándose diagnóstico diferencial entre fractura aguda por insuficiencia vs fractura patológica. Desde Radiología solicitan nueva RMN con secuencias dinámicas: hallazgos compatibles con mieloma vs metástasis en L2. Ante estos hallazgos, se cita en nuestra consulta para completar historia clínica y exploración, no síndrome constitucional, ni signos de alarma. Solicitamos analítica con proteinograma + proteinuria de Bence Jones + proteínas y albúmina en sangre + marcadores tumorales.

Enfoque individual

Citamos al paciente presencialmente para comentar juicio clínico y plantear dudas sobre el tratamiento, efectos secundarios y pronóstico de la enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente colaborador, activo laboralmente, con entorno familiar adecuado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hernia discal, metástasis de tumor primario, mieloma múltiple.

Tratamiento, planes de actuación

Ante la presencia de alteraciones en la analítica se deriva a Hematología para valoración de posible MM, donde se pide biopsia de MO + PET-TC, con lo que se confirma MM IgG Kappa ISS-I y se incluye al paciente en ensayo clínico GEM 2021<65 Brazo C. Se inicia tratamiento quimioterápico con Isatuximab, Bortezomib, Iberdomina y se pide nuevo control analítico (trisomía del Cr 17, B2 normal, LDH normal). Se modifica el JC a MM IgG Kappa ISS-II.

Evolución

Remisión completa tras 2º ciclo con EMR negativa en MO y en PET-TC tras 4º ciclo. Ingreso para intensificación de QT seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Buena evolución y alta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se destaca la importancia de una buena historia clínica en una lumbalgia que no responde a tratamiento, así como la imprescindible relación interdisciplinar entre la Atención Primaria y la hospitalaria, en este caso con Radiología y Hematología. A resaltar también la importancia del seguimiento del paciente oncológico, cada vez más común en nuestro ámbito.

Palabras clave

Lumbalgia, Mieloma Múltiple, Atención Primaria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Las repercusiones de una rectorragia mal controlada

Fernández Ruiz, C, Ljubic Bambill, K

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Córdoba Sur. Córdoba**Ámbito del caso**

Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivos de consulta

Astenia y disnea de 3 meses de evolución con empeoramiento progresivo en los últimos 20 días. Refiere también haber presentado rectorragias leves desde hace años pero que desde julio-agosto 2023 más abundantes casi a diario tras la defecación que relacionaba con hemorroides, siendo el último episodio hace 5 días.

Historia clínica

Paciente varón de 41 años. Estudiado hace 20 años con colonoscopia por anemia microcítica hallándose hemorroides, sin seguimiento posterior. No hábito estreñido, no pérdida de peso y apetito conservado. Se solicitó analítica, incluyendo sangre oculta en heces. En la analítica se observa anemia en rango transfusional (Hemoglobina de 4.6 mg/dl) por lo que se decide traslado a urgencias para transfusión.

Una vez urgencias se ingresa en observación y se contacta allí con hematología, dando la orden de transfundir e ingresar en Medicina Interna para estudio.

Enfoque individual

La astenia es una causa frecuente de consulta, por lo que hay que estudiar su posible etiología desatender las señales de alarma.

Enfoque familiar y comunitario

Ante un paciente con anemia crónica, a pesar de tener un sangrado identificado a nivel rectal, no se debe obviar la posibilidad de presentar otra causa de sangrado, por lo que hay que continuar con su estudio mediante pruebas complementarias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Orientación diagnóstica: Anemia microcítica e hipocrómica en rango transfusional. Rectorragia por hemorroides.

Diagnóstico diferencial: Cáncer rectal. Angiodisplasia colónica. Enfermedad de Crohn. Enfermedad inflamatoria intestinal. Diverticulitis. Colitis ulcerosa.

Tratamiento, planes de actuación

Se solicita Ecografía abdomen, colonoscopia y endoscopia digestiva alta. Ha recibido 5 concentrados de hematíes y 1000U hierro intravenoso durante el ingreso. Al alta se pauta hierro en sobres cada 24h en el desayuno y se cita con Aparato Digestivo y con Cirugía General para revisión posthospitalización.

Evolución

Tacto rectal: esfínter hipertónico, hemorroide externa a las 4h sin complicar y hemorroides internas, ampolla vacía sin palpar masas, dedil limpio. Analítica: hemoglobina 4.6 mg/dl, Hematocrito 17.6%, Volumen corpuscular medio 54.9fL, Ferritina 1.3ng/ml, Sangre oculta en heces negativo. Ecografía abdominal: estudio dentro de la normalidad. Colonoscopia: hemorroide erosionada. Endoscopia digestiva alta: esofagitis erosiva grado A de Los Ana.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La rectorragia es una causa frecuente de sangrado en pacientes con hemorroides, pero no hay que pasar por alto sus posibles repercusiones por muy banal que parezca la etiología.

Palabras clave

Anemia, Ferropeña, Hemorroides, Rectorragia.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Tos de un mes de evoluciónAlberich Cea, R¹, Salguero Quirantes, R², Galián Ordóñez, A³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Jerez De La Frontera (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rota. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez De La Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria

Motivos de consulta

Tos y fiebre

Historia clínica

Mujer de 38 años que acude por tos seca de un mes de evolución, que ha asociado esputos con restos hemáticos de pequeña cuantía. Presenta dolor en costal inframamario derecho y fiebre de 38.5^aC. Por este motivo acudió a urgencias del propio centro de salud una semana antes, cuando se le pauta azitromicina. Ante no mejoría de la sintomatología, con aparición de disnea nocturna, vuelve a consultar.

Enfoque individual

Presenta intolerancia a amoxicilina/clavulánico.

Sin factores de riesgo cardiovascular.

Tiene hernia de hiato y fue sometida a una hemitiroidectomía derecha por bocio multinodular.

Exploración física: aceptable estado general, eupneica en reposo. La auscultación pulmonar es normal, con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Hemodinámicamente estable, con saturación de oxígeno de 99%.

Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares o epidemiológicos. No fumadora. No ámbito laboral de riesgo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neumonía, infección vírica.

Tratamiento, planes de actuación

Ante mala evolución, persistencia de tos, dolor y fiebre, se decide tratamiento con levofloxacino y se solicita radiografía de tórax.

Evolución

La radiografía de tórax se realiza al día siguiente y se observa una masa en lóbulo superior derecho y ensanchamiento mediastínico. Tras este resultado, se decide derivar a Urgencias para valoración. Se realiza analítica de sangre, donde únicamente destaca PCR 75, con hemograma normal. Se decide ingreso en Neumología por sospecha de patología tumoral, aunque sin poder descartar neumonía complicada. Durante el ingreso, se realiza TAC: gran masa en LSD, compatible con neoplasia pulmonar primaria, con áreas de vidrio deslustrados a su alrededor. Múltiples adenopatías mediastínicas, hiliares y supraclaviculares derechas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso nos muestra que una correcta anamnesis y la posibilidad de seguimiento a corto plazo es fundamental en el manejo de las distintas patologías; y que debemos apoyarnos en las pruebas complementarias que tenemos a nuestra disposición para llegar a un correcto diagnóstico.

La aceptación de la patología va a ser muy complicada para la paciente. Su médico va a ser el encargado de realizar un seguimiento estrecho, con visitas frecuentes, siendo posible el acompañamiento en la enfermedad, resolviendo todas las dudas que vayan surgiendo y apoyando más allá del tratamiento específico que vaya a requerir.

Palabras clave

Masa Pulmonar, Infección Respiratoria.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Cuidado con los parásitos

Megías Rodríguez, Y¹, Ruiz Salcedo, S², Espino García, MR³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucano. Córdoba

Ámbito del caso

Infecciosas. Cirugía general.

Motivos de consulta

Distensión y dolor abdominal difuso, sudoración, evacuaciones diarreicas, fiebre, e inapetencia.

Historia clínica

Paciente 52 años que consulta por distensión y dolor abdominal difuso, sudoración profusa y fiebre de 38,5º, así como inapetencia de 1 semana de evolución. Refiere cambio en el ritmo intestinal acompañado de evacuaciones diarreicas con productos patológicos.

Enfoque individual

Paciente con antecedentes de hipercolesterolemia e hiperuricemia.

A la exploración física, presentaba un abdomen globoso y doloroso a la palpación. Como antecedente de interés, el paciente realizó un viaje a República Dominicana la semana anterior a la iniciación del cuadro.

Se realizó una radiografía de abdomen evidenciándose dilatación de asas intestinales, así como niveles hidroaéreos, por lo que decidieron ampliar estudio con un TAC de abdomen. En el TAC se demostró con claridad una distensión de asas yeyunales, de aspecto suboclusivo, sin identificar clara causa objetivable.

Se decidió ingreso en planta de cirugía general tratándose de manera conservadora, sin llegar al origen del cuadro. Tras el alta acude a consulta de Atención Primaria por persistencia de cuadro clínico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: suboclusión intestinal de origen parasitario.

Diagnostico diferencial: Enfermedades inflamatorias intestinales. Neoplasias. Parasitosis. El paciente

acudió a nuestra consulta refiriendo empeoramiento del cuadro clínico, diarreas abundantes, deshidratación, pérdida de peso e inapetencia. Indagando en sus antecedentes, refirió haber viajado a República Dominicana la semana anterior al ingreso. Realizamos una investigación de microorganismos más prevalentes en dicho país, y cuáles de los mismos producían este tipo de cuadro suboclusivo. Se decidió ampliar estudio con coprocultivos en heces frescas confirmándose la existencia de *Entamoeba Hystolitica* y *Giardia Lamblia*.

Tratamiento, planes de actuación

Mientras esperábamos el resultado del coprocultivo, administramos tratamiento profiláctico con metronidazol y ciprofloxacino, cubriendo microorganismos más prevalentes en Santo Domingo.

Evolución

El paciente presentó mejoría clínica tras el tratamiento pautado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Para acercarnos a un posible diagnóstico etiológico en un paciente con antecedentes de un viaje fuera de nuestro país, es importante plantearse diagnósticos diferenciales prevalentes en el país que se visita, así como conocer cuales microorganismos suelen afectar a dicha porción intestinal y cuales pueden llegar a producir cuadros suboclusivos intestinales con más frecuencia. Una vez conocido esto, poder realizar un adecuado tratamiento para la resolución del cuadro del paciente.

Palabras clave

Suboclusión Intestinal, Parasitosis.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

¿La psoriasis solo afecta a la piel?

Barragán García, L, Flores Soler, O, Pérez Tamarit, C

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Rafael Flores Crespo. Posadas (Córdoba)***Ámbito del caso**

Este caso se desarrolló en varios ámbitos: Atención Primaria, urgencias y planta hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 54 años acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar episodio de enrojecimiento y descamación generalizado. Comenzó 12 días antes en ambas piernas iniciando tratamiento con combinación de calcipotriol y corticoides, sin embargo, no fue efectivo y se extendió al resto del cuerpo acompañándose de artralgias generalizadas, tirantez de la piel y fiebre.

Historia clínica

Antecedentes personales: IAM, psoriasis y RGE. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, ticagrelor, atorvastatina, bisoprolol, ramipril y omeprazol.

Enfoque individual

Se trata de un paciente que el hecho de sufrir un infarto de miocardio dos años antes sumado al bajo estado de ánimo y al estrés laboral le llevó a sufrir un brote grave de su psoriasis.

Enfoque familiar y comunitario

Desde el punto de vista familiar y comunitario el brote que presentó nuestro paciente estaba muy influenciado por el estrés laboral que sufría. Además, el episodio depresivo (explicado a continuación) que sufrió también venía influenciado por las relaciones sociales que le recordaban continuamente sus lesiones y el empeoramiento del ambiente familiar por discusiones continuas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se decide derivación a urgencias hospitalarias ingresando finalmente en planta. Allí se pautó tratamiento con ciclosporina y metilprednisolona mejorando tras 10 días de ingreso.

Tras su alta, volvió a acudir a consulta de Atención Primaria debido a empeoramiento de su ánimo. No quería salir a la calle pues la gente le preguntaba por sus lesiones, tampoco tenía ánimo para ir al trabajo ni realizar hobbies y además esto estaba repercutiendo a la convivencia familiar.

Tratamiento, planes de actuación

Ante esta afectación anímica se le explicó al paciente que se encontraba ante un cuadro depresivo. Se inició tratamiento antidepresivo y psicológico.

Evolución

Tras terapia psicológica y tratamiento farmacológico el paciente volvió a acudir a consulta refiriendo mejoría del cuadro, mejora en las relaciones personales y quería volver al trabajo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar que las patologías que sufren nuestros pacientes pueden tener gran importancia en la esfera psíquica y social, no solo se trata de una afectación física. Destacamos la importancia de realizar una valoración biopsicosocial de nuestros pacientes.

Palabras clave

Psoriasis, Brote, Depresión.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctor, no veo bien

Contreras Aranda, R¹, Ruiz Salcedo, S², Míguez Montero, SD³

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

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Diplopía y estrabismo.

Historia clínica

Varón de 56 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 1 paquete/día y bebedor de 3 litros de cerveza/día. Sin otros antecedentes conocidos. Acude a urgencias del centro de salud por clínica del despertar consistente en diplopía e inestabilidad de la marcha con estrabismo asociado.

Enfoque individual

En Urgencias aceptable estado general. Eupneico. TA 133/76mmHg. FC 87lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen anodino, miembros inferiores normales. Exploración neurológica con oftalmoplejía internuclear, nistagmo vertical superior, diplopía en todas las posiciones y ataxia leve. Se activa código ictus tras llamada a Neurólogo de guardia. Analítica con HbA1c 9.2 mg/dl, LDL-C 95 mg/dl y Triglicéridos 270 mg/dl. TC craneal sin áreas de isquemia aguda establecida. Angio-TC de troncos supraaórticos normal. RNM con infarto agudo puntiforme de fascículo longitudinal medial e infartos crónicos frontoposterior izquierdo. Ecocardiograma transtorácico con aurícula izquierda normal, sin otras alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

No precisa estudio familiar ni comunitario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infarto agudo lacunar en protuberancia derecha en fascículo longitudinal medial. Ictus lacunar posterior izquierdo. Diagnóstico diferencial con tumor cerebral y hemorragia cerebral.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y ticagrelor. Se pauta de forma domiciliaria clopidogrel 75 mg y ácido acetilsalicílico 150 mg. Además, añadirá atorvastatina 80 mg. Se recomienda abandono de alcohol y tabaco.

Evolución

Tras la instauración del tratamiento con doble antiagregación mejoría evidente de oftalmoplejía internuclear izquierda y mínima ataxia solo evidente en giros. NIHSS 1. Continúa en rehabilitación visual y de la marcha con mejoría.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es importante destacar la importancia de que siempre que exista un síndrome neurológico de comienzo agudo que presenta síntomas visuales con trastornos de la marcha o el equilibrio asociados deben tratarse como patologías tiempo-dependientes y es fundamental los protocolos que existen. En este caso debe realizarse un posterior estudio, con resonancia magnética, por el servicio de Neurología y rehabilitación para conseguir el mejor estado de calidad de vida del paciente. Si no realizamos un diagnóstico precoz en Atención Primaria y derivamos a estudio por otras vías, quizás el pronóstico del paciente hubiese sido totalmente distinto, con una situación funcional incapacitante. Es por ello que debemos mantenernos actualizados y siempre atentos a la clínica.

Palabras clave

Accidente Cerebrovascular, Neurología, Accidente Vascular Cerebral Lacunar.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Ejercicio físico ¡Precaución!Martínez Domínguez, CP¹, Quesada Moraga, RM², Martínez Carrión, A¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poeta Manuel de Góngora. Granada² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poeta Manuel de Góngora. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Orina oscura y mialgias.

Historia clínica

Varón de 19 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por orina oscura y dolor muscular generalizado de predominio en miembros inferiores, de varios días de evolución.

Enfoque individual

No antecedentes familiares de patología muscular. *Antecedentes personales:* sin interés. No bebe, no fuma ni consume otros tóxicos. Toma suplementos de creatina, carnitina, proteínas y magnesio. Refiere que ha realizado múltiples series de prensa de MMII en el gimnasio durante hora y media. No episodios previos de debilidad muscular. TA 147/83 mmHg, FC 84 lpm, SatO₂ 100%, afebril. BEG. Eupneico en reposo. Bien coloreado y perfundido. No lesiones cutáneas. ACR: rítmica sin soplos, mvc. MMII dolorosos a la palpación sin edema ni signos de TVP. Resto de exploración por aparatos normal. Solicitamos ECG: ritmo sinusal, eje normal, sin alteraciones de la repolarización. Tira reactiva de orina: hematías +++, proteínas ++.

Enfoque familiar y comunitario

No fue necesario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: rabdomiólisis secundaria a ejercicio excéntrico de alta intensidad. Consumo de suplementos nutricionales como posible agravante. Diagnóstico diferencial con: traumatismos, convulsiones, isquemia, trombosis,

tóxicos, fármacos (estatinas, antihistamínicos), infecciones, hipertermia, trastornos metabólicos (cetoacidosis diabética, hiponatremia, hipocalcemia), miopatías inflamatorias (polimiositis, dermatomiositis) y trastornos musculares genéticos (miopatías metabólicas y mitocondriales).

Tratamiento, planes de actuación

Decidimos derivar a Urgencias hospitalarias. Bioquímica: glucosa 75, urea 42, Cr 0,93, GOT 2.953, GPT 1.076, CPK 350.000, LDH 8.227, iones en rango, PCR 4. Hemograma: leucocitos 14.170, neutrófilos 9.890. Nuestro paciente recibió tratamiento con sueroterapia intensiva y alcalinización de orina. Durante el ingreso, mantuvo función renal conservada en todo momento y presentó mejoría progresiva de los valores de CPK. Serología: cMV IgG positiva. VHS₁, VHS₂, VHB, VHC, VIH: negativos. Al alta, CPK 13.427 y completa estabilidad clínica y hemodinámica.

Evolución

Seguimiento al mes en Atención Primaria: asintomático y CPK 176.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

A partir de uno o varios síntomas típicos de rabdomiólisis (dolor muscular, debilidad, orina oscura), la anamnesis será fundamental para tener una sospecha clínica alta y establecer un buen diagnóstico diferencial. Ante el auge de los programas de ejercicios de alta intensidad, desde la consulta de Atención Primaria recomendamos el entrenamiento individualizado y no tomar suplementos nutricionales sin supervisión médica.

Palabras clave

Rabdomiólisis, Creatina Quinasa.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

A propósito de un caso: hematuria franca. Síndrome de cascanueces

Carmona Pérez, I¹, Martínez Díaz De Argandoña, C², Morón Rubio, Alfonso M³

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

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de MIR MFyC. CS Bormujos. Sevilla

³ Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Bormujos. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 17 años, acude a consulta de Atención Primaria por hematuria intermitente.

Historia clínica

La paciente acude a la consulta refiriendo hematuria intermitente sin relación con otros síntomas. Niega presentar síntomas miccionales.

Enfoque individual

Sin antecedentes personales de interés. Inicialmente, se procede a realización de sistemático de orina, cultivo, analítica sanguínea y citología de orina. Como único hallazgo presenta constantemente microhematuria y proteinuria.

Se decide solicitar ecografía abdominal y ecografía doppler-renal en la que destaca disminución del ángulo entre pinza aortomesentérica inferior a 25° y una distancia de 4,4 mm, con una dilatación del margen proximal de la vena renal izquierda. Por otro lado, parece objetivarse también una probable circulación colateral lumbar. Dichas alteraciones podrían relacionarse con síndrome de cascanueces. Se procede a derivación hospitalaria, ampliándose estudio con TC abdominal y analítica sanguínea con confirmación del caso.

Enfoque familiar y comunitario

El síndrome de cascanueces no tiene relación con herencia genética. Presenta una aparición esporádica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome de cascanueces.

Diagnostico diferencial: enfermedad glomerular, litiasis, infección tracto urinario, neoplasia urovesical.

Tratamiento, planes de actuación

El tratamiento puede comprender desde conservador a quirúrgico. En pacientes menores de 18 años, como el caso de nuestra paciente, se opta por esta opción, dado que se ha observación con el desarrollo corporal, un aumento del tejido fibroso y grasa dentro paquete vascular, disminuyendo la compresión de la vena renal izquierda.

En el caso de empeoramiento de la hematuria o proteinuria durante el periodo de seguimiento de entre 6-24 meses habría que valorar tratamiento quirúrgico.

Evolución

La paciente recibió seguimiento cada 6 meses con análisis de orina, ecografía abdominal, doppler-renal y análisis sanguíneo con estabilidad en la clínica. Se constata la persistencia de la alteración vascular sin hematuria en el último año.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Dado la alta prevalencia de la hematuria como síntoma en las consultas de Atención Primaria, es necesario conocer todas las posibles causas. Por ende, dentro del estudio de hematuria se debe contemplar ecografía abdominal y doppler-renal.

Palabras clave

Hematuria, Cascanueces.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doctora, ¿una infección de orina me puede dejar así?

Ortega Bautista, LM

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín sur. Granada***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre y disnea de reposo.

Historia clínica

Paciente que tras sufrir una sepsis por pielonefritis aguda, se produce descompensación y empeoramiento de sus patologías de base, con necesidad de reajuste de su tratamiento habitual.

Enfoque individual

Antecedentes personales: HTA. Dislipemia. DM2 con mal control glucémico (última HbA1c 10,9%). SCASEST. FA. ICC FEVI disminuida. Hipertensión pulmonar moderada. EPOC reagudizador. HBP grado III. ERC grado 3a.

Paciente de 76 años, exfumador de 3 paquetes/día desde hace 20 años, que acude a consulta por fiebre (39°C), acompañado de disnea de reposo y síntomas miccionales de 2 días de evolución. No acompañado de tos ni expectoración mucopurulenta.

Exploración: MEG, cianosis acral y somnolencia. TA 70/45, FC 120 lpm (qSOFA 2/3). SatO₂ 91%, taquipnéico con uso de musculatura accesoria. ACP: tonos arrítmicos. Hipofonesis en ambas bases pulmonares. Abdomen con molestias a la palpación de hipogastrio. Puño-percusión izquierda +. MMII con edemas hasta rodillas, sin signos de TVP. Derivamos a Servicios de Urgencias.

Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitos 27234, PMN 21330. Urea 62, Cr 1.87, LDH 391, Na 139, K 5.1. NTporBNP 18923. PCR 132, PCT 0.6. pH 7.27, pCO₂ 48, bicarbonato 20.4, láctico 2.4. Sistemático orina: leucocitos +++, proteínas +++, hematíes +++. Antigenuria pneumococo. PCR: virus respiratorios. Hemocultivo negativo (toma muestra tras comienzo de ATB). Rx tórax: cardiomegalia, derrame pleural izquierdo conocido. ECG: FA sin alteraciones agudas de repolarización. ECO renal sin dilatación de vía urinaria.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente con buen apoyo socio-familiar, convive con su hija, presenta grado de dependencia moderada (Escala Barthel 75) (antes IABVD) y riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (Escala Braden).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sepsis de origen urinario (probable pielonefritis aguda izquierda) con descompensación de insuficiencia cardíaca y renal de base, así como reagudización de EPOC, en paciente pluripatológico y frágil.

Tratamiento, planes de actuación

Visita domiciliaria tras alta hospitalaria y reajuste tratamiento: Moxifloxacino 400 mg/10 días. Metformina-linagliptina. Glicazida 30 mg. Espironolactona 25 mg. Ramipril 2.5 mg. Furosemida 40 mg. Bisoprolol 2.5 mg. Atorvastatina 80 mg. Apixabán 5 mg. Nitroglicerina parches. Oxigenoterapia domiciliaria. Indacaterol/glicopirronio. Bromuro de ipratropio 20 mcg (rescate).

Evolución

Tras su estabilización en ámbito hospitalario, y visita domiciliaria programada para reajuste de tratamiento, se encuentra afebril y con buen estado general. Destacan tres ingresos en los últimos 6 meses por infección por SARSCOV2 con sobreinfección bacteriana asociada, infección urinaria e IC descompensada.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importancia de la identificación y seguimiento cercano de los pacientes ancianos frágiles y pluripatológicos, así como reajuste de sus tratamientos.

Palabras clave

Fiebre, Pluripatológico, Pielonefritis Aguda.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Doc, ¡no siento mis manos ni mis pies!Bonmatí Seva, A¹, Murillo Cuevas, FJ², Macías García, VM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cártama Estación. Málaga² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Parestesias en manos y pies.

Historia clínica

Varón 40 años sin alergias ni enfermedades conocidas. Acude por parestesias en miembros desde hace 2 días. Comenzó con sensación de hormigueos y acorchamiento en mano izquierda, después derecha, y finalmente ambos pies. Se fue intensificado y extendiendo a miembros inferiores, desde pies hasta rodillas. Inestabilidad para caminar, muy torpe con arrastre de ambos pies. Sensación ligera también de hormigueos en zona perioral. Sin alteración de esfínteres. Como antecedente la semana pasada cuadro catarral con fiebre de hasta 38º, con diagnóstico de faringitis y alta con aerosolterapia y expectorante. Se deriva a Urgencias Hospital de referencia.

Enfoque individual

En la exploración, BEG, eupneico. Faringe sin edema de úvula. ACP sin alteraciones. A nivel neurológico, consciente, orientado y alerta. Sin alteración del lenguaje. No afectación de pares craneales. No déficit motor ni fuerza. Sí ligera claudicación de miembro superior derecho. Parestesias e hipoestesia en manos y pies. Roomberg positivo derecho. ROTs rotulianos ausentes. Interconsulta con Neurología que indican pase a área de observación para *Pruebas complementarias*: Analítica de sangre y orina, radiografía de tórax y TC cráneo sin alteraciones. Punción lumbar sin incidencias. Líquido transparente, presión normal. PCR VRS, Gripe A y B, COVID-19 negativos.

Enfoque familiar y comunitario

Situación previa: marcha independiente. IABVD. Vive con mujer e hijos, casa con escalón en entrada y ducha. Atención Primaria es la puerta de entrada al inicio de todas las patologías, siempre se recomienda al paciente que observe síntomas de alarma; como en este caso que volvió a consultar y ante necesidad de confirmar nuestro diagnóstico de presunción se derivó al hospital para realización de pruebas complementarias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cuadro deficitario sensitivo, distal en las cuatro extremidades, progresivo, de inicio en el contexto de infección respiratoria (síndrome febril). A descartar posible Polirradiculoneuropatía aguda (Síndrome Guillain-Barré).

Tratamiento, planes de actuación

Ingresa en planta de Neurología. Se pautan inmunoglobulinas a 100 kg de peso. Interconsulta con Rehabilitación para inicio tratamiento.

Evolución

Ingreso en UCI, con requerimiento de IOT, traqueostomía y ventilación mecánica. Decanulado a la semana. Ingresa en planta de Rehabilitación para tratamiento intensivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La aparición de parestesias en el contexto de infección respiratoria previa debe hacernos sospechar la posibilidad de síndrome Guillain-Barré.

Palabras clave

Paresthesia, Guillain Barre, Rehabilitation.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

"A veces no da tiempo"

Quintana Prego, R, Martín Romera, R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 31 años que acude a su centro de salud por dolor abdominal de larga data focalizado a nivel de hipocondrio derecho que se ha hecho más intenso en los últimos días y no responde a analgesia. No patología gastrointestinal asociada ni otra clínica por órganos o aparatos. A la hora de valorar al paciente impresiona de regular general y presenta un Murphy claramente positivo, lo que nos hace sospechar alguna patología biliar aguda. Se decide enviar a Urgencias. Se realiza ecografía que muestra signos de colelitiasis y coledocolitiasis, sin signos de colecistitis aguda. Se reevalúa al paciente al cabo de 12 horas con el tratamiento pertinente, y ante mala evolución se decide ingreso en Digestivo.

Durante el ingreso se realiza CPRE y se extraen múltiples cálculos. Ante mejoría clínica se da de alta con cita en Cirugía general para realización de colecistectomía y se programa intervención un mes y medio después.

A las tres semanas el paciente acude nuevo al centro de salud refiriendo dolor en mismo lugar esta vez más intenso con náuseas, 2 vómitos y fiebre de hasta 38,5°C de 24h de evolución. Ante nueva sospecha de patología biliar urgente se deriva a urgencias.

Tras el análisis de los resultados de la analítica, elevación de los marcadores de colestasis con importante elevación de reactantes de fase aguda y

alteraciones importantes en la coagulación, se decide de nuevo solicitar una ecografía abdominal, cuyos hallazgos fueron: signos de colecistitis aguda con importante colección de aproximadamente de 7x4 cm paravesical sugerente de perforación.

Enfoque individual

NAMC. Sin antecedentes de interés. Sin intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer e hija. Tiene trabajo estable en la construcción. Hace deporte a diario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: colecistitis aguda perforada.
Diagnóstico diferencial: colangitis, coledocolitiasis sintomática, hepatitis.

Tratamiento, planes de actuación

Intervención quirúrgica urgente del paciente.

Evolución

Evolución favorable, con alta precoz a domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de las urgencias que llegan a AP y son valoradas sin cita por el médico. A mi modo de ver es algo que la gente no suele valorar y tiene un gran impacto en la sociedad.

Palabras clave

Colecistitis Aguda, Patología Biliar Aguda.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Hipertermia en paciente pluripatológico

Jiménez Jara, J¹, Lorenzo Illescas, CM², Castillo Herrera, AM²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Federico del castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del castillo. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

paciente varón de 52 años traído a servicio de urgencias hospitalarias por 061 tras aviso de disminución brusca del nivel de conciencia en vía pública.

Historia clínica

Antecedentes personales: dislipemia, DM II, obesidad, asma bronquial, esquizofrenia, ansiedad, hernia abdominal. En tratamiento con metformina, enantyum, lorazepam, lormetazepam, olanzapina, risperidona.

Exploración: paciente inconsciente, comatoso, pupilas midriáticas, con convulsiones tónico clónicas generalizadas de manera intermitente, hipertermia a 43C, taquicardia supraventricular y taquipnea.

Pruebas complementarias: TAC craneal sin hallazgos, analítica con acidosis mixta, leve leucocitosis. Covid negativo, RX tórax normal.

Enfoque individual

Paciente trasladado a urgencias por el 061 tras pérdida súbita de consciencia mientras caminaba por la calle al mediodía en julio.

Enfoque familiar y comunitario

Destacamos la labor preventiva que debe tener el médico de Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial: convulsión por fármacos, síndrome serotoninérgico, síndrome neuroléptico maligno, golpe de calor.

Además de la gravedad del cuadro se presentó un difícil diagnóstico diferencial, no siendo

excluyentes algunas de las posibles causas precipitantes del síndrome. Por un lado, en ese mes atendíamos numerosos golpes de calor. Por otro lado, para tratar de una forma óptima al paciente deberíamos tener en cuenta, además de la emergencia en la que se encuentra, todos los fármacos que toma, y ser conocedores de los mismos. Típicamente relacionamos el síndrome neuroléptico maligno con los antipsicóticos típicos sin ser siempre así, mientras que la combinación de los psicofármacos del paciente disminuyen considerablemente el umbral convulsivo. Debemos de tener en cuenta también otros cuadros relacionados con la DM y la dislipemia que presentaba el paciente, ya que si le tratamos de manera global llegamos a la conclusión de que esas pluripatologías también influyen tanto en el desencadenante de estos síndromes como en el pronóstico de los mismos.

Tratamiento, planes de actuación

Al paciente se le administro diazepam, enfriamiento con suero frío intravenoso, oxígeno con reservorio.

Evolución

El paciente ingresó en UCI, donde se sospechó un síndrome neuroléptico maligno, ajustando los psicofármacos y descartando focos infecciosos, tratándose como tal.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Vemos nuevamente la importancia de revisar los tratamientos de nuestro paciente, manejar toda clase de fármacos y sus interacciones, así como gestionar sus efectos adversos.

Palabras clave

Hipertermia, Antipsicótico, Convulsión.

CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Atención socio-sanitaria del embarazo en la adolescenciaLorenzo Illescas, CM¹, Jiménez Lara, JH²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 13 años embarazada.

Historia clínica

Paciente de 13 años que acude a consulta de Atención Primaria acompañada de su pareja. Nos comenta que tiene un test de gestación positivo y quiere saber los pasos a seguir. Fecha de la última regla hace 6 semanas.

Enfoque individual

Sin antecedentes personales de interés.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Peso: 60 kg. Talla: 159 cm. Constantes: temperatura 35,5 ° C, TA 125/80, FC 75, SaO₂ 99 % y Glucosa 80 mg/dl. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible y no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos conservados. No se palpan masas ni megalias. No signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: Test de gestación: positivo. Se solicita cita con Matrona y Trabajador Social.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente de etnia gitana. Recién incorporada al cupo. Su pareja tiene 18 años de edad. Actualmente vive en casa de los padres de su pareja. Su familia vive en Andújar. Se ha mudado a Jaén tras conocer la noticia del embarazo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Embarazo precoz. Malnutrición, partos prematuros, niños malformaciones... Falta de atención médica. Riesgo de preeclampsia, eclampsia o fístula obstétrica. Sepsis o hemorragias graves. Embarazo unido a ETS. Abandono temprano de los estudios. Aborto provocado o espontáneo. Problemas psicológicos. Relaciones inestables.

Tratamiento, planes de actuación

Comprobación y confirmación del test de gestación. Detección de violencia de género y malos tratos. Información sobre la IVE. Se fija un plazo de tres días para proceder con la intervención. Se cita con Trabajador social y Matrona.

Evolución

Consulta trabajador social: Empatizar con la cultura y tradición gitana. Recopilar la máxima información personal. Emancipación legal. Tanto la paciente como la familia rechazó la IVE. Se informó de la obligatoriedad de la Educación Secundaria y de los métodos anticonceptivos. Se comunicó a los padres de la joven que al tener 18 años la pareja de su hija era un caso que iba a ser investigado por los servicios sociales y la Fiscalía de Menores. Consulta matrona: Seguimiento del embarazo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El abordaje en consulta de Atención Primaria. La intervención socio-sanitaria. La detección precoz de casos vulnerables. Educación sexual. Equipo multidisciplinario.

Palabras clave

Embarazo, Adolescencia.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA**

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Grado de control y prevalencia de comorbilidad en los diabéticos tipo 2 de un cupo de primaria

Fernández-Llebrez Castaño, A¹, Krivocheya Montero, JM², Rey Merchan, G³, Musa Ayesh Abu Reish, W⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Melilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Norte. Melilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Centro. Melilla

⁴ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Zona Centro. Melilla

Objetivo

Conocer el grado de control de los diabéticos tipo 2 de un cupo tras la pandemia.

Material y métodos

Estudio Observacional, Descriptivo y Transversal en AP en una consulta en Melilla. Los datos se procesaron con IBM SPSS Statistic, versión 21. A todos los pacientes se les recogieron las siguientes variables entre octubre 2022 a septiembre 2023: edad, Sexo, Glucemia basal, HgA_{1c}, PAS, PAD, FC, CAC, FG, Hg, ferritina. D25, B12, Colesterol T, HDL, LDL, TGL, Tabaquismo e IMC. Como FRCV se recogieron: tabaquismo, HTA, Dislipemia y Obesidad. Como objetivos de control se tomaron: los criterios de la ADA 2022.

Resultados

La población diabética:96 pacientes: 30 mujeres (40.6%) media de 62.31 años y 57 hombres (59.4%), media de 65.49 años. Grado de control: glu 60% (123.18 ± 44.03). HgA_{1c} 57.14% (7.64 ±

6.38). PAS 46.7% (136.88 ± 23.91). PAD 52.8% (79.13 ± 9.27). FC 66% (75.78 ± 11.64). Normopeso 42% (31.42% mujeres y 49% varones). FG 87.40 ± 21.19. CAC 29.15 ± 79.20.HTA 59.4%. Col 60.4%.TGL 25%. Dislip Mixta 22.9%. Dislip Aterog 11.5%. Obesidad (IMC 42.7%. Perim Abd 60.4%). Uric 26%. Déficit D25 88.23% y B12 25%. 2.1% para ACV e IC. 4.2% FA.12.5% Cp Isquém. 6.3% ERC. 13.5% Tabaquismo. 39.78% LOD. 19.35% covid+. Vacunas:Covid 86%, VAG 54.83%, VAT 30.1%, Neumo 10.75%, HZ 4.3%.

Conclusión

Aunque las medias obtenidas de los parámetros objetivos son más que aceptables e incluso buenas, no lo son, los porcentajes de control. Destaca una baja prevalencia de enfermedad CV y renal y alta de LOD. Predominan los FRCV clásicos HTA, Colesterolemia y obesidad. Así mismo una baja cobertura vacunal.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Demanda de atención médica y características de los pacientes hiperfrecuentadores en el Sistema Sanitario Público Andaluz

Pérez Milena, A¹, Prieto Gálvez, JL², Rodríguez Castilla, F², Darwish Mateos, S², Mengibar Cabrerizo, P², Ladero Pascual, M¹

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle. Jaén

Objetivo

Cuantificar la hiperfrecuentación en la demanda de consulta médica de la población andaluza y determinar el perfil del paciente hiperfrecuentador.

Material y métodos

Estudio descriptivo, auditorías de historias clínicas (2022-2023), en un centro de salud urbano (40% zona necesitada de transformación social). Muestreo sistemático de pacientes ≥ 14 años en consulta a demanda. Variable principal: hiperfrecuentación (demanda \geq percentil 75). Otras variables: número de consultas médicas el año previo en Atención Primaria (presencial, telefónica, administrativa), Urgencias (SUAP, hospital) y Hospital; edad, sexo, patología crónica y medicación (≥ 6 meses). Análisis descriptivo, bivariante y multivariante mediante regresión logística. Autorización del Comité de Ética.

Resultados

277 personas; edad $53,5 \pm 19,9$; 68% mujeres, 63,9% patología crónica; $2,5 \pm 3,2$ fármacos. 92,7% consultó con un médico con $15,5 \pm 12,9$ consultas anuales. Atención Primaria: 89,3% y $11,7 \pm 10,2$ citas/año ($4,4 \pm 5,3$ presenciales; $4,3 \pm 4,1$ telefónicas; $1,5 \pm 2,4$ administrativas). Urgencias: 54,9% y $1,6 \pm 2,4$ citas/año (30,1% SUAP y 37,9% hospital). Hospital: 52,4% y $2,1 \pm 3,0$ citas/año.

Existe hiperfrecuentación en consultas médicas en un 26,6% de los sujetos, superior en urgencias (36,4%; $p < 0,05$ Ji2); tienen mayor edad ($60,8 \pm 17,9$ vs $49,6 \pm 19$ años, $p < 0,05$ t Student), más frecuentemente son mujeres (75% vs 63%, $p < 0,10$ Ji2), más enfermedades crónicas (85% vs 56%; $p < 0,001$ Ji2) y mayor número de fármacos ($2,4 \pm 1,9$ vs $1,1 \pm 1,4$; $p < 0,05$ t Student). Los mismos pacientes son hiperfrecuentadores en diferentes ámbitos ($p < 0,001$ Ji2). El sexo (OR=2,1) y el número de fármacos (OR=1,2) se relacionan con la hiperfrecuentación en el modelo multivariante, independientemente del ámbito asistencial.

Conclusión

La media de demanda médica es elevada, sobre todo en Atención Primaria. La cuarta parte de los pacientes son hiperfrecuentadores, estando relacionado con el sexo mujer y la toma de fármacos, y posiblemente con la edad y la presencia de patología crónica. Esta población presenta una elevada demanda en todos los ámbitos asistenciales, por lo que su atención debe comprender una coordinación adecuada entre ellos.

Palabras clave

Health Services Needs and Demand, Medical Care, Health Systems.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Viabilidad de una intervención educativa preventiva basada en el Código Europeo contra el Cáncer a través de mHealth

Jiménez García, C¹, Espina García, C², Feliu Josa, A², González Vingut, A³, Frances Liddle, T⁴, Olaya Caro, I⁵

¹ Epidemióloga. Sistemas de información. DS Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

² Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC/OMS). Lyon. Francia

³ Indra. Málaga

⁴ Salud Responde. Jaén

⁵ Sistemas de información. DS Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

Objetivo

Recopilar conocimientos sobre la viabilidad de una futura intervención educativa para la prevención del cáncer basada en el Código Europeo contra el Cáncer, utilizando una estrategia de implementación de mHealth basada en la población.

Material y métodos

Se realizó un estudio híbrido cuali-cuantitativo de efectividad-implementación en una muestra representativa de la población general de Andalucía. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio, simple ciego, de viabilidad para evaluar la adopción, fidelidad, idoneidad y aceptabilidad de una intervención para difundir mensajes de prevención del cáncer y disposición para consultar más información digital. Las tasas de participación, los datos sociodemográficos, los patrones de uso de mHealth y los resultados de la implementación se calcularon utilizando frecuencias relativas, pruebas de Chi-cuadrado y t de Student, así como regresión logística multivariada.

Resultados

Participaron 1991 sujetos (media de edad: 49 años, 56,2% mujeres). Recibir mensajes de prevención

del cáncer a través de mHealth es aceptable, apropiado (frecuencia, oportunidad, comprensibilidad y utilidad percibida) y factible. Los usuarios de mHealth informaron un alto acceso a Internet a través de diferentes dispositivos, una gran capacidad y confianza para navegar por un sitio web y una gran disposición a recibir mensajes de prevención del cáncer por teléfono, a pesar de una baja tasa de participación en el estudio en comparación con la tasa de respuesta positiva inicial. Aunque la adopción de la intervención ha sido elevada, la fidelidad se vio seriamente obstaculizada por las perturbaciones provocadas por la pandemia de Covid-19.

Conclusión

En el contexto del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer para aumentar el conocimiento sobre la prevención del cáncer en toda la UE, este estudio contribuye a informar el diseño de futuras intervenciones utilizando mHealth a gran escala para garantizar una amplia cobertura y adopción de mensajes de prevención del cáncer como los que promueve el Código Europeo contra el Cáncer.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Registro de voluntades vitales anticipadas en un cupo médico de Atención Primaria

Pérez Romera, FJ¹, Tomás Gomáriz, B¹, Rodríguez López, E¹, García Rodríguez, JM²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adra. Almería

Objetivo

General: Conocer el grado de registro de voluntades vitales anticipadas (VVA) entre los usuarios de un cupo médico de Atención Primaria y su perfil demográfico.

Específicos: Conocer las razones esgrimidas por aquellos que no disponen de registro de VVA para no tenerlo.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Cupo médico de 1450 habitantes. Instrumentos. Cuestionario pre-establecido en el que se recoge si se tiene o no registro de VVA, su perfil demográfico (edad, sexo, nivel de estudios) y si no se dispone, razones por las que no lo tiene.

Participantes. Total de pacientes atendidos durante 5 días (del 14 al 18 de junio de 2023) en la consulta (126).

Procedimiento. Estudio descriptivo de las variables (dispone o no registro de VVA, edad, sexo, nivel de estudios, causa por la que no se dispone de registro de VVA,) mediante estadísticas básicas.

Resultados

La media de edad de los pacientes encuestados es de 48 años, siendo el 65% mujeres. En cuanto al nivel de estudios el 33% tiene estudios medios o superiores, mientras que el 67% o tenía estudios básicos o no tenía ningún tipo de estudios. El 9,5% (12) de los encuestados tenía registrado sus VVA. Con media de edad de 42 años y siendo el 67% mujeres. En cuanto a nivel de estudios, el 42% tiene estudios superiores y el 58% medios. En cuanto a los pacientes sin registro de VVA, las principales razones para no tenerlo fue por desconocimiento de su existencia (53%), por no hacer frente a los trámites burocráticos que conlleva (32%) y por creencias y decisión propias (15%).

Conclusión

Sigue siendo pobre el grado de registro de VVA en nuestro entorno. La principal causa de dicho bajo registro reside en el desconocimiento de la población. Ello obliga a seguir trabajando en su difusión desde Atención Primaria.

Palabras clave

Integrative Palliative Care, Primary Health Care, Personal Autonomy.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Efectividad de un programa formativo basado en la entrevista motivacional para el abordaje del consumo de riesgo de alcohol en profesionales de Atención Primaria

Perula Jiménez, C¹, ALCO-AP21, Grupo colaborativo estudio

¹ Enfermera de MFyC. Consultorio Pedro Abad. UGC Montoro. Córdoba

Objetivo

Comprobar la eficacia de un programa de formación para profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), dirigido a incrementar los conocimientos, actitudes y habilidades para el abordaje de pacientes con consumo de alcohol de riesgo, basándose en la entrevista motivacional.

Material y métodos

Diseño: ensayo clínico controlado, aleatorizado, abierto, de dos brazos paralelos, multicéntrico.

Ámbito del caso

Servicio Andaluz de Salud, Atención Primaria de Salud (APS).

Intervención: en ambos grupos, experimental y control, se realizó un taller de 16 horas sobre abordaje del paciente con consumo de alcohol de riesgo y la resolución de dos casos clínicos videograbados con pacientes estandarizados. El grupo experimental, además, recibió formación sobre entrevista motivacional.

VARIABLES DE RESULTADO: conocimientos sobre el abordaje del consumo de alcohol de riesgo, actuación clínica ante un paciente con este problema de salud, y valoración de la entrevista motivacional.

Resultados

Participaron 80 profesionales de 31 centros de salud. La media de edad fue $39,50 \pm 13,06$ -DT- (límites: 26-64 años; IC 95%: 36.59-42.41); el 71,3% (IC 95%:61,1%-80,9%) eran mujeres. La puntuación media de ambos grupos en el cuestionario de conocimientos antes del programa formativo fue de $15,10 \pm 4,66$, pasando a ser $21,99 \pm 3,93$ puntos tras la formación (IC 95%: 5.70-7.92; $p < 0.001$). La puntuación media en el grupo experimental, antes de la intervención en entrevista motivacional, fue de $18,53 \pm 13,23$ y de $28,33 \pm 11,86$ tras esta ($p = 0.002$), mientras que en el grupo control las puntuaciones no se modificaron.

Conclusión

Un programa formativo dirigido a profesionales de APS, concebido para aumentar los conocimientos sobre cómo realizar el abordaje del consumo de riesgo de alcohol y adquirir habilidades comunicacionales en entrevista motivacional resulta efectivo.

Palabras clave

Consumo de Alcohol, Educación Médica, Educación para La Salud.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

La deriva de las derivaciones ¿qué interconsultas realizan los Médicos de Familia andaluces?

Morera Perez, P¹, Tornero Patricio, S², Rodríguez Gómez, S³, Lafuente Robles, N³, Mesa Gallardo, MI¹, Fernández Delgado, C⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicios Centrales Del Servicio Andaluz De Salud. Sevilla

² Pediatra. Servicios Centrales Del Servicio Andaluz De Salud. Sevilla

³ Enfermera de Familia. Servicios Centrales Del Servicio Andaluz De Salud. Sevilla

⁴ Rehabilitadora. Servicios Centrales Del Servicio Andaluz De Salud. Sevilla

Objetivo

Analizar las derivaciones de los médicos de familia del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para alcanzar un modelo de gestión óptimo en el uso de las interconsultas entre las especialidades de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).

Material y métodos

Estudio descriptivo. Se realizó la extracción de los datos desde la plataforma digital InfoWEB sobre las derivaciones realizadas desde AP durante el primer semestre de 2023.

Resultados

Durante el primer semestre de 2023 en el SAS, se realizaron 1.803.651 derivaciones a especialidades hospitalarias desde AP. Los Distritos Sanitarios (DS) que realizaron mayor número de derivaciones fueron Málaga con 145.575 derivaciones, el 8,07%; seguidos de Sevilla con 140.679 derivaciones, el 7,8%; y Bahía de Cádiz-La Janda con 117.196 derivaciones, el 6,5%. Las especialidades que recibieron mayor número de derivaciones desde AP fueron: oftalmología con 194.210, el 10,77%; Dermatología con 190.860 derivaciones, el 10,58%; y Traumatología con 178.742 derivaciones; el 9,91%. Los Hospitales que

recibieron mayor número de derivaciones fueron: hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla con 133.892 derivaciones, el 7,42%; seguido del Virgen Macarena de Sevilla con 127.856 derivaciones, el 7,09%; y Hospital Virgen de la Victoria de Málaga con 115.847 derivaciones, el 6,42%.

Conclusión

Se realizaron 1.803.651 derivaciones desde AP. EL DS que realizó mayor número de derivaciones fue Málaga con 145.575 derivaciones, el 8,07%. Las especialidades que recibieron mayor número de derivaciones fueron: oftalmología con 194.210, el 10,77%; Dermatología con 190.860 derivaciones, el 10,58%; y Traumatología con 178.742 derivaciones; el 9,91%. Se entiende la necesidad de establecer medidas enfocadas en reforzar las especialidades que representan por sí mismas la mayor demanda de la población en Andalucía, así como favorecer la comunicación directa y telemedicina con estas especialidades.

Palabras clave

Derivación-Consulta, Derivación a Especialista, Interconsulta.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE**

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Evaluación de las sesiones grupales utilizadas en el Plan de Ayuda al Fumador de una comunidad autónoma asociadas o no a terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo en una Zona Básica de Salud

Perera Soler, H¹, Hernández Hernández, R², Puente Sojo, LL³, Rufino Delgado, MT⁴, Milena Jiménez, JA⁵, Figueroa Martín, L⁶

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Güímar. Santa Cruz de Tenerife

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guigou. Santa Cruz de Tenerife

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio de la Salud. Santa Cruz de Tenerife

⁴ Técnico Salud Pública. UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife zona I. Santa Cruz de Tenerife

⁵ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Güímar. Santa Cruz de Tenerife

⁶ Enfermera de MFyC. CS Güímar. Santa Cruz de Tenerife

Objetivo

Evaluar si la terapia grupal (TG) utilizada en el Plan de Ayuda al Fumador (PAF) de una comunidad autónoma solas o asociadas a fármacos presentan la misma tasa de éxito para el abandono del tabaquismo en una Zona Básica de Salud.

Material y métodos

Estudio evaluativo de cohortes retrospectivo. Se seleccionaron los pacientes incluidos en el PAF entre 2017 y 2022 de un centro de salud urbano, identificando 4 cohortes de exposición (Cohorte1:TG;

Cohorte2:TG+vareniclina;Cohorte3:TG+bupropion;Cohorte4:TG+TSN). Se estudiaron variables sociodemográficas, de dependencia -test Fagerström- y de motivación -test Richmond-, asistencia a las sesiones de TG, tipo de fármaco y abandono. La variable principal del efecto fue el abandono del tabaquismo al año. Análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS versión 24. Limitaciones: tamaño muestral y posible sesgo de medición de la respuesta (no se utilizan métodos objetivos-cooximetría). El estudio fue aprobado por el Comité Ético local.

Resultados

Se incluyeron 91 sujetos (Cohorte1:15, Cohorte2:39, Cohorte3:4; Cohorte4:33), edad

media 52,64 años (DT:9,91), 60,4% mujeres. Las cohortes no difirieron en cuanto a la dependencia física o la motivación para el abandono. El abandono del tabaquismo al año fue el siguiente: cohorte1:53,3%, Cohorte2:51,3%, Cohorte3:0%, Cohorte4:42,4%; $p=0,227$). A pesar de no observarse diferencias estadísticamente significativas, las mayores tasas de éxito para el abandono se produjeron en la cohorte1, tanto para la motivación leve, como para la moderada y grave (100%, 58,3% y 53,3% respectivamente; $p=0,233$). Aunque sin diferencias significativas la cohorte1 tuvo mejores tasas de abandono respecto al resto en los pacientes con dependencia grave (57,1%, 46,4%, 0%, 40%; $p=0,227$).

Conclusión

A pesar de no objetivarse diferencias en el abandono, se observa una tendencia a obtener mejores tasas de resultados en los sujetos tratados con TG únicamente, e independientemente de la motivación para el abandono. Es preciso realizar estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave

Smoking, Group Therapy, Drugs.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Características y diferencias según el sexo del paciente que solicita atención médica telefónica en Atención Primaria

Rodríguez Castilla, F¹, Prieto Gálvez, JL¹, Mengibar Cabrerizo, P¹, Darwish Mateos, S¹, Ladero Pascual, M², Pérez Milena, A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS del Valle. Jaén

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS del Valle. Jaén

Objetivo

Conocer el perfil del paciente que solicita atención médica telefónicas en un centro de salud y las diferencias existentes por sexo.

Material y métodos

Diseño transversal mediante auditoría de historias clínicas. Se realiza un muestreo sistemático de mayo a julio de 2023 incluyendo pacientes =14 años pertenecientes al centro de salud. Las variables recogidas son edad, sexo, antecedentes personales, toma de fármacos, frecuentación sanitaria y facultativo que responde. Se solicita consentimiento informado. Análisis descriptivo y bivariante (regresión logística).

Resultados

288 consultas telefónicas, 66% mujeres y 34% hombres. Sin diferencias en la media de edad (53,5±19,9 años y mediana 53) con un rango de 78 años (16 a 94 años), los motivos de consulta (1,2±0,5) ni el tipo de demanda realizada

(seguimiento programado 52%, administrativa 37%, patología aguda 22%). La duración total de la entrevista y de la llamada telefónica es ligeramente superior para mujeres (6,4±2,0 y 4,5±1,7 minutos) frente a hombres (6,0±1,8 y 4,5±2,1) pero sin diferencias significativas. Un 4,7% de las mujeres y un 9,3% de los hombres necesitan atención presencial posterior ($p < 0,1$ Ji2).

Conclusión

La consulta telefónica es usada por la población de cualquier edad, aunque es más demandada por la población de mediana edad. No se aprecian diferencias significativas por sexo, salvo una mayor demanda de atención telefónica y, posiblemente, la necesidad de mayor inversión de tiempo en este tipo de consultas para las mujeres y de generar citas presenciales posteriores para los hombres.

Palabras clave

Remote Consultation, Telemedicine, Interviews as Topic, Primary Health Care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Epidemiología de la inmovilización en un centro de salud urbano

Fansa Fernández F¹, Garrote Sotelo H¹, Fernández Sayago Y¹, Hernández Hernández B¹, García Sánchez F², Jiménez Jiménez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

² Enfermera de MFyC. CS Albaicín. Granada

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

Objetivo

Describir el perfil de personas incluidas en atención a inmovilizados.

Material y métodos

Estudio transversal. Se incluyeron los pacientes en seguimiento en el programa de inmovilizados de las 4 unidades de atención familiar docentes que prestan asistencia a 5.319 pacientes (81% de la población mayor de 13 años asignada al centro de salud).

El análisis estadístico se realizó a través de RStudio.

Conflictos éticos: la recolección de datos de las historias clínicas se realizó exclusivamente por las profesionales responsables de cada Unidades de Atención Familiar (UAF) a través de listados automáticos anonimizados.

Resultados

El número de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados a 1 de julio de 2023 fue 97 (prevalencia 1,82%), con un claro predominio de mujeres: 70 mujeres (72,2%) por 27 hombres (27,8%).

La media de edad fue de 83,77 años, con una diferencia significativa entre hombres (78,44 años) y mujeres (85,82 años, $p=0,001$).

La media de fármacos consumidos por pacientes fue de 8,17 (sin diferencias significativas por sexo, $p=0,415$) y de 1,22 para fármacos psicotrópicos (con un mayor consumo en mujeres, 1,36, que en hombres, 0,85, $p=0,03$).

Las causas de inmovilización más frecuentes fueron: 1) patología osteomuscular con claro predominio de artrosis, 53,6%, 2) enfermedades neurológicas entre las que destaca la demencia, 28,9%, 3) insuficiencia cardiaca, 9,3%.

Conclusión

El perfil de la persona inmovilizada es el de una mujer mayor de 80 años, polimedicada, afectada de artrosis y/o demencia. Existe un claro predominio de mujeres, congruente con la literatura previa que señalan líneas de investigación que esclarezcan la relación entre esperanza y calidad de vida.

Palabras clave

Personas con Discapacidad, Trastornos en Las Habilidades Motoras, Equidad en el Acceso a Servicios De Salud.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Perfil de citas del Programa de Planificación Familiar en un centro de salud urbano

Ruggeri Florido, S¹, Morente Rodríguez, P², Torres Bueno, C¹, Fernández Vargas, AM³

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

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

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. HRU Málaga. Málaga

Objetivo

Describir el perfil de citas programadas en Planificación Familiar (PF) en un centro de salud (CS) urbano y valorar el registro de variables de calidad en la historia clínica (HC).

Material y métodos

Diseño: descriptivo transversal.

Población: citas registradas en el programa PF agendas Dispositivo Intrauterino (DIU)/Implante Subcutáneo (ISD) del CS enero-agosto 2023.

Selección de la muestra: pacientes citadas en agenda de DIU/ISD entre enero-agosto de 2023.

Tamaño muestral: n=179.

Variables: edad, Motivo de consulta, Método (DIU cobre/hormonal o ISD).

Registro en HC: fórmula Obstétrica (FO), Fecha última regla (FUR), Consentimiento Informado (CI), Contraindicaciones, Histerometría, Ecografía, Lote y marca, Informe cuidados post-inserción, Derivación.

Análisis estadístico: estadística descriptiva.

Resultados

Edad entre 17-57 años. Media de años 33,7.

Motivo de consulta: 38,5% revisiones, 30,7% inserciones, 8,4% reinserciones, 9,5% retiradas, 7,3% información, 5,6% no consta. El 27,9% no acude (54% revisión, 12% inserción).

Método elegido: 66,1% DIU (cobre 90,2%, hormonal 9,8%), 33,9% ISD.

Registro en HC de PF.

DIU insertados: FO 63,3%, FUR 83,3%, CI 100%, Contraindicaciones 93,3%, Histerometría 100%, Ecografía 90%, Lote y marca 93,3%, informe cuidados post-inserción 86,7%.

ISD insertados: FO 26,3%, FUR 31,6%, CI 42,1%, Cuidados post-inserción 89,5%, Lote y marca 26,3%.

Reinserciones: 84,6% DIU (27,3% Mirena), 15,4% ISD.

Revisiones: 97,6% DIU, ISD 2,4%. 85,7% recoge tolerancia, 100% ecografía.

Retiradas: 29,4% fin tratamiento, 17,6% intolerancia, 11,8% deseo gestacional, 41,2% no consta.

Derivaciones: 95,3% no se derivan. 6 mujeres se derivan por imposibilidad de retirada: 4 a otro CS y 2 a ginecología.

Conclusión

La mayoría de las citas del programa son inserciones-reinserciones del DIU cobre.

La no asistencia es más frecuente en las revisiones.

Las derivaciones son muy escasas.

El registro de variables de calidad es mejorable.

Palabras clave

Dispositivos Anticonceptivos, Atención Primaria de Salud, Planificación Familiar.

29^o



Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA MÉDICO DE RESIDENTE**

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Traumatismos craneoencefálicos leves en niños

Lorenzo Illescas CM^{a1}

¹ CS Federico del Castillo

Objetivo

Dar a conocer las recomendaciones más relevantes sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico leve (TCEL) en el paciente pediátrico en los servicios de urgencias.

Pacientes y métodos

Revisión narrativa de la literatura científica que analizó los estudios más significativos y publicados desde enero de 2010 hasta marzo de 2020, sobre el manejo y el diagnóstico de TCEL en niños menores de 18 años que acuden al SUP. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Jábega, BVS, Google Académico, la revista The Lancet y diversas páginas web de interés.

Resultados

Los principales resultados de nuestro estudio han proporcionado una validación externa de las RDC y estas han demostrado tener una buena precisión diagnóstica por sus altos valores predictivos negativos y sus altas sensibilidades en la identificación de lesiones. En especial, PECARN junto con el juicio clínico son los más sensibles para identificar lesiones clínicamente importantes. Incluso los OCTs presentan una mejor precisión

que PECARN, por sus predicciones de riesgo más personalizadas y amplias. Igualmente, el examen POCUS permite estratificar de forma simple y no invasiva a los pacientes e identificar los que están en riesgo de sufrir una LIC a tiempo.

En conjunto todas estas medidas han demostrado reducir significativamente el uso de TC, radiografías craneales y sus costes asociados.

Conclusión

Según nuestros resultados las siguientes medidas: la observación clínica, las RDC, la especialización pediátrica y la toma de decisiones compartida. Todas ellas ajustadas a las necesidades específicas del entorno local, al juicio clínico y a la experiencia del médico han demostrado reducir el número pruebas de imagen y el porcentaje de ingresos hospitalarios en aquellos niños con riesgo bajo o intermedio de LIC. Por lo tanto, permiten disminuir la radiación dañina, utilizar mejor los recursos sanitarios y optimizar la atención de estos niños.

Palabras clave

Traumatismo craneoencefálico; lesiones leves en la cabeza; urgencias de pediatría.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE FAMILIA

EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

Instauración de nuevo protocolo en un Área de Gestión Sanitaria

Castillo Burgos, DO¹, Rodríguez Romero, MV², Pinilla González, MC³, Pallares Padrón, S⁴

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribañez. Sevilla

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora CS Virgen de Las Nieves . Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribañez. Sevilla

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribañez. Sevilla

Objetivos

Valorar los resultados obtenidos en nuestra área tras finalizar la realización de un protocolo para establecer un circuito para pacientes con sospecha o diagnóstico de infecciones de transmisión sexual y mostrar aspectos fundamentales para obtener estos resultados.

Descripción

Han participado representantes de las especialidades de dermatología, medicina familiar, ginecología y enfermedades infecciosas. Este protocolo se concluyó en noviembre 2021. Según datos recogidos, previa a esa fecha, el número de peticiones de ITS estaban alrededor de 25-60 al mes. A partir de noviembre se ve pequeño ascenso en el número de peticiones moviéndose entre una horquilla de 50-80. Este equipo decide desplazarse a los centros de salud de atención primaria, servicios de urgencias hospitalarias y servicios de urgencias extrahospitalarias de AP para dar a conocer este circuito y la importancia en captar a estos pacientes, realizar tratamiento empírico, solicitud pruebas complementarias y formas de derivación rápida a las distintas especialidades implicadas para su seguimiento.

Se alcanza un pico en marzo de 2022 de 180 peticiones llegando a un máximo de 220 peticiones en abril 2022, manteniéndose una cifra estable alrededor de los 200 durante todo el año 2022.

Conclusiones

Conclusión, pensamos como parte implicada, que para establecer un protocolo que afecta a varias especialidades, es fundamental el trabajo en equipo, coordinación y el acuerdo entre todas las partes implicadas y además, por muy bueno que sea ese protocolo, si no se hace partícipe a los profesionales implicados directamente en la recepción y /o búsqueda activa de estos pacientes, estará abocado al fracaso.

Aplicabilidad

Los protocolos que afectan a varios niveles asistenciales, es importante que en la elaboración del mismo participen representantes de todos estos niveles y no solo desde el punto de vista de uno de estos niveles

Palabras clave

Comunicación Multidisciplinar, Niveles Asistenciales, Trabajo en Equipo.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE RESIDENTE

EXPERIENCIAS MÉDICO RESIDENTE

Protocolo de atención sanitaria inicial a la población inmigrante recién llegada a España: una experiencia novedosa en el centro de salud

Sánchez Pelaz, L¹, Rodríguez García, R¹, Ferrer Haba, M², Menéndez Moreno, I¹

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

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo Las Beatas. Alcalá. Sevilla

Objetivos

Protocolizar en el centro de salud la atención sanitaria inicial a la población inmigrante recién llegada a España.

Conocer el estado de salud de la población inmigrante de nuestro país, así como proporcionar información acerca de la promoción de la salud en dicha población.

Prevenir y/o tratar las enfermedades más comunes relacionadas con la inmigración.

Descripción

Se realizó una búsqueda científica actualizada del tema en PubMed con los términos “healthcare”, “immigrant” y “Spain” en coordinación con la tutora de residentes.

Teniendo esto en cuenta y tomando como referencia el último Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se realizó el esquema de actuación; en una primera visita médica, se realizaría:

Recogida de antecedentes personales, incluyendo estado vacunal.

Realización de historia de salud actual y exploración física por aparatos.

Solicitud de pruebas complementarias generales y específicas según país de origen: analítica de

sangre y de orina, estudio de parásitos en heces, prueba de la tuberculina y radiografía de tórax, etc. Siempre que sea posible, hacer uso del traductor.

Conclusiones

La implantación del protocolo disipó las dudas de los sanitarios que atienden a personas inmigrantes sobre su labor en el proceso asistencial.

La atención protocolizada permitió conocer el estado de salud de estas personas en el momento de llegada a España, así como prevenir y tratar sus enfermedades.

La coordinación con la Comisión Española de Ayuda a Refugiados de la que procedía la población inmigrante podría suponer en un futuro una mayor fluidez del circuito.

Aplicabilidad

Esta estrategia podría implantarse en todos los centros de salud asociados a cualquier centro de acogida o a la Comisión Española de Ayuda a Refugiados y que reciba población inmigrante recién llegada al país que requiera un cribado de salud.

Palabras clave

Healthcare, Immigrant, Spain.

EXPERIENCIAS MÉDICO RESIDENTE

Experiencia inicial del tratamiento con citisina en el programa antitabaco

Casillas Moreno, AI¹, Ferrer Haba, M², Sánchez Pelaz, L³, Rodríguez Hidalgo, AJ⁴

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo Las Beatas. Sevilla

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

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Objetivos

Conocer los resultados iniciales de este nuevo tratamiento en el programa antitabaco.

Descripción

Hemos consultado las historias clínicas de los pacientes que han acudido al programa de deshabituación tabáquica de nuestro centro de salud, realizado al menos una consulta de seguimiento y que han recibido tratamiento con citisina para dejar de fumar, entre el 1 de junio y el 8 de septiembre de 2023. Hemos analizado el hábito tabáquico previo, el grado de dependencia tabáquica y grado de motivación para dejar de fumar, así como los resultados iniciales tras el tratamiento y los efectos adversos más frecuentes.

Conclusiones

El total de pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron 23. Todos ellos eran fumadores crónicos (el 86% llevaban más de 30 años fumando), y fumaban de media unos 20 cigarrillos al día. Todos ellos en la primera entrevista mostraron un alto grado de dependencia tabáquica (con puntuaciones en el test de Fagerström >7) y

un alto grado de motivación para dejar de fumar (valorado con el test de Richmond). Actualmente, de los 23 pacientes, 19 han dejado de fumar, y comentan un alto grado de satisfacción, especialmente por el corto período de tiempo del tratamiento. Los 4 pacientes restantes, a pesar de continuar fumando, han disminuido el número de cigarrillos diarios que consumen. Solo 9 pacientes tuvieron algún efecto adverso al tratamiento, todos ellos leves y que permitió finalizar el tratamiento, siendo los más frecuentes fueron la cefalea, alteraciones del gusto e insomnio.

Aplicabilidad

Hemos apreciado un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes y buenos resultados iniciales al comenzar a utilizar este nuevo tratamiento en la deshabituación tabáquica. Por ello creemos que sería interesante seguir estudiando su eficacia y ver los efectos que a largo plazo pueda tener.

Palabras clave

Tabaquismo, Control del Tabaco, Medicina Familiar y Comunitaria.

EXPERIENCIAS MÉDICO RESIDENTE

Importancia de la valoración del paciente que acude a los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias

Yélamos Lorente, MA, Lozano García, M, Medina Zuheros, T, Ortega Bautista, LM

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Objetivos

1. Describir la frecuentación temporal de los pacientes del cupo en Urgencias.
2. Actuar sobre el paciente hiperfrecuentador.
3. Garantizar la continuidad asistencial del paciente que ha ido a urgencias en épocas de menos accesibilidad a la consulta por mayor demora.
4. Conocer las patologías por las que consultan los pacientes en Urgencias.

Descripción

Se han registrado todos los pacientes del cupo que han acudido a algún servicio de Urgencias hospitalarias, su fecha de visita, el motivo del alta hospitalaria (no CIE porque no todos lo tenían registrado) y si el paciente tenía cita en la consulta previamente.

De los datos se sacan los siguientes resultados: Frecuentación media mensual: 72 pacientes, siendo 20 pacientes acumulan el 25% de las asistencias a los servicios de Urgencias, y 3 de ellos el 6%. La patología traumática supone un 7% de las visitas a Urgencias, la patología de columna un 4,5%, la digestiva un 4%, siendo el dolor abdominal el más prevalente con un 3,62%, la urinaria un 2,5% y por último la patología respiratoria y

cardíaca con un 2% del total de pacientes vistos en Urgencias.

Conclusiones

El adecuado control de los pacientes que acuden a servicios de urgencias puede ayudar a los médicos de familia a conocer las patologías más frecuentes por las que consultan, y servir como recurso para caracterizar las necesidades de nuestros usuarios y dar una mejor respuesta a estas.

Aplicabilidad

Poder hacer una continuidad asistencial a estos pacientes que acuden a urgencias, incluso realizar un control proactivo si el cuadro lo requiere. Comprobar si desde la consulta respondemos a las necesidades que el paciente demanda o por el contrario van al servicio de urgencias buscando otras respuestas o intervenciones.

Ver si los pacientes que más acuden a urgencias son hiperfrecuentadores, captarlos y hacer educación sanitaria a través de la mejora de la relación médico-paciente

Palabras clave

Urgencias, Frecuentación, Hiperfrecuentador.

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
EXPERIENCIAS DOCENTES
MÉDICO DE FAMILIA

EXPERIENCIAS DOCENTES MÉDICO DE FAMILIA

La ecografía útil en la medicina rural

Gracia Rodríguez, R, Luque Ruano, AL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba

Objetivos

Mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven en zona rural.

Realizar un diagnóstico temprano de determinadas enfermedades.

Descripción

Paciente de 23 a que acudió a urgencias por dolor en hipogastrio y le diagnosticaron de infección urinaria y le prescribieron fosfomicina con la cual mejoró.

Una semana después acude a su médico de atención primaria porque refiere dolor abdominal intenso, con náuseas y vómitos, no disuria ni polaquiuria. Se le realiza una exploración física:

Abdomen: puño percusión bilateral negativa, Blumber + Psoas +. Resto normal.

Combur test: sangre +++.

Se le realiza una ecografía en la consulta: hidronefrosis de riñón derecho grado II sin imágenes de litiasis, por lo que se deriva a urgencias para valoración de la paciente.

En urgencias se le repite la ecografía, diagnostican lo mismo y con la función renal normal en la analítica le dan de alta con tratamiento.

Se le deriva a urología y se cita para revisión tras una semana.

Acude de nuevo para revisión a consulta y se repite la ecografía donde ya no se observa hidronefrosis, pero sí se presenta una imagen hiperecogénica cerca del polo inferior renal de 2 mm y otra en uréter más pequeña.

Se aconseja beber mucha agua y se cancela la derivación al especialista.

Conclusiones

La ecografía es una herramienta útil para el médico de atención primaria en la práctica general para diagnosticar de forma fiable ciertas enfermedades, patologías potencialmente mortales, reduciendo el tiempo hasta el tratamiento definitivo, las derivaciones innecesarias y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Aplicabilidad

- Se puede llevar a cabo una exploración ecográfica adecuada en cualquier centro de salud por residentes u adjuntos con buena formación ecográfica.

Palabras clave

Ultrasonografía,
Hidronefrosis.

Médicos

Generales,

29^o

Congreso Andaluz
de **Medicina Familiar
y Comunitaria**
SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Córdoba
Palacio de Congresos
del 9 al 11 de noviembre **2023**

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

#SAMFYC23

COMUNICACIONES TIPO PÓSTER
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
MÉDICO DE FAMILIA

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO DE FAMILIA

Disminuir la absorción intestinal de fósforo como estrategia para enlentecer la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes de Atención Primaria. Ensayo clínico ERCAP

Romero Rodríguez EM¹, Rodríguez Portillo M², Fonseca Del Pozo FJ³, Canton Guerrero P⁴, Pérez Díaz L⁵, Martín Rioboo E⁶

¹ UGC Carlos Castilla Del Pino. Córdoba

² Nefrología Imibic. HU Reina Sofía. Córdoba

³ Gerente DS Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

⁴ UGC Palma Del Río. DS Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

⁵ Jefe De Estudios Udrmafyc. DS Córdoba Y Guadalquivir. Córdoba

⁶ UGC Poniente DS Córdoba. Córdoba

Objetivos

Demostrar que la reducción de la absorción intestinal de P en pacientes con ERC estadio 3 es una estrategia útil para reducir la progresión de la ERC y con ello retrasar la entrada en diálisis.

Material y métodos

Diseño: ensayo clínico controlado, aleatorizado, con dos grupos paralelos, doble ciego.

Población de estudio: pacientes con ERC en estadio 3 (EFG entre 60 y 30 ml/min/1,73 m²) sin hiperfosfatemia.

A-Criterios Inclusión: 1. Edad =18. 2. Pacientes con ERC estadio 3. FG 60-30 ml/ min/1,73 m² más de 2 meses. 4. Capaz de comprender procedimientos del estudio y otorga consentimiento informado.

B-Criterios Exclusión: 1. Pacientes con enfermedad renal específica: glomerulonefritis, poliquistosis, nefropatía obstructiva, litiasis renal, nefropatía tubulo-intersticial y cualquier paciente con proteinuria >300 mg en 24 h. 2. Hiperfosfatemia. 3. Calcifilaxis, con necesidad inmediata de hemodiálisis o diálisis peritoneal. 4. Hipermagnesemia, Mg >2.6 mg/dl. 5. Tratamientos con bifosfonatos, denosumab o terapias recombinantes de patologías autoinmunes. 6. Pacientes con paratiroidectomía. 7. Infecciones activas dentro de los 30 días anteriores al inicio del estudio. 8. Pacientes con enfermedad inflamatoria sistémica. 9. Infección por VIH, virus de la Hepatitis C o Hepatitis B. 10. Historia de cáncer dentro de los 5 años anteriores. 11. Hepatopatía crónica. 12. Terapia inmunosupresora. 13. Mujeres embarazadas, en lactancia, o con planes de quedar embarazadas. 14. Adicción a drogas/alcohol. 15. Participación en otros estudios clínicos. 16. Incapacidad o falta de voluntad del individuo o tutor legal o representante para dar consentimiento informado por escrito.

Variables. Principal: progresión de la ERC (descenso de FG ml/min año). Secundarias: parámetros de metabolismo mineral e inflamación. Determinación de cambios hemodinámicos (tensión arterial, presión de pulso y

velocidad de onda de pulso), en la densitometría ósea. Evaluación de calcificaciones vasculares. De seguridad: en ambos grupos de tratamiento se evaluará como objetivo secundario en cuanto a incidencia y severidad de posibles acontecimientos adversos. Tratamiento-intervención: carbonato de Sevelamero. Dosis: 800 mg en desayuno, comida y cena. Duración prevista para cada paciente 36 meses. Reclutados por médicos de AP de CS participantes (junto a la enfermera responsable coordinarán las siguientes visitas y procedimientos). Análisis estadístico: se utilizará un modelo lineal mixto generalizado para estimar el efecto del tratamiento sobre el deterioro del FG a lo largo del seguimiento ajustado por antecedentes de DM2 e hipertensión, sexo, presión de pulso, tiempo de seguimiento, FG basal y edad.

Aplicabilidad de los resultados esperados

La reducción de la absorción intestinal de fósforo en estadios más tempranos (ERC estadio 3) puede contribuir a disminuir la progresión del deterioro de función renal y retrasar entrada en diálisis del paciente. Se usa una droga ya aprobada por la AEM, pero en un estadio más temprano de enfermedad distinto al ya aprobado. Esta estrategia puede suponer un extraordinario ahorro económico al SNS. Resultados obtenidos en este ensayo se trasladarán a la práctica clínica con aplicación a corto plazo.

Aspectos ético-legales

Aprobado por CEIm Provincial de Córdoba.

Financiación

Acción Estratégica en Salud - Convocatoria para Proyectos Investigación Clínica Independiente 2022 ISCIII. Financiación 648.498.29 €. Expdte: iCI22700090.

Palabras clave

Enfermedad Renal Crónica, Carga de Fósforo, Nefrología, Atención Primaria

Fundación

SIMFYC

