

# Medicina de Familia Andalucía

Volumen 25, número 1, suplemento 1, junio 2024

## 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones



## Granada2024

**acm** andalucía de  
congresos médicos  
Aptado de Conces 506. 18080. Granada Tfn/Fax: 958 523 239  
www.andaluzacongresosmedicos.com | andaluzacongresosmedicos.com

**#SAMFYC24**  
[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)  
[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)





# Comité Científico

---

## **Presidente**

**Irene Fernández Peralta**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Cuevas del Campo. UGC Baza (Granada).  
Miembro del GdT SAMFyC Atención a la mujer. Salud reproductiva de las mujeres*

## **Vocales**

**Juan Francisco Barranco Tirado**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorios de Exfiliana y La Estación de Guadix.  
Centro de salud de Guadix (Granada). Miembro del GdT SAMFyC Medicina Rural*

**Celia Carmen Cuadrado Alburquerque**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud  
Internacional*

**Juan Manuel García Torrecillas**

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

**Melanie Ibáñez Muñoz**

*Especialista en Medicina de Familia. Diabetóloga (Dr. med. Fachärztin für Allgemeinmedizin  
und Diabetologin). Bremen (Deutschland)*

**Beatriz Jarabo Tevar**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud  
Internacional*

**Leonor Marín Pérez**

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

**Gertrudis Montes Redondo**

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

**Rocío Medero Canela**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico Unidad Docente Multiprofesional de AFyC de  
Huelva*

**Pedro Mesa Rodríguez**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de apoyo Aljarafe. ZBS Camas (Sevilla).  
Miembro de los GdT SAMFyC Cirugía y dermatoscopia, Ecografía en MF, TIC y Urgencias*

**Beatriz Muñoz Martínez**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud  
Internacional*

**Eduardo Pérez Razquin**

*Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud el Torrejón. Huelva. Miembro del GdT  
SAMFyC Neurología*

**Daniel Yera Pozo**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud  
Internacional*

## Comité Organizador

---

### **Presidente**

**Francisco José Guerrero García**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirector médico Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada*

### **Vocales**

**María Filomena Alonso Morales**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Carmen María Escudero Sánchez**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia (Granada)*

**Antonio Muñoz Gámez**

*Médico Interino Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla (Granada)*

**Ignacio Merino de Haro**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada*

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

**Presidente**

*Jesús E. Pardo Álvarez*

**Vicepresidente**

*Francisco José Rodríguez Arnay*

**Vicepresidente**

*M<sup>a</sup> 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:** *Ana Fons Díaz*  
**Vocal provincial de Granada:** *Irene Fernández Peralta*  
**Vocal provincial de Huelva:** *Eduardo Pérez Razquín*  
**Vocal provincial de Jaén:** *M<sup>a</sup> de la Villa Juárez Jiménez*  
**Vocal provincial de Málaga:** *Rubén L. Vázquez Alarcón*  
**Vocal provincial de Sevilla:** *Mercedes Casado Martín*

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

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

Telf: 958 804201

e-mail: [samfyc@samfyc.es](mailto: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<sup>a</sup>. Teresa Carrión de la Fuente. *Málaga*  
José M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>. 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*  
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*

**Medicina de Familia. Andalucía**  
*Incluida en el Índice Médico Español*  
*Incluida en Latindex*

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

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.

**Título clave:** Med fam Andal.  
**ISSN-e:** 2173-5573

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

**Maqueta:**  
Juan Francisco González Ibáñez

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

**Desde 2024 esta revista sólo  
dispone de formato digital**



## MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal  
Volumen 25, número 1,  
suplemento 1, junio de 2024

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

---

14/24

#### Comunicaciones orales

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

14/24

#### Comunicaciones tipo póster

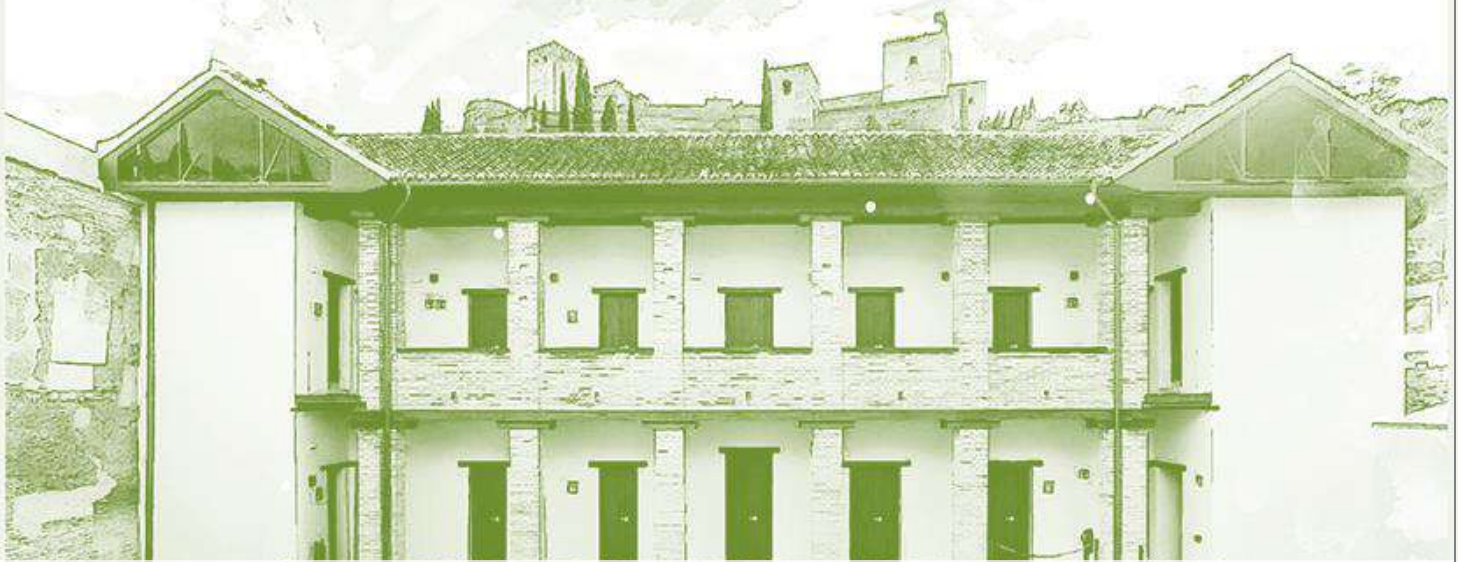
- Casos clínicos: médico de familia / atención primaria
- Casos clínicos: médico residente / atención primaria
- Casos clínicos: médico de familia / urgencias
- Casos clínicos: médico residente / urgencias
- Resultado de investigación cuantitativa médico de familia
- Experiencias docentes médico de familia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



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA**

## Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)  
[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)





## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Una lumbalgia poco común**

González Furundarena S

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Jerónimo, Sevilla

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lumbalgia

**Historia clínica**

Varón de 44 años que consulta por dolor lumbar desde hace varios meses. A la exploración, ligero dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar. Se solicita radiografía lumbosacra sin hallazgos patológicos.

Vuelve a los dos meses porque el dolor no ha mejorado con antiinflamatorios y fisioterapia. Se solicita RMN dónde se observan varias lesiones nodulares vertebrales inespecíficas, una de las cuales muestra un patrón infiltrativo de aspecto tumoral en L2. Ante estos hallazgos se hace una exploración más completa dónde destacan adenopatías de 1cm rodaderas a nivel cervical (submandibular izquierda y en región de ECM bilateral), adenopatías inguinales izquierdas no dolorosas de 1cm aproximadamente, menos móviles y adenopatía a nivel costal derecho de unos 2cm. Tras estos hallazgos se hace interconsulta con Medicina Interna (MI) para seguir el estudio. Lo ven en consulta y lo citan para BAG de adenopatía costal con resultado de infiltración por proceso linfoproliferativo B de alto grado.

**Enfoque individual**

No AP de interés.

**Enfoque familiar y comunitario**

*Antecedentes familiares:* de abuela paterna con cáncer de colon y tío paterno con linfoma.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Linfoma B de alto grado con afectación ósea. Hernia discal, lumbalgia. No consultó en ningún momento por las adenopatías ni presentaba ningún síntoma típico de linfoma como puede ser sudoración nocturna, fiebre o pérdida de peso.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva al paciente a Hematología dónde continúan el estudio con TAC, RMN, PET-TAC, biopsias y comienza tratamiento quimioterápico con R-CHOP.

**Evolución**

Tras 6 ciclos de quimioterapia se observa respuesta metabólica completa en PET-TAC y el paciente se encuentra mucho mejor.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El paciente consultó inicialmente por lumbalgia, pero es importante realizar una evaluación completa de los síntomas y realizar una exploración física minuciosa en busca de hallazgos adicionales. En este caso, la identificación de adenopatías en diferentes regiones durante la evaluación fue crucial. También es importante la comunicación interdisciplinaria para el manejo adecuado de los pacientes. La interconsulta con MI y su rápida respuesta permitió llegar al diagnóstico y comenzar rápidamente el tratamiento. En resumen, este caso subraya la importancia de una evaluación integral de los pacientes en atención primaria y la comunicación efectiva entre especialidades para un manejo óptimo de los pacientes con patologías complejas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Algo pasa con esta lumbalgia**

Gámez Navarro M, Mateos Gómez AM, Espinal Sánchez M

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

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lumbalgia.

**Historia clínica**

Varón de 42 años que acude por lumbalgia con irradiación a ambos miembros inferiores (MMII) de larga evolución, que se ha exacerbado en últimas tres semanas. Se acompaña de parestesias en MMII y ausencia de defecación y micción desde 24 horas. Niega otros síntomas, traumatismo y/o sobreesfuerzo. En seguimiento por Traumatología por protusiones discales L3-L4 y L4-L5 y hernia discal posterior en L5-S1 con afectación radicular homolateral, como antecedente personal de interés.

**Enfoque individual**

*Exploración física:* abdomen: doloroso en hipogastrio sin poder descartar globo vesical. Columna lumbar: dolor a la palpación de musculatura paravertebral sacra y apofisalgia dorsal. Bragard y Lasègue positivos bilateralmente. Marcha limitada por dolor. Resto sin hallazgos relevantes.

**Enfoque familiar y comunitario**

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

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Lumbalgia con datos de alarma a filiar etiología (síndrome cola de caballo, fractura vertebral, compresión medular por tumor, infección...).

**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva a urgencias de Hospital de referencia para valoración ante la presencia de datos de alarma. Se realiza analítica, sin hallazgos relevantes, y sondaje vesical por retención aguda orina (RAO); procediéndose al alta con diagnóstico de lumbalgia sin datos de alarma.

**Evolución**

A las 48 horas, se re-evalúa al paciente en consulta por persistencia de los síntomas previos, destacando la imposibilidad para la micción y la aparición de anestesia en silla de montar. Se deriva nuevamente a urgencias hospitalarias y se contacta telefónicamente con dicho servicio para comentar el caso clínico, recalando la presencia de datos de alarma. Se realiza RMN para descartar complicaciones, donde se observa hernia L5-S1 (ya conocida) con compromiso del canal medular, realizándose a las 24 horas laminectomía con discectomía L5-S1, con recuperación completa.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La lumbalgia es la primera causa mundial de discapacidad. Es un motivo de consulta muy común con múltiples etiologías, generalmente benignas y autolimitadas. La mayoría (>85%) de los pacientes presentan un dolor lumbar inespecífico, en el cual no se identifica patología subyacente. Sin embargo, debemos prestar especial interés en realizar una correcta anamnesis y exploración física que nos ayude a descartar la presencia de datos de alarma o *red flags*.

**Palabras clave**

Low Back Pain, Cauda Equina Syndrome, Spinal Cord Compression.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Un caso sobre seguridad**

Casas Reyes P

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Almería

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

necesario contactar con Oncología Médica para derivación de la paciente.

**Motivos de consulta**

Dolor lumbar moderado-intenso de un mes de evolución.

**Enfoque familiar y comunitario**

No procede.

**Historia clínica**

Paciente de 57 años que consulta por dolor en región lumbar de semanas de evolución que no cede a analgesia habitual. En otras ocasiones ha presentado lumbalgia/ciática pero el dolor nunca había sido tan limitante para actividades básicas de la vida diaria.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Dolor lumbar moderado-intenso secundario a metástasis óseas por cáncer de mama.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* cáncer de mama en año 2010 con remisión completa tras cirugía y quimioterapia. Hipertensión arterial.

*Exploración física:* dolor intenso en apófisis espinosas desde L3 a zona sacra. No irradiación a miembros. Lasègue y Bragard negativos.

*Pruebas complementarias:* RMN lumbosacra: Sin hallazgos.

La paciente acude a consulta a recoger los resultados y observamos una incongruencia en el informe. Ya presentaba una protrusión discal en L4-L5 en una RMN lumbar de 2021 que no está en el informe de 2024, por lo que examino las imágenes de la Resonancia. En ella se aprecian manchas a nivel de tres cuerpos vertebrales (L3, L4 y L5) que pudieran ser de origen tumoral. Se contacta inmediatamente con Radiología de Guardia del Hospital de Referencia para comentar el caso y que valore las imágenes. Nos indica que dichas imágenes son sugerentes de metástasis óseas y que es

**Tratamiento, planes de actuación**

Tapentadol 50 mg Retard cada 12 horas, metoclopramida 10 mg cada 8 horas condicional si náuseas, paracetamol cada 8 horas, metamizol 575 mg cada 8 horas de rescate, calor local, limitar los esfuerzos.

Se habla personalmente con Servicio de Oncología que tramita cita preferente.

Se gestiona incidencia de seguridad.

**Evolución**

La paciente sigue sesiones de quimioterapia actualmente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es importante para el médico de familia estar atento a los incidentes de seguridad que se puedan plantear en el día a día, Como en este caso, cuando recibimos algún informe de una prueba diagnóstica es interesante revisar los informes previos si los hay y compararlos, sobre todo si no concuerdan con la clínica. Los médicos de cabecera jugamos con una gran ventaja y es que conocemos a la mayoría de nuestros pacientes, eso nos da la clave.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**La estética en la consulta de Atención Primaria**Daga Navarta GM<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tarifa. Cádiz<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones en piel.

**Historia clínica**

Mujer de 71 años.

*Antecedentes personales:* HTA en tratamiento, hipotiroidismo.

Acude porque hace 48 horas se realizó de forma privada en una clínica estética un tratamiento facial (zona bigote y mejillas) antiarrugas y antimanchas con láser de CO<sub>2</sub>. Desde hace 24 horas presenta dolor intenso en la zona y edema que le dificulta la apertura de boca.

**Enfoque individual**

A la exploración presenta una lesión costrosa negruzca extensa, alguna ampolla con contenido seroso y edema hasta mitad de cuello. Úvula no edematosa. No dificultad respiratoria.

**Enfoque familiar y comunitario**

Natural de un pueblo. Viuda. Actualmente tiene un 'amigo', aunque no conviven. Tiene una hija y dos nietas con las que pasa tiempo. Sale con sus amigas a menudo y se apunta a todos los viajes del IMSERSO que puede. Hace pilates en el hogar de mayores. Regentó una pequeña tienda de ropa desde la juventud. Pensionista.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* quemadura de segundo grado por láser de CO<sub>2</sub>*Diagnóstico diferencial:* quemadura de otro grado, Infección de partes blandas.*Identificación de problemas:* dificultad para la aceptación del envejecimiento. Presión social en la estética femenina.**Tratamiento, planes de actuación**

Realizo Teleconsulta a Dermatología con iconografía. Respuesta en la misma mañana. Iniciamos conjuntamente AINES a dosis bajas con control de tensión arterial, Mupirocina en crema dos aplicaciones al día y limpieza diaria con gel exfoliante suave.

**Evolución**

Tras 7 días, está sin dolor y sin edema. Mantiene algunas lesiones parcheadas costrosas, la piel expuesta está eritematosa. Tras un mes, la piel sigue eritematosa. Refiere que su piel esta más tersa y han desaparecido las manchas. Envío nueva Teleconsulta de seguimiento a Dermatología que pauta crema hidratante intensiva.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El envejecimiento es un proceso natural pero en ocasiones se oculta o se intenta disimular, sobre todo en las mujeres. Esto conduce a acciones sobre el cuerpo que pueden afectar a la salud y sus complicaciones son cada vez más frecuentes en las consultas de Atención Primaria. El género y la edad juegan aquí un papel crucial. La telemedicina ha facilitado la rapidez en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este caso.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Acompañar, desde el respeto a la autonomía**Gallardo García I<sup>1</sup>, García Ors G<sup>2</sup>, Leyva Conde MJ<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS La Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Molestias abdominales inespecíficas.

**Historia clínica**

Mujer de 83 años de edad, soltera, vive con su hermana dos años mayor, como referente familiar, tienen un sobrino que se hace cargo de sus cuidados. Hace algo más de un año consulta por molestias inespecíficas abdominales.

*Antecedentes personales:* HTA, fisura anal intervenida hace 18 años.

Al inicio del estudio, presenta analítica con anemia ferropénica, y leve elevación de VSG, resto de parámetros en rango. Se comienza estudio de anemias, identificando elevación de CEA, SOH positiva, ecografía abdominal y EDA normales. Progresivamente, los niveles de Hb han descendido, llegando a niveles transfusionales, actualmente en seguimiento por Hematología, que le administran hierro endovenoso de manera periódica.

**Enfoque individual**

Dada la sospecha de Cáncer de Colon, en múltiples visitas tanto en AP como en consultas hospitalarias, se le ha ofertado la realización de colonoscopia, para filiar la posible lesión, y adecuar tratamiento.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

En todos nuestros encuentros, la paciente refiere que “por el momento” no quiere realizarse más estudios, que está tranquila con las transfusiones, a pesar de ser consciente de que está más débil y delgada progresivamente.

**Tratamiento, planes de actuación**

Durante nuestras entrevistas, hemos explicado a nuestra paciente nuestra sospecha diagnóstica, también a su hermana que siempre la acompaña, hemos conversado con su sobrino. Siempre les transmitimos la posibilidad de retomar los estudios si hay un cambio en su decisión. Actualmente hemos precisado incorporar opioides para manejo del dolor, por aparición de masa abdominal en flanco derecho.

**Evolución**

Por el momento, nuestra actitud es la de aliviar síntomas y acompañar las dudas que vayan surgiendo.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En general, el sanitario tiene como objetivo curar a sus pacientes, pero tenemos que tener en cuenta los deseos de cada uno de ellos, y para eso, la herramienta diagnóstica principal es la Comunicación. Partiendo de la madurez y capacidad de cada paciente, es decisión suya, la toma de decisiones respecto al estudio de su patología y tratamiento. En esto consiste la Autonomía de Paciente. Nuestra labor, no es sólo la de curar, debemos informar, acompañar y aliviar síntomas, al ritmo que nuestro paciente vaya precisando.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### El reto de una primera y funesta consulta

Medina Salas V<sup>1</sup>, López Espiga M<sup>2</sup>, Navarro Rivero PM<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

#### Ámbito del caso

Atención Primaria (AP) en ámbito rural.

#### Motivos de consulta

Varón de 70 años sin relación con servicios sanitarios con síndrome constitucional.

#### Historia clínica

Varón de 70 años con antecedentes de discapacidad intelectual y escasa relación con sistema sanitario (sin consultar desde hace más de 10 años), independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Consultan sus familiares (hermano y sobrina) de forma telefónica por deterioro brusco en los últimos dos meses que ocasiona limitación para AVBD, asociando pérdida de peso, hiporexia y náuseas. Así mismo, úlcera sacra por decúbito derivada de inmovilización secundaria al proceso. Se acuerda valoración presencial del paciente conjunta con enfermería para valoración integral.

Exploración: hábito caquéctico y palidez mucocutánea. Hepatomegalia de 5 traveses y tumoración pétreo epigástrica de grandes dimensiones. Edema sacro y úlcera perianal. Edemas bilaterales con fóvea +++ hasta rodillas.

Se realiza ecografía en acto único en el centro de salud, evidenciando tumoración epigástrica de grandes dimensiones, hepatoesplenomegalia severa, lesiones focales hepáticas múltiples hipocogénicas respecto a parénquima hepático y ascitis leve en flancos.

#### Enfoque familiar y comunitario

Situación de contexto rural con estrecha relación con familiares. Facilidad para la comunicación cercana y fluida.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome constitucional en paciente sin relación con servicios sanitarios desde hace años. Detección de tumor digestivo avanzado.

#### Tratamiento, planes de actuación

Ante sospecha de cuadro constitucional secundario a neoplasia se solicita analítica donde destaca anemia grave. Se deriva a urgencias hospitalarias para transfusión y estudio. Se informa a familiares de probable proceso ominoso a corto plazo. Notifican su deseo de que, llegado el caso y si es posible, el paciente reciba cuidados y tratamiento en domicilio, incluido fallecimiento. Se ofrece seguimiento, contacto continuado, y atención domiciliaria.

#### Evolución

El paciente es ingresado en servicio de Medicina Interna y diagnosticado de neoplasia maligna de colon estadio IV. Se decide alta y seguimiento por nuestra parte. El paciente fallece en domicilio con sedación paliativa a los pocos días, de acuerdo a deseos de familiares.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia de: atención conjunta de la UAF en ámbito AP. Atención en acto único. Coordinación con entorno familiar (punto fuerte de AP y ámbitos rurales). Profesionales de referencia en AP para el paciente y familiares (atención, información, cercanía). AP como garantía para respetar decisiones respecto a entorno del fallecimiento.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### Importancia de la ecografía en la Atención Primaria

Gallego Antequera V, Vicente Martínez MF

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Huércal-Overa, Almería

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Dolor de hemicuello derecho.

#### Historia clínica

Paciente de 48 años.  
*Antecedentes de interés:* hipotiroidismo subclínico.

#### Enfoque individual

La paciente acude a consulta por un cuadro de dolor faríngeo de 4 días de evolución, notando ella un bulto a nivel de cuello. No refiere fiebre asociada. Acude a consulta y se evidencia en exploración física un lóbulo tiroideo derecho incrementado de tamaño y doloroso a la palpación. Se realiza ecografía en AP y se descubre ecogenicidad multinodular bilateral con un nódulo en polo inferior derecho 22x21 con calcificaciones y quiste en LSD y nódulo hipoecogenico de 9x9 entre ambos.

#### Enfoque familiar y comunitario

No procede. No presenta antecedentes familiares de enfermedad tiroidea de interés.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Bocio Multinodular TIRADS III.  
Carcinoma papilar lóbulo derecho con metástasis de 2 ganglios linfáticos.

#### Tratamiento, planes de actuación

Derivación a hospital para realización de ecografía de cuello de urgencias para confirmar diagnóstico; se confirma TIRADS III tras ecografía y TAC de cuello. Se programa cirugía para tiroidectomía total.

#### Evolución

En seguimiento por otorrino tras realización de PAAF. Se realiza cirugía con evolución favorable; posteriormente, con administración de gluconato Ca ++ por parestesias en mano izquierda e hipocalcemia transitoria. Tratamiento ablativo por parte de endocrino con 150 mcl de yodo irradiado, con posterior seguimiento por su servicio. Tratamiento actual: Eutirox 75 mg 1 dosis diaria durante 5 días a la semana; 50 mg durante 2 días.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Gracias al uso precoz de la ecografía ante datos de alarma, se pudo diagnosticar de manera muy precoz el carcinoma con abordaje clínico y terapéutico poco después del comienzo de la sintomatología, evitando una mala progresión del carcinoma y reduciendo significativamente el riesgo de metástasis del mismo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**De lo previsible a lo inesperado: vasculitis C-ANCA ante evolución atípica de disnea en paciente con EPOC**García López E<sup>1</sup>, Morales Moreno JM<sup>2</sup>, Ruíz Sancho FJ<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Gor. ZBS Guadix. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Apoyo UGC Baza. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria; urgencias extrahospitalarias; urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Disnea.

**Historia clínica**

Consulta en Atención Primaria por disnea, aumento de expectoración y tos.

**Enfoque individual**

Paciente de 73 años.

*Antecedentes registrados:*  
 hipercolesterolemia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), hiperplasia benigna de próstata, trastorno obsesivo-compulsivo. Fumador.

**Enfoque familiar y comunitario**

Reside en zona de 20,000 habitantes. Convive con su esposa. Sin contactos previos con la médica de familia de ese momento, pero bien conocido por el enfermero del cupo.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Orientado inicialmente como reagudización infecciosa de EPOC. Se prescribe Amoxicilina-Clavulánico y se realiza consejo antitabaco. 2 días después acude por hemoptisis a urgencias hospitalarias, donde se encuentra derrame pleural en radiografía. Se pauta cefditoreno. A los 3 días, atendido por equipo de urgencias extrahospitalarias por síncope. Se sospecha TEP. Con Angiotac se descarta trombo, pero se informa persistencia de infiltrados. Se indica levofloxacino.

A la semana solicita valoración domiciliar por mal estado general y astenia. Se propone derivación a hospital, pero lo rechaza por miedo a que sus síntomas no sean tenidos en cuenta. Ante esto, se habla con Medicina Interna para iniciar estudio de patología neoplásica o sistémica. Continúa empeorando, por lo que vuelve a pedir asistencia. Esta vez se acuerda traslado a hospital para agilizar estudio. La broncoscopia resulta normal, pero en analíticas destaca anemia, aumento de reactantes de fase aguda y alteración de proteinograma. Se realiza biopsia de médula ósea y se amplía analítica, hallando positividad para Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos. Finalmente se diagnostica vasculitis c-ANCA + y gammapatía monoclonal de significado incierto.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se inicia tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

**Evolución**

Mejoría clínica hasta el alta.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso refleja varios aspectos relevantes de la medicina de familia, como la importancia de evitar la inercia diagnóstica y terapéutica ante cambios en la presentación clínica o falta de respuesta al tratamiento inicial. También señala el riesgo de sesgos en nuestra atención por la existencia de antecedentes psicopatológicos. Además, subraya la necesidad de la toma de decisiones compartida con el paciente, y de una comunicación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**No todo es depresión**Carmona Ruiz MA<sup>1</sup>, Simón Soto AR<sup>2</sup>, García Alonso T<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Vera. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Astenia y trastorno del ánimo.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* destacable para el caso, no hábitos tóxicos, Trastorno Ansioso-Depresivo por fallecimiento de su hija (2015) ya resuelto. Tratamiento crónico destacable: duloxetina 60 mg y lorazepam 1 mg.

*Anamnesis:* mujer de 41 años que acude a consulta refiriendo trastorno del ánimo tipo distimia con astenia importante asociada desde hace un año que le impide realizar actividades básicas de la vida diaria. Refiere no apetecerle salir a la calle ni vestirse ni asearse. Valorada en varias ocasiones, cambiando diferentes antidepresivos por refractariedad asociando en todo momento como posible causa el fallecimiento de su hija en 2015. Refiere menstruaciones abundantes y de larga duración. Niega sangrados digestivos.

*Exploración física:* buen estado general, eupneica. Hemodinámicamente estable. Palidez cutánea, distimia. Abdomen anodino. Tacto rectal sin presencia de sangrado.

*Pruebas complementarias:* analítica de sangre (sin previas): hemoglobina 9.9, volumen corpuscular medio 76, ferritina 4, vitamina b12 138, vitamina D 19.7.

**Enfoque individual**

Depresión mayor (2015) tras duelo por la muerte de su hija en un accidente.

**Enfoque familiar y comunitario**

Etnia gitana, duelo por la muerte de su hija en un accidente de tráfico agravado por situación

familiar (su hermano conducía el coche que la atropelló). La sintomatología depresiva cedió hace años con tratamiento y terapia cognitivo-conductual.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* anemia ferropénica, hipovitaminosis B12 y D.

*Diagnóstico diferencial:* Trastorno Ansioso-Depresivo vs Patología Orgánica.

*Identificación de problemas:* tratar a la paciente por trastorno del ánimo sin descartar patología orgánica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Calcifediol 266 mcg/15 días, ferplex 800 mg ampollas bebibles 1/12 horas, optovite B12. 1000 mcg 1/15 días vía intramuscular. Se retira duloxetina y lorazepam. Control clínico y analítico en 3 y 6 meses.

**Evolución**

Se evalúa a la paciente tras 6 meses de tratamiento, refiere mejoría, no astenia ni sintomatología depresiva, realiza actividades de la vida diaria sin limitaciones, cambios positivos en su imagen. Analítica de sangre 6 meses: Hemoglobina 11.9, Volumen corpuscular medio 79, ferritina 80, B12 1000, vitamina D 35.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Conclusiones: No se debe asociar toda sintomatología a un factor estresante, la causa orgánica es lo primero que se debe de descartar para no incurrir en la inercia terapéutica. Valoración multidisciplinar del paciente. Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

# Ecografía clínica en emergencias también en la consulta de Atención Primaria

Castillo Burgos DO<sup>1</sup>, Pinilla González MC<sup>2</sup>, Pallares Padrón S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

### Ámbito del caso

Consulta de atención primaria, en un ámbito rural, el familiar de un paciente nos trae a su padre, se encuentra bastante mal, dificultad para respirar.

### Motivos de consulta

Dificultad respiratoria desde esta mañana que ha ido a peor, con sensación franca de disnea.

### Historia clínica

Paciente, 73 años HTA, DLP, ingreso por IC descompensada con HVI concéntrica moderada, FEVI preservada, deterioro cognitivo, derrame pericárdico crónico, FA crónica anticoagulado. Cuando nos traen el paciente a la consulta, encontramos un paciente con mal estado general, palidez de piel y mucosas, saturación 85% taquipnea de 30 rpm, con trabajo respiratorio, con mínimos crepitantes en bases tonos arrítmicos a buena frecuencia, sin signos de hipoperfusión y TA 140/95, EKG FA aproximadamente 90 con imagen BIRDHH conocido. Edemas importantes en MMII que parecen habituales pero más en los últimos días.

### Enfoque individual

Nos comenta el paciente que lleva varios días con cuadro catarral, afebril, con mucosidad y tos y ahora se presenta en una situación de insuficiencia respiratoria severa.

### Enfoque familiar y comunitario

Nos apoyamos en toda la información que nos da la familia para intentar filiar la situación actual del paciente.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Filiar el origen de la insuficiencia respiratoria, infección de vías respiratoria bajas, taponamiento cardiaco, descompensación IC. Realizamos eco clínica donde vemos el derrame pericárdico que no ha cambiado respecto a previos y al buscar la cava vemos un aumento considerable de su luz y sin colapso inspiratorio con lo que nos ayuda a tomar una decisión para el tratamiento.

### Tratamiento, planes de actuación

Canalizamos vía periférica para iniciar tratamiento deplectivo y oxigenoterapia con mascarilla y reservorio.

### Evolución

Tras tratamiento y evolución conseguimos disminuir trabajo respiratorio, control frecuencia respiratoria y saturación de 100%, se decide derivar a nuestro paciente en ambulancia al hospital. En urgencias y planta, mantienen tratamiento deplectivo seriando las ecografías con control luz de cava inferior y colapsabilidad de la misma y además inician transfusión por Hemoglobina de 5 g/dl.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La ecografía a pie de cama nos permitió filiar y descartar causas de la disnea en este paciente optimizando el tratamiento, al igual que se realizó durante su ingreso en planta.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Un dolor abdominal equivocado**Lemos Pena AM<sup>1</sup>, Flores Soler OJ<sup>2</sup>, Barragán García L<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas "Dr. Rafael Flórez Crespo". Córdoba<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Cólicos nefríticos.

**Historia clínica**

Mujer de 42 años.

Varios embarazos. Fractura de radio hace 2 años. Consultar por urgencias y su médico actual apenas la conoce.

Varias consultas urgentes por cólico nefrítico. Se derivó a urgencias hospitalarias por falta de respuesta a tratamiento y la paciente rechazó traslado.

**Enfoque individual**

En nuestra asistencia solicita analgesia para cólico nefrítico.

Impresiona cuadro potencialmente grave: náuseas, vómitos, inquietud, abdomen muy doloroso a la palpación superficial. Afebril. Hipotensa. No mejora con analgesia parenteral de tercer escalón. Indicamos valoración hospitalaria. Vuelve a negarse y decidimos indagar motivos: no quiere dejar a su hija sola.

**Enfoque familiar y comunitario**

Señalamos el riesgo de que le ocurra algo grave y esté sola con su hija; gestionamos con conocidos suyos el cuidado de la menor y trasladamos a urgencias hospitalarias.

En los últimos 10 años consultas a urgencias por intoxicaciones etílicas, sangrado vaginal, traumatismo con fractura de radio, heridas en piernas, hematoma, ansiedad... en consultas de primaria, destacan 5 embarazos con seguimientos incompletos, varias solicitudes de test de gestación y al menos una solicitud de IVE.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Abdomen agudo: diverticulitis, colecistitis, isquemia intestinal. Indicadores de sospecha de malos tratos (ISMT).

**Tratamiento, planes de actuación**

Traslado a urgencias hospitalarias: estabilización en UCI. Isquemia yeyunal: resección. Trombofilia hereditaria: consejo genético y profilaxis. ISMT: informamos a su médico para abordaje y seguimiento.

**Evolución**

Llegó crítica al hospital. TAC urgente: trombosis extensa arterial y venosa con infartos esplénicos, renal derecho, isquemia yeyunal y alteración de la perfusión hepática. Cirugía urgente de isquemia intestinal. Enfermedad tromboembólica: mutación G20210A (heterocigota) del gen de la protrombina. Cardiovascular considera fibrinólisis en segundo tiempo o mantener anticoagulación indefinida.

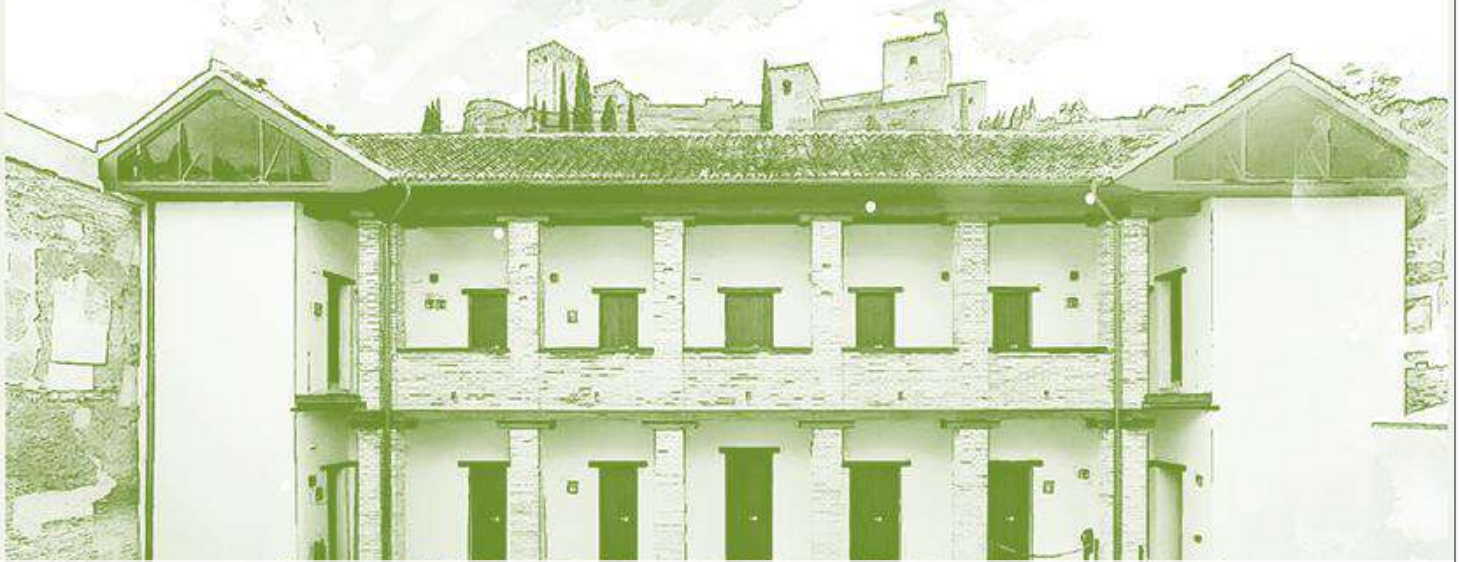
**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La paciente daba un diagnóstico que distorsionó la actitud diagnóstica-terapéutica en varias ocasiones. Replanteamos el diagnóstico ante la gravedad y el riesgo. La paciente no quería ser trasladada; se analizaron causas y buscaron acuerdos y soluciones sociofamiliares. Resulto una complicación de un cuadro crónico que no pudimos sospechar en consulta por la baja adherencia de la paciente. Tampoco pudimos detectar los ISMT en consulta, pero desde urgencias activamos los recursos y procedimientos necesarios. No debemos atender un motivo de consulta, sino al paciente y sus circunstancias, en cualquier momento y lugar de forma integrada, pues puede condicionar el diagnóstico, tratamiento y evolución.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES**  
**CASOS CLÍNICOS:**  
**MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA**

## Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)  
[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Salud sexual, anticoncepción e ITS en una pareja estable**Leyva Conde MJ<sup>1</sup>, Martínez Núñez P<sup>2</sup>, Pantoja De La Rosa L<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Planificación Familiar: Información sobre anticoncepción.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* interrupción Voluntaria Embarazo (IVE), *Chlamydia endocervical*, VHS-II genital recidivante, trastorno de la personalidad cluster B*Tratamiento habitual:* no refiere.*Hábitos tóxicos:* bebedora y fumadora social.**Enfoque individual**

Mujer de 23 años que acude a la consulta de planificación familiar en Atención Primaria para consejo sobre métodos anticonceptivos tras una reciente interrupción voluntaria del embarazo. Solicita DIU a ser posible. Presenta una pareja estable que mantiene relaciones sexuales con otras mujeres sin protección, por lo que ella ha padecido ya dos ETS.

**Enfoque familiar y comunitario**

La joven, de padres británicos y educación estricta, presenta cierta rebeldía de comportamiento (fugas del domicilio, conflictos familiares). Reconoce que tiene dependencia emocional de su pareja, asumiendo sus múltiples parejas sexuales y siendo incapaz de hacer crítica por "miedo a perderlo". La pareja no conoce que hubo embarazo previo y ha trabajado manejando sustancias ilegales.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Dependencia emocional.

Enfermedad de transmisión sexual.

Conflicto familiar.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dados los antecedentes de la paciente, se decide una intervención conjunta con la Trabajadora Social del centro de salud. Se da consejo sobre Salud Sexual y Salud de la mujer. Desde Atención Primaria se informa de las complicaciones de la implantación de un DIU manteniendo conductas de riesgo, suponiendo una mayor probabilidad de aparición de enfermedad pélvica inflamatoria con la gravedad que ello implica. Se la deriva al grupo de Atención a la Mujer. Se decide conjuntamente una segunda consulta de intervención con la pareja para manejar la situación y llegar a posibles acuerdos. Se considera la posibilidad de tratamiento psicológico privado.

**Evolución**

Respuesta favorable por parte de la pareja. Se acuerda la implantación de DIU asociada a uso de métodos barrera. Se da otra cita para abordar los conflictos familiares.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Importancia del médico de familia en la Educación Sexual. Aprovechamiento los recursos que ofrece la comunidad para mejorar la salud de los individuos. Reflexión sobre la facilidad que tiene una persona con poder adquisitivo para pagar un Psicólogo privado debido a las largas listas de espera y cómo el sesgo económico influye sobre la salud mental. Abordaje biopsicosocial en la consulta de Atención Primaria. El centro de salud como Unidad Asistencial multidisciplinar.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## Un paso hacia la independencia

Huertas Barros M<sup>1</sup>, Berdonces Fernández MS<sup>1</sup>, Merino de Haro I<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana, Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana, Granada

**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención domiciliaria.

**Motivos de consulta**

Artralgias generalizadas.

**Historia clínica**

Mujer de 81 años que acude por artralgias generalizadas. La paciente presenta una artritis reumatoide refractaria a tratamiento (ausencia de respuesta a diversos inmunosupresores), además cervicalgia crónica con mareo ocasional por luxación en C3-C4 intervenida quirúrgicamente. Acude a consulta de forma frecuente por mal control del dolor, sin buena respuesta ni tolerancia a diferentes escalones analgésicos (intolerancia a coxibs, opioides y derivados).

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* artritis reumatoide, luxación C3-C4 con artrodesis y mielopatía cervical compresiva intervenidas.

*Anamnesis:* la paciente refiere molestias musculoesqueléticas generalizadas continuas que le dificultan la movilidad, además rigidez matutina fundamentalmente en manos y rodillas. Afectación de 4-6 articulaciones de forma habitual, mejoría con la actividad. Episodios de mareo ocasionales sin giro de objetos ni inestabilidad en reposo, en relación con cervicalgia.

*Exploración:* articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales enrojecidas y tumefactas.

*Pruebas complementarias:* analíticas bimensuales con resultados similares a previas. Radiografías con signos de progresión de artritis reumatoide.

**Enfoque familiar y comunitario**

Habita en un primer piso sin ascensor. Vive con su hijo, que presenta problemas graves relacionados con la salud mental y el consumo de drogas, se encarga de cuidarlo. Vida cama-sillón durante el último año, depende de su vecina para las actividades básicas de la vida diaria.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Artritis reumatoide refractaria, cervicalgia. Problemática familiar, miedo a la deambulación, dependencia psicológica para ABVD.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se programó una visita domiciliaria para conocer la causa de la falta de movilidad de la paciente. Se comprobó que podía deambular con leve ayuda, a pesar de lo cual llevaba una vida dependiente y cama-sillón por miedo a las caídas. Se realiza un abordaje biopsicosocial para intentar acabar con esa sensación de dependencia física, se realizan actividades de movilización y deambulación. Se planifican varios avisos domiciliarios en las próximas semanas en coordinación con enfermería.

**Evolución**

La paciente sigue teniendo una vida cama-sillón pero se ha conseguido que deambule en el domicilio sin necesidad de ayuda, el nivel de dependencia es menor.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Las barreras biopsicosociales tienen un papel igual de importante e invalidante que las físicas u orgánicas, es por ello que resulta fundamental realizar un abordaje integral de las mismas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor no puedo jugar al fútbol**Madrid Martos P<sup>1</sup>, García del Paso A<sup>2</sup>, Gordillo Salas C<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana de la Vega. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana de la Vega. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cúllar Vega. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Pérdida de fuerza en MID.

**Historia clínica**

Estudio tiroideo normal en paciente con obesidad infantil (2013). Síntomas de rinoconjuntivitis (2017). Elevación calprotectina (2022). Pérdida de fuerza en MID (2023).

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* paciente de 17 años en seguimiento por EII.

*Anamnesis:* refiere que desde hace dos semanas no puede mover el tobillo derecho, hasta el punto de tener que arrastrar el propio pie. Refiere catarro de vías altas 2 semanas antes.

*Exploración:* COC. PINLA, MOEC, no alteraciones de pc, no disimetrías, no adiadococinesia. No deformidad, no crepitación, no hematomas. ROT fuertes y vivos. No tolera marcha talón de miembro afectado.

*Pruebas complementarias:* Vit. B12 145 pg/ml 180 – 890. Ac. fólico 2,8 ng/ml 3,1 - 20,5.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente al ser menor de edad acudió acompañado de la madre aconsejando acudir a urgencias si no mejoría. Debido a un error en los datos administrativos ha sido más difícil realizar un seguimiento más estrecho del caso, siendo fundamental la comunicación con personal administrativo y de enfermería para

conocer el momento en el que la madre o el propio paciente acudiera al centro de salud para cualquier otro trámite. Esta situación ha conllevado un retraso en el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Déficit de vitamina B12 y ácido fólico.

*Diagnóstico diferencial:* síndrome de Guillain-Barré, esclerosis múltiple, ELA, déficit de vitaminas.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tiamina 250 mg/piridoxina 250 mg/cianocobalamina 500 mcg. Deflazacort 30 mg. Acudir por urgencias si no mejoría.

**Evolución**

Pen  
diente de estudio electromiograma.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El síndrome de *Guillain-Barré* puede afectar a los nervios craneales y precisar ventilación mecánica en el 25% de los pacientes. Otras causas son la deficiencia severa de vitamina B1, saturnismo, vasculitis, y fármacos. Se presenta como debilidad, arreflexia y parestesias de inicio distal, que progresa rápidamente de forma simétrica. Destacamos el reto que supone el seguimiento de un paciente menor de edad con un diagnóstico de sospecha no tan frecuente en las consultas de AP viéndose incrementado por un error administrativo. Destacamos el gran trabajo en equipo para superar este reto.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, me duele la cadera izquierda**González Mata AM<sup>1</sup>, Guerrero Pérez C<sup>1</sup>, Caro Bejarano P<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Mujer de 73 años que consulta por coxalgia izquierda de meses de evolución. Niega otra sintomatología de interés.

**Historia clínica**

Mujer de 73 años que acude a consulta de Atención Primaria por coxalgia izquierda de meses de evolución.

Se solicita radiografías AP y axial de caderas en Atención Primaria, objetivando calcificación pélvica izquierda.

Se realiza derivación a Ginecología y Obstetricia.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no alergias medicamentosas conocidas. - FRCV: HTA, DM2. No DLP. Artrosis. Cólicos renoureterales de repetición. Menopausia a los 52 años. Niega sangrado postmenopáusico. G2P2A0. IQ previas: fibroadenomas, manguito de los rodadores.

*Anamnesis:* mujer de 73 años que acude a consulta de Atención Primaria por coxalgia izquierda de meses de evolución. Se solicita radiografías AP y axial de caderas en Atención Primaria, objetivando calcificación pélvica izquierda. Se realiza derivación a Ginecología y Obstetricia.

*Exploración abdominal:* molestias a la palpación en hipogastrio-FII. No signos de peritonismo. RHA conservados. Exploración caderas: anodina.

*Pruebas complementarias:* ecografía transvaginal: útero en anteversión con endometrio engrosado y vacilado de 13x9 mm. En canto lateral izquierdo del útero se visualiza formación muy mal delimitada, con

calcificaciones dispersas y sombra acústica posterior, de 30 mm, que pudiera corresponder a mioma subseroso. No capta Doppler. No se evidencia patología anexial. No hay líquido libre en Douglas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su marido. Independiente para ABVD y AIVD.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Pólipo endometrial / Posible mioma subseroso calcificado.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación al servicio de Ginecología y Obstetricia, quien solicita histeroscopia diagnóstica y revisión en 3 meses.

**Evolución**

En enero de 2024, la paciente se realizó histeroscopia diagnóstica, con completa extracción de pólipo y se envió pieza a Anatomía Patológica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La discrepancia que, en ocasiones, nos encontramos en las consultas de Atención Primaria, en las que la anamnesis del paciente nos orienta a una patología completamente diferente a la que encontramos tras la realización de las pruebas complementarias pertinentes. La importancia de una buena anamnesis y exploración, para realizar una adecuada orientación diagnóstica. El olvido en el que se halla en muchas ocasiones la patología del aparato reproductor y genital femenino.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Cuidar en los últimos días, nuestro deber

Lozano García M<sup>1</sup>, Ortega Bautista LM<sup>1</sup>, Hernández De La Plata J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Aumento de su disnea basal.

#### Historia clínica

Se trata de un paciente de 73 años diagnosticado de cáncer de laringe en 2018, que se trató activamente y remitió. En 2020 se observó en TC de control recaída en cuerda vocal izquierda la cual se extirpó sin precisar tratamiento adyuvante. En 2022, se observó progresión de la enfermedad (metástasis pulmonares en suelta de globos) tratado activamente mediante 3 líneas de tratamiento que han tenido que detener por aparición de efectos secundarios. Tras esto, se decidió iniciar tratamiento sintomático a la espera de evolución clínica.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* Sin alergias. Ex fumador (2018).

*Antecedentes patológicos:* cáncer de laringe (2018) en progresión con metástasis pulmonares (2022). Situación funcional: Barthel 100. ECOG 2.

*Anamnesis:* paciente de 73 años acude por aumento de su disnea basal, fiebre y tos con expectoración verdosa desde hace 4 días.

*Exploración física:* mal estado general. Taquipneico. Sat O<sub>2</sub>: 92% a 2L. AR: MVC con roncus dispersos.

*Pruebas complementarias:* TC de control aún sin informe.

*Plan de actuación inicial:* se refuerza tratamiento sintomático de disnea. Se inicia antibioterapia empírica. Cita de control. Se informa al paciente del mal pronóstico y se ofrece nuestro apoyo.

#### Enfoque familiar y comunitario

Buen apoyo sociofamiliar y nivel socioeconómico. Vive en el Zaidín (Granada) con su mujer.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Con esta clínica y a la espera del informe del TC nos planteamos: infección pulmonar: valorar microorganismos atípicos.

Progresión de la enfermedad.

Tras ver el informe del TC se concluye que la clínica es compatible con progresión de la enfermedad.

#### Tratamiento, planes de actuación

En consenso (AP, oncología y cuidados paliativos) se propone: detener tratamiento activo. Atención multidisciplinar. Infusor sc de Morfina.

#### Evolución

Avisan por empeoramiento clínico. Nos trasladamos al domicilio y objetivamos mala evolución. Se informa a la familia sobre situación de últimos días y se administra perfusión para control de síntomas (morfina + buscapina + midazolam). Proporcionamos apoyo. Horas después, fallece.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Fundamental el papel del médico de familia en enfermedades de mal pronóstico y situación de últimos días. Es imprescindible informar sobre la situación y la posibilidad de limitación del esfuerzo terapéutico, así como acompañar al paciente y a la familia mediante un abordaje multidisciplinar.

#### Palabras clave

Neoplasias, cuidados paliativos, muerte.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Mujer de 20 años con molestias urinarias, ¿cistitis?**Yélamos Lorente MA<sup>1</sup>, Martínez Álvarez M<sup>1</sup>, Cerón Machado JM<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Molestias urinarias.

**Historia clínica**

Paciente que acude por síndrome miccional sin fiebre desde hace 2 días.

Sin prurito vaginal, cambios en el flujo, mal olor. No dolor abdominal ni dolor en fosas renales. Tiene pareja estable. No coitorragia ni dispareunia. No alteraciones menstruales.

*Exploración abdomen:* blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso, sin signos de peritonismo. Puñopercusión renal negativa. Combustión test: leucocituria, hematuria (último día de menstruación). Se trata como una cistitis. Consulta de nuevo por persistencia de las molestias y prurito.

*Exploración genital externa:* sin eritema, lesiones aparentes ni flujo anómalo. Abdomen sin cambios.

*Pruebas complementarias:* urocultivo, exudado vaginal. Comienza con metrorragia, dolor punzante en fosa iliaca izquierda y dispareunia y acude a Urgencias Ginecológicas: exploración física: abdomen sin alteraciones. Mucosa vaginal levemente eritematosa. Especuloscopia: eritroplasia perioficial y flujo amarillento no maloliente. Cérvix móvil, no doloroso. Ecografía vaginal: normal. Test de gestación negativo. Se tomó citología y exudado vaginal: positivo a *Neisseria Gonorrhoeae*.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* sin interés. No tratamiento habitual. Sin alergias.

**Enfoque familiar y comunitario**

Regular apoyo familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Gonorrea.

Cistitis postcoital. Vaginosis/vaginitis. Clamidia. Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

La inespecificidad de los síntomas incluso el gran número de pacientes asintomáticos conlleva retrasos diagnósticos y riesgo de propagación de los casos. La población diana que suele ser gente joven por lo que podemos perder el seguimiento fácilmente y hay riesgo de incumplimiento de tratamientos y medidas preventivas.

**Tratamiento, planes de actuación**

Ceftriaxona Intramuscular. Toma de exudados según las prácticas sexuales. Diagnóstico y Tratamiento de la pareja sexual. Consejos sobre medidas para evitar la reinfección durante el tratamiento.

**Evolución**

Por la no abstinencia los pacientes se reinfectaron, dieron positivo en el exudado faríngeo a *Neisseria Gonorrhoeae*. Intercurrentemente ella quedó embarazada. Se instauró de nuevo tratamiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Sospechar ITS ante cuadros genitourinarios que no mejoran, como en este caso una ITU. La importancia de preguntar por las prácticas sexuales para coger las muestras necesarias. La importancia de abstinencia sexual durante el tratamiento. No perder la oportunidad de tratar a los pacientes. En la población joven, aprovechar estas consultas para conocer sus prácticas sexuales, detectar riesgos y hacer educación sanitaria.

**Palabras clave**

Infecciones. Gonorrea. Cistitis.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, mire lo que me ha salido en la lengua**González Mata AM<sup>1</sup>, García Lozano MJ<sup>2</sup>, Jiménez Arteaga C<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones intraorales dolorosas.

**Historia clínica**

Paciente de 26 años que consulta por lesiones intraorales dolorosas de 6 meses de evolución. Refiere que iniciaron como aftas, pero han crecido en los últimos meses, además de resultar muy dolorosas.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Niega tabaquismo pasivo. Rinitis alérgica. IQ: lesiones nasales hiperqueratósicas intervenidas por Otorrinolaringología y exéresis de papiloma escamoso en úvula en 2021.

*Antecedentes familiares:* abuelo materno y paterno con carcinoma ORL con más de 70 años. Tío abuelo materno con cáncer ORL activo. Tía abuela materna con cáncer de mama con más de 70 años.

*Anamnesis:* paciente de 26 años que consulta por lesiones intraorales de 6 meses de evolución. Refiere que iniciaron como aftas, pero han crecido en los últimos meses, además de resultar muy dolorosas.

*Exploración:* lesiones ulceronecroticas intraorales muy dolorosas en borde lateral derecho y en cara ventral lingual derecha, próxima a punta de lengua. No adenopatías cervicales palpables.

*Pruebas complementarias:* biopsias incisionales de las lesiones: carcinoma de células escamosas bien diferenciado e

infiltrante. TC con contraste de cara y cuello: conclusión: lesiones linguales sin traducción radiológica ni adenopatías. T2NO mo. Biopsia ganglio centinela: negativo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Emancipado con su pareja. Buena red sociofamiliar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Carcinoma de células escamosas bien diferenciado e infiltrante con ganglio centinela negativo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Glosectomía parcial con ampliación de márgenes en un segundo tiempo por márgenes afectos + biopsia de ganglio centinela.

**Evolución**

Revisiones en CCEE tras intervención. Tras la ampliación de márgenes, no signos de malignidad evidente. No signos de recidiva local ni regional. Seguimiento estrecho por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial y TAC con contraste de control en 3 meses.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La importancia de la exploración bucal y de las lesiones orales en Atención Primaria. La necesidad de profundizar en el estudio de la patología oral más frecuente en Atención Primaria, con el objetivo de diagnosticar precozmente lesiones con potencial de malignización. Los datos utilizados para la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, mi hermano lleva 2 semanas con unos mareos horribles**

González Mata AM, Carreño Meca P, Guerrero Pérez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias en centro de salud.

**Motivos de consulta**

Mareos e inestabilidad de la marcha.

**Historia clínica**

Varón 56 años que consulta en urgencias centro de salud por empeoramiento estado general, mareos e inestabilidad de la marcha de un mes, acentuado en las últimas 2 semanas. No otra sintomatología.

Dado de alta como "vértigo" el 03/11/23 a las 17:00, con exploración neurológica normal y sulpiride vía oral prescrito. 2 horas después, acude nuevamente al mismo servicio de Urgencias centro de salud por continuar con misma sintomatología. Le atiende otro médico, quien objetiva en la exploración neurológica disminución de fuerza en MSI, inestabilidad de la marcha, alteración en la coordinación motora y aumento de la base de sustentación. Se deriva a Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no RAMc, fumador activo de 20 cig/día y exconsumidor alcohol desde hace 8 años. Amaurosis izquierda de origen traumático. Déficit intelectual. IQ: falange 5º dedo mano derecha tras accidente.

*Anamnesis:* varón de 56 años que consulta por empeoramiento del estado general, mareos e inestabilidad de la marcha.

*Exploración:* disminución de fuerza en MSI, inestabilidad de la marcha, alteración en la coordinación motora y aumento de la base de sustentación.

*Pruebas complementarias:* TC cráneo sin contraste urgente: Al menos 4 LOEs

hemisféricas derechas, que por su semiología son sugestivas de MTX como primera posibilidad, con importante edema vasogénico y desviación de línea media a la izquierda. Ingreso en Medicina Interna para ampliar estudio.

**Enfoque familiar y comunitario**

Déficit intelectual. Vive con su hermano, aunque es independiente para ABVD. Red sociofamiliar con escasos recursos económicos y semidesestructurada.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Carcinoma de probable origen urotelial estadio IV de debut M1 ganglionares supra e infradiafragmáticas, hepáticas y cerebrales.

**Tratamiento, planes de actuación**

RT holocraneal paliativa + tratamiento sintomático.

**Evolución**

Oncología: RT holocraneal paliativa. 13/12: Acude a urgencias, diagnóstico TVP (alta a domicilio). 15/12/2023: Aumento de la disnea de 24 horas de evolución, diagnóstico TEP, ingreso Neumología (mala evolución). Enero 2024: éxitus parada CR (TEP).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La importancia de realizar una buena exploración neurológica y orientar la sintomatología del paciente. La importancia de promover una buena relación médico-paciente-familiar y brindar apoyo en las situaciones de patología terminal-situación de últimos días del Médico de Atención Primaria.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, tengo la entrepierna como un tomate**Espinal Sánchez M<sup>1</sup>, Moguer Galán MC<sup>1</sup>, Gámez Navarro M<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor y rubefacción en la cara interna de ambos muslos.

**Historia clínica**

Varón de 30 años que acude por dolor de características mecánicas y eritema en cara interna de ambos muslos de tres días de evolución.

No ha presentado traumatismos, pero refiere haber realizado sobreesfuerzo físico la semana anterior. No disnea, ni otros síntomas.

*Antecedentes personales:* insuficiencia venosa crónica. Hábitos tóxicos: fumador 20 cigarrillos/día desde los 20 años (IPA: 10).

*Antecedentes familiares:* madre con AP de tromboembolismo pulmonar.

**Enfoque individual**

A la exploración física, presenta dolor a la palpación, eritema y empastamiento en cara interna a nivel de tercio proximal de muslo de en miembro inferior derecho (MID). En miembro inferior izquierdo (MII) presenta signos de insuficiencia venosa crónica. Resto sin hallazgos de interés.

**Enfoque familiar y comunitario**

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

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Trombosis venosa profunda (TVP). Tromboflebitis, Celulitis subcutánea vs Rotura fibrilar muscular.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva a urgencias de Hospital de referencia donde es valorado por Cirugía Vasculat ante la

sospecha de TVP. Se realiza Eco-Doppler, que objetiva en vena safena interna de MID trombosis en toda la zona supra-genicular hasta área poplítea. No se evidencia trombo en miembro contralateral.

**Evolución**

Se pauta Enoxaparina y medidas higiénicas (elevación del miembro en reposo, frío local, medias de compresión...) con buena evolución clínica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La TVP consiste en formación de coágulos en circulación venosa profunda. Fisiopatológicamente, hay tres factores conocidos como tríada de Virchow que predisponen a su desarrollo: estasis venosa, daño endotelial e hipercoagulabilidad. Hasta en un 50% casos de TVP no se identifica un factor de riesgo. Los síntomas y signos de TVP de MMII son muy variables e inespecíficos, dado que pueden ser comunes a otras patologías (celulitis, rotura de quiste de Baker, linfedema, insuficiencia venosa, rotura fibrilar, lesiones músculo-tendinosas...). Su evaluación resulta fundamental para establecer una sospecha diagnóstica. Se debe sospechar una TVP en presencia de dolor, tumefacción, calor y/o eritema de MMII. Así, ante un cuadro clínico compatible será necesaria una prueba de imagen para su confirmación. Los datos utilizados en la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

**Palabras clave**

Venous Thrombosis, Thrombophlebitis, Smokers.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Colecistitis aguda por litiasis vesicular**Longxiang L<sup>1</sup>, Caro Benjarano P<sup>2</sup>, Aguilera Luna A<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal en hipocondrio derecho.

**Historia clínica**

Hombre de 67 años acude a la consulta de atención primaria refiriendo dolor en el hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución que empeora desde hace 2 días, de carácter intermitente que empeora tras la ingesta de alimentos. Refiere nauseas sin vómitos, sensación febril en los últimos días. Niega transgresión dietética ni tiene deposiciones diarreicas.

*Exploración:* buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Corazón rítmico sin soplo ni roces, BMV sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no se palpa masa ni megalias. Doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho, sin signo de defensa. Blumberg negativo con Murphy dudoso. Ruido hidroaéreo conservado con puño percusión negativos.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* independiente para ABVD, Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, Accidente isquémico transitorio.

*Prueba complementaria:* analítica de control previos con hemograma normal, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad. Perfil lipídico como aumento de colesterol total en 270 y triglicérido en 220.

Proceso a realizar una ecografía clínica: vesícula: litiasis en la transición cuello conducto cístico y engrosamiento de pared de 5 mm.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente vive con su mujer, ambos independientes para ABVD. Tiene dos hijos independientes. Buen recurso económico y apoyo social.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Colecistitis aguda litiásica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dado los hallazgos derivó al paciente a urgencia hospitalario.

**Evolución**

En urgencia de hospital de referencia que le realizan una analítica, ecografía urgente y con TC abdominal sin contraste. Y posteriormente es intervenido con una colecistectomía urgente. Analítica: aumento de leucocitos a 15.20, bilirrubina total a 2.20 a expensa de directa, PCR 188. Ecografía abdominal urgente: Colecistitis aguda litiásica con signos de estratificación mural en el fundus. TC urgente: Vesícula de tamaño normal, apreciando una litiasis en la transición cuello/conducto cístico y observando un engrosamiento mural de hasta 5 mm con signos de estratificación a nivel del fundus, sin perforación asociada. Hallazgos compatibles con una colecistitis aguda litiásica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es de vital importante disponer de recurso como ecografía clínica para poder realizar un enfoque clínico adecuado. La colecistitis aguda es una complicación muy frecuente de la enfermedad por cálculos biliares donde la ecografía abdominal percutánea es el mejor medio para su diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Diagnóstico dirigido en la medicina rural: dolor abdominal subagudo**Maldonado Centeno AM<sup>1</sup>, Aguilar Calahorro L<sup>2</sup>, De Nicolas Jiménez JM<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Alomartes. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal.

**Historia clínica**

Varón de 71 años que consulta por empeoramiento progresivo desde hace un mes consistente en malestar general, hiporexia, decaimiento y dolor abdominal difuso, focalizado levemente focalizando en hipocondrio derecho e irradiado a espalda. Precisa analgesia a diario. Pérdida ponderal marcada (5 kg en 3 semanas). No náuseas ni vómitos, no acolia o coluria. Fiebre vespertina de hasta 38,2°C desde hace 4 días.

**Enfoque individual**

Antecedentes de colelitiasis, HBP grado II, mucinosis y escleroderma de Buschke seguimiento por Reumatología.

Intervenciones: hernia inguinal derecha y crural derecha, apendicectomía.

Regular estado general, consciente y orientado. Palidez cutánea, tensión arterial 120/70 mmHg frecuencia 80 lpm, glucemia 119. Actualmente afebril (36,5°C), ha tomado AINE en domicilio. Abdomen globuloso y distendido, blando y depresible, Dolor a la palpación abdominal en hemiabdomen derecho focalizando más en hipocondrio derecho con Murphy positivo.

En examen con sonda ecografía en consulta: imagen heterogénea intrahepática en vesícula biliar 100 mm x 63 mm aumento llamativo de tamaño respecto a ecografía reglada hace un año, halo perivesicular con contenido con

sombra hipoacúsica posterior. No apreciamos dilatación de la vía biliar intrahepática.

**Enfoque familiar y comunitario**

Habita en zona rural, convive con su mujer quien le acompaña en la consulta y muestra especial preocupación por la hiporexia y la pérdida ponderal.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha de colecistitis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Traslado en ambulancia para valoración de tratamiento urgente en SHU.

**Evolución**

Se realizó TAC abdominal en Urgencias con hallazgos de colecistitis aguda litiásica evolucionada con necrosis mural y colección laminar en espacio perihepático anterior, con ingreso del paciente en Servicio de Cirugía para intervención.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso refleja los beneficios de la ecografía clínica en la consulta de atención primaria que, tras una anamnesis y exploración física exhaustivas, nos permite visualizar imágenes en consulta decisivas en el manejo clínico y terapéutico del paciente. Esta herramienta nos ayuda a la toma de decisiones dirigidas a la enfermedad, de especial importancia en zonas rurales. De igual manera, la longitudinalidad de la medicina de familia ha permitido apreciar cambios en la apariencia y estado general del paciente para que salten nuestras alarmas ante la aparición de nuevos síntomas, e iniciemos el proceso diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Hidronefrosis por obstrucción litiásica

Longxiang L<sup>1</sup>, Aguilera Luna A<sup>2</sup>, Guerrero Pérez C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

#### Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Dolor fosa renal derecha.

#### Historia clínica

Hombre de 58 años acude a la consulta de atención primaria refiriendo dolor en la fosa renal derecho de un día de evolución, de carácter continuo que irradia hacia la fosa iliaca derecha. Refiere nauseas sin vómitos y malestar general. Niega traumatismo previo.

*Exploración:* aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador. Corazón rítmico sin soplo ni roces, BMV sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, no se palpa masa ni megalias. Doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha, sin signo de defensa. Blumberg y Murphy negativos. Ruido hidroaéreo conservado con puño percusión derecha muy positivo.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* independiente para ABVD, no diabético, hipertensión arterial, dislipemia.

*Prueba complementaria:* analítica de control previo con hemograma normal, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad. Perfil lipídico como aumento de colesterol total en 235 y triglicérido en 215.

Proceso a realizar una ecografía clínica: riñón izquierdo: morfología normal. Riñón derecho: se observa espacios anecoicos que corresponden a dilatación de cáliz y pelvis.

#### Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive con su mujer, ambos independientes para ABVD. Tiene dos hijos independientes con buen recurso económico y apoyo social.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cólico renal con hidronefrosis derecha.

#### Tratamiento, planes de actuación

Dado los hallazgos observados derivó al paciente a urgencia hospitalario.

#### Evolución

En urgencia de hospital de referencia que le realizan una analítica y una ecografía urgente. Analítica: hemograma en rango normal, coagulación normal, creatinina 1.80 y FG 65. Ecografía abdominal urgente: riñón derecho: Sustitución de cálices e infundíbulos por espacios anecoicos, hidronefrosis grado III. Presencia de litiasis en la unión ureterovesical del lado derecho de 2.3x3.1 cm.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es de vital importancia disponer de recurso como ecografía clínica para poder realizar un enfoque clínico adecuado. La hidronefrosis es una presentación de obstrucción de la vía urinaria que genera aumento de presión hasta llegar al espacio de la cápsula de Bowman. Este aumento de la presión en el glomérulo impide la filtración glomerular y así produciendo un fracaso renal obstructivo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**No te olvides de palpar**Piñero Del Rosario I<sup>1</sup>, Peña Pérez S<sup>1</sup>, Moreno Moreno R<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal.

**Historia clínica**

Mujer de 38 años sin antecedentes personales de interés conocidos.

**Enfoque individual***Anamnesis:* dolor abdominal de 2 semanas de evolución acompañado de náuseas, hiporexia y sensación disneica.*Exploración:* abdomen globuloso, distendido y doloroso a la palpación de predominio en hipogastrio donde se palpa empastamiento. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Se pauta tratamiento sintomático. A las 2 semanas vuelve a consultar por el mismo motivo que ahora se acompaña de vómitos. Sin mejoría con el tratamiento. Se cita para realizar ecografía clínica donde se observa presencia de líquido libre en todos los espacios abdominales y una masa en pelvis sin poder discernir si procede de algún anejo o del útero, además líquido en fondo de saco de Douglas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Procedente de Marruecos. Barrera idiomática.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* sospecha de neoplasia de ovario.*Diagnóstico diferencial:* quiste folicular; quiste de cuerpo lúteo; endometrioma; mioma; tumor de colon o recto.**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación al servicio de urgencias del hospital de referencia.

**Evolución**

Urgencias: radiografía de tórax con derrame pleural derecho hasta campo medio en la radiografía de tórax. Analítica con hiponatremia moderada (128), PCR de 136, LDH de 454. Interconsulta a Medicina Interna y posterior ingreso para estudio donde permanece más de un mes. En BodyTC hallazgos compatibles con neoplasia (probablemente de ovario) con carcinomatosis peritoneal e implantes diafragmáticos y pleurales derechos; derrame pleural derecho masivo; adenopatías metastásicas cervicales bajas, mediastínicas y retroperitoneales. Colocación de tubo de tórax para drenaje de derrame y realización de broncoscopia con toma de biopsia pleural con resultado de carcinoma seroso de alto grado, patrón sólido transicional de tipo ovárico. Oncología Médica: quimioterapia neoadyuvante con posterior cirugía de intervalo. Permanece estable clínicamente con síntomas controlados.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de la ecografía clínica en la consulta de atención primaria como recurso para descartar patología urgente o grave que requiera derivación a un hospital para un mayor estudio y tratamiento, sin dejar de hacer especial hincapié en la importancia de realizar una anamnesis y exploración física rigurosa en la práctica clínica habitual.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# Lesiones ampollosas en un paciente diabético: la importancia de revisar su tratamiento

Díaz Amorín AM<sup>1</sup>, Largaespada Pallavicini GJ<sup>2</sup>, Fernández Bonilla C<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivares. Sevilla.

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

(familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

### Motivos de consulta

Lesiones ampollosas y pápulas eritematosas pruriginosas.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Penfigoide ampolloso por iDPP-4.

Se planteó el diagnóstico diferencial inicial con urticaria y como diagnósticos menos probables escabiosis o dermatitis herpetiforme.

### Historia clínica

Mujer de 85 años que acude a consulta de atención primaria por la aparición de pápulas eritematosas y ampollas pruriginosas en miembros y rostro de 2 meses de evolución.

Como *antecedentes personales* destacan HTA, DM tipo 2, artritis reumatoide, ERC estadio 3b A1 e hiperuricemia. Histerectomizada por adenocarcinoma de endometrio.

Realiza tratamiento con un comprimido diario de omeprazol 20 mg, lacidipino 10 mg, carvedilol 25 mg, furosemida 40 mg, alopurinol 300 mg, linagliptina 5 mg, simvastatina 20 mg y citalopram 10 mg. Paracetamol 1 g y lorazepam 1 mg si precisa.

### Tratamiento, planes de actuación

Se realiza teleconsulta con dermatología que plantea la posibilidad diagnóstica de penfigoide ampolloso por iDPP-4, por lo que sugiere la retirada de linagliptina y tratamiento tópico de las lesiones con betametasona y ácido fusídico combinados.

### Enfoque individual

A la exploración con dermatoscopia se aprecian pápulas eritematosas y ampolla con base eritematosa y costra erosiva en miembros superiores e inferiores y en región facial. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos.

### Evolución

Tras la retirada de linagliptina volvemos a valorar a la paciente en 3 semanas presentando buena respuesta al tratamiento tópico de las lesiones. Realizamos conciliación de tratamiento antidiabético añadiendo dapaglifozina 10 mg ya que presenta buen control glucémico y TFG de 30 ml/min.

### Enfoque familiar y comunitario

Familia nuclear con parientes próximos, etapa V, fase centrífuga del ciclo vital familiar

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Ante la aparición de lesiones compatibles con penfigoide ampolloso en pacientes diabéticos es importante detectar la toma de iDPP-4 y retirarlos siempre que sea posible, ya que la evolución y el pronóstico mejora de manera considerable. La vildagliptina es el iDPP-4 más relacionado con la aparición de estas lesiones.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### ¡Ojo al cuidador!

Romero García JD, Escassi Jiménez C, Terrón Dastis I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

---

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

Impactación de cuerpo extraño. Situación basal alterada.

#### Motivos de consulta

Disfagia.

#### Tratamiento, planes de actuación

A pesar de que en la Unidad de Día el paciente tiene dieta de disfagia, dada la apreciación y sensaciones del padre y tras nuestra sospecha decidimos derivar a Urgencias Hospitalarias.

#### Historia clínica

Acudimos a domicilio de paciente de 36 años de edad entre cuyos antecedentes personales destaca Parálisis Cerebral Infantil y Crisis Parciales Complejas sintomáticas. En este contexto, tetraparesia espástica y desconexión del medio. Nos avisan por disfagia a sólidos y líquidos de 24 horas de evolución, desde que el paciente volvió de la Unidad de Día a la que asiste regularmente.

#### Evolución

Estando en consulta tras el aviso, aparece el padre del paciente indicándonos que, espontáneamente, su hijo había expulsado lo que parecía el hueso de un melocotón, con mejoría de la sintomatología.

#### Enfoque individual

A la exploración, el paciente presenta aceptable estado general. Eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio. Presenta abundante sialorrea (síntoma habitual) pero su principal cuidador nos refiere que había ido en aumento desde el inicio del cuadro y nos comenta percibirlo diferente a su estado basal. No observamos cuerpo extraño en cavidad oral ni faringe.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los cuidadores de pacientes juegan un papel fundamental en el proceso de atención médica, brindando apoyo emocional, físico y logístico a aquellos que enfrentan enfermedades o condiciones de salud desafiantes. Su labor va más allá de las tareas cotidianas, ya que proporcionan un vínculo crucial entre el paciente y el equipo médico, asegurando una comunicación fluida y una atención integral. Con este caso queremos trasladar la importancia absoluta de la figura del cuidador y reconocer y valorar el papel vital que ejercen. En nuestro caso, las diferencias entre el estado basal y el patológico eran tan ínfimas que solo el cuidador fue capaz de apreciar que algo estaba sucediendo. Los datos usados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

#### Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: Funciones superiores alteradas. Dependiente para ABVD así como para las AIVD. Buen apoyo familiar, siendo su padre el principal y único cuidador tras el fallecimiento de su madre.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Cansancio en paciente en duelo**Prieto Gálvez JL<sup>1</sup>, Ladero Pascual M<sup>2</sup>, Bohórquez Ríos J<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Hipertrigliceridemia, astenia.

**Historia clínica**

Paciente mujer de 56 años que acude a nuestra consulta por hallazgo analítico en reconocimiento de empresa de hipertrigliceridemia. Conocemos a la paciente de nuestro cupo, reciente fallecimiento de su madre dos meses antes. Interrogada por su estado de ánimo refiere que desde entonces está comiendo menos, no tiene apetito, ha perdido 6 kg en los últimos 3 meses. Manifiesta apatía, astenia y nerviosismo. También refiere episodios de sofocos que achaca a menopausia desde hace 2 años.

*Exploración física:* buen estado general, TA 144/82, FC 102, IMC 28.39, auscultación cardiorrespiratoria normal, resto de exploración sin hallazgos de interés.

**Enfoque individual**

Dada la clínica inespecífica se solicita nuevo control analítico, con hallazgo de niveles de TSH <0.05 y T4L 1.8 [0.93-1.9]. Se reevalúa a la paciente que refiere continuar con clínica. Niega palpitations o temblor, refiere hábito estreñido. Antecedes familiares materno bocio simple. TA 138/83, FC 107, no se aprecia bocio o nódulos en palpación tiroidea.

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente en duelo tras fallecimiento de su madre hace dos meses, con la que convivía y de

la que era cuidadora principal. Se ofrece apoyo emocional en consulta.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hipertiroidismo subclínico.

Adenoma tóxico, BMT, enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dada la presencia de clínica compatible y el hallazgo de hipertiroidismo en rango subclínico se decide control analítico a las 3 semanas con anticuerpos antiTPO y ecografía tiroidea en consulta de Atención Primaria.

**Evolución**

Se realizó ecografía tiroidea en Atención Primaria con hallazgo de dos nódulos tiroideos menores de un centímetro, de aspecto heterogéneo. Resto de parénquima tiroideo normal. En analítica de control TSH <0.05, T4L 2.3, VSG 18, antiTG, antiTPO normales.

Se teleconsulta a Endocrinología aportando imágenes de ecografía y resultados analíticos. Se inicia tratamiento con tiamazol 5 mg cada 8 horas. En la actualidad en seguimiento en consultas externas de Endocrinología, en seguimiento sin etiología clara (Enfermedad de Graves vs Tiroiditis).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Enfoque familiar: paciente que acude por otro motivo, cuenta la clínica al ser preguntada por el fallecimiento de su madre. Seguimiento: ante la ausencia de evidencia clara de necesidad de iniciar tratamiento, seguimiento y reevaluación. Ecografía en Atención Primaria como herramienta eficaz de diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# Abordaje multidisciplinar de un paciente bereber. Eliminando la barrera idiomática

Galindo Salmerón Z

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alquífe, Granada

### Ámbito del caso

Atención Primaria y domiciliaria.

### Motivos de consulta

Empeoramiento de síntomas neurológicos tras alta hospitalaria.

Problemática social: ausencia de baja laboral.

### Historia clínica

Paciente bereber que sufre accidente laboral mientras trabaja como albañil en una obra, precipitándose desde gran altura al suelo y sufriendo un traumatismo craneoencefálico frontoparietal izquierdo, con fractura de suelo de órbita y peñasco, y hematoma epidural agudo.

Es trasladado en helicóptero a UCI del hospital de Neuro-traumatología y dado de alta tras recuperación.

### Enfoque individual

Consulta por empeoramiento progresivo, de varios días de evolución, refiriendo incontinencia urinaria, cefalea intensa y mareo con inestabilidad que le impide deambular. El paciente y su familia solo hablan bereber, por lo que utilizo teletraducción para extraer anamnesis.

A la exploración, presenta: fotofobia, cefalea frontal, Glasgow 14 y gran inestabilidad que le impide moverse de la cama, la cual se encuentra orinada.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer y su madre (cuidadoras principales).

Ausencia de redes sociales en el pueblo.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Descartar resangrado del hematoma epidural.

### Tratamiento, planes de actuación

Traslado a hospital, TC Craneal e ingreso en Neurocirugía de nuevo, para completar estudio. Se descarta resangrado y otras complicaciones. Al alta, consenso visitas a domicilio frecuentes, optimizo tratamiento para control de síntomas y asesoro legalmente al paciente para denunciar irregularidad laboral y optar a baja laboral con nómina, realizando gestión conjunta con trabajadora social. Implementación de teletraducción con el resto de profesionales sociosanitarios. Consigo recursos médicos (andador y rehabilitación) y sociales (ayuda económica). Se estrechan vínculos.

### Evolución

Consensus seguimientos domiciliarios al alta, optimizo tratamiento y se consigue control parcial de síntomas. Asesoro legalmente al paciente para demostración de situación laboral irregular y consecución de baja laboral con nómina, y realizo gestión conjunta con trabajadora social para denunciar el hecho a la mutua laboral. Consigo recursos médicos (andador y rehabilitación) y sociales (ayuda económica). Se estrechan vínculos.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es necesario vencer barreras diversas, con rol proactivo antirracista, en nuestra atención a personas migrantes. La Medicina de Familia debe plantear abordajes biopsicosociales que eviten sesgos y acojan otras realidades étnico-culturales, y tenemos herramientas a nuestro alcance que debemos conocer. Implementación de teletraducción por el resto de profesionales sociosanitarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La ecografía como ayuda en el diagnóstico de enfermedad testicular**Orte Navarro P<sup>1</sup>, De La Iglesia JF<sup>2</sup>, Cobos Boza A<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega y HJRJ. Huelva<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos del Condado. Hospital Infanta Elena. Huelva**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Aumento del volumen del testículo izquierdo.

**Historia clínica**

Acude a revisión un paciente valorado en urgencias por fiebre, disuria, polaquiuria y hematuria sin coágulos, presentando leucocitosis 13.000 con PCR 17, sistemático 500 leucos con intensa bacteriuria y sangre 3+. Dado de alta como infección de orina no complicada y administradas dos dosis de ceftriaxona 1000 mg IV (2 dosis) con tacto rectal doloroso pero sin ingurgitación o edematización prostática y analíticamente sin leucocitosis, con PCR mantenida.

Acude hoy por presentar desde el día de ayer al alta aumento de volumen en testículo izquierdo asociando calor y eritema. Refiere persistencia de la fiebre de hasta 38.2C. Refiere náuseas. Niega vómitos. Refiere dificultad para la micción con hematuria macroscópica franca, no sabe precisar si con coágulos. Refiere dolor en región lumbar tipo cólico bilateral sin irradiación. Niega dolor abdominal. Niega sintomatología respiratoria. Niega alguna otra sintomatología asociada.

**Enfoque individual**

Ante la persistencia de fiebre y nuevo dato clínico realizamos ecografía clínica para ayudarnos en el *diagnóstico diferencial*: ambos testículos presentan situación intraescrotal con tamaño normal y ecoestructura conservada. Pequeño quiste en el polo superior del testículo derecho de aproximadamente 5 mm. Hallazgos que podrían estar en relación con epididimitis derecha sin que

se observen colecciones sugestivas de abscesos escrotales y con mínimo hidrocele ipsilateral y discreto engrosamiento de cubiertas escrotales. Quistes aislados en cabeza de epidídimo derecho y polo superior del testículo ipsilateral.

**Enfoque familiar y comunitario**

Control de enfermedades de transmisión sexual. Tratamiento precoz y correcto de enfermedades infecciosas urinarias y testiculares.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Epididimitis.

*Diagnóstico diferencial*: torsión testicular. ITU. Prostatitis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Urocultivo, cultivo de exudado uretral y PCR de exudado para *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y *Mycoplasma spp.* Se decide alta con antibioterapia y AINE, y cita de control en consulta y en Consultas de Infecciosas.

**Evolución**

Buena evolución clínica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso me pareció un caso interesante a presentar, ya que la ecografía testicular creo que es una herramienta útil y una exploración sencilla a realizar, que se puede aplicar tanto en consulta clínica de Atención Primaria como en la urgencia como una prueba muy sensible y específica para descartar una torsión testicular (como patología más urgente a descartar por ser tiempo dependiente).

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Neuropatía de componente familiar. A propósito de un caso**Muñoz Gámez A<sup>1</sup>, Asensio Martín A<sup>2</sup>, Girón Prieto MS<sup>1</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Armilla. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Pérdida de fuerza en miembros superiores.

**Historia clínica**

Mujer de 49 años que refiere episodios de pérdida de fuerza en ambos brazos de varios días de duración, desde hace varios años, acompañados de acorchamiento en ambas manos. Todo ello de predominio nocturno. Tras realizar la anamnesis completa, solicitamos ENG para filiar el caso, tras lo que derivamos a Neurología.

**Enfoque individual**

No alergias medicamentosas conocidas.

*Antecedentes personales:* síndrome ansioso-depresivo, Migraña.

*Tratamiento habitual:* lorazepam 1 mg/24 h, fluoxetina 20 mg/24 h.

*Exploración:* consciente y orientada. Campimetría sin alteraciones, lenguaje normal. MOEC. PINL. Resto de PC normales. No déficit motor ni disimetrías. Hipoestesia en territorio de cubital. Signo de Tinel negativo ROT simétricos. RCP flexores negativos. Marcha y tándem normales. Romberg negativo.

*Pruebas complementarias:* Eng: Signos de multineuropatía sensitivo-motora, de características desmielinizantes y más acusada en los desfiladeros anatómicos de los miembros superiores. Estudio genético: Deleción del gen PMP22, relacionado con Neuropatía Hereditaria por Sensibilidad a la Presión. RMN: Lesiones vasculo-degenerativas crónicas difusas en ambos hemisferios cerebrales. Punción lumbar: BOC negativas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Al hermano mayor le han diagnosticado de Neuropatía hereditaria con susceptibilidad a la parálisis por presión (HNPP).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Neuropatía hereditaria por sensibilidad a la presión con deleción del gen PMP22.

*Diagnóstico diferencial:* síndrome de túnel carpiano bilateral, Charcot-Marie-Tooth tipo 1, HIV, hepatitis B y hepatitis C.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se comenta el caso en sesión de Neurología. Deciden seguimiento cada 8-10 meses con RMN. Por nuestra parte, se realiza seguimiento y vigilancia de nuevos síntomas.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La Neuropatía hereditaria con sensibilidad a la presión (Deleción PMP22) es de tipo desmielinizante y episódica. Se caracteriza por comenzar en la segunda década, parálisis aisladas tras traumatismo simple, se resuelve de días a meses, están implicados los nervios craneales, puede presentar sordera y escoliosis. El tratamiento principal es evitar los traumatismos y compresión en zonas de afectación. Desde Atención Primaria, debemos sospechar y realizar una anamnesis completa, valorando la afectación que cada problema tiene en la vida del paciente. Gracias al enfoque familiar, se pudo llegar más fácilmente al diagnóstico. Este caso nos aporta conocimiento de una afección poco frecuente, pero que nos ilustra la complejidad de algunos casos, y nos ayuda a mejorar nuestro manejo de la incertidumbre.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**"Doctor no aguanto la orina"**Longxiang L<sup>1</sup>, Aguilera Luna A<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

En consulta de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Urgencia urinaria e infección de orina de repetición.

**Historia clínica***Antecedente personal:* HTA, DLP, no diabética. Colectomía por coledocistitis.

Mujer de 76 años consulta por presentar disuria y urgencia miccional. Refiere aumento de frecuencia de orina de día y de noche con urgencia sin escape, así como molestias intensas para orinar. Además, episodios de infección urinaria tratada con antibiótico. Afebril, no hematuria.

**Enfoque individual***Exploración:* buen estado general. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible, levemente doloroso en el hipogastrio. No palpación de globo vesical. No signo de peritonismo.*Pruebas complementarias:* analítica con hemograma y coagulación normal, bioquímica dentro de rango de normalidad sin alteración de creatinina. Sistemático de orina normal con urocultivo negativo. Realizo ecografía clínica en consulta. Se observa vejiga repleccionada de paredes lisas sin lesiones en la pared. Se observa en la cara lateral de la vejiga imagen exofítica de contenido anecoico de paredes lisas, compatible con divertículo vesical. Riñones de tamaño normal, no litiasis ni signo de hidronefrosis.**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente convive con su marido, tienen dos hijos independientes. Buen apoyo sociofamiliar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**Vejiga hiperactiva.  
Divertículo vesical.**Tratamiento, planes de actuación**

Ante los hallazgos ecográficos y sintomatología de la paciente, derivó a urología de forma preferente. Pautó tratamiento con solifenacina.

**Evolución**

La paciente es citada en urología y recibe múltiples tratamientos dirigidos a la urgencia miccional como mirabegrón, solifenacina, amitriptilina y fumarato de fesoterodina con mejoría transitoria, finalmente es tratada con toxina botulínica cada 6 meses con buen control de sintomatología urinaria.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La vejiga hiperactiva se define como la urgencia de orinar debido a la contracción involuntaria del músculo detrusor cuando la vejiga se está llenando acompañado o no de incontinencia, habitualmente con polaquiuria y nicturia. Los divertículos vesicales son herniaciones de la mucosa a través de la pared muscular de la vejiga sobre todo en área de debilidad del músculo detrusor que favorecen infección urinaria, frecuentemente son hallazgos en pacientes asintomáticos, aunque en ocasiones requieren tratamiento incluso quirúrgico. La ecografía clínica resulta ser una de las herramientas de gran utilidad para agilizar el proceso diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor, no hablo bien**Flores Soler OJ<sup>1</sup>, Lemos Pena AM<sup>2</sup>, Pérez Tamarit C<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas. Córdoba<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas "Dr. Rafael Flórez Crespo". Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria, servicios de urgencias en el medio rural y atención hospitalaria.

**Motivos de consulta**

Mujer de 81 años que consulta a urgencias del centro de salud del medio rural, en compañía de su marido, el cual se muestra despreocupado por los síntomas de su mujer, la cual refiere voz gangosa de 2 días de evolución, comprobándose que la paciente se automedicó con dosis doble de hipnóticos por cuadro de insomnio de conciliación desde hace 2 días. Además, comenta odinofagia de 2 semanas y antecedente de infección respiratoria que ameritó de antibioterapia y broncodilatadores y corticoides inhalados.

*Exploración física* sólo destaca signos de muguet y alteración del lenguaje.

Se decide alta a su domicilio con tratamiento antifúngico oral y tópico y ajuste de hipnóticos, dándose recomendaciones de síntomas de alarma por los cuales volver a acudir a urgencias o solicitar asistencia sanitaria. Consulta nuevamente 3 días después por persistencia clínica, desviación de rasgos faciales y alteración de la marcha, siendo derivada a urgencias hospitalarias.

**Historia clínica**

Mujer de 81 años con antecedentes de alergia al AAS, dislipemia, probable colangitis biliar primaria, síndrome de intestino irritable, insomnio de conciliación.

**Enfoque individual**

Alteración de la articulación del lenguaje.

*Exploración en la segunda visita:* disartria moderada-severa, parálisis facial supranuclear

derecha, hipoestesia leve y dismetría en miembros derechos.

*Pruebas complementarias:* ECG y analíticas normales, y resto de estudios de imagen vascular que confirmaron la presencia de oclusión carotídea interna izquierda y lesiones isquémicas cerebrales.

**Enfoque familiar y comunitario**

Mujer del medio rural con múltiples comorbilidades y red débil de apoyo familiar (Convive con su marido, anciano, con bajo nivel cultural e hipoacusia severa).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Ictus isquémico hemisférico izquierdo de etiología aterotrombótica + candidiasis oral. Diagnóstico diferencial: tumores SNC, ictus hemorrágico, miastenia gravis.

Paciente del medio rural con múltiples comorbilidades simultáneas que dificultan la precisión diagnóstica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Iniciado solamente antiagregación con clopidogrel por antecedente de intolerancia a la AAS, monitorización y control de factores de riesgo cardiovascular.

**Evolución**

Mejoría clínica con disartria leve al alta, funcionalidad parcialmente recuperada con uso de andador.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La importancia de una valoración integral y precoz de pacientes vulnerables en atención primaria, subrayando la necesidad y la importancia del seguimiento continuo en consulta.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones



COMUNICACIONES ORALES  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

## Granada2024

#SAMFYC24

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)





## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Intoxicación insospechada a raíz de un cuadro catarral**Vegas Romero M<sup>1</sup>, Martínez Lara A<sup>2</sup><sup>1</sup> CES 061 Cádiz<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Serranía. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Urgencias y emergencias en núcleo urbano.

**Motivos de consulta**

Avisan desde el centro coordinador de urgencias y emergencias por disminución progresiva de nivel de conciencia en las últimas 48 horas de un varón de 85 años, con empeoramiento progresivo, hasta que la familia lo encuentra por la mañana con escasa respuesta a estímulos.

**Historia clínica**

Varón de 85 años residente en domicilio con su mujer. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.

*Antecedentes personales* de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca e hiperuricemia.

En tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, metformina y febusostat. La familia refiere a ver objetivado mayor decaimiento en los últimos días a raíz de un cuadro catarral con tos y mucosidad, sin fiebre asociada ni disnea. Niega náuseas, vómitos o alteración del hábito intestinal, no traumatismo craneoencefálico o cefalea, no consumo de tóxicos ni episodios similares en el pasado.

**Enfoque individual**

Se procede a toma de constantes, obteniendo los siguientes valores: TA 137/65 mmHg FC 90 lpm Sat O<sub>2</sub> 91% basal FR 14 rpm Temp 36.4°C glucemia 100 mg/dl.

En la auscultación se aprecian tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado con algunos roncus dispersos. Exploración neurológica con Glasgow 11 (O3V3M5) sin

objetivar focalidad. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades con pulsos presentes simétricos y distales.

**Enfoque familiar y comunitario**

Entrevistamos a la familia sobre su situación basal y cambios recientes, relatando cuadro catarral de cuatro días de evolución, consultando con su médico de familia que pautó tratamiento sintomático con paracetamol/codeína que ha tomado desde entonces cada 8 h.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* Intoxicación por opiáceos.

*Diagnóstico diferencial* con trastorno metabólico, infección sistémica o lesión intracraneal principalmente.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se administra naloxona 0.6 mg intravenosa.

**Evolución**

El paciente responde al antídoto administrado de manera adecuada, con Glasgow 15 y exploración neurológica anodina posterior. Se suspende dicho tratamiento y se explican los efectos adversos de este.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Los síntomas generales de toxicidad opioide incluyen confusión, somnolencia, respiración superficial, pupilas mióticas, náuseas, estreñimiento y falta de apetito. Las personas de edad avanzada suelen ser más sensibles a las reacciones adversas de este medicamento, por lo que se debería usar con precaución y explicar la posibilidad de su aparición.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Abordaje del dolor torácico atípico en el ámbito extrahospitalario**Vegas Romero M<sup>1</sup>, Martínez Lara A<sup>2</sup><sup>1</sup> CES 061 Cádiz,<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Serranía. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Urgencias y emergencias extrahospitalarias.

**Motivos de consulta**

Avisan para valoración de paciente de 78 años con dolor torácico súbito, intenso, irradiado a región interescapular tipo pleurítico de 20 minutos de evolución, sudoración, disnea y palpitaciones.

**Historia clínica**

Varón de 78 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin alergias medicamentosas.

Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia cardíaca, EPOC y cáncer de laringe intervenido hace 8 años.

Su hija alerta porque comienza con dolor torácico muy intenso, tipo opresivo, irradiado a región interescapular, sudoración, disnea, palpitaciones y nerviosismo. Han administrado paracetamol sin mejoría. El dolor se inició en reposo y mejora discretamente cuando se inclina hacia delante. Niega episodios previos. Afebril, no cuadro catarral concomitante.

**Enfoque individual**

Se procede a toma de constantes: TA 170/90 mmHg, FC125 lpm FR 24 rpm SatO<sub>2</sub> 90% basal Temp 36.6°C, glucemia 103 mg/dl. En la auscultación destaca taquicardia sinusal sin soplos y crepitantes en base pulmonar derecha. Taquipnea con discreto uso de musculatura abdominal. Exploración neurológica sin focalidad. Abdomen anodino. Extremidades con pulsos distales simétricos y conservados. ECG: taquicardia sinusal a 125 lpm, eje o°, QRS estrecho con descenso del segmento ST en V1-V3.

**Enfoque familiar y comunitario**

Interrogamos a la familia sobre posibilidad de situación estresante desencadenante, que niega. Acompaña al paciente en domicilio y facilita la comunicación con él.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* Dolor torácico atípico.

*Diagnóstico diferencial:* SCASEST vs disección aórtica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Realizamos medición de troponina I con resultado negativo y procedemos a canalización de vía venosa. Administramos oxigenoterapia con gafas nasales a 2L, obteniendo saturación 94% y fentanilo 50 mcg IV con discreta mejoría del dolor. Trasladamos a hospital sin demora.

**Evolución**

A su llegada a hospital se completó estudio mediante analítica de sangre con gasometría venosa, radiografía de tórax y angio-TC, objetivándose lesión pulmonar derecha sugestiva de neoplasia con derrame pleural adyacente. Mejoró tras segunda dosis de analgesia, ansiolítico y oxigenoterapia a bajo flujo.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

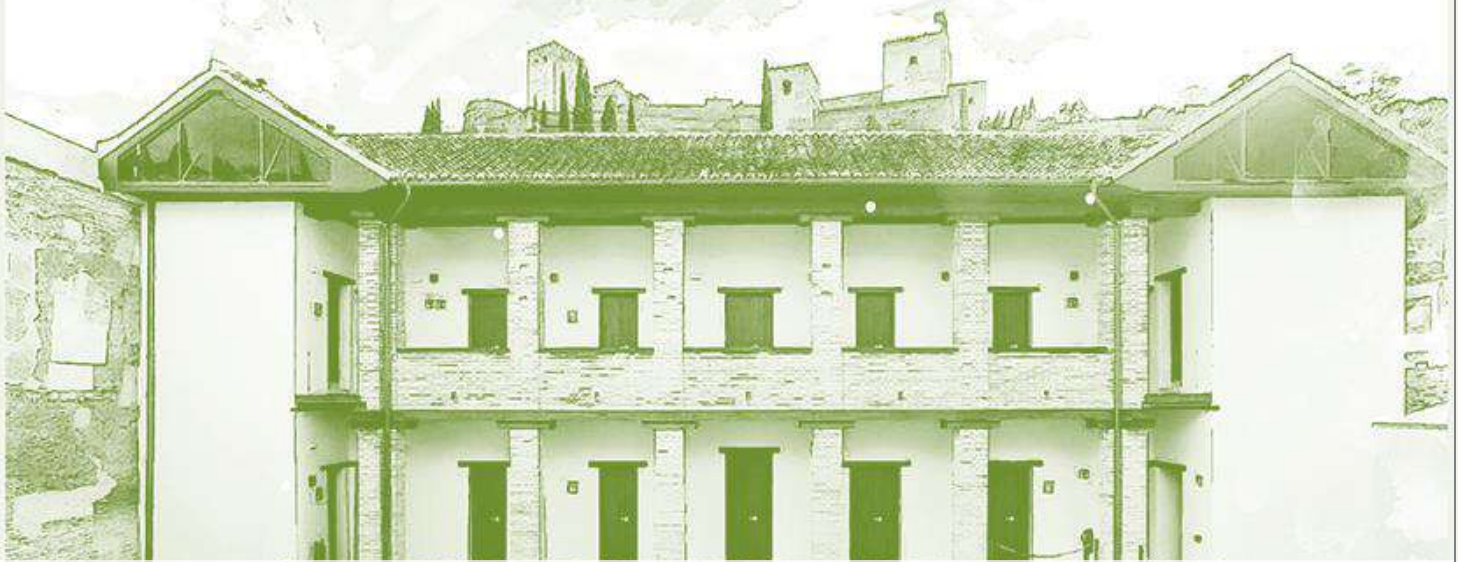
El uso de analizadores de troponinas I puede ayudar en el diagnóstico diferencial de dolor torácico en urgencias extrahospitalarias, especialmente en el ámbito rural. Ante esta sospecha debemos priorizar la estabilización del paciente y su traslado a un centro útil para obtener resultados definitivos y no administrar un tratamiento que podría estar contraindicado.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS**

## Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

## De los errores se aprende

Pastrana Gallego EJ<sup>1</sup>, Hernandez Lopez Á<sup>1</sup>, Reynoso de Oleo P<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla),

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Cañada Rosal. Sevilla

**Ámbito del caso**

Servicio urgencias.

**Motivos de consulta**

Paciente trasladado por DCCU víctima de incendio en domicilio.

**Historia clínica**

Intoxicación por inhalación de humo.

**Enfoque individual**

Varón de 28 años. Refiere cefalea y malestar general.

*Antecedentes personales:* No RAMc. No FRCV. Consumo de cannabis. Sd. ansioso-depresivo y TOC en tratamiento con sertralina.

Constantes: TA 135/80 mmHg, FC 70 lpm, T° 36.5. Sat 95%. con mascarilla tipo Venturi.

*Exploración física:* A: vía permeable, no restos de hollín. B: eupneico, buen murmullo vesicular, no ruidos patológicos. C: normotenso. Buena coloración. Relleno capilar normal. D: no déficit neurológico. Glasgow 15/15.

GSV: COHb 7%. pH 7.32. pCO<sub>2</sub> 56 mmHg, HCO<sub>3</sub> 28 mmol/l, EB 1.8. Lactato 14.3 mg/dl. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal. EKG y Rx tórax: sin hallazgos patológicos.

**Enfoque familiar y comunitario**

Estudios secundarios. Vive con sus padres.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Inoxicación por monóxido de carbono y ácido cianhídrico.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se mantuvo tratamiento con oxigenoterapia con Venturi. Enfermería nos indica que el paciente se había quitado la mascarilla "porque le molestaba". A las 6 horas: Asintomático. GSV: COHb 1.6%, pH 7.32, pCO<sub>2</sub> 48 mmHg, HCO<sub>3</sub> 24 mmol/l, EB -1.7, lactato 12.5 mg/l.

**Evolución**

Favorable. Alta domiciliaria con recomendaciones: hidratación abundante, evitar exposición a humo, reposo relativo 24-48 horas, si cefalea analgesia habitual, se explican síntomas de alarma. Qué no hicimos bien en nuestro caso: 1. No se aportó oxigenoterapia al 100%. 2. No se registró glucemia capilar en toma de constantes. 3. No se solicitó CPK en analítica sanguínea. 4. No se realizó uroanálisis. 5. No se utilizó CYANOKIT. 6. No se repitió GSV a las 2 y 4 horas del ingreso. 7. No se realizó reevaluación clínica precoz (60-90 minutos postingreso) 8. No se indicó revisión por médico de cabecera en dos semanas (posible aparición de Sd. neuroléptico maligno).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

1. Ante un paciente víctima en un incendio sospechar siempre intoxicación por monóxido de carbono y ácido cianhídrico. 2. No existe correlación clínica directa con el nivel de intoxicación. 3. El pulsioxímetro no proporciona información fiable sobre la gravedad del cuadro. 4. La oxigenoterapia al 100% es el tratamiento de elección. 5. No descartar riesgo de rabiomiolisis y afectación cardíaca por la afinidad CO-mioglobina. 6. Seguimiento posterior en 1-2 semanas por riesgo de Sd. neuroléptico maligno.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Lo banal también es importante**

Ramos Ontiveros M, Gordillo Salas C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana de la Vega. Granada

**Ámbito del caso**

Urgencias de HUSC.

**Motivos de consulta**

Estreñimiento.

**Historia clínica**

Dos consultas en AP (una de ellas telefónica) para recetas.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* consumidor de tóxicos desde los 6 años (cocaína, marihuana). Encopresis en 2021. Alergia estacional. En tratamiento con olanzapina.

*Anamnesis:* varón de 16 años que acude por estreñimiento desde hace 3 días con sensación de hinchazón abdominal. Desde hace 2 días en tratamiento con Micralax®. Previamente, hábito intestinal normal. No vómitos. No fiebre. No dolor abdominal. No refiere otros síntomas añadidos.

*Exploración:* CyO, NP y NH, colaborador. El paciente entra andando a consulta. Constantes estables. AR rítmica y sin soplos. AP con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen en tabla con dolor generalizado muy leve y ruidos hidroaéreos disminuidos.

*Pruebas complementarias:* radiografía de abdomen: dilatación de asas. Analítica completa: anodina a excepción de Cr 0.96 y PCR 69. Ecografía abdominal que radiodiagnóstico cancela y realiza TC de abdomen con resultado de fecaloma gigante con globo vesical gigante.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* colitis estercorácea por fecaloma gigante + globo vesical gigante con moderada dilatación pielocalicial bilateral.

*Diagnóstico diferencial:* Apendicitis con peritonitis, diverticulitis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Analgesia intravenosa. Sondaje vesical y enemas con sonda que dan buenos resultados. IC a Digestivo: citan para colonoscopia ambulatoria. IC a cirugía general: citan en consulta dado el buen resultado de tratamiento conservador. Al alta: ciprofloxacino 500 mg cada 12 h 7 días. Metronidazol 250 mg: 2 comprimidos cada 8 h 7 días. Movicol, 1-2 sobres diarios. Aceite de parafina 1 cucharada diaria.

**Evolución**

Se pasa el paciente a cuidados. Se avisa a S. Digestivo y C. General que valoran al paciente. Se da de alta con tratamiento ambulatorio y varias citas de control. Se revisa historia clínica en Salud Mental del paciente y se hace anamnesis dirigida en este ámbito.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Profundizando en la anamnesis, cuenta que no orina ni defeca voluntariamente por temor a "transportarse a otra dimensión por el WC" (había sido valorado varias veces por salud mental), por lo que la etiología es una psicosis en el contexto de consumo crónico de tóxicos. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre la importancia de una buena anamnesis y del contexto social de los pacientes, que les condicionan a llevar estilos de vida desembocando en situaciones patológicas como esta. No infravalorar ningún motivo de consulta por banal que parezca.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

## Un “high” glucémico que esconde algo más

Lozano Rodríguez V<sup>1</sup>, Rodríguez Espejo M<sup>2</sup>, García Maldonado S<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Parador de Las Hortichuelas. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguadulce Sur. Roquetas de Mar (Almería)<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguadulce Norte. Almería**Ámbito del caso**

Servicios urgencias.

**Motivos de consulta**

Debilidad generalizada.

**Historia clínica**

Mujer de 86 años trasladada por SUAP a los Servicios de Urgencias hospitalarias por un cuadro de debilidad generalizada de dos semanas, pérdida de apetito y de peso. Su hija refiere que esa noche, al volver a casa después de una cita, encuentra a su madre temblorosa y con mal aspecto; solicita atención domiciliaria objetivando una glucemia en *High*.

**Enfoque individual**

Como antecedentes relevantes, HTA, DMII y ERC, así como dolor y deambulación dificultosa por estenosis de canal. Demencia moderada-avanzada. Desde hace dos semanas, su hija observa que su madre "no come tanto", pérdida de fuerza y sentirla "más temblorosa". Comenta una pérdida de peso importante y algo más desconectada del medio. En este contexto, lleva unos días con molestias urinarias; es valorada por su médico que indica tratamiento antibiótico y solicita urocultivo.

A la exploración, constantes estables, afebril; DTT High, cetonemia 0.3. Deterioro cognitivo importante, desorientada pero colaboradora con debilidad muscular en las 4 extremidades y temblor en MMSS. Glucemia en 991 mg/dl, empeoramiento ERC y Ac. láctico elevado.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive sola con una pareja que ella refiere "su amante". Tiene dos hijas, la menor en Almería, que refiere ser su cuidadora principal. La

supervisa, aunque entrevemos que no hay una buena relación entre las hermanas y tampoco entre la hija y su madre. Dependiente para las ABVD, deterioro cognitivo importante.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Descompensación diabética hiperosmolar. Infección urinaria con agudización de enfermedad renal crónica.

Paciente frágil con mal control de patología base.

Déficit cuidados domiciliarios (relación familiar).

**Tratamiento, planes de actuación**

Fue ingresada para tratamiento. Se objetivó HbA<sub>1c</sub> de 11.16% y en urocultivo infección por *Candida glabrata*. Se solicitó valoración por Trabajo social. Retomará seguimiento estrecho por at. Primaria, inician insulinización, se cataloga de paciente pluripatológico complejo.

**Evolución**

Se programó cita presencial con su médico que no acuden. Se programa visita domiciliaria. Está pendiente de ser valorada por T. social.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Ante un paciente frágil, cobra real importancia el ámbito sociofamiliar en la prevención de complicaciones que pueden ocasionar un deterioro de su calidad de vida. La diabetes mal controlada, predispone a complicaciones, especialmente infecciones, ocasionando descompensaciones importantes a nivel de salud.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Me duele la barriga desde hace 10 minutos**

Heras González ML, Manzano Vázquez MY, Ruiz Medina AI

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillo. Málaga

**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal.

**Historia clínica**

Varón de 52 años con dolor abdominal intenso de diez minutos de evolución, tras tocar un instrumento de viento, no irradiado, malestar general, náuseas, un vómito alimenticio. No fiebre, ni diarrea. No ventosea.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* fumador (30 cigarrillos/día). Obesidad. Hipertensión ocular. Insuficiencia venosa periférica. Apnea obstructiva del sueño severa con CPAP. Hernia umbilical no complicada. Tratamiento: lanatoprost/timolol colirio.

*Exploración:* buen estado general, consciente, orientado, colaborador, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos ni extra tonos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: ruidos hidroaéreos conservados. Globuloso, depresible, hernia umbilical sin signos de complicación, reductible. No signos de irritación peritoneal. Dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho. Puño percusión renal bilateral negativa. Miembros inferiores: sin edemas. Pulsos distales conservados y simétricos.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado, convive con su mujer. Profesión mecánico

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Dolor abdominal refractario a tratamiento médico.

*Diagnóstico diferencial:* cólico biliar, ulcera gástrica, pancreatitis, disección aortica, hernia umbilical complicada, gastroenteritis, toxiinfección alimentaria.

**Tratamiento, planes de actuación**

ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. A la sedestación presenta dolor agudo con cortejo vegetativo. Se administra: metamizol, dexketoprofeno y metoclopramida iv sin mejoría. Traslado a urgencias hospitalarias.

**Evolución**

paciente asintomático en decúbito supino, iniciándose clínica de dolor abdominal con cortejo vegetativo con cambios posturales. En urgencias hospitalaria: importante dolor a la palpación en zona de hernia umbilical con signos de defensa, se administra diazepam y paracetamol, ruidos hidroaéreos aumentados, no soplos a nivel abdominal, tensiones en ambos brazos similares. Analítica sanguínea: Leucocitosis + neutrofilia, creatina quinasa y ácido láctico en rango normal. Segunda analítica a las 4 horas tras intento de reducción de hernia y administración de medicación, sin cambios con respecto a la anterior. Radiografía abdomen bipedestación: dilatación de asas de intestino delgado sin neumoperitoneo con presencia de gas distal. Se contactó con cirujano de guardia que intervino al paciente de hernia umbilical incarcerada. El paciente da el consentimiento para publicación de caso.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es importante no banalizar la clínica de dolor por un corto tiempo de evolución, escuchar al paciente y mantener sospecha de posibles patologías menos frecuentes en la práctica clínica o complicaciones.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Pénfigo vulgar grave**Hernández Hernández B<sup>1</sup>, Martínez Antolínez F<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzin. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Empeoramiento lesiones piel y dolor.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* pénfigo vulgar (mayo/23). Tratamientos utilizados: Prednisona, micofenolato, fluconazol, mupirocina tópica, fórmulas magistrales de corticoides y antibióticos. Requirió ingreso en la privada por empeoramiento.

**Enfoque individual**

*Anamnesis:* hombre de 49 años con los antecedentes descritos que acude por exacerbación grave presentando mal control del dolor. Pendiente de iniciar la segunda dosis de Rituximab iv en los próximos días. Se realiza Interconsulta con Dermatología de guardia que decide ingreso.

*Exploración:* lesiones erosivas en cuero cabelludo, cara, tronco, miembros superiores e inferiores. Costras melicéricas a nivel facial e interparietal sugerentes de sobreinfección bacteriana.

*Pruebas complementarias:* durante el ingreso: Cultivo de ampollas: *Pseudomonas aeruginosa Klebsiella aerogenes y Enterococcus faecali*. Previas al ingreso: IGRA, sífilis, VIH y VHC negativo. Anti-HBs <10.

**Enfoque familiar y comunitario**

Entrevista con la Unidad de Salud Mental con su pareja presente por solicitud del paciente como forma de incluirla en este proceso.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Pénfigo vulgar.

Trastorno adaptativo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Durante el ingreso: intravenoso: rituximab 1 g, inmunoglobulinas, ciprofloxacino, clindamicina. Oral: prednisona 30 mg y omeprazol 20. Valorado por Salud Mental por disminución del ánimo: “trastorno adaptativo que no requiere tratamiento farmacológico por el momento actual”.

Otras: revisar calendario vacunal, y en este caso se administran vacunas contra: gripe, neumococo y VHB. Prevención de osteoporosis corticoidea: Vitamina D y Calcio. Drenaje emocional de la situación actual. Recordar que los pacientes con pénfigo vulgar tienen mayor prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune, artritis reumatoide y diabetes mellitus tipo I.

**Evolución**

Tras el ingreso fue dado de alta. Durante 1 mes ha estado realizando curas en las consultas de Dermatología con mejoría. Si continúa mejorando, se plantea continuar con curas en centro de salud.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Ante la sospecha es clave la derivación de manera preferente al servicio de dermatología para la toma de biopsia, confirmación diagnóstica e inicio precoz del tratamiento. En atención primaria hay que controlar la morbimortalidad asociada tanto a la enfermedad como a la medicación inmunosupresora. La enfermedad puede afectar a la salud mental de los pacientes por lo que es importante realizar abordaje integral y mostrar apoyo psicológico. El desbalance electrolítico y térmico que se produce hacen que el pénfigo vulgar en casos graves sea potencialmente mortal.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Doctora, tengo el brazo inflamado**

Peña Pérez S, Piñero Del Rosario I, Fiol Beltrán MM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Edema en miembro superior izquierdo.

**Historia clínica**

Varón de 38 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Sin factores de riesgo cardiovascular. Realiza ejercicio físico intenso de forma habitual sobre todo tenis (es diestro) y buceo.

**Enfoque individual**

*Anamnesis:* el paciente refiere cuadro de edematización del miembro superior izquierdo desde hombro hasta antebrazo de 24 horas de evolución. Refiere además dolor con sensación de tensión, aumento de temperatura y circulación colateral. No ha tenido traumatismos en dicha extremidad. Tres días antes había realizado buceo sin incidencias. Niega inmovilización prolongada. Niega fiebre. Niega disnea, no refiere otra sintomatología asociada. Niega síndrome constitucional ni sudoración nocturna.

*Exploración física:* consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable. Cara y cuello: no se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. Auscultación cardio-respiratoria: rítmica y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Miembro superior izquierdo: Edematización desde raíz de miembro hasta antebrazo, asociado a aumento de temperatura, empastamiento y aumento de la circulación colateral a dicho nivel (Signo de Urschel). Dolor a la palpación de dicho miembro. Se palpan pulsos arteriales distales.

*Pruebas:* se solicita analítica de sangre con resultado de Dímero D de 959 y Radiografía de

tórax anodina, por lo que se solicitó ecografía-Doppler en la que se visualiza trombosis en venas axilar y subclavia izquierdas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Sería interesante conocer los antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica, trombofilia, discrasias sanguíneas y/o problemas de hipercoagulabilidad.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* trombosis Venosa Profunda en venas axilar y subclavia izquierdas espontánea.

*Diagnóstico diferencial:* celulitis, linfangitis, síndrome del desfiladero torácico, rotura fibrilar o muscular y cualquier afectación musculoesquelética.

**Tratamiento, planes de actuación**

Anticoagulación.

**Evolución**

Ingresó a cargo de medicina interna para tratamiento, estudio y control evolutivo. Se descartó síndrome del desfiladero torácico y los estudios de hipercoagulabilidad fueron negativos. El paciente evolucionó favorablemente. Fue dado de alta con diagnóstico de Síndrome de Paget-Schrötter (Trombosis Primaria de la vena subclavia y axilar por sobreesfuerzo y ejercicio) y anticoagulación oral domiciliaria.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Una buena anamnesis y exploración física, llevan a un correcto diagnóstico y tratamiento temprano, claves para evitar complicaciones post-trombóticas. La ecografía-doppler posee una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de Trombosis Venosa Profunda.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Dolor abdominal y HTA**Orte Navarro P<sup>1</sup>, De La Iglesia JF<sup>2</sup>, Cobos Boza A<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega y HJRJ. Huelva<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos del Condado. Hospital Infanta Elena. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal epigástrico y HTA.

**Historia clínica**

Paciente que acude por segunda vez por misma sintomatología, por dolor a nivel de epigastrio y HD, de tipo continuo con exacerbaciones, que no mejora con analgesia domiciliaria. que se irradia a la espalda en cinturón. No refiere predominio del dolor en ningún momento del día ni lo relaciona con las comidas. Refiere pérdida de apetito. No fiebre ni sensación distérmica. No náuseas ni vómitos. No dolor torácico. No disnea. No alteraciones del tránsito intestinal. No clínica miccional.

TA: 176/74 SatO<sub>2</sub>: 98% aa T<sup>a</sup>: 37.6 FC: 66 lpm. ACP normal. Abdomen globuloso, blando, depresible: doloroso a la palpación en epigastrio e HD. Murphy dudoso. No signos de irritación peritoneal. Diástasis de rectos. Pulsos conservados. Ruidos hidroaéreos presentes. MMII no edemas, no signos de TVP, pulsos periféricos simétricos y conservados.

**Enfoque individual**

Realizamos ecografía clínica a pie de cama, donde se visualizaba dudoso flap intimal en aorta descendente, se habla con radiología que realiza ecografía y posteriormente angio-tac. Disección de aorta tipo B de Stanford que se extiende desde la salida de la subclavia izquierda con trombosis parcial de la luz verdadera en la parte más proximal y con flap intimal visible a lo largo de toda la aorta

torácica y abdominal (hasta la porción infrarrenal).

**Enfoque familiar y comunitario**

La ecografía clínica como una herramienta de ayuda en el diagnóstico de enfermedades que cursan con dolor abdominal.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Disección de aorta.

*Diagnóstico diferencial:* gastroenteritis. Pancreatitis. Coledocolitiasis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Control TA, ingreso en UCI.

**Evolución**

Se colocó prótesis endovascular, buena evolución clínica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor abdominal es una patología muy frecuente en urgencias y en consulta de atención primaria, y muchos de estos cuadros cursan con hipertensión reactiva al dolor. Una buena anamnesis y valoración del paciente descarta muchos cuadros agudos graves, y es verdad que la probabilidad de una disección de aorta es baja en este contexto. Ante todo está la sospecha clínica del cuadro (que por ella tenía indicación de una prueba de imagen), pero la ecografía clínica nos facilita el establecer en ocasiones un diagnóstico, pero sobre todo nos ayuda a descartar otros procesos más frecuentes, y plantearnos pedir más pruebas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Displasia arritmogénica: presentación típica de un trastorno cardíaco potencialmente mortal**

Rosario Castillo AC, Reinoso Rodríguez I, Jardim Rodrigues R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Palpitaciones.

**Historia clínica**

MC: Hombre de 39 años que acude a urgencias a las 1:00 am por palpitaciones intensas súbitas y sensación de sofoco, sudoración y algo de opresión centro torácica que se irradiaba a mandíbula. El episodio comenzó cerca de las 22:00hs después de cenar. En reposo. No sensación disneica. No otra sintomatología acompañante.

ECG taquicardia rítmica con QRS ancho a 210 lpm, compatible con TVS con pulso. Analíticamente: TnT: 35,8. Pro-BNP: 96.2

**Enfoque individual**

Alergia penicilina. No fumador. Ha tenido episodios similares con palpitaciones en otras ocasiones pero autolimitados.

*Antecedentes personales:* depresión-ansiedad, cefalea tensional.

*Tratamiento:* sertralina, lorazepam.

**Enfoque familiar y comunitario**

Padre: fallecido de forma súbita, sin causa filiada.

Madre: SAD. Hermanos: dos (ambos con episodios de pericarditis aisladas autolimitadas).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

TV monomorfa, displasia arritmogénica de ventriculo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se pauta Adenosina 6-12-18mg sin resultados efectivo, por lo que se procede a CVE sincrónica

bajo sedación y pseudoanalgesia. Tras 1º descarga, el paciente recupera ritmo sinusal a 90 lpm durante unos 30 segundos, posteriormente vuelve a taquicardia de QRS ancho a 200 lpm con pulso. TA 120/85 mmHg. Se procede a 2º descarga, tras la cual el paciente revierte a ritmo sinusal a 80lpm. PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Se observan extrasístoles ventriculares aisladas de 2 morfologías distintas.

**Evolución**

Permanece estable, ingresa a cargo de cardiología. Donde se completa estudio con RM cardiaca, objetivándose fibrosis de VI de 35%, se implanta DAI . Se inicia estudio genético a paciente y resto de hermanos. Completando diagnóstico de Miocardiopatía Arritmogénica de VI. Actualmente hermanos en espera de implantación de DAI.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La miocardiopatía arritmogénica (MCA) tiene una prevalencia de 1:5.0001. Un 40% de los casos presenta mutaciones, la mayoría en los genes que codifican para las proteínas desmosómicas, habitualmente con herencia autosómica dominante. Los desmosomas garantizan la adhesión celular y abundan en tejidos sujetos a tensión mecánica constante, como la piel y el miocardio. La participación de proteínas anómalas en los desmosomas de pacientes con MCA disminuye su adhesividad y favorece la pérdida miocitaria, la sustitución fibroadiposa y la inflamación. Estos hallazgos confieren el sustrato anatómico para la generación de taquiarritmias ventriculares y muerte súbita.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



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

Granada 2024



## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA MÉDICO RESIDENTE

**Condicionantes sociales de la violencia de género en adolescentes: una aproximación cualitativa**Darwish Mateos S<sup>1</sup>, Bohórquez Ríos J<sup>1</sup>, Martín Cano S<sup>2</sup>, Becerra Almazán MA<sup>3</sup>, Pérez Milena A<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fontezuelas. Jaén<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Objetivo**

Describir las influencias del entorno social (familia y amistades) en las creencias y vivencias de violencia de género (VG) en adolescentes.

**Pacientes y métodos**

Diseño cualitativo. Muestreo intencional de adolescentes de un instituto urbano. Criterio de homogeneidad: nivel educativo. Criterio de heterogeneidad: sexo/tener pareja. Entrevistas grupales videograbadas con moderador (grupos de discusión) (6-8 adolescentes, 12-18 años, 50 minutos, curso escolar 2022/23). Análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados. Aprobado por el CEI.

**Resultado**

48 adolescentes 6 grupos), 54% mujeres, 15,3±1,8 años, 47,2±6,8 minutos/entrevista.

1. *Arrastre experiencial*: familia y amigos ofrecen vivencias positivas/negativas de alto impacto para desarrollar actitudes machistas o de VG. Piden atención por parte de los progenitores y reconocen la influencia del grupo de amigos.

2. *Factores protectores*: los progenitores educan de forma vivencial, reclaman más comunicación sobre emociones y sexualidad.

Es más fácil hablar con las madres, mientras que los hombres adolescentes pueden hablar más libremente de sexualidad. Los hermanos mayores son fuente de información para los más pequeños. Los adolescentes mayores son muy críticos con actitudes machistas/VG pero creen que los amigos no suelen escuchar sus consejos si viven esta situación.

3. *Factores de riesgo*: se identifica la falta de comunicación familiar, una educación rígida o distante y la presencia de situaciones de violencia en la familia. Los grupos de amigos con comportamientos machistas normalizan la VG al crear conductas encaminadas a evitar el aislamiento social.

**Conclusión**

Las actitudes violentas en la relación de pareja se aprenden en la familia al imitar comportamientos parentales, reforzándose por actitudes machistas grupales que el menor acepta para no ser excluido. El arrastre experiencial positivo social es fundamental e incluye una crianza vigilante, una dinámica familiar positiva con comunicación fluida padres hijos, así como integración en un grupo de amigos que rechace las situaciones de VG.

**Palabras Clave**

Gender-Based Violence, Social Support, Adolescent, Qualitative Research.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA MÉDICO RESIDENTE

# Valoración de la sintomatología ansiosa en pacientes que asisten a grupos GRAFA en zona básica de salud/Unidad de Gestión Clínica Las Portadas-Santa Ana de Dos Hermanas. TFR

Rodríguez Quesada MC<sup>1</sup>, Dionisio Flores MA<sup>1</sup>, Villalba García A<sup>2</sup>, Mateos Gómez AM<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Ana, Dos hermanas (Sevilla)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahál. Sevilla

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios (Sevilla)

### Objetivo

Valorar la sintomatología ansiosa en pacientes antes y después de asistir a grupos GRAFA en la Unidad de Gestión Clínica Las Portadas-Santa Ana.

### Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental y prospectivo, en el que han participado 61 personas mayores de edad diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada, que han acudido a los grupos GRAFA y han aceptado participar en el estudio. De ellos, 53 han acabado las sesiones y 8 abandonaron el estudio por motivos desconocidos.

Se ha realizado un cuestionario breve de evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) antes y después de la intervención, así como una escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).

La variable principal ha sido el grado de ansiedad pre/post-terapia y el grado de satisfacción.

Las diferencias significativas se han cuantificado con intervalos de confianza al 95% y los análisis se ha realizado con la prueba t de Student, el test de McNemar o McNemar-Bowker y el test Chi-Cuadrado.

El cálculo del tamaño muestral se ha llevado a cabo utilizando la Calculadora de tamaño muestral GRANMO. Se consideró clínicamente relevante detectar una diferencia igual o mayor a 3 puntos, un error  $\alpha$  del 5%, una potencia del test del 80% y una pérdida estimada del 50%. La principal limitación es el porcentaje de pérdidas elevado que presentan los Grupos GRAFA. Se ha realizado según la Ley 41/2002 y está diseñado de acuerdo a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial.

### Resultado

El grado de ansiedad se redujo significativamente ( $p < 0,001$ ) en 5,77 puntos promedio con un intervalo de confianza del 95% (4,56;6,99). Se redujo de forma significativa los pacientes con sintomatología grave.

### Conclusión

Se concluyó que los grupos GRAFA en Atención Primaria, reducen significativamente el grado de ansiedad de los participantes.

### Palabras Clave

Atención Primaria. Trastornos de Ansiedad. Psicoterapia de Grupo.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



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

Granada 2024



## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

## Gestión de la atención sanitaria en Atención Primaria en las primeras cinco olas pandémicas de COVID-19 en una zona urbana de Andalucía: proyecto GASAP-COVID

Pérez Milena A<sup>1</sup>, Leal Helmling FJ<sup>2</sup>, Rodríguez Castilla F<sup>3</sup>, Darwish Mateos S<sup>3</sup>, Mengíbar Cabrerizo P<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Úbeda. Jaén

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

### Objetivos

Conocer las características de la atención inicial y el seguimiento telefónico de pacientes con sospecha de COVID-19 en las primeras cinco olas de la pandemia.

### Material y métodos

Cohorte histórica (auditoría de historias clínicas) de casos probables (1ª ola) y confirmados (1º-5ª ola) de COVID un centro de salud urbano. Mediciones principales: ámbito de atención inicial y seguimiento telefónico (número de llamadas y duración); variables sociodemográficas (incluyendo estructura familiar), curso clínico (sintomatología, vulnerabilidad, pruebas, ingreso hospitalario y desenlace). Análisis bivariante y multivariante (regresión logística). Autorización del CEI.

### Resultados

1037 pacientes (45,0±19,4 años, 55% mujeres, 25,5% vulnerables, 16,2% familia no nuclear). La edad disminuye en cada ola pandémica (51,5±17,8 a 25,8±10,1 años,  $p<0,001$  ANOVA).

El primer contacto es mayoritariamente en Atención Primaria (58,2% telefónica, 29,3% presencial; 2,2% domicilio). Se realizaron 4,2±2,8 consultas telefónicas de seguimiento (10,8±9,1 tras atención domiciliaria y 8,2±4,4 en la primera ola), durante 14,2±8,5 días

(18,1±12,3 tras urgencias y 17,1±10,3 en primera ola) ( $p<0,001$  ANOVA). Un primer contacto en urgencias hospitalarias (10,6%) y atención domiciliaria se relacionó con síntomas más prolongados, estructuras familiares no nucleares y uso de antibioterapia ( $p<0,05$  X2). Las radiografías (23,7%) y análisis de sangre (18,9%) fueron más frecuentes en urgencias (74,1% y 58,6%;  $p<0,001$  X2). El seguimiento superior a dos semanas se asoció con mayor edad (OR 1,01-1,04), los síntomas de alarma (OR 2,82-9,34) y la atención en las dos primeras olas (1,92-5,33).

### Conclusiones

La mayoría de la población optó por ser atendida en Atención Primaria, sobre todo de forma telefónica, permitiendo seleccionar a los pacientes con peor curso clínico y optimizar los recursos del hospital. La valoración inicial en urgencias dependió tanto de la autopercepción de enfermedad como del apoyo familiar. El seguimiento fue más prolongado en pacientes mayores y con peor evolución clínica.

### Palabras Clave

Covid-19, pandemias, necesidades y demandas de servicios de salud, Atención Primaria de salud, telemedicina.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

# Características generales de los pacientes crónicos complejos de una ZBS y la relación de la fragilidad con el riesgo de caídas y de necesidades de cuidados paliativos

Leiva Hervás LM<sup>1</sup>, Rivera Sánchez AI<sup>2</sup>, Ortega Armenteros MC<sup>3</sup>, Molina Martos JC<sup>1</sup>, Crespo Sánchez P<sup>1</sup>, Valverde Bolívar FJ<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

<sup>3</sup> Médico Especialista Oncología. Hospital Universitario Jaén (Cuidados Paliativos). Jaén

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC. Jaén

### Objetivos

Conocer las características generales de los pacientes crónicos complejos (PCC) de una zona básica de salud (ZBS), y la relación de la fragilidad con el riesgo de caídas y de necesidad de cuidados paliativos.

### Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron a todos los PCC mayores de 18 años de la ZBS (401). Período de inclusión de los pacientes desde marzo 2023 a marzo 2024. Las variables analizadas fueron la edad, sexo, red social, institucionalización, Pfeiffer, Dowton, deterioro cognitivo, número de fármacos, número de visitas a urgencias de atención primaria, Necpal y Frail. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado de los datos. Se obtuvo la autorización del comité de ética de la investigación y el consentimiento informado de cada paciente.

### Resultados

El 54% fueron hombres, edad media de 74 años (dt 0,6), media de fármacos 10 (dt 0,21), media de visitas a urgencias 3,5 (dt 0,2), el 4% tenía

una red de apoyo formal, el 67% tenía una red social informal y un 27% era mixta, el 28% tenía riesgo de caídas, el 32% tenía deterioro cognitivo leve, el 7% moderado y el 5% grave. El 47% se clasificó como paciente frágil, y el 12% tenía necesidad de atención paliativa. El 83% de los pacientes con riesgo de caídas eran frágiles, de los que no tenían riesgo de caídas el 33% eran frágiles ( $p < 0,001$ ). El 81% de los pacientes con necesidades paliativas eran frágiles, frente al 42% de los que no tenían necesidades paliativas ( $p < 0,001$ ).

### Conclusiones

Los pacientes crónicos complejos de la ZBS son en su mayoría hombres, mayores de 70 años, polimedicados, con una red de apoyo informal, la mitad de ellos tienen deterioro cognitivo y están en situación de fragilidad. La fragilidad se asocia con el riesgo de caídas y de necesidades paliativas.

### Palabras Clave

Paciente Crónico Complejo, necesidades paliativas, fragilidad.



## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

# Relación entre los pacientes crónicos complejos (PCC) frágiles de una zona básica de salud (ZBS) con la multimorbilidad y aumento de uso de recursos

Leiva Hervás LM<sup>1</sup>, Valverde Bolivar FJ<sup>2</sup>, Ortega Armenteros MC<sup>3</sup>, Cueto Camarero MM<sup>1</sup>, Amezcua Dávila M<sup>4</sup>, Huertas García FA<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC. Jaén

<sup>3</sup> Médico Especialista Oncología. Hospital Universitario Jaén (Cuidados Paliativos). Jaén

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

### Objetivos

Evaluar la relación de los pacientes crónicos complejos (PCC) frágiles de una zona básica de salud (ZBS) con la multimorbilidad y aumento de uso de recursos.

### Material y métodos

Estudio descriptivo transversal.

La población de referencia son: pacientes mayores de edad crónicos complejos de la ZBS frágiles. Población de estudio: pacientes frágiles (189). Período de inclusión de los pacientes fue de un año, desde marzo 2023 hasta marzo 2024. Las variables analizadas fueron edad, sexo, Frail, categorías de cronicidad, factores de riesgo, número de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias e institucionalización.

### Resultados

Había un porcentaje del 80% de fragilidad entre los PCC institucionalizados ( $p=0,051$ ), un 81,6% de los PCC frágiles presentaban multimorbilidad con 2 o más de dos enfermedades crónicas concomitantes a la enfermedad principal ( $p<0,001$ ) junto con un

80% con enfermedad avanzada con criterios de severidad y/o progresión de la enfermedad crónica. El 80% de los PCC frágiles necesitaron un aumento de uso de recursos ( $p<0,001$ ) que precisaron de 2 o más de dos ingresos urgentes en centros hospitalarios y/o necesidad de curas complejas/intensas continuadas. Había una media de visitas a urgencias de los PCC frágiles de 2,3 (dt 0,2).

### Conclusiones

Los pacientes crónicos complejos de la ZBS frágiles tienen una relación mayor del 80% con la multimorbilidad siendo un 80% de estos asociados a severidad y/o progresión de su enfermedad crónica. Presentaron un aumento de uso de recursos en su gran mayoría con una relación alta entre fragilidad entre los pacientes institucionalizados. Por lo que la fragilidad de los PCC se asocia a riesgo de ingresos hospitalarios y asistencia en servicios de urgencias.

### Palabras Clave

Multimorbilidad, categorías de cronicidad, institucionalización.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

## Efectividad de una intervención basada en la entrevista motivacional en la reducción del consumo de alcohol de riesgo en pacientes españoles detectados en Atención Primaria (estudio ALCO-AP20): un ensayo clínico controlado

Parras Rejano JM<sup>1</sup>, Pérula Jiménez C<sup>2</sup>, Romero Rodríguez E<sup>3</sup>, Baleato Gómez J<sup>4</sup>, González de la Rubia A<sup>5</sup>, Fernández Márquez R<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina Córdoba

<sup>2</sup> Enfermera de MFyC. CS Montoro. Córdoba

<sup>3</sup> Enfermera de MFyC. CS Carlos Castilla del Pino. Córdoba

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Guadalquivir Córdoba

<sup>5</sup> Urgencias. Hospital Regional Universitario Málaga,

<sup>6</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba

### Objetivos

Comprobar la efectividad de una intervención basada en la Entrevista Motivacional (EM), realizada por profesionales sanitarios en pacientes de Atención Primaria (AP), con consumo de riesgo de alcohol. Hipótesis: la EM es más efectiva que el consejo sanitario habitual para lograr reducir el consumo de alcohol.

### Material y métodos

Ensayo clínico controlado, aleatorizado por clúster, abierto, de dos brazos paralelos, multicéntrico. Se aleatorizaron los profesionales de AP a Grupo Experimental (GE) y Grupo control (GC).

*Emplazamiento:* centros de salud de AP Sistema Sanitario Público

*Participantes:* pacientes de 14+ años detectados en AP, con consumo de riesgo de alcohol.

*Intervenciones:* abordaje basado en la EM en pacientes reclutados en GE y consejo sanitario a los incluidos en GC.

*Periodo de seguimiento:* 12 meses (5 visitas programadas).

*Medidas:* consumo de Unidades de bebida estándar / semana, consumo de riesgo de alcohol (test AUDIT) y fases de estadio del cambio (modelo de Prochaska y DiClemente).

*Análisis estadístico:* por intención de tratar. Estimadores utilizados: Riesgo Relativo (RR), Reducción Absoluta del Riesgo (RAR) y Número necesario de sujetos a tratar (NNT). Registrado en Clinicaltrials (NCT04811729). Expediente: AP-0001-2020-C1-F2 Convocatoria FPS 2020 Proyectos I+i AP-HC-CHARES. Autorizado por CEI.

### Resultados

268 pacientes: 148 en GE y 120 en GC. Edad media  $57.44 \pm 12.05$  (rango: 25-70 años; IC95%: 56.00-58.88), 87.3% hombres y 12.7% mujeres. Teniendo en cuenta la cuantificación del consumo de riesgo de alcohol la RAR a los 12 meses de la visita basal, fue de un 16,46% (IC95% :5.37-27.99), con un NNT de 6 (IC95%: 4-19). La RAR a los 12 meses en función del resultado del test AUDIT fue del 13.15% (IC95%: 2.73%-24.24%), y el NNT de 8 (IC95% : 4-37).

### Conclusiones

La EM resulta más efectiva que el consejo sanitario habitual para lograr reducir el consumo de riesgo de alcohol en pacientes tratados en AP.

### Palabras Clave

Motivational Interviewing, Alcohol Drinking, Primary Health Care

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

# Prevalencia de la fragilidad en los pacientes crónicos complejos (PCC) de una zona básica de salud (ZBS)

Leiva Hervás LM<sup>1</sup>, Ortega Armenteros MC<sup>2</sup>, Valverde Bolivar FJ<sup>3</sup>, Rivera Sánchez AI<sup>4</sup>, Crespo Sánchez P<sup>1</sup>, Molina Martos JC<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

<sup>2</sup> Médico especialista Oncología (Cuidados Paliativos). Hospital Universitario. Jaén

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC. Jaén

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Torredonjimeno. Jaén

### Objetivos

Conocer la prevalencia de fragilidad de los PCC en una ZBS para poder establecer objetivos terapéuticos adecuados a su pronóstico.

### Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. La población de referencia son los PCC mayores de 18 años (401). El período de estudio fue de un año 2023-2024. La variable analizada fue la escala clínica CFS (Clinical Frailty Scale) que explica y describe gráficamente diferentes grados de fragilidad y discapacidad, de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se obtuvo la autorización del comité de ética de la investigación y el consentimiento informado de cada paciente.

### Resultados

El 2,2 % se encontraba en forma (personas robustas, activas, con energía y motivación, realizando ejercicio de forma regular), 9,2% bien de salud (personas que no tiene enfermedad aguda ni síntomas de enfermedades crónicas pero que realizan menos actividad física que los anteriores),

31,4% con adecuado manejo (personas con problemas médicos controlados pero que no realizan actividad física salvo dar paseos), 19,5% vulnerables (personas que no necesitan ayuda para sus actividades básicas de la vida diaria pero los síntomas de sus enfermedades frecuentemente limitan sus actividades), 12,5% levemente frágil (personas con marcha lenta y necesitan ayuda para su actividad diaria, aumentando progresivamente su dificultad para las mismas), 11,2% moderadamente frágil, 13,2% gravemente frágil (completamente dependientes), 0,7% muy gravemente frágil (gravemente dependientes y se acercan al final de su vida).

### Conclusiones

Los PCC de la ZBS en un 42,9% los podemos considerar no frágiles o en estado de robustez, 19,5% en estado de vulnerabilidad y por último, un 37,7% de pacientes crónicos complejos en estado de fragilidad.

### Palabras Clave

Fragilidad, Clinical Frailty Scale (CFS), Paciente crónico complejo.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



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

Granada 2024

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

## Prescripción prolongada de antidepresivos en Atención Primaria. Impacto en la salud pública

Guerrero Vázquez A<sup>1</sup>, Berro Ramírez G<sup>2</sup>, Lopez Moreno S<sup>1</sup>, Chávez Gata L<sup>2</sup>, Torrescusa Camisón R<sup>2</sup>, Madueño Caro AJ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz.

### Objetivos

Determinar las variables que se asocian al uso de larga duración (superior a tres años) en pacientes con algún antidepresivo con prescripción activa en una zona básica de salud.

Estimar el porcentaje de pacientes con una prescripción de antidepresivo de larga duración; conocer los antidepresivos que se han prescrito a la muestra seleccionada en el último año en esta unidad básica de salud, su naturaleza y pauta de tratamiento; determinar el porcentaje de las variables sociodemográficas y observar posibles asociaciones; describir las comorbilidades que presentan estos pacientes; identificar interacciones potenciales entre AD y otros medicamentos que el paciente tenga prescritos.

### Material y métodos

Estudio observacional descriptivo sobre las variables que pueden asociarse a una prescripción prolongada. La muestra (N=339) adscrita a un área básica de salud, a los que se les ha prescrito al menos un antidepresivo durante un año. Fuentes de información institucional. La selección de los pacientes se realizó por muestreo aleatorio simple. Análisis mediante contraste Chi-Cuadrado para la

comparación de proporciones (siendo la variable dependiente la duración del tratamiento antidepresivo). Regresión logística binaria multivariante para observar posibles asociaciones en el conjunto de variables.

### Resultados

Se observa cómo las variables independientes analizadas que son estadísticamente significativas y contribuyen en el modelo de regresión logística multivariante son: la distimia con un OR 3,867 (IC 95%, 1,626-9,197), la edad con un OR 1,028 (IC 95%, 1,011-1,045), el número total de antidepresivos prescritos con un OR 2,059 (IC 95%, 1,494-2,838) y la prescripción de ISRS con un OR de 2,490 (IC 95%, 1,459-4,249).

### Conclusiones

Existe una elevada prevalencia de prescripción más allá de los tres años. Se observa como el trastorno distímico se asocia a una duración de tratamiento prolongada, así como la edad, el uso de ISRS, el cambio de antidepresivo y el número total de antidepresivos prescritos.

### Palabras Clave

Antidepresivos, Atención Primaria de salud, prescripción.



## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

**Factores asociados a la adherencia terapéutica en polimedicación y multimorbilidad**

López de la Manzanera Pérez JM<sup>1</sup>, Castillo Jimena M<sup>2</sup>, Vera Vicioso G<sup>3</sup>, Jolín Caffarena A<sup>4</sup>, Leiva Fernández F<sup>5</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Doctorando UMA Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías. CS Coín. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo c-08 IBIMA. CS Campillos. Málaga

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

<sup>4</sup> Estudiante Medicina. Universidad de Málaga

<sup>5</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Málaga Guadalhorce

**Objetivos**

Describir la adherencia al tratamiento (AT) en pacientes con multimorbilidad (MM) y polimedicación (PM).

**Material y métodos**

Estudio descriptivo-transversal. Visita basal de la base de datos de MULTIPAP Andalucía(n=199).

*Ámbito:* centros de salud.

*Criterios inclusión:* 65 a 74 años con MM( $\geq 3$  enfermedades crónicas) y PM( $\geq 5$  medicamentos).

*Exclusión:* esperanza de vida  $< 1$  año e institucionalizados.

*Variable dependiente:* AT (Morisky-Green).

*Variable independientes:* edad, género, condiciones crónicas, tratamiento farmacológico, número de medicamentos, adecuación terapéutica, nacionalidad, estado civil, ingresos, estudios, clase social, apoyo social percibido, calidad de vida...

Descriptivo (media, desviación estándar, porcentajes, intervalos de confianza al 95%). Bivariante (ANOVA-Chi-cuadrado).

**Resultados**

Género: 110 mujeres (55,3%); Edad: 70,03 (2,7) años IC 95% [69,62-70,38 años]; Nacionalidad: 98% españoles; Ámbito social: Vivían solos 17,6% y 15,1% bajo apoyo social; Situación laboral (3%) eran de la clase trabajadora IC95% [0,6-5,4]; Dolor: 156

pacientes (78,4%) presencia dolor IC 95% [72,7-84,1]; Fármacos consumidos: 7,3 (2,3) fármacos IC 95% [7,0-7,6]; Adecuación del tratamiento (índice MAI rango 0-18): 12,5 (10,6) IC 95% [11,1-14,0]; AT (Morisky-Green): 115 pacientes (57,8%). Factores asociados a AT: apoyo social total (DUKE-UNC-11), no DES (p: 0,082). Sí presentaba una diferencia en el grado de adherencia siendo el 60,4% IC 95% [53,6-67,2] de los pacientes que refieren apoyo normal buenos adherentes, mientras que, un 43,3% IC 95% [36,4-50,2] de los que consideran recibir escaso apoyo social sin buena adherencia. Dolor referido y AT no se encontraron DES (p: 0,083). Sí se observa diferencia en el porcentaje de buenos adherentes entre el grupo que referían dolor y aquellos que no, siendo de 54,5% IC 95% [47,6-61,2] y 69,9% IC 95% [63,5-76,3]

**Conclusiones**

En pacientes ancianos jóvenes con MM y PM, existe una adherencia terapéutica mejorable. El perfil es mayoritariamente femenino, españoles, viven acompañados y con media de edad 70 años y 7,32 fármacos. El dolor y ausencia de apoyo social pueden relacionarse con baja AT.

**Palabras Clave**

Adherencia terapéutica. Multimorbilidad. Polimedicación.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

# Continuidad en la Atención Primaria y mortalidad global en Andalucía en 2019

Morales Arjona I<sup>1</sup>, Jiménez Murillo JL<sup>2</sup>, Jiménez Biedma C<sup>3</sup>, Villegas Portero R<sup>4</sup>, Goicoechea Salazar JA<sup>5</sup>, Muñoz Muñiz D<sup>6</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, Servicios Centrales SAS

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

<sup>4</sup> Asesor técnico. Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, Servicios Centrales SAS

<sup>5</sup> Jefe de Servicio de Producto Sanitario. Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, Servicios Centrales SAS

<sup>6</sup> Subdirectora de la Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información, Servicios Centrales SAS

### Objetivos

La base del Sistema Sanitario Público de AndaL (SSPA) es la Atención Primaria (AP). El reciente estudio Sandvik et al. señala que relaciones médico-paciente más estables en el tiempo se asociaron con menor mortalidad en el contexto noruego. El objetivo fue analizar el impacto de la continuidad en AP en la mortalidad global andaluza.

### Material y métodos

Cohorte retrospectiva durante 2019 a partir de la Base Poblacional de Salud de AndaL (BPS). Criterios inclusión: Mayor de edad, domicilio en AndaL y usuario SSPA durante 15 años. Población: 3.5 millones. A finales de 2018 se definió la continuidad mediante: Longitudinalidad (0 a 14 años), índices UPC, COC y MMCI, considerando valores bajos (0.0 a 0.1), medios (0.5 a 0.6) y altos (0.9 a 1). La variable resultado fue la mortalidad observada en 2019. Se calculó la razón estandarizada de mortalidad ajustada por sexo, edad, comorbilidad y vulnerabilidad social. Se utilizaron bases de datos agregadas respetando el secreto estadístico. Comité ética solicitado.

### Resultados

La mayoría (22.4%) tuvo una longitudinalidad menor a un año (tiempo medio 5.14 años). El UPC medio se situó entre 0.5-0.6, COC entre 0.4-0.5 y MMCI entre 0.7-0.8. Las tasas de mortalidad fueron de 20.0, 17.6 y 14.8 por mil personas-año en usuarios con menos de 1 año, hasta 5 y hasta 14 años de longitudinalidad. Las tasas de mortalidad fueron de 36.3, 15.9, 15.0 en usuarios con UPC bajo, medio y alto respectivamente; de 19.6, 15.5, 15.8 en COC bajo, medio y alto; y de 48.1, 21.3, 17.1 en MMCI bajo, medio y alto.

### Conclusiones

Se observa una correlación entre la mejora de la continuidad y la reducción de la mortalidad. Se expone la necesidad de una mayor promoción de la estabilidad laboral y de los cupos de AP, que permita el desarrollo de relaciones médico-paciente más continuas y cercanas.

### Palabras Clave

Continuity

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES  
EXPERIENCIAS  
MÉDICO DE FAMILIA**

Granada 2024



## EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

### Cartas de pésame. Del duelo a la longitudinalidad.

Martín Galán A<sup>1</sup>, García de Haro M<sup>1</sup>, González López I<sup>1</sup>, Melguizo Jiménez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

#### Objetivos de la experiencia

Desarrollar fórmulas de apoyo a las familias tras el fallecimiento de un familiar en una consulta de Medicina de Familia a través de Cartas de Pésame (CdP).

Mantener vínculos y continuidad de la atención con la familia de los fallecidos.

Implicar reflexivamente en las condolencias y la atención a final de la vida a enfermería, médicos residentes y médicos de familia.

#### Descripción de la experiencia

En 2016 se emiten las primeras CdP. Desde 2021 quedan registradas para la totalidad de los fallecidos, incluyendo muertes fetales y perinatales.

Se evalúan en este trabajo las cartas de pésame comprendidas entre noviembre de 2021 y marzo de 2024. N = 25. La estructura de las CdP tiene los siguientes elementos comunes: A) identificación del fallecido B) proceso que llevó al fallecimiento C) evocación personal del fallecido D) aspectos de cuidadoras y familiares positivos E) enseñanza de la relación para los profesionales F) condolencia final y despedida G) Firma de los profesionales que intervinieron de cerca en la atención.

Las CdP son todas diferentes y personalizadas. La extensión es variable, no sobrepasando 300

palabras. Se realizan en soporte papel y se entregan en mano o correo ordinario. Se escriben a partir de los 7 días tras el fallecimiento. La totalidad de las CdP han producido una retroalimentación emocional y comunicativa muy positiva para familias y profesionales; siendo facilitadoras de ambos procesos.

#### Conclusiones

Las CdP permiten vincular a los profesionales con la familia de los fallecidos de forma longitudinal. La atención al duelo precisa elementos tangibles de comunicación y las CdP son inicio e invitación para la misma. Para residentes supone un reconocimiento a su implicación.

#### Aplicabilidad

La CdP tienen un coste en tiempo escaso, un feed back altamente positivo y pueden generalizarse al conjunto de consultas de Medicina de Familia.

#### Palabras Clave

Duelo. Longitudinalidad. Atención al final de la vida

## EXPERIENCIAS MÉDICO DE FAMILIA

# Death café. Hablar abiertamente de la muerte es una necesidad formativa

Battle Viñas J<sup>1</sup>, Martín Galán A<sup>1</sup>, González Ramírez M<sup>2</sup>, García de Haro M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

### Objetivos de la experiencia

La sociedad actual vive de espaldas a la muerte; se oculta, se evita o se convierte en tabú. También actúa así nuestro sistema sanitario que incluso llega a considerar la muerte como un fracaso. En la formación de nuestra profesión médica no hemos sido educados en la aceptación y el afrontamiento del final de la vida y la muerte.

Fomentar espacios cercanos para tomar contacto con personas de generaciones, profesiones y nivel académico diferentes con los que compartir el afrontamiento de la muerte se convierte en una necesidad formativa profesional y personal fundamental para residentes en Medicina.

### Descripción de la experiencia

El Death Café de Granada es un encuentro mensual (excepto verano) abierto, transversal y sin jerarquías de profesión, conocimiento o autoridad, celebrándose los segundos lunes de cada mes, de 18,00 a 19,30.

Las reuniones inician tomando como referencia un tema propuesto previamente a los asistentes. No hay respuestas ni conclusiones correctas y el tema discurre según el interés del grupo.

Desde octubre de 2022 se han realizado 15 Death Café. La participación media oscila entre 8 y 12 personas. Los facilitadores son tres médicos de familia que dan continuidad a la actividad.

Los temas de inicio han sido, entre otros, voluntades anticipadas, el suicidio, muerte perinatal, rituales de muerte, duelo, papel de la familia o la finitud de la vida.

### Conclusiones

Los Death Café ha sido la única oportunidad reglada/formativa como residentes para hablar, debatir y expresar experiencias acerca de la muerte y el final de la vida como parte de nuestra vivencia humana y profesional.

### Aplicabilidad

La incorporación de asistentes a Death Café es libre, el coste es muy bajo y se precisa solo un soporte de Médicos de Familia estables que den continuidad a las reuniones.

### Palabras Clave

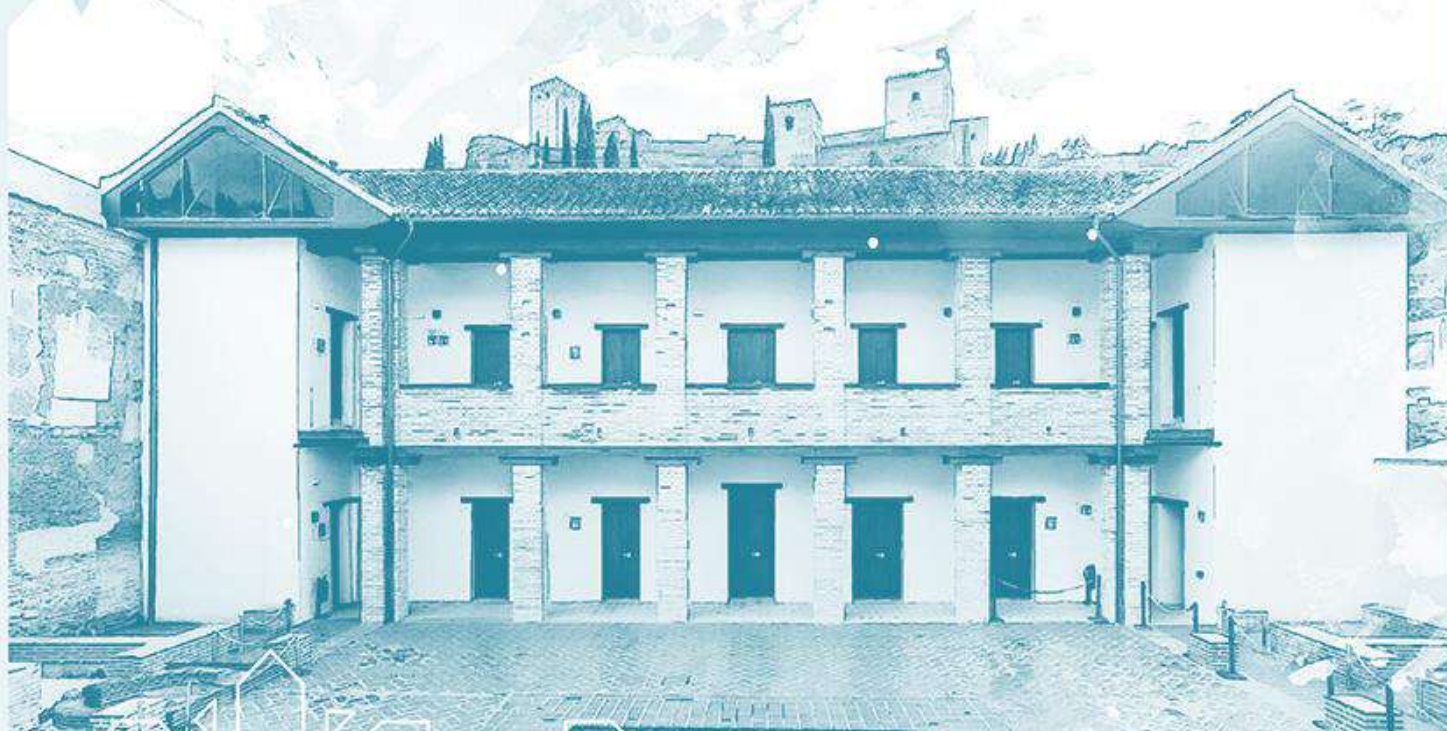
Death Café; Afrontamiento del final de la vida; cuidados el profesional.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES**  
**EXPERIENCIAS**  
**MÉDICO DE RESIDENTE**

Granada 2024

## EXPERIENCIAS MÉDICO RESIDENTE

### Dejar de fumar es un proceso

Garzón Polanco M<sup>1</sup>, Toboso Campos MA<sup>1</sup>, Pérez Anaya RI<sup>1</sup>, Vizcaya López A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

<sup>2</sup> CS Las Cabezas de San Juan. Sevilla

#### Objetivos de la experiencia

Dar a conocer nuestro circuito antitabaco

Reducir la cantidad de fumadores en nuestra población

#### Descripción de la experiencia

Dejar de fumar no es un hecho puntual, sino que es un proceso en el que cada persona pasa por distintas fases a lo largo del tiempo. Cada vez más fumadores se plantean dejar de fumar pero muchos no lo consiguen. Es por ello, que en los últimos años se han desarrollado nuevos fármacos para facilitar el abandono, sin embargo por baja experiencia y precio elevado se ha limitado su uso financiado a casos de dependencia severa y para pacientes con alta motivación para dejarlo. En nuestro centro de salud, la demora en consulta de deshabituación que había con el anterior circuito hacía que muchos pacientes se perdieran en el proceso. Es por ello, que se elaboró un nuevo circuito interno para volver a reclutar a estos pacientes. Este circuito se apoya mucho en enfermería y sin su colaboración y motivación no habría sido posible.

#### Conclusiones

Aún no tenemos suficientes pacientes en la base de datos para tener unas conclusiones con estudios estadísticos, sin embargo, por lo que nos han comentado los pacientes en las consultas, la mayoría ha conseguido dejar de fumar. Además, nos refieren que el circuito está funcionando muy bien, ya que se les facilita todo desde el mostrador, y desde la primera cita, son las propias enfermeras y las médicas las que van encadenando citas, que se entregan en mano al paciente. Además, la consulta telefónica es un apoyo, y que agiliza las revisiones y ayuda con la motivación. Hemos conseguido reducir la demora de la lista de espera.

#### Aplicabilidad

Sí, es un circuito aplicable a los centros de salud, con pocos recursos pueden hacerse muchas cosas

#### Palabras Clave

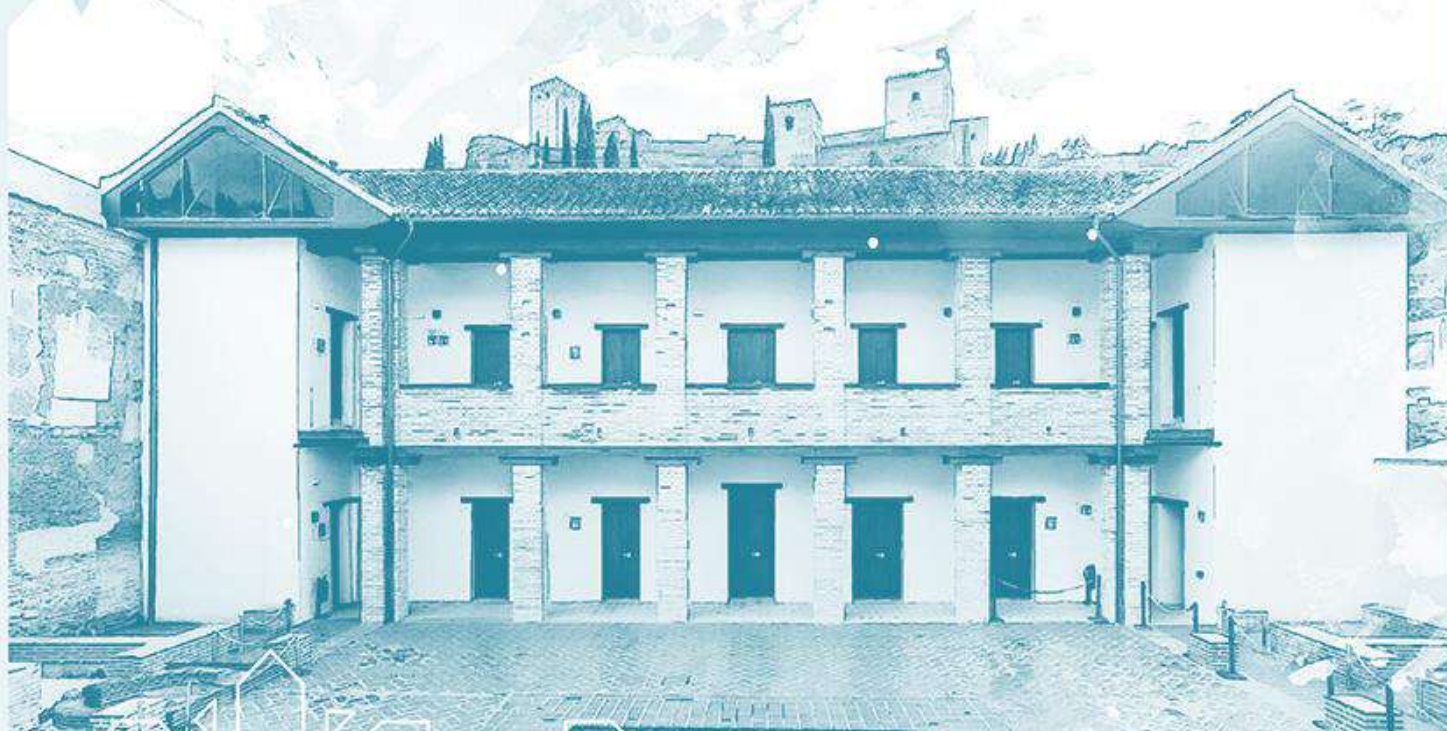
EPOC, deshabituación, tabaquismo.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES ORALES  
EXPERIENCIAS  
DOCENTES**

Granada2024

## EXPERIENCIAS DOCENTES

# Chiquipíldoras de Atención Primaria

Delgado Soto EJ, López Aguilar J

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

### Objetivos de la experiencia

Mejorar la formación en los centros de atención primaria a nivel médico, pero también en otros aspectos asociados a los profesionales que trabajan en este centro

Realizar integración y mejora en la cohesión de grupo a través de sesiones formativas participativas.

Crear un entorno de actualización gamificado, a través de sistemas básicos de recompensa, que mejoren la adherencia a las formaciones y la motivación.

### Descripción de la experiencia

Se propone la realización de una sesión clínica al mes en el centro de salud, con temáticas variadas relacionadas con todos los ámbitos de la atención primaria y sus trabajadores, incluyendo casos clínicos, gestión, nuevos protocolos, manejo de la burocracia, experiencias personales, reuniones de equipo, etc.

Para fomentar la participación, se establece un sistema de recompensa basados en la continuidad y asistencia a todas las sesiones, con pegatinas que se colocan al lado de los participantes según sus acciones (verde si asisten, amarilla si reflexionan, rojas si preguntan) y se premia a largo plazo a los más

participativos. Se proponen y establecen premios, para aquellas personas que más participen y que más asistan a las sesiones.

### Conclusiones

Se realizó una sesión piloto inicial para médicos y residentes, con una excelente participación (80% de la plantilla total asistió), con 4 intervenciones y 2 reflexiones registradas. Se obtuvo un buen *feedback* verbal sobre el proyecto, y se insistió en la necesidad de darle continuidad e implementarlo a largo plazo.

### Aplicabilidad

Dentro de los programas clásicos de formación es necesario estimular y mejorar la asistencia de los participantes con sistemas de gratificación y gamificación basada en objetivos a corto, medio y largo plazo. Debe insistirse en la calidad de los ponentes y de las temáticas, en la diversificación de contenidos para que puedan ser partícipes todos los miembros del centro, no sólo el personal médico.

### Palabras Clave

Píldoras, formación, Atención Primaria, docencia, gamificación.

## EXPERIENCIAS DOCENTES

# Rotatorio electivo en la Unidad de Investigación para residentes de Medicina de Familia: interesante y útil

Pavón López FJ<sup>1</sup>, Santamarina Palop P<sup>2</sup>, Rey Berenguel C<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Roquetas Norte. Almería

### Objetivos de la experiencia

*Generales.* Establecer un programa de rotación en investigación para los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria del H. Jaén que les permita tener una visión de las diferentes partes del proceso de investigación en salud, facilitando la realización de trabajos científicos, la incorporación a grupos de investigación del centro de salud o del Hospital.

*Específicos.* 1. Conocer las características de ensayos en fase I y de otras fases. 2. Visibilizar la Unidad de Animalario y Cirugía Experimental. 3. Aprender herramientas para la búsqueda de información científica, estrategias de búsqueda y recursos documentales. 4. Principales técnicas estadísticas aplicadas en el análisis de datos científicos y su correcta interpretación.

### Descripción de la experiencia

El programa del residente de medicina de familia debería ser la Unidad de Apoyo a la Investigación del centro de salud o del hospital correspondiente. La rotación tendrá una duración de 30 horas y se establecerá durante el periodo de una semana, a tiempo completo, en horario de 8:30 a 14:30 horas; asignándonos un tutor responsable del residente.

### Conclusiones

La inserción de formación en investigación en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria debería ser un hecho; contemplando una rotación efectiva en una unidad de investigación, y exigir el liderazgo de, al menos, una publicación en una revista indexada. Los médicos de familia tienen que tomar parte activa en el proceso de investigación y basar su actividad en la medicina basada en la evidencia.

### Aplicabilidad

Al terminar la rotación el residente deberá presentar propuesta de investigación, donde se especifiquen de forma general el título, estrategia de búsqueda de información, objetivos y metodología de trabajo; o elaborar un resumen estadístico de los resultados obtenidos de una base de datos. Es una rotación muy interesante para nuestra formación y el resto de nuestra vida profesional.

### Palabras Clave

Investigación, cirugía experimental, búsqueda bibliográfica.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



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

Granada 2024

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

# Evaluación cognitiva de Montreal para detección de deterioro cognitivo leve en mayores de 60 años en Atención Primaria

Calzada Algravez JL<sup>1</sup>, Rodríguez Castilla F<sup>1</sup>, Quesada Lara MV<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

### Objetivos

Evaluar la eficacia de la evaluación cognitiva de Montreal en español (MoCA-E) como herramienta de cribado para la detección temprana de deterioro cognitivo leve en adultos mayores de 60 años en el ámbito de la atención primaria.

### Material y métodos

*Diseño.* Estudio transversal prospectivo.

*Material y Métodos.* Se incluirán 180 pacientes con edad igual o superior a 60 años de edad. Todos los pacientes firmarán consentimiento informado y se les administrará la evaluación MoCA-E.

El tamaño de muestra ha sido calculado con un error estándar de 5% con un intervalo de confianza del 95%, que hacen necesaria una muestra de 170 participantes.

*Análisis estadístico.* Se realizará análisis descriptivo de las características de la muestra y pruebas estadísticas apropiadas según la naturaleza de los datos.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

Se busca proporcionar evidencia empírica que respalde la implementación de la evaluación MoCA-E como parte de las prácticas de detección y evaluación rutinaria de la salud cognitiva en adultos mayores, lo que podría facilitar intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas.

### Aspectos ético-legales

El proyecto de investigación se encuentra pendiente de aprobación del Comité de Ética de Investigación de Jaén. El estudio se llevará

a cabo siguiendo los preceptos incluidos en el informe de Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. Se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El paciente será informado verbalmente de la naturaleza del estudio a realizar, solicitando su consentimiento por escrito para la participación en el mismo. Se pondrá a disposición del paciente un consentimiento informado por escrito conteniendo datos de identificación del equipo investigador y forma de establecer contacto para ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Oposición, Supresión, Limitación de Tratamiento y Portabilidad siguiendo la normativa del Reglamento UE 2016/579 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

### Financiación

Ninguna.

### Palabras Clave

Evaluación cognitiva de Montreal, deterioro cognitivo leve, Atención Primaria.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

# Efectividad de las infiltraciones de plasma rico en plaquetas (PRP) para tratamiento de la gonartrosis en las consultas de Atención Primaria

Rosario Castillo AC<sup>1</sup>, Bueno Bueno M<sup>2</sup>, Pérez Membrive C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

### Objetivos

Evaluar la Mejoría Clínica de los pacientes del Distrito Jaen- Jaén Sur tras recibir tratamiento de PRP intraarticular para gonartrosis.

Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio.

Identificar el grado de osteoartrosis de rodilla de la población de estudio (Escala Kellgren y Lawrence).

Conocer la mejoría de puntuación de la escala EVA de la población de estudio.

Conocer la mejoría de puntuación WOMAC de la población de estudio.

### Material y métodos

Se estudia a los pacientes con gonartrosis que acuden a la consulta de Atención primaria de varios centros de salud del distrito Jaén-Jaén Sur, infiltrados con PRP elaborado por el centro de transfusiones del Hospital Universitario de Jaén desde Enero 2024 en adelante y con un seguimiento mínimo de 2.5 meses.

Para establecer la indicación de tratamiento con infiltraciones de PRP, los pacientes deberán acudir a una consulta de evaluación previa y serán incluidos o no, según los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se realizará un estudio cuasi-experimental tipo antes y después, que permitirá medir la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la intervención (infiltración de PRP).

Recogida de datos. Una vez iniciado el estudio los pacientes serán derivados desde las distintas consultas de los distintos centros de salud, serán valorados en la visita pre infiltración en donde se comprobará que los pacientes tienen indicación para el tratamiento con PRP y además cumple criterios para el estudio. Se estadificará el grado

de artrosis según la clasificación Kellgren y Lawrence con la última radiografía de rodilla registrada en Diraya. Si el paciente no tiene radiografía de menos de 2 años se solicitará en ese momento. Tras la explicación del procedimiento y firma del correspondiente consentimiento informado. Se le entregará el formulario de extracción de plasma del centro de transfusiones de HJ y la hoja de información para el paciente recogida en anexo 3. El día de la primera infiltración se pasará la escala WOMAC y EVA. Este proceso se repetirá en la segunda y tercera infiltración, y posteriormente en consulta, a las cinco semanas de evolución. Se recogerán los datos y se agrupará en las distintas variables

### Aplicabilidad de los resultados esperados

En las consultas de atención primaria del distrito Jaén Sur, tenemos una gran cantidad de pacientes con osteoartrosis en los cuales hemos agotado la vía farmacológica o existe comorbilidades que no permiten un tratamiento agresivo farmacológico de las misma. Los médicos de Atención Primaria hemos incorporado las infiltraciones de PRP al abanico terapéutico de los pacientes con osteoartrosis de rodilla limitante que no mejoran con tratamiento farmacológico. La infiltración de PRP ha servido como paso intermedio al tratamiento final del paciente, sobre todo en fases inflamatorias con resultados en su mayoría alentadores.

### Aspectos ético-legales

Este proyecto está siendo sometido al dictamen del Comité de Ética de la Provincia de Jaén.

### Financiación

No Aplica.

### Palabras Clave

Gonartrosis, plasma rico en plaquetas.



## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

# Estado actual del uso de los parches de capsaicina al 8% en el dolor neuropático periférico

Rosario Castillo AC, Burrahay-Anano Tenorio M, Alcalá Herrera MJ

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

### Objetivos

Determinar el porcentaje de reducción de diámetro del área dolorosa tras el uso de los parches de capsaicina al 8% en pacientes con dolor neuropático periférico de los pacientes del servicio de Rehabilitación de Jaén.

Describir las características demográficas de la población a estudio.

Medir la intensidad media de dolor de la población a estudio.

Determinar el número de tratamientos concomitantes de la población a estudio.

### Material y métodos

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes tratados con parches de capsaicina en el servicio de rehabilitación del hospital universitario de Jaén. Se incluirían pacientes con diagnóstico de dolor neuropático periférico que estén siendo tratados por dicho servicio.

Se seleccionarán con los siguientes criterios de inclusión: mayor de 18 años de edad, que no hayan recibido terapia previa con parches de Capsaicina. Sean excluidos aquellos pacientes: Intolerancia/ Alergia a la Capsaicina, lesión cutánea activa en zona a tratar, enfermedad Venosa crónica >C3, demencia.

*Variables:* edad. Sexo. Diámetro del área dolorosa antes y después del tratamiento con el parche. Intensidad del dolor. Número de tratamientos recibidos para el dolor.

*Recogida y análisis de datos:* se realizará reunión con el servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Jaén para que nos faciliten el número de historia clínica de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

Se registrarán edad, sexo, alergias, duración del dolor, número de tratamientos realizados, área del dolor neuropático inicial y la intensidad del dolor, que será medido por la escala EVA. Se recurrirá a los archivos del servicio en donde poseen una hoja con el mapa de dolor de los paciente y mediremos el área en cm de la primera y la última aplicación del parche.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

El servicio de Rehabilitación del distrito de Jaén ha implementado la aplicación de la capsaicina en parches, observando una buena respuesta en la mayoría de los pacientes, pero, para acceder a dicho servicio el paciente debe ser derivado. Esta condición provoca que aumente el tiempo de espera para adquirir una cita previa que, a su vez, repercute en un aumento de la demanda a su médico de atención primaria o los servicios de urgencias para manejo del dolor. Este estudio nace del deseo de valorar si es útil esta terapia combinada, para la posible aplicación futura en Atención Primaria, para dar una alternativa más a este tipo de pacientes, disminuyendo las derivaciones a otros servicios y así mismo el tiempo de espera.

### Aspectos ético-legales

Este proyecto está en proceso de autorización por el CEI de Jaén.

### Financiación

No.

### Palabras Clave

Capsaicina al 8%, Dolor neuropático, Atención Primaria.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

# Efecto de la atención longitudinal en Atención Primaria: un análisis desde la perspectiva del paciente

Salvatore Benito A<sup>1</sup>, Herrero Rubi J<sup>2</sup>, Jiménez Mejías E<sup>3</sup>, García Ors G<sup>2</sup>, García Rincón L<sup>2</sup>, Fansa Fernández F<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Granada

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

### Objetivos

Conocer las vivencias subjetivas de los usuarios respecto a ser atendidos a lo largo del tiempo por el mismo profesional de referencia en Atención Primaria. Comprender el potencial impacto de la inestabilidad laboral de los profesionales de medicina de AP en Granada sobre la salud de la población.

### Material y métodos

*Diseño:* investigación cualitativa, entrevistas semiestructuradas.

*Lugar de realización y marco de atención sanitaria:* centros de Salud con problemas de inestabilidad médica en Granada y su periferia (zonas urbanas de ingresos altos, bajos e intermedios y una zona rural).

*Criterios de selección.* Inclusión: estar adscrito a un cupo de médico/a de familia que haya estado al menos 3 de los últimos 6 meses sin médico/a de referencia y que sí hubiera estado atendido por un mismo profesional durante 2 años consecutivos de los últimos 10. Presentar, además, alguno de los siguientes: mayor de 75 años, patología crónica, polimedicación, situación de dependencia. Exclusión: patología cognitiva en grado de deterioro cognitivo moderado-severo que limite la participación en las entrevistas.

*Muestreo:* muestreo intencional, seleccionando a los participantes mediante informadores clave. Se plantea seleccionar a priori a cinco sujetos por cada Unidad de Atención Familiar.

*Análisis estadístico:* en primer lugar, se realizará una transcripción de todas las entrevistas. A continuación, se llevará a cabo una descripción del contenido temático de los datos y se codificarán fragmentos de texto con el mismo significado (códigos). Agrupando dichos códigos se idearán categorías, siguiendo un proceso inductivo. Por último, se llevará a cabo el contraste y verificación de la información comparando las diferentes fuentes a fin de conseguir una triangulación de fuentes de información e informantes.

*Variables:* la entrevista se iniciará con la pregunta inicial: ¿Qué significado tiene para usted que su médica/médico de familia sea siempre el/la mismo profesional? En base a las potenciales temáticas que surjan, se incluirán en el esquema de la entrevista una serie de preguntas relacionadas con los beneficios y limitaciones de la cuestión inicial. Se recogerán también datos que puedan servir para estratificar a los encuestados.

*Limitaciones:* la metodología cualitativa plantea limitaciones en relación a la extrapolación y generalización de los resultados a otros contextos. Puede considerarse también un cierto sesgo la selección de los participantes, al tratarse de un muestreo intencional.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

La longitudinalidad es uno de los elementos clave para establecer una relación de confianza médico-paciente en la Atención Primaria en Salud. La desaparición de esta relación supone una barrera para la comunicación de problemas de salud, empeora el seguimiento de la patología crónica y disminuye la confianza en el sistema sanitario. Comprender desde la perspectiva y vivencias de los usuarios, las consecuencias de la crisis de la Atención Primaria actual, así como plantear a las administraciones la relevancia de la longitudinalidad en el contexto sanitario actual.

### Aspectos ético-legales

Ofreceremos hoja de información y un consentimiento informado verbal, pudiendo retirarse del estudio en cualquier momento. Los datos serán anonimizados. Contamos con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación.

### Financiación

Ninguna.

### Palabras Clave

Longitudinalidad, inestabilidad laboral, impacto en salud.



## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

## Mejora del costo-eficiencia de la cirugía menor en Atención Primaria mediante el uso de la dermatoscopia

Pérez Milena A<sup>1</sup>, Rodríguez Castilla F<sup>2</sup>, Mengíbar Cabrerizo P<sup>2</sup>, Rosario Castillo AC<sup>3</sup>, Atienza Rodríguez JD<sup>3</sup>, Navas Avellaneda M<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

### Objetivos

General: valorar la utilidad del uso de la dermatoscopia en las lesiones pigmentadas con criterios de benignidad intervenidas en cirugía menor para descartar el análisis anatomopatológico.

Específicos: cuantificar el grado de concordancia entre diagnóstico dermatoscópico y anatomopatológico, así como el ahorro que podría obtenerse al emplear sólo la dermatoscopia.

### Material y métodos

*Diseño:* metodología cuantitativa mediante estudio descriptivo transversal.

*Lugar de realización:* 3 centros de salud de una zona urbana.

*Criterios de selección:* usuarios >18 años que se realicen una intervención quirúrgica menor en Atención Primaria sobre una lesión pigmentada. Exclusión de pacientes cuya muestra no haya sido valorada por anatomía patológica.

*Muestra:* muestreo sistemático consecutivo hasta alcanzar un tamaño de muestra mínimo de 241 sujetos (concordancia diagnóstica 60%, nivel de confianza 95%, precisión 5%, pérdidas 5%).

*Intervenciones:* dentro del desarrollo protocolizado de la cirugía menor, se realizará una evaluación por pares de las lesiones pigmentadas antes de su extirpación quirúrgica. Participarán para cada paciente dos Médicos de familia con experiencia en el diagnóstico dermatoscópico, que será comparado posteriormente con el diagnóstico anatomopatológico. Se realizará una formación básica para homogeneizar la aplicación del método en dos pasos y los 3 criterios de malignidad de Soyer para descartar/confirmar malignidad. Se recogerán datos sociodemográficos del paciente (edad, sexo, nivel social) y de los médicos (edad, sexo, formación previa, años de trabajo), datos clínicos del paciente (características macroscópicas y dermatoscópicas, antecedentes personales y familiares de cáncer de piel, fototipo solar) y de la intervención

quirúrgica (tipo de intervención, evolución y complicaciones), y diagnóstico anatomopatológico (incluyendo coste).

*Análisis estadístico:* estudio descriptivo de resultados y fiabilidad diagnóstica mediante concordancia de intravariabilidad (coeficiente kappa de Cohen), estableciendo el diagnóstico anatomopatológico como Gold standard. Análisis multivariante de factores relacionados con la concordancia diagnóstica.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

Con elevada concordancia y comprobando la seguridad para el paciente, se puede cambiar el criterio de calidad de envío de muestras de lesiones extirpadas a anatomía patológica por la exclusión de malignidad mediante diagnóstico dermatoscópico (resultado de inmediata aplicación en el programa de cirugía menor de Atención Primaria). Genera un significativo ahorro económico. aproximadamente el 22% del coste total de cada acto quirúrgico. Y ello sin contar con el ahorro producido al no ser necesario el transporte de dichas muestras entre centros sanitarios. Estimado una cobertura del programa del 2% en la población andaluza (aproximadamente 138 mil personas de forma anual, de los 6.91 millones de personas mayores de 18 años registradas en censo). Si un 60% de actos quirúrgicos consisten en extirpaciones de lesiones pigmentadas (estudios previos en la zona), en total supondría un total de 82.920 intervenciones, con un ahorro máximo de 2.546.473,2 euros.

### Aspectos ético-legales

Evaluación por CEIC (RD 223/04). Firma de consentimiento informado. Ley de protección de datos y normas de buena práctica clínica.

### Financiación

Sin financiación.

### Palabras Clave

Minor Surgical Procedures, Dermoscopy, Biopsy, Cost Efficiency Analysis, Primary Health Care.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

**“Enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 seguidos por Atención Primaria”**Miguel Urbano DC<sup>1</sup>, Martín Cano S<sup>2</sup>, López Salmerón EM<sup>3</sup>, Reinoso Rodríguez I<sup>4</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén, Jaén<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar, Jaén**Objetivos**

Estimar la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) entre los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) seguidos por Atención Primaria en centros de salud de Jaén.

Definir el estadio de ERC según las guías KDIGO y describir el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular de estos pacientes.

**Material y métodos**

*Población de estudio:* Pacientes con DM2 seguidos en Atención Primaria (AP) en los centros de salud de Las Fuentezuelas, San Felipe y Fuerte del Rey, de Jaén.

*Criterios de inclusión:* Pacientes con DM2 y edad > 18 años.

*Criterios de exclusión:* Gestantes o con lactancia materna activa y enfermedad renal previa conocida a diagnóstico de DM2.

*Tamaño de muestra y procedimiento de muestreo:* Para conseguir una precisión del 5,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción de ERC es del 40,0%, será necesario incluir 369 unidades experimentales en el estudio.

*Diseño del estudio:* Observacional, transversal, descriptivo y multicéntrico.

*Variables.* Dependientes: ERC, estadio de la ERC. Independientes: Edad, sexo, años de diagnóstico de la DM2, antecedente personal de hipertensión arterial (HTA), fumador, entre otras.

*Recogida de datos:* La selección de pacientes se realizará a través del Módulo de Listados de Pacientes con DM2 de los Centros de Salud establecidos; después se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión previamente detallados.

*Análisis de datos:* Se realizará un análisis descriptivo de los datos, obteniendo las frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, y las medias y desviación típica para variables cuantitativas. Como representación gráfica se utilizará el gráfico de sectores

para las variables cualitativas y el diagrama de caja y bigotes para las cuantitativas. Se obtendrá la prevalencia de pacientes con ERC y su correspondiente intervalo de confianza (IC) al 95%. Para el análisis bivariado se realizará una tabla de contingencias y la prueba  $\chi^2$  para variables cualitativas, y la t-Student o Anova para la comparación de medias. Finalmente se realizará un modelo de regresión logística múltiple con la variable ERC como dependiente (sí/no) para conocer qué factores pueden influir en ella.

*Limitaciones del estudio:* Posible sesgo de información al centrar la recogida de datos en las historias clínicas. Al tratarse de un estudio de corte trasversal no podemos establecer relaciones de causalidad, aunque sí proporcionar las bases para futuros diseños longitudinales. Dado que los principales factores de riesgo para el desarrollo de ERC son la nefropatía diabética y la HTA, es posible que la variable “HTA” sea un factor de confusión en este estudio, por lo que se realizará un análisis multivariante.

**Aplicabilidad de los resultados esperados**

Realizar cribado de ERC en poblaciones de riesgo 1 vez al año desde AP para lograr contrarrestar su infradiagnóstico.

**Aspectos ético-legales**

El estudio se basa en la revisión de historias clínicas de los pacientes. Recabar el consentimiento informado (CI) de cada uno de ellos conlleva un esfuerzo desproporcionado. Se solicita la exención del CI al Comité Ético de Investigación.

**Financiación**

No.

**Palabras Clave**

Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedad Renal Crónica, Albuminuria, Creatinina.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTE

**Estudio sobre el control de los niveles de colesterol LDL previos a la aparición de un evento cardiovascular**López Salmerón EM<sup>1</sup>, Reinoso Rodríguez I<sup>2</sup>, Miguel Urbano DC<sup>3</sup>, Martín Cano S<sup>4</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén, Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar, Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe, Jaén<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén**Objetivos**

Principal: determinar si existe un control adecuado de los niveles de cLDL según la guía de dislipemia de 2019 previa a la aparición de un infarto agudo de miocardio (IAM). Secundarios: comprobar si los profesionales utilizan tablas de riesgo cardiovascular (Score o Regicor), conocer si existe inercia terapéutica en el control de la dislipemia y el riesgo cardiovascular de los pacientes estudiados.

**Material y métodos**

La *población de referencia* son pacientes pertenecientes al distrito Jaén-Jaén Sur y la de estudio los del centro de salud de Belén que hayan padecido un IAM.

*Criterios de inclusión:* pacientes entre los 18 y 75 años; que hayan presentado un IAM y esté registrado en la hoja de problemas; y registro del evento cardiovascular del 2019 hasta el 2023, ambos inclusivos.

*Criterios de exclusión:* pacientes que no presenten registro de analíticas previas al evento.

Para conseguir una precisión del 5,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal al 90% bilateral, asumiendo que la proporción de control inadecuado es del 40,0% (23), será necesario incluir 260 unidades experimentales en el estudio. Se ampliará la muestra un 10 % por posibles pérdidas, muestra final 286.

Se ha realizado un muestreo consecutivo no probabilístico de población de listados extraídos de Diraya.

Las *variables dependientes* son control adecuado de la dislipemia, inercia terapéutica, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, registro del riesgo cardiovascular, estratificación del riesgo cardiovascular y cupos del centro de salud. Las variables independientes son edad y sexo.

Para los cálculos estadísticos se empleará el programa IBM SPSS Statistic y se realizará un análisis descriptivo de las variables.

Las variables categóricas serán descritas como valores absolutos y porcentajes, y las continuas como media, mediana, desviación estándar. Se realizará un análisis bivariante entre el control adecuado de la dislipemia y de la inercia terapéutica con el resto de variables, utilizando la prueba de Ji<sup>2</sup> para comparar variables categóricas y la prueba t de Student para las variables cuantitativas para muestras independientes. Se construirá un modelo de regresión logística explicativo para evaluar el control de la dislipemia, incluyendo aquellas variables que sean significativas en el análisis bivariante y otras que aun no siendo estadísticamente significativas se consideraron clínicamente relevantes. La recogida de datos se basa en la revisión de historias clínicas pudiendo haber datos faltantes y ocasionando sesgo de información.

**Aplicabilidad de los resultados esperados**

Realizar una sesión clínica de actualización.

**Aspectos ético-legales**

El estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas y se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002. Los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se solicitará al Comité de Ética de Investigación de la Provincia de Jaén la aprobación para realizar el estudio.

**Financiación**

No precisa.

**Palabras Clave**

Enfermedad cardiovascular, riesgo cardiovascular, dislipemia, factores de riesgo cardiovascular, inercia terapéutica.

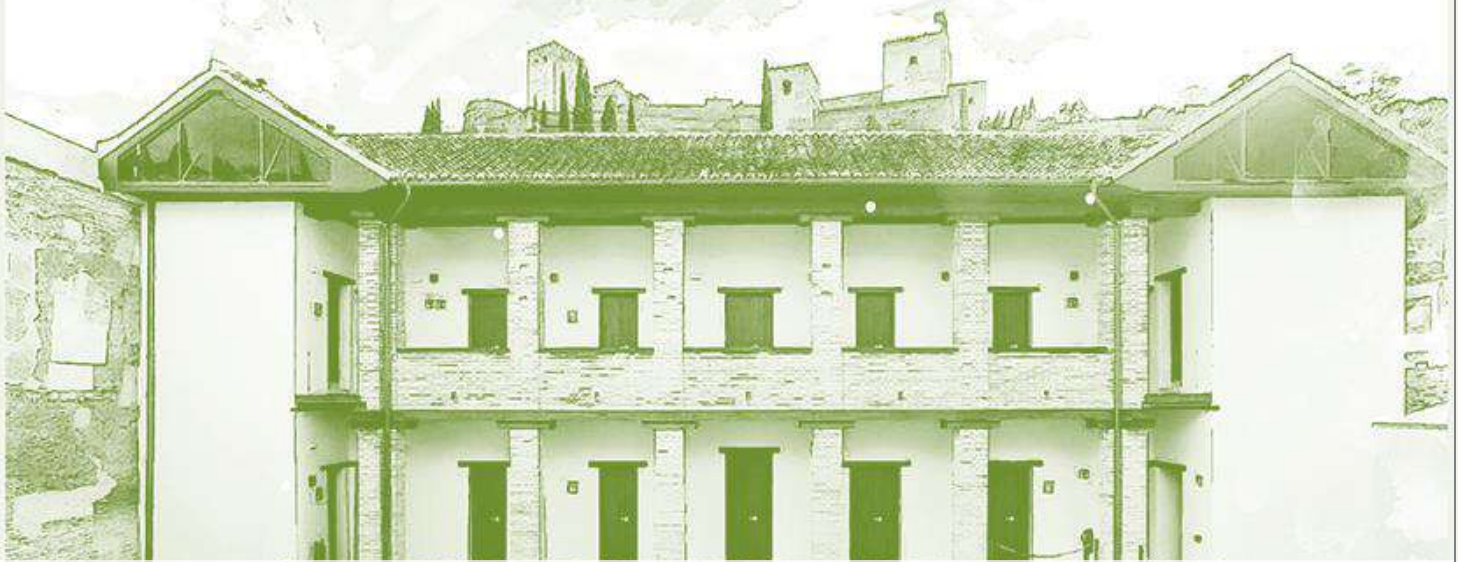


# 30 SAMFyC

Congreso Andaluz  
de **Medicina Familiar  
y Comunitaria**

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



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

# Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Dermatitis cenicienta**Valverde Morillas C<sup>1</sup>, Pantoja De La Rosa L<sup>2</sup>, Leyva Valverde L<sup>3</sup><sup>1</sup> CS La Zubia. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones submamarias no pruriginosas de más de un mes de evolución.

**Historia clínica**

Paciente de 53 años de profesión peluquera que acude por la aparición desde hace más de un mes de lesiones submamarias, no pruriginosas de color rojo azulado que van aumentando de tamaño y extendiéndose a lo largo del tórax.

*Antecedentes personales:* trabaja como peluquera, obesa IMC <35, con dislipemia y migraña.

*Antecedentes familiares:* de cáncer de cérvix y estomago en madre y hermanas.

Se pone crema con antifúngicos sin mejoría ya que las lesiones se van extendiendo por tórax aunque respetan pliegues y tienen mayor pigmento y bordes más violáceos.

**Enfoque individual**

La paciente presenta preocupación por la ausencia de respuesta al tratamiento y porque las lesiones se sigan extendiendo.

**Enfoque familiar y comunitario**

La importancia de nuestra imagen corporal, la paciente refería vergüenza en las relaciones sexuales por si su pareja pensaba que sus lesiones eran contagiosas y también cuando tenía que ir a la playa o piscina y las lesiones eran visibles.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hiperpigmentación postinflamatoria.

Eritema discrómico Perstans.

Amiloidosis macular. Morfea

**Tratamiento, planes de actuación**

En un primer momento se puso antifúngicos sin mejoría. Se toma biopsia con Punch: dermatitis de interfase liquenoide vacuolar con muy leve infiltrado linfocítico perivascular superficial e intensa incontinencia pigmentaria, concordante con eritema discrómico Perstans y en menor grado con hiperpigmentación postinflamatoria. Tras el diagnóstico anatomopatológico se puso tacrolimús al 0.1% por la noche.

**Evolución**

Con el tratamiento con tacrolimús durante seis meses desaparecieron todas las lesiones.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La correlación de la clínica con la anatomía patológica nos llevó al correcto diagnóstico y tratamiento. La biopsia con Puch que nos facilita el diagnóstico anatomopatológico es una técnica que usada en Atención Primaria nos ayuda a la resolución de los problemas.

**Palabras clave**

Erythema dyschromicum perstans



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Temblor esencial ¿benigno?**Valverde Morillas C<sup>1</sup>, Pantoja De La Rosa L<sup>2</sup>, Del Águila Román E<sup>3</sup><sup>1</sup> CS La Zubia. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Vega. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Limita la elección de la comida, limita las salidas.

**Motivos de consulta**

Paciente de 78 años que acude por incremento de temblor.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Temblor esencial evolucionado con algún rasgo atípico y con probable componente tóxico (Alcohol). Con otro tipos de temblor.

**Historia clínica**Paciente con *antecedentes familiares* de temblor y antecedentes personales de HTA, dislipemia, diabetes, EPOC y síndrome protático. Consumo de alcohol a diario.

Acude por incremento del temblor a pesar del tratamiento con propanolol, en ocasiones no solo le afecta a las manos sino también a la voz.

**Tratamiento, planes de actuación**

Evitar beber alcohol, sustituimos Propanolol por EPOC, bradicardia y diabetes por primidona en dosis crecientes máximo 250 cada 8 h.

Otras alternativas de tratamiento son Gabapentina en dosis crecientes máximo 100 cada 8 h o Zonisamida 25 en dosis crecientes hasta un máximo de 100 cada 8 h.

**Enfoque individual**

Desde niño temblor bimanual en reposo que ha ido progresando y se acentúa con el movimiento, limitándolo en su actividad diaria. Resultando discapacitante.

La exploración neurológica pupilas, fondo de ojo y campimetría por confrontación manual normal, lenguaje y resto de pares craneales sin alteraciones, no déficit sensitivo, ni motor objetivable. Bipedestación y marcha sin alteraciones, hay un leve temblor de reposo que se incrementa con la acción. No rigidez de nuca, no signos meníngeos. No rigidez o bradihipocinesia. Analítica con perfil tiroideo normal.

**Evolución**

El tratamiento con primidona producía mucha sedación en el paciente, hubo que disminuir la dosis y mantener dosis de propanolol, le hemos planteado al paciente otras opciones terapéuticas, por ahora prefiere esperar.

**Enfoque familiar y comunitario**

La limitación ejecutiva que le produce el temblor a la hora de realizar las actividades y sobre todo en actos sociales, cuando hay comidas familiares o con amigos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El temblor esencial es una patología frecuente en Atención Primaria, esta patología en principio banal puede llegar a ser muy invalidante para el paciente. Actualmente el tratamiento para el temblor esencial ha mejorado por lo que los médicos de Atención Primaria debemos incluir estos fármacos para el manejo y tratamiento de esta enfermedad.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Más allá de un dolor articular**Palenzuela Paniagua SM<sup>1</sup>, Palenzuela Blanco CL<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Ceuta<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Mujer de 48 años que presenta desde hace 5 meses cuadro de artralgiás simétricas más destacadas en rodillas y tobillos, sin traumatismos previos que le impide la deambulaci3n.

**Historia clínicá**

Acude a con mucho dolor e impotencia funcional que no mejora con AINEs. Edematizaci3n de pies y tobillos. No presenta fiebre ni otros sntomas.

**Enfoque individual**

Tras realizar una exploraci3n ffsica se sospecha patologfa reumatol3gica por lo que se realiza analftica y derivaci3n a reumatologfa. Se comienza con corticoides con mucha mejorfa, pero al suspender reaparece una artritis de tobillo izquierdo con gran edema que le impide caminar. En la analftica se evidencia VSG 56. FR<9, PCR 3.2.

En consulta de reumatologfa se diagnostica de oligoartritis y se inicia tratamiento con Metrotexate con discreta mejorfa.

4 meses m1s tarde acude a nuestra consulta por zonas de eritema indurado doloroso en parte anterior de zona tibial bilateral. Se sospecha un eritema nodoso en relaci3n con artritis previa por lo que se contacta con servicio de reumatologfa y se realiza derivaci3n a dermatologfa para realizar biopsia. En anatomfa patol3gica se aprecia una Paniculitis de predominio septal, con componente inflamatorio linfocitocitario y gigantocelular focal compatible con colagenosis-eritema nodoso-sarcoidosis.

Se solicita una radiograffa de t3rax donde apreciamos un ensanchamiento del mediastino en posible relaci3n con adenopatfa paratraqueales. El TAC confirma las adenomegalias mediastfnicas bilaterales y difusas.

**Enfoque familiar y comunitario**

casada con 2 hijos y sin antecedentes personales ni familiares. 1mbito urbano y trabaja como personal de limpieza.

**Juicio clínicó, diagn3stico diferencial, identificaci3n de problemas**

La triada de artralgiás inflamatorias, eritema nodoso y adenopatfias hiliares bilaterales presenta una alta especificidad para el diagn3stico de sndrome de L3fgren.

**Tratamiento, planes de actuaci3n**

Continua con metrotexate, 1cido f3lico y corticoides.

**Evoluci3n**

Se mantiene estable con crisis de artritis de forma ocasional. No presenta 1lceras orales ni genitales, xerostomfa, xeroftalmia, ni datos de EII.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El sndrome de L3fgren es una presentaci3n aguda de la sarcoidosis y se define por la presencia de eritema nodoso, adenopatfias hiliares y afectaci3n articular. Puede haber fiebre, malestar general, uveftis y parotiditis. La importancia de este caso clfnico radica en atraer al clfnico en una atenci3n completa de cada paciente pensando en posibles diagn3sticos diferenciales de una forma integradora.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Un caso de disnea, a tener en cuenta causas menos habituales**Lujano Arenas C<sup>1</sup>, Ferrer Sánchez MS<sup>1</sup>, Cueto Camarero MM<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Jaén<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias Hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Disnea, edemas, dolor hipocondrio derecho.

**Historia clínica**

Acude por disnea de 1 mes de evolución, al principio asociada a cuadro respiratorio, que mejora con tratamiento, pero persiste la disnea y comienza con edemas grado I de miembros inferiores. Se solicita analítica y Rx tórax.

En revisión presenta incremento de la disnea a mínimo esfuerzo, ortopnea, dolor hipocondrio derecho irradiado a región dorsal, incremento del perímetro abdominal, edemas.

*Exploración:* ACR crepitantes hasta campos medios, ascitis a tensión, Sat O<sub>2</sub> 94%. Edemas mmii.

Analítica: linfopenia, neutrofilia, PCR 23 GGT 200 GOT 55 GPT 41 Rx tórax: no signos de condensación. Marcapasos.

Se traslada a urgencias hospitalarias por sospecha de ICC Descompensada.

Analítica urgencias: dímero D 6.103. PCR 80. NT-proBNP 904. Rx abdomen: aspecto general en vidrio esmerilado. Angio-TAC tórax: no signos de TEP agudo. Hígado cirrótico con abundante líquido libre intraperitoneal.

Ingresa en Digestivo para completar estudio y parentesis diagnóstico-ecuatora. TAC abdomino-pélvico: trombosis parcial vena porta y completa de vena porta izquierda. Importante ascitis. Hígado cirrótico, lesión sólida de bordes mal definidos en segmento VIII no pudiendo descartar hepatocarcinoma. Analítica digestivo: alfafetoproteína 2250 ng/ml. Líquido ascítico: derrame trasudativo.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* DM2 insulino-dependiente, retinopatía diabética, hta, cardiopatía isquémica, marcapasos definitivo por bav completo. Colectectomizada.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casada, cuidadora principal de su marido con demencia senil, 4 hijos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Disnea por ascitis. Cirrosis hepática de probable origen metabólico. Hepatocarcinoma.

*Diagnóstico diferencial:* disnea.

Infección respiratoria, EPOC-ASMA, neumotórax, derrame pleural, insuficiencia cardiaca, TEP, taponamiento cardiaco, arritmia, valvulopatía.

**Tratamiento, planes de actuación**

Valoración multidisciplinar por parte de Digestivo y Oncología durante ingreso.

**Evolución**

Tórpida. Fallece en cuidados paliativos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La disnea es una causa frecuente de consulta en AP, las causas son variadas, la más común la respiratoria, si se asocia a edemas la cardiaca, pero debemos tener en cuenta el amplio abanico de patologías que la desencadenan, haciendo una minuciosa anamnesis y exploración del paciente. El papel de la AP es fundamental en el estudio inicial del paciente, siendo el primer nivel de atención sanitaria. Este caso nos muestra la importancia de la accesibilidad a consultas de AP, el acceso a pruebas diagnósticas y el abordaje integral del paciente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor: "las ronchas no mejoran"**Cueto Camarero MM<sup>1</sup>, Crespo Sánchez P<sup>1</sup>, Molina Martos JC<sup>1</sup>

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

**Ámbito del caso**

Atención Primaria, consulta médica.

**Motivos de consulta**

Reacción exantemática cutánea de varios días de evolución que no mejora con corticoide oral + antihistamínico.

**Historia clínica**

Paciente de 84 años, que hace unos días presenta cuadro progresivo/súbito con lesiones cutáneas pruriginosas, que son atendidas en primera instancia por SUAP y tratadas con corticoide oral y antihistamínico. Las semanas previas presento cansancio y debilidad que puso de manifiesto mal control de cifras tensionales y preciso de ajuste terapéutico. La noche anterior a la consulta, tras corticoide oral y antihistamínico presento pico febril y sensación de dificultad respiratoria.

En la exploración destacan lesiones en tronco y cuero cabelludo región occipital, pápulas eritematosas y vesículas y lesiones costrosas, auscultación respiratoria con crepitantes aislados en campos medios, y algún sibilante espiratorio. temperatura 38.2°C, Sat O<sub>2</sub> 92% y resto constantes normales. RX tórax se descarta neumonitis, se realiza estudio analítico con perfil general, y serología de anticuerpos de varicela, con resultado Ac IG M positivo.

**Enfoque individual**

Varón 84 años, con diagnóstico de diabetes 2, HTA, dislipemia.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado con dos hijos, el matrimonio vive solo, ambos son independientes.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* primo infección por virus de Varicela Zoster.

*Diagnóstico diferencial:* urticaria. Eczema herpético. Impétigo ampolloso. Infección diseminada herpes simple.

**Tratamiento, planes de actuación**

Antihistamínico oral para tratar prurito, antibiótico tópico en lesiones con signos de sobreinfección bacteriana (que no presenta). Paracetamol en caso de fiebre. Vigilancia de otros signos, en caso de aparición volver a consultar: aumento de disnea, deterioro neurológico, persistencia de fiebre a pesar de tratamiento.

**Evolución**

Mejoría clínica pasadas 72 horas, sin lesiones de nueva aparición y las que restan están en fase costrosa. Es citado a revisión para resultados del control analítico, confirmándole diagnóstico inicial.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La primo infección de virus varicela en adultos puede suponer una dificultad diagnóstica para el médico de familia al igual que un herpes zoster puede serlo para un pediatra. Un síntoma banal, exantema, puede producir un error diagnóstico, no debemos relajarnos ante cualquier consulta que nos parezca trivial e inespecífica, que puede llevar detrás un diagnóstico inesperado, de ahí la importancia del diagnóstico diferencial.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Adenopatía submandibular y sudoración nocturna**Vázquez Alarcón RL<sup>1</sup>, González Gómez T<sup>2</sup>, Conforto López P<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Centro de salud.

**Motivos de consulta**

Adenopatía submandibular derecha desde hace dos semanas. Sudoración nocturna.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* ansiedad, fibromialgia, artritis psoriásica. Fumadora de 30 paq/año (fase precontemplativa). Tto: metotrexato 2,5 mg (4 comp/7 días), ácido fólico 5 mg/7 días, pregabalina 50/12 h.

*Enfermedad actual:* refiere notarse un bulto en el cuello a nivel derecho desde hace dos semanas, no dolor, no pérdida de peso ni hiporexia. No clínica de infección respiratoria. Tos ocasional nocturna. No refiere hemoptisis. Disnea de esfuerzo. No refiere edemas. Cuello: no bocio, ni ingurgitación yugular. Adenopatía laterocervical derecha alta, consistencia pétreo, aproximadamente 1 cm, no dolorosa. Auscultación respiratoria normal.

*Pruebas complementarias:* Rx Tórax: sin imágenes de interés. Analítica: sin patología destacable. Ecografía cervical / tiroides: nódulo submaxilar derecho de 2 x 1 x 1 cm, hipoecoico. TC tórax y cervical: adenopatía con cambios quísticos necróticos nivel laterocervical derecho, de apariencia sospechosa. Lesión de partes blandas a nivel de mediastino e hilio izquierdo (¿conglomerado adenopático, neoplasia?). Imagen pseudonodular cavitada en lóbulo superior derecho. Nódulo en lóbulo inferior izquierdo. Paaf: tumor de Warthin. Citología aspirativa de ganglio linfático: positiva para células

malignas, metástasis de carcinoma de células pequeñas.

**Enfoque individual**

Mujer fumadora. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

**Enfoque familiar y comunitario**

Recientemente viuda (esposo fallecido de cáncer de pulmón, también era fumador), con dos hijos, vive sola.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Adenopatía con cambios quísticos necróticos nivel laterocervical derecho, de apariencia sospechosa. Lesión de partes blandas a nivel de mediastino e hilio izquierdo (conglomerado adenopático). Carcinoma de células pequeñas. DDF: adenopatía reactiva, linfoma, litiasis salival. Carcinoma laríngeo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se derivó a medicina interna para estudio, después se derivó a cirugía y neurología acabando en Oncología médica y radioterapia para tratamiento con QT-RT concomitante.

**Evolución**

Tras 8 meses de tratamiento: no evidencia de enfermedad. Inició el tratamiento con citisina y terapia grupal con enfermería para el abandono del tabaco. Lleva 4 meses sin fumar.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es importante en primer lugar el consejo antitabaco breve y el avanzado para conseguir mejorar los hábitos de vida. El manejo integral y el uso de una anamnesis y exploración detallada, nos ayuda a orientar la causa de la adenopatía.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

# Disnea crónica en mujer joven: radiografía como aproximación diagnóstica

Cobo Burgos S<sup>1</sup>, Rodríguez Medina LM<sup>2</sup>, Pugnaire Sáez MA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zújar. Granada

### Ámbito del caso

Urgencias-primaria.

### Motivos de consulta

Disnea de 6 meses evolución. Tos y hemoptisis posterior

### Historia clínica

Paciente mujer de 42 años, que desde hace dos meses refiere disnea de moderados esfuerzos. Tos no productiva. No antecedentes de semiología alérgica o hiperreactiva previa. No exposición a sustancias en ámbito laboral potencialmente tóxicas. No fumadora.

### Enfoque individual

*Exploración inicial:* ACR normal, saturación normal, no taquipnea, no cianosis, no estigmas de hipoxia.

*Analítica:* no eosinofilia, IgE normal, IgE específicas de alergenos respiratorios negativos. Autoinmunidad negativa. Mantoux negativo. Rx de tórax pa y lat: patrón reticulonodular fino. Se deriva a la paciente a neumología con inhalador con beta adrenérgico de larga duración y corticoide inhalado con mejoría solo parcial. Es vista en dos ocasiones en consulta hospitalaria, con dos espirometrías normales y es dada de alta. Dos meses después comienza con tos y hemoptisis, dolor tórax y acude a urgencias hospitalarias. Analítica: dímero D 1,6. Taquipnea 20, afebril. Rx tórax patrón reticulonodular grueso. Se realiza angio-TAC.

### Enfoque familiar y comunitario

Casada con marido con enfermedad grave. Madre y tío fallecidos por cáncer de pulmón. Trabaja por cuenta ajena. Madre de dos hijos.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Posible linfangioleiomatosis. Se debe descartar enfisema, neumotórax, tuberculosis miliar, silicosis, la histiocitosis de células de Langerhans, Sjögren o amiloidosis.

### Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a consulta especializada en hospital de tercer nivel. En espera de difusión DCLO y tratamiento específico. Se puede plantear el sirolimus, que puede enlentecer la evolución, aunque la progresión rápida suele precisar trasplante pulmonar.

### Evolución

El responsable de urgencias hospitalarias se coordina con el médico de Atención Primaria para realizar intervención adecuada de la paciente. Contactamos con la misma para informar de posibles escenarios de su enfermedad y abordaje biopsicosocial de la misma.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La LAM es una enfermedad rara predominantemente en mujeres en edad fértil. Es el crecimiento progresivo de células musculares lisas en los pulmones, los vasos sanguíneos y linfáticos pulmonares y las pleuras con pronóstico es incierto y puede ser rápidamente progresiva con afectación grave de la funcionalidad. Puede tener afectación renal. Es básico el abordaje biopsicosocial, teniendo en cuenta el pronóstico. Una espirometría normal no descartan todas las patologías respiratorias sobre todo en pacientes jóvenes deportistas. La rx tórax sigue siendo básica en diagnóstico precoz.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### Lo que parecía un simple resfriado

Alba Bermúdez D, Vargas Peñalver A, Mora Peinado C

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Fiebre, tos, odinofagia.

#### Historia clínica

Varón de 41 años que acude a consulta por odinofagia junto con mucosidad abundante y febrícula de desde hace 5 días.

#### Enfoque individual

Sin enfermedades de interés, no fumador ni bebe alcohol. No presenta disnea, ha tomado paracetamol como analgésico. En casa su hijo está enfermo con los mismos síntomas. A la auscultación presenta murmullo vesicular sin ningún ruido patológico por lo que se diagnostica de rinofaringitis y se le receta tratamiento sintomático. Sin embargo, a la semana siguiente vuelve a consultar por empeoramiento con fiebre de 37,6 C así como comienzo con disnea basal. No se observa tiraje intercostal, se auscultaban crepitantes y tiene una saturación de oxígeno de 92% por lo que se deriva al servicio de Urgencias Hospitalarias para la realización de pruebas de imagen. Se diagnostica de neumonía de origen comunitario pero en la radiografía se sospecha de una masa pulmonar en el mismo lóbulo que la neumonía por lo que se indica repetir una radiografía al mes. Un mes después se realiza la radiografía de control confirmando la presencia de una masa y desde Atención Primaria se deriva a Neumología donde se realiza una broncoscopia para realizar una biopsia.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante el hallazgo de una masa pulmonar se debe hacer el diagnóstico de cáncer pulmonar primario, metástasis, tuberculoma, granuloma no tuberculoso, quiste hidatídico, causas inflamatorias, vasculares (secuestro intrapulmonar), traumáticas y congénitas (hamartomas, quistes bronquiales).

En este caso el estudio de la biopsia confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se realiza la lobectomía con adenectomía siendo dos los ganglios afectados por lo que realiza 4 sesiones de quimioterapia.

#### Evolución

Actualmente el paciente ha terminado las sesiones de quimioterapia y en las pruebas de imagen aparenta encontrarse en remisión.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El seguimiento del paciente y la accesibilidad a la consulta es fundamental ya sea para ver la evolución de la clínica o por el tipo de paciente (tanto comorbilidades como aspecto social). Así también es necesario una buena comunicación con el resto de servicios hospitalarios y la necesidad de circuitos rápidos establecidos.

#### Palabras clave

Neumonía, infecciones del tracto respiratorio, neoplasia de pulmón.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Hernia abdominal complicada**Fons Cañizares S<sup>1</sup>, Ramos Galindo N<sup>1</sup>, Fons Díaz A<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Hernia inguinal sintomática y complicación postquirúrgica.

**Historia clínica**

Mujer de 59 años que lleva dos semanas con bultoma en zona inguinal derecha, que en últimos 3 días nota dolor discontinuo, sordo, náuseas sin vómitos, disminución de la ingesta y sin deposiciones en cuatro días. Ayer estuvo en Servicios de urgencias de Atención Primaria y de hospital y fue remitida a su médico sin encontrar criterios de urgencia.

En consulta historiamos y exploramos hallando distensión abdominal, peristaltismo aumentado con ruidos agudos, metálicos, hipertimpanismo en mesogastrio, dolor a la presión de la zona del bultoma, que aumenta con valsalva.

Solicitamos Radiografía simple de abdomen urgente y al día siguiente tiene distensión de asas intestinales sin gas ni heces en tramos finales.

Derivamos a urgencias de hospital con sospecha de hernia inguinal complicada y obstrucción intestinal. En TAC se confirma hernia inguinal incarcerada, con obstrucción, distensión de asas sin sufrimiento. Se interviene esa misma tarde. Acude a nuestra consulta tras visitar al enfermero, a la semana de la cirugía, con nuevo bultoma en zona intervenida, de 8 cm, blando a la palpación pero con tensión, no doloroso, no enrojecimiento, sin fiebre. Sospechamos seroma o recidiva herniaria, y en TAC en

hospital, a donde enviamos a la paciente, confirman una colección hipodensa de 8.5 x 6.6 cm.

**Enfoque individual**

Es hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina y lleva 22 años trabajando como reponedora en centro comercial.

**Enfoque familiar y comunitario**

A consulta acude con esposo que trabaja en la construcción. Dos hijos independizados de 31 y 29 años.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hernia inguinal incarcerada y seroma postquirúrgico.

**Tratamiento, planes de actuación**

La obstrucción intestinal por hernia incarcerada es quirúrgico de urgencia y el seroma o es drenado o se reabsorbe lentamente. En este caso no se drenó para evitar complicaciones infecciosas.

**Evolución**

No se ha reabsorbido, tras tres meses usando faja compresiva y evitando esfuerzos. La paciente sigue en incapacidad temporal y seguimiento mensual por cirujano.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es muy importante manejar la historia clínica y exploración física en la patología abdominal ya que hay procesos potencialmente graves.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Manejo perioperatorio de paciente con ACOD**Rodríguez Vázquez A<sup>1</sup>, Jiménez Arteaga C<sup>2</sup>, Carreño Meca P<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y cirugía menor ambulatoria.

**Motivos de consulta**

Paciente que acude a consulta para valorar lesión en espalda.

**Historia clínica**

Paciente en tratamiento con edoxabán 60 mg 1 comp al día por TRT subóptimo cuando tomaba acenocumarol por fibrilación auricular paroxística recurrente.

Acude a Médico de Atención Primaria para valorar lesión en espalda.

Se deriva a cirugía menor ambulatoria de misma UGC, tratándose de quiste sebáceo de aproximadamente 3 cm región interescapular.

**Enfoque individual**Se valora riesgo trombotico y hemorrágico de la paciente siguiendo protocolo de nuestra UGC. Uso de QxApp. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC 1 HAS-BLED SCORE 1. ClCr: >30.

La intervención se podía realizar sin suspender el tratamiento anticoagulante puesto que se trata de una intervención de bajo riesgo en la que la posible hemorragia es clínicamente poco importante o asumible por el médico que la realiza. No era preciso terapia puente. Se reanuda el tratamiento a las 24 horas de la intervención.

**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente al explicarle el protocolo perioperatorio muestra desconfianza, dado que en ocasiones previas, incluso para extracciones dentarias, había suspendido el

ACOD y realizado terapia puente. Además tiene familiares y conocidos cercanos a los que "siempre se le quita el ACO y se le pauta heparina".

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Quiste sebáceo.

**Tratamiento, planes de actuación**

La intervención se realiza sin incidencias. Mínimo sangrado.

**Evolución**

Reintroduce el anticoagulante a las 24 horas y recibe revisión a las 48 horas de la intervención, por parte de enfermería.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El número de pacientes con ACO ha aumentado significativamente en los últimos años. Para el manejo perioperatorio es preciso tener en cuenta no sólo el riesgo trombotico sino también el hemorrágico y el aclaramiento de la creatinina. Tener al paciente incorrectamente anticoagulado supone un riesgo de evento trombotico. Habitualmente tendemos a dar mayor importancia a los riesgos de no suspender el tratamiento anticoagulante. Se recomienda el uso de terapia puente con heparina de bajo peso molecular en pacientes con riesgo tromboembólico alto. Normalmente se recomienda reintroducir la anticoagulación a las 24 horas si el riesgo hemorrágico es bajo. En riesgo hemorrágico es alto, reintroducir a las 48-72 horas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

## Herramientas prácticas en la detección de patología más prevalente en población migrante. A propósito de un caso de esquistosomiasis urinaria

Gómez Langley SL

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Molestias en hipogastrio persistentes.

### Historia clínica

Varón de 24 años procedente de Mali, nuevo en cupo. Molestias en hipogastrio desde hace años. Estudio en urología sin detección de alteración.

### Enfoque individual

Desde 2021 en nuestro país. Siguiendo el programa de acogida sanitaria a población migrante implementado en nuestro centro, se revisan y completan los estudios analíticos. No presentaba ni hematuria ni eosinofilia, pero por datos epidemiológicos se solicita estudio de parásitos en orina resultando el diagnóstico final positivo a *Schistosoma haematobium*. Destacar la importancia de recogida en la historia de los datos personales sobre salud en país de origen y ruta migratoria.

### Enfoque familiar y comunitario

Migrante no vinculado a ONG actualmente. Cierta barrera idiomática y cultural en el planteamiento de los problemas de salud.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico. Esquistosomiasis urinaria.  
*Diagnóstico diferencial:* ITU, ITS, prostatitis.

### Tratamiento, planes de actuación

El tratamiento de elección en la actualidad es el Praziquantel 40 mg/kg de peso en monodosis. Este es un fármaco de uso hospitalario. Se coordina mediante teleconsulta la cita en salud internacional del hospital de referencia para indicación y entrega de Medicamento.

### Evolución

Tras llegar al diagnóstico microbiológico se procede a la derivación a infeccioso, para su tratamiento y resolución.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El enfoque global pero dirigido a las necesidades específicas de la población inmigrante en la atención sanitaria incluye la consideración de manejo intercultural, así como de algunas patologías según datos epidemiológicos y situaciones clínicas específicas que pueden ser relevantes. Dado que la Atención Primaria suele ser la puerta de entrada al sistema sanitario, los médicos de familia tienen que ser dotados de la formación y los medios necesarios para su abordaje, diagnóstico y tratamiento, y así garantizar una atención más equitativa y resolutive para esta población. Integrar un programa de acogida sanitaria a población migrante en Atención Primaria mejora su atención integral. Este programa es aplicable en Atención Primaria como demuestra expone el caso.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Lesiones por mordedura de gato callejero**Cuerva Gómez R<sup>1</sup>, Rueda Illescas MD<sup>2</sup>, López Rodríguez S<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogijares. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias y hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Mordedura de gato callejero en dorso mano derecha de 48 horas de evolución.

**Historia clínica**

Mujer de 76 años. Acude al centro de salud, presentando edema, eritema, tumefacción y signos de infección local, en mano derecha, tras mordedura de gato callejero.

**Enfoque individual***Antecedentes personales* de diabetes mellitus tipo 2, retinopatía diabética, osteopenia, poliglobulia e incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin alergias medicamentosas conocidas.**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente viuda viene acompañada de una hija. Bajo nivel socio-económico y deterioro en las actividades de mantenimiento de la salud (higiene y cuidado personal).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Infección de herida por mordedura de animal.

Los cultivos revelaron infección por *Pasteurella multocida*, *Derma bacter hominis*, *Corynebacterium tuberculostearicum* y *Candida parapsilosis*.

Las pruebas mostraron elevación de LDH, PCR y leucocitosis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Prescripción de amoxicilina/clavulánico, en Atención Primaria. En urgencias hospitalarias tratamiento con clindamicina 300 mg. Precisó ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso

y desbridamiento de las lesiones en quirófano. La paciente recibió tratamiento con amoxicilina/clavulánico, clindamicina, linezolid y fluconazol.

**Evolución**

La lesión evolucionó desfavorablemente, requiriendo atención en Urgencias hospitalarias y persistiendo una semana más tarde una tórpida evolución, empeoramiento con incremento del edema, dolor, tumefacción y drenaje de material serohemático. Un segundo desbridamiento reveló pérdida cutánea extensa. Se realizaron cultivos adicionales y la paciente fue referida a Cirugía Plástica. Análisis posteriores mostraron mejoría en los parámetros inflamatorios y leucocitos. TAC: gran absceso en la cara dorsal de la mano, en contacto íntimo con la superficie ósea de los metacarpianos y aparato tendón extensor

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Importante a tener en cuenta en Atención Primaria:

La mordedura de gato, menos común que la de perro, tiene mayor riesgo de complicaciones.

La etiología es polimicrobiana (formando parte de la microbiota oral del animal o cutánea del paciente), con microorganismos como *Pasteurella multocida*, *Streptococcus spp*, *Staphylococcus spp*, *Corynebacterium spp* y bacterias anaerobias.

El abordaje incluye profilaxis contra rabia y tétanos, antibioterapia y cultivos, siendo amoxicilina/clavulánico de elección más trimetoprim- sulfametoxazol.

La clindamicina suele evitarse en cualquier caso por mayor riesgo de *Clostridiodes difficile*.

La terapia intravenosa se reserva para casos graves, y el desbridamiento quirúrgico se realiza en presencia de complicaciones.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**¿Es un bulto? ¿es un lipoma? ¿es un fibroma?**Rodríguez Jiménez C<sup>1</sup>, Reche Fernández I<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva de Algaidas. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesión subcutánea lumbar de 10 años de evolución.

**Historia clínica**

Varón de 28 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que consulta por lesión subcutánea lumbar de 10 años de evolución. Destacó una masa caliente, violácea, dolorosa a la palpación profunda. No asocia clínica a otro nivel.

**Enfoque individual**

Paciente diagnosticado de neurofibromatosis tipo I (NF1) en 2010, estenosis de acueducto de Silvio, hamartomas cerebrales, ventriculostomía endoscópica e hidrocefalia congénita. Se realizó exéresis de lesión y se realizó RMN donde destacó leve dilatación de los ventrículos laterales a expensas de las astas occipitales, lesiones de alta señal en T2 y FLAIR localizadas en bulbo, protuberancia y mesencéfalo de predominio izquierdo así como en pedúnculos cerebelosos y olivas cerebelosas. Supratentorialmente se objetivaron lesiones de comportamiento similar a nivel de los ganglios basales y en sustancia blanca de predominio periventricular, lesiones hamartomatosas compatibles con NF1. Acudió de nuevo por molestias en la lesión subcutánea no adherida a planos de unos 5 cm de diámetro en cara posterior de flanco lumbar derecho que se creyó compatible con lipomatosis, aparentando aumento de temperatura y vascularización local y se citó nuevamente para su eliminación. La lesión evolucionó

tórpidamente de nuevo, aumentando de tamaño y cambiando de color. Se derivó a Cirugía General y del Aparato Digestivo donde se destacó el diagnóstico de NF1 del paciente y se valoró exéresis.

**Enfoque familiar y comunitario**

Estudio genético a hermano.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico* de neurofibroma propio de NF1 y *diagnóstico diferencial* entre lipomatosis, esclerosis tuberosas, síndrome de McCune Albrighte y quiste.

**Tratamiento, planes de actuación**

Exéresis de tumoración angiolipomatosa con ligasure por parte de cirugía general. Seguimiento.

**Evolución**

Buena evolución clínica y de la lesión.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La NF1 es un síndrome hereditario que predispone a ciertos tumores y ciertos rasgos cutáneos característicos que deben hacernos sospechar de esta enfermedad. Los neurofibromas son tumores que pueden malignizarse, aumentar de tamaño y de número con la edad por lo que es importante su conocimiento, estudio y seguimiento ya que al menos cada médico verá 2 casos en su vida profesional. Establecer un diagnóstico preciso es determinante y para ello es fundamental un seguimiento multidisciplinar.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Si no es foliculitis, ¿qué puede ser?**Rodríguez Jiménez C<sup>1</sup>, García Jara P<sup>2</sup>, Reche Fernández I<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva de Algaidas. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Archidona. Málaga<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. AGS Norte de Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesión facial en la sien izquierda costrosa y exudativa de dos meses de evolución.

**Historia clínica**

Paciente de 20 años que consultó por una lesión facial en la sien izquierda, costrosa y exudativa desde hace dos meses que relacionó con el rasurado con cuchilla para vello facial, sin asociar clínica a otro nivel y sin otros antecedentes personales significativos.

**Enfoque individual**

La paciente vive en un entorno rural.

A la exploración se observó una lesión redondeada, eritematosa e hiperémica con bordes sobreelevados, destacando una costra central queratósica deprimida. No se observó exudado. Se estableció foliculitis como primer juicio clínico y se prescribió mupirocina tópica durante 10 días y posterior revisión para valorar la evolución. La lesión evolucionó tórpidamente, a la dermatoscopia se observó un área periférica eritematosa sin estructuras con líneas blancas radiales y vasos atípicos. No se apreciaron otras lesiones.

Previo firma de consentimiento informado por parte de la paciente se realizó una biopsia tipo punch cutáneo de 3 mm cuyo resultado fue pústula epidérmica y denso infiltrado inflamatorio crónico en dermis e hipodermis con pequeños granulomas no necrotizantes. Se detectó genoma de *Leishmania donovani* / *infantum* en la muestra analizada y en la

analítica destacó, Ac anti leishmania IgM negativo; un Ac anti leishmania IgG+M positivos.

**Enfoque familiar y comunitario**

No destacaron lesiones similares en entorno familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Se estableció un diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea (botón de oriente) vs picadura por artrópodo vs otros. En la biopsia se confirmó diagnóstico de Leishmaniasis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se comenzó a tratar con glucantime en dosis ascendentes sin mejoría de la paciente, por lo que se optó por tratar con crioterapia hasta la resolución y curación de la lesión. Se citó para toma de nueva biopsia y comprobar la remisión completa de la infección.

**Evolución**

La lesión evolucionó favorablemente hasta su completa resolución.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La atención y el estudio de las lesiones dérmicas en los pacientes del entorno rural ha de ser minuciosa y exhaustiva, dadas su mayor exposición al medio natural y el hecho de que las posibles patologías relacionadas puedan entrañar un gran riesgo para la salud, por lo que establecer un diagnóstico precoz es crucial.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, ¿tengo alergia a la heparina?**

Valle Gallardo V, Martínez Mesas E, Pachón De La Torre MV

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cuevas del Campo. Granada

**Ámbito del caso**

Atención domiciliaria.

**Motivos de consulta**

"Me han salido unas ronchas".

**Historia clínica**

Mujer de 51 años que, tras esguince de rodilla, precisa inmovilización con férula, por lo que pautan tromboprofilaxis con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) por vía subcutánea. A los pocos días de su asistencia, la paciente consulta por erupción cutánea en el abdomen, en los lugares de inyección, con prurito asociado. La paciente no recuerda exposición previa a heparina. En la exploración se aprecian lesiones eritematosas, sobreelevadas, que no desaparecen a la vitropresión y con algunos puntos equimóticos. Se descartaron fenómenos trombóticos y vasculitis.

**Enfoque individual**

Valoración del riesgo trombótico frente al riesgo inmunológico.

**Enfoque familiar y comunitario**

No precisó.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Reacción de hipersensibilidad a HBPM.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dado que la paciente debía continuar con tromboprofilaxis por el alto nivel de riesgo trombótico, se cambió a otra HBPM y se pautó premedicación con antihistamínicos y corticoides orales.

**Evolución**

Desaparición de las lesiones en una semana. Se derivó a Alergología.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La aparición de placas eritematosas sin signos de necrosis en los lugares de inyección de HBPM es una complicación poco frecuente, pero que se puede tratar adecuadamente en Atención Primaria. Las reacciones alérgicas tipo IV a heparina nos plantean bastantes retos en Atención Primaria: por lo general, las lesiones secundarias a HBPM aparecen en los lugares de inyección tras semanas o incluso meses de tratamiento, sin embargo en este caso aparecieron pronto, en posible relación con una exposición previa; por otro lado, dada la necesidad de mantener la trombofilaxis por existir un riesgo trombótico alto y no tener unas alternativas que sean igual de eficaces o estén igual de accesibles, algunas autorías proponen pautar premedicación con el fin de mantener la tromboprofilaxis con la menor reacción inmunológica. Las únicas heparinas que no producen reacción cruzada con las HBPM son los recombinantes de la hirudina. La hipersensibilidad a los fármacos es una reacción inmunitaria contra un fármaco. Los síntomas van desde leves hasta graves e incluyen el exantema, la anafilaxia y la enfermedad del suero. El diagnóstico es clínico aunque las pruebas cutáneas a veces son útiles. El tratamiento es la suspensión del fármaco, tratamiento de apoyo (antihistamínicos o corticoides) y/o la desensibilización.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Comunicación interniveles: queda mucho por mejorar**

Álvarez de Cienfuegos Hernández M<sup>1</sup>, Cubero Córdoba E<sup>2</sup>, Mohamed Sánchez S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Desde el primer contacto hasta la intervención pasan 7 meses.

**Motivos de consulta**

Manuel. 70 años. Acude con informe de urgencias. Presenta desde hace 24 horas nódulo en región posterior infraolecraniana derecha, con eritema y discreto dolor. no fiebre ni edema. pautan amoxicilina/clavulánico, sospechando celulitis.

**Enfoque individual**

Sin interés para el caso.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado. Paciente desplazado.

**Historia clínica**

No mejora. acude a revisión. tumoración redondeada, elástica, móvil, discreto dolor. Se pide informe de radiografía realizada en urgencias, por imagen redondeada radiolúcida en diáfisis del radio no mencionada, informe que "nunca llegará". Ante el crecimiento del tumor se deriva a traumatología preferente y se pide ecografía. Al no llegar las citas, su médico "investiga" y ve que la ecografía se ha derivado a centro concertado. Llama a los centros hasta obtener cita. La ecografía la informan como shwanoma, y aconsejan completar estudio con RMN. Por fin es valorado por traumatólogo quien pide RMN. Manuel acude a consulta por no recibir cita del traumatólogo para ver los resultados. Se da informe de RMN donde también sospechan shwanoma. El tumor sigue creciendo y el traumatólogo pide BAG por dudar del diagnóstico. Manuel acude de nuevo a la consulta de su médico por no ser llamado por traumatólogo, y su médico, al ver los resultados de la anatomía patológica aconseja a Manuel acudir al traumatólogo para informar. El diagnóstico definitivo es sarcoma pleomórfico. Manuel es intervenido quirúrgicamente de forma preferente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sarcoma pleomórfico probablemente indeferenciado.

*Diagnóstico diferencial* con ganglión, shwanoma, neurilemoma, otros.

**Tratamiento, planes de actuación**

Exéresis y 30 sesiones de radioterapia.

**Evolución**

Estudio de extensión negativo. Ausencia de recidiva tumoral.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Se quiere recalcar con este caso la importancia de tener unas vías de comunicación ágiles y reales con las que el médico de familia pueda contar para no retrasar el diagnóstico de una patología potencialmente grave. En el caso que nos ocupa gracias a la labor casi detectivesca y administrativa que realizó el médico de familia se logró llegar disminuir los tiempos de espera, no sin soportar un alto grado de frustración tanto por parte del paciente como de su médico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### No todo son efectos secundarios

Durán García C

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Señora de las Nieves, Los Palacios. Sevilla

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Parestesias en región izquierda de labio superior y punta de la lengua.

#### Historia clínica

Mujer de 70 años. En tratamiento con pregabalina desde febrero de 2022 por meralgia parestésica en MID diagnosticada por neurología. Desde mayo de 2023 presenta hipoestesia/parestesias en región izquierda de labio superior y punta de la lengua, que empeoran cuando come. Atribuyendo los síntomas a la pregabalina, la paciente decide reducirla hasta retirarla, sin mejoría. Consulta al mantener síntomas.

#### Enfoque individual

NO RAM. Intolerancia a tramadol (mareos).

*Antecedentes personales:* meralgia parestésica en MID. Protrusiones discales L4-L5 y L5-S1. Cervicoartrosis. Rizartrosis. Fibromialgia. Diverticulosis colónica. ERGE. EF SNC: PINLA y MOEC. NO disimetría. NO disdiadococinesia. Sensibilidad normal. PPCC normales. Fuerza conservada en los 4 miembros. Marcha normal. Romberg indiferente.

#### Enfoque familiar y comunitario

Casada con dos hijos, buen apoyo familiar. Ama de casa.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

RNM cráneo con contraste con hallazgos compatibles con neurinoma del V par craneal izquierdo como primera posibilidad diagnóstica, diagnóstico diferencial con meningioma del cavum de Meckel y meningioma petroclival. Valorada por Neurología, se indica valoración por Neurocirugía (sigue pendiente).

#### Tratamiento, planes de actuación

Patología benigna. Manejo conservador vs cirugía.

#### Evolución

Ha sido importante tranquilizar a la paciente dada la demora de la cita, que mantiene síntomas a la espera de valoración y decisión de neurocirugía.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Una vez más es importante incidir en no menospreciar los síntomas de los pacientes, así como tener cuidado a la hora de hacer una buena historia clínica, que a veces es difícil porque el propio paciente achaca su sintomatología a efectos secundarios o se "autodiagnostica", retrasando el verdadero diagnóstico. En este caso además ha sido muy importante el abordaje desde AP una vez conocido el diagnóstico, tranquilizando a la paciente y explicando el carácter benigno de la enfermedad a la espera de esa cita de neurocirugía que nunca llega.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**“Recursos sencillos a nuestro alcance para ayudar a los pacientes”**López Galera IM<sup>1</sup>, Castelló Losada MJ<sup>1</sup>, Rincón Galván MD<sup>2</sup><sup>1</sup> Enfermera de MFyC. CS Gran Capitán. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albolote. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención especializada.

**Motivos de consulta**

Nódulo doloroso en pierna izquierda.

**Historia clínica**

Varón de raza negra, subsahariano, 32 años, lleva en España 4 años. Acude por primera vez al centro de salud por dolor agudo de 1 semana, sobre nódulo subcutáneo crónico previo, localizado en cara supero externa de pierna izquierda.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* asma bronquial, no intervenciones y no hábitos tóxicos.

*Anamnesis:* no traumatismos, heridas, ni picaduras recientes. Insistiendo en la anamnesis explica caída desde un árbol en su país hace 15 años e hiriéndose en dicha pierna, quizás desde entonces “está ese bultillo que no le había molestado”. Desde hace 1 semana dolor al tocarlo, al andar y está “más blandito”. No fiebre ni otro síntoma local o general asociado.

*Exploración:* induración subcutánea, de 2 cm, algo fluctuante y caliente. No adenopatías, ni signos de TVP, pulsos presentes. Ecografía con sonda de partes blandas: cuerpo extraño hiperecogénico de 1,5 cm con anillo hipoecoico y con sombra acústica.

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente independiente, poco frecuentador. Primera toma de contacto con equipo del centro de salud. Los datos utilizados para la realización del caso, se han obtenido mediante su consentimiento informado y conforme a la normativa vigente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* cuerpo extraño subcutáneo secundariamente infectado.

*Diagnóstico diferencial:* nódulo subcutáneo, granuloma subcutáneo y absceso subcutáneo.

*Identificación de problemas:* barrera idiomática y tiempo de evolución crónico del nódulo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se acuerda con radiología intervencionista extracción ecoguiada, y no con bisturí frío en nuestro centro dado el tiempo de evolución de la lesión y riesgos del procedimiento. Acompañamos al paciente al servicio de rayos y colaboramos en la extracción de pequeña astilla de madera, bajo anestesia local con incisión superficial y ayuda de mosquito curvo (duración de la técnica 1 hora). Después, limpieza, sutura con 1 punto de seda y profilaxis antibiótica con Amoxicilina 500 mg. Curas locales periódicas.

**Evolución**

Revisión a la semana: se comprueba la evolución favorable de la herida y del dolor, retirándose punto de sutura. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Aparte de la importancia de una buena anamnesis, es aconsejable apoyarse en pruebas como la ecografía, para el diagnóstico de cuerpos extraños superficiales por su accesibilidad, sencillez, inocuidad y bajo coste frente a otras pruebas diagnósticas menos eficientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

# Reacción de cuerpo extraño a implante anticonceptivo subdérmico

Medina Salas V<sup>1</sup>, Navarro Rivero PM<sup>2</sup>, López Espiga M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Mujer de 19 años sin antecedentes de interés con deseo de anticoncepción reversible de larga duración. Tras informar de procedimiento y posibles efectos secundarios, se acuerda inserción de implante anticonceptivo subdérmico.

### Historia clínica

Se realiza inserción del implante sin incidencias. Consulta a las dos semanas por molestias, eritema y tumoración en área de inserción.

A la exploración, evidencia de signos inflamatorios a lo largo del trayecto del dispositivo, así como cicatriz que loide en punto de inserción (elementos que se pueden corresponden con reacción de cuerpo extraño).

### Enfoque individual

Mujer de 19 años sin enfermedades de interés ni alergias Medicamentosas. No intervenciones previas. No antecedentes gineco-obstétricos de interés.

### Enfoque familiar y comunitario

No procede.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Reacción de cuerpo extraño a implante anticonceptivo subdérmico que motiva la retirada del mismo.

### Tratamiento, planes de actuación

Retirada del implante anticonceptivo y tratamiento con antibioterapia oral por presencia de signos inflamatorios/infecciosos (amoxicilina/clavulánico).

### Evolución

Tras retirada del implante y finalización de tratamiento antibiótico, se resuelven signos inflamatorios. Paciente asintomática a las 2 semanas, con leves restos cicatriciales.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El uso del implante anticonceptivo subcutáneo como método anticonceptivo reversible de larga duración es muy habitual en nuestro ámbito. Su inserción requiere de una técnica relativamente sencilla pero que no está exenta de complicaciones (aunque generalmente menores, como enrojecimiento o prurito en la zona). La reacción de cuerpo extraño en relación con el implante anticonceptivo es un hecho muy poco frecuente y con escasas referencias en la literatura consultada.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Llegado el momento... A propósito de un caso**Pérez Romera FJ<sup>1</sup>, Montoya Fernández MM<sup>1</sup>, García Rodríguez JM<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Informe de alta de seguimiento por oncología.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* hombre, 61 años, hipertenso, fumador (1 paquete/día). Neoplasia de pulmón con metástasis óseas y hepáticas.*Anamnesis:* acude a consulta con informe de oncología para paso a cuidados paliativos. Refiere dolor, disnea de esfuerzo, insomnio, tristeza, inapetencia y cansancio.**Enfoque individual**

EVA de 8 (pese a medicación). Karnofsky 60. ECOG 2. Escala complejidad IDC-Pal: compleja. Escala Goldberg de ansiedad 6/depresión 5. Índice de Masa Corporal: 18.

**Enfoque familiar y comunitario***Contextualización:* casado y 2 hijos (independizados). Todos viven en el pueblo al igual que su hermano y su madre. Dicen ser muy conocidos y apreciados (ha trabajado de cara al público como comercial). Tiene un buen grupo de amigos que ve casi a diario.*Estructura familiar:* familia nuclear con parientes próximos.*Ciclo Vital familiar:* fase fin de contracción.*Acontecimientos vitales estresantes:* enfermedad actual, incapacidad, situación económica delicada (solo trabajaba él). Escala de Holmes-Rahe 181.

Red social/Apoyo social. Buena red social de primer orden, tanto familiar como extrafamiliar. Buen apoyo social percibido (Escala Duke-UNC 38). Capacidad funcional: familia normofuncional (APGAR familiar 8). Test de Zarit (esposa-cuidadora): 51.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Diagnóstico diferencial:* trastorno ansiedad-depresión, enfisema pulmonar, fractura vertebral.*Juicio clínico:* adenocarcinoma de pulmón metastásico.**Tratamiento, planes de actuación**

De forma conjunta medicina-enfermería-paciente se realiza valoración multidimensional (biopsicosocial y espiritual) y plan individualizado de actuación y seguimiento. Se explican potenciales signos de alerta y su manejo. Se explica modo de registrar voluntad vital (que rechaza). También se inicia con esposa, preparatorio frente al duelo (sesiones en las que se facilita la verbalización de sentimientos, creencias y dudas y se explican cuidados/manejo de situaciones esperables). Se ajusta analgesia según escalonado. Se inicia megestrol y mirtazapina.

**Evolución**

Durante 4 meses se realiza seguimiento activo (consulta, domicilio y teléfono) y se actualiza el plan de actuación en múltiples ocasiones. Pese a decantarse por sedación paliativa domiciliaria, llegado el momento de últimos días (a petición del paciente) se decide traslado hospitalario (ingreso directo a la unidad de cuidados paliativos) en donde fallece tras 2 días.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El seguimiento del paciente paliativo debe ser activo, dinámico, adaptándose a las condiciones y contratiempos así como a la opinión del paciente a lo largo del proceso.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**De ITU a hepatitis, ¿qué ha pasado?**López De Priego V<sup>1</sup>, García Barbarroja A<sup>2</sup>, Medina Moruno I<sup>1</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada**Ámbito del caso**

Paciente de 51 años con antecedentes de Síndrome Sjögren, cefalea tensional, heterocigoto MTHFR.

**Motivos de consulta**

Presenta inicialmente clínica miccional con disuria y tenesmo. Se diagnostica inicialmente de infección urinari y se trata con fosfomicina 3g. Unos días después acude a urgencias de primaria por clínica similar, afebril y persistencia de molestias urinarias, y se le pauta nitrofurantoina.

**Historia clínica**

Al final este tratamiento acude nuevamente a consulta por presentar febrícula de 37.5°C acompañado de dolor abdominal, astenia y mialgia. Se cambia tratamiento a cefixima y se solicita analítica general.

Exploración anodina con puño percusión negativa.

En la analítica destaca transaminasas GOT 488 u/l, GPT 362 u/l, GGT 230 u/l, FA 183 u/l, Na 124 mEq/l, K 3.5 mEq/l. En la orina destaca Sodio 179 mEq/l, K 29.4 mEq/l, osmolaridad 399. Urocultivo negativo. Serología destaca IgM indeterminada e IgG positiva para virus Epstein Barr. Ecografía abdominal normal.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha de hepatitis farmacológica a nitrofurantoina y síndrome de secreción inadecuada de hormona adenocorticotropa (SIADH).

**Tratamiento, planes de actuación**

Se retira antibioterapia, se inicia restricción hídrica y se retiran fármacos sospechosos de hepatopatía (nitrofurantoína). La paciente evoluciona muy bien, sin fiebre en las últimas 72 h, progresiva resolución del dolor abdominal y síntomas miálgicos varios y claro descenso de enzimas de citólisis y marcadores de inflamación.

**Evolución**

Continuo sin tomar tratamiento y realizando restricción hídrica a 1500 ml diarios. Los valores analíticos se han ido corrigiendo hasta normalizarse.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El daño hepático causado por fármacos es un problema de salud pública importante, siendo el porcentaje aproximado en España de casos de un 14%. La nitrofurantoína es un antibiótico indicado en el tratamiento de la cistitis aguda por su buena actividad frente a *Escherichia coli*. Sin embargo, se han descrito reacciones adversas graves como las hepáticas (hepatitis citolítica, hepatitis colestásica, hepatitis crónica, cirrosis) y las pulmonares (fibrosis, neumonitis intersticial), sobre todo con el uso prolongado. La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) recomienda sobre la nitrofurantoína: utilizarlo exclusivamente en tratamiento curativo de cistitis agudas, no como profilaxis y durante máximo 7 días. Informar a las pacientes sobre los riesgos. Se ha observado que la suspensión del fármaco tiene un impacto positivo en la condición del paciente y en situaciones graves, se recomienda el uso de corticoides.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Abordaje del síntoma en paciente polifrecuentadora**

Reina Prego C, Luque Menacho L, Domínguez Gómez D

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palmete. UGC La Plata. Sevilla

**Ámbito del caso**

Centro de salud.

**Motivos de consulta**

Dolor torácico.

**Historia clínica**

Mujer de 79 años que consulta de manera urgente siendo atendida por un médico distinto a su referente habitual, por presentar la madrugada anterior dolor centrotorácico, irradiado a región dorsal, de inicio en reposo, sin cortejo vegetativo asociado, que se reproduce a la palpación y con los movimientos del tronco, de 30-45 minutos de duración y cese espontáneo.

**Enfoque individual**

Sin antecedentes de interés salvo diabetes mellitus 2 controlada con antidiabéticos orales. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Polifrecuentación en relación con posible deterioro cognitivo incipiente: solicita múltiples citas para consultar por clínica banal o que ni siquiera recuerda.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casada. Dos hijos: pendiente de cita programada con uno de ellos. Barrio nivel socio-cultural bajo.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

IAMSEST.

*Diagnóstico diferencial:* dolor torácico atípico de diversa etiología.

*Identificación del problema:* aumento de la frecuentación en consulta por sospecha de deterioro cognitivo incipiente.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se realiza exploración física con toma de constantes vitales y auscultación cardiopulmonar sin datos reseñables. Se solicita EKG descrito como “ritmo sinusal 80 lpm, eje normal, QRS estrecho. T negativas simétricas V1-V2.” La paciente se mantiene asintomática y con buen estado general pero dado que el médico que la atiende no encuentra descripciones previas de EKG y desconoce la problemática actual de la paciente, decide citarla en 24 h con su referente con un nuevo EKG para descartar cambios en el mismo.

**Evolución**

A las 24 horas de la consulta inicial, se evidencian cambios eléctricos con ondas T negativas simétricas en todas las derivaciones precordiales (V1-V6) por lo que se decide derivación a Urgencias hospitalarias donde se confirma el diagnóstico de IAMSEST con elevación de enzimas cardíacas y ecocardiografía con hipoquinesia de segmentos apicales. Pendiente de coronariografía.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Existen diversos factores que hubiesen podido demorar el diagnóstico en esta paciente en caso de haber sido atendida por su médica referente habitual: atipicidad del dolor (a pesar de padecer diabetes mellitus), alta presión asistencial, etc. y especialmente la frecuentación casi diaria en consulta los meses previos. Es por ello, que en este tipo de paciente, debemos prestar atención a la problemática subyacente así como no trivializar por rutina la clínica que motiva la consulta.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Sinaptopatía relacionada con DLG4. Caso clínico en adulto sin discapacidad intelectual**Ramos Gómez DJ<sup>1</sup>, Esteban Bueno G<sup>2</sup>, Plaza Andrés A<sup>3</sup><sup>1</sup> Enfermera de MFyC. UGC Polígono Sur. Sevilla<sup>2</sup> UGC Almería periferia. Almería<sup>3</sup> Enfermera de MFyC. Programa de Seguimiento de Pacientes del PEPSA (PSP-PEPSA) ASSDA. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Aporte de informe clínico.

**Historia clínica**

Mujer de 51 años, aporta informe clínico para control y seguimiento. La sinaptopatía relacionada con DLG4 afecta a la postsinapsis neuronal y cursa principalmente con: discapacidad intelectual (DI). Epilepsia. Trastornos del sueño. Trastornos del neurodesarrollo. Hipotonía. Trastornos del movimiento.

Tras estudio pormenorizado del historial clínico constatamos que nuestro caso cursa con: epilepsia. Autismo. Trastorno por déficit de atención. Trastornos del sueño. Trastornos del movimiento (síndrome de piernas inquietas).

Otros antecedentes: síndrome de Ehlers-Danlos, discartrosis, escoliosis, bradicardias, infarto agudo de miocardio, ansiedad reactiva...

**Enfoque individual**

En la entrevista clínica refiere sonambulismo, al inicio del sueño “calambre en región temporoparietal con movimiento involuntario de miembros”, cefaleas tensionales, parestesias, astenia, diplopía, molestias y cansancio ocular, pérdida de fuerza en maseteros, dolor y debilidad en miembros... Oftalmología descarta enfermedad ocular. Neurología de urgencias diagnóstica diplopía autolimitada, pide a Atención Primaria derivación a neurología. Pendiente de biopsia muscular.

*Exploración:* hemodinámicamente estable, exploración neurológica sin alteraciones.

**Enfoque familiar y comunitario**

Familia monoparental, vive con su hija. Como único apoyo su padre. Estudios universitarios.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sinaptopatía relacionada con DLG4 sin déficit intelectual. Diagnóstico tardío tras identificar en exoma clínico delección en Gen DLG4.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se trata de una enfermedad rara cuyo tratamiento es sintomático. Toma su tratamiento habitual, entre otros Pramipexol 0,18 mg, 4 comprimidos cada 24 horas. Derivación preferente a neurología, descartar miastenia gravis. Realizar controles periódicos al fin de detectar y tratar cualquier problema que pueda surgir.

**Evolución**

Evolución incierta, es un caso novedoso por la edad y por la no existencia de DI, lo que puede ampliar los requisitos del cribado para el diagnóstico y nuevas vías de investigación. Si se confirmara el diagnóstico de miastenia gravis, quedaría abierta la hipótesis de que forme parte de la evolución natural de la enfermedad.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Casos como éste expanden las manifestaciones clínicas más allá de la infancia y apoyan la hipótesis de casos sin DI, lo cual nos puede ayudar a aclarar la fisiopatología de la enfermedad. El papel del equipo de Atención Primaria es fundamental en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades raras, siendo un pilar fundamental de la asistencia de calidad y el diagnóstico temprano, debiendo ofrecer un apoyo multidisciplinar que mejore la calidad de vida.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**¡Peligro: AINES!**Del Águila Román E<sup>1</sup>, Valverde Morillas C<sup>2</sup>, Merino Calderón M<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Vega. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogjares. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Solicitud de diclofenaco por artrosis de cadera pendiente de intervención quirúrgica.

**Historia clínica**

Paciente de 60 años que acude a consulta solicitando diclofenaco, que toma cada 12 h desde hace meses por artrosis de cadera. Como su médica actual es nueva en el cupo, le resulta extraño que lleve tanto tiempo con ese AINE, opta por preguntarle por si se ha tomado la tensión arterial.

Tras realizar la exploración se aprecian cifras de 200/120, se suspende el diclofenaco, se pauta tramadol para el dolor y se pone tratamiento antihipertensivo (captopril 50 sublingual + furosemida im), pero persisten cifras por encima de 190/120 por lo que se deriva a urgencias para control precisando labetalol iv, tras algunas horas es dado de alta con cifras por debajo de 140/90.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* monorreno de nacimiento, artrosis cadera.

*Exploración física:* ACR: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, TA 200/120.

*Pruebas complementarias:* analíticas, con leve elevación de creatinina.

**Enfoque familiar y comunitario**

En el hogar vive el paciente con su mujer y los padres de ésta, de los que son cuidadores principales ambos. Buena dinámica familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hipertensión arterial.

HTA esencial vs HTA por abuso de AINES. Uso continuado de AINES, artrosis de cadera, HTA.

**Tratamiento, planes de actuación**

Olmesartan 40 + amlodipino 5 + hidroclorotiazida 25 en una pastilla combinada por la mañana para mejorar la adherencia y doxazosina 2 mg por la tarde. Se cita en una semana con registro AMPA e inicio de tratamiento, en la cita se revisa que sigue sin tomar AINES, se valora la adherencia al tratamiento y se revisan el cambio de hábitos de vida. Tuvimos que ir poco a poco escalando dosis de tratamiento por mal control. A la 2ª semana sigue con 160/100, por lo que se añade doxazosina y se vuelve a citar a la semana con nuevo AMPA, tras este cambio, ya tiene cifras en torno a 140/90. Se solicita analítica de control para revisar la función renal al mes.

**Evolución**

Mejoría clínica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

No es un caso novedoso pero resalta la importancia evidenciada en numerosos estudio del riesgo de la toma continuada de AINES para la tensión arterial y el daño renal que producen.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, tiene un aviso de teleasistencia**Daga Navarta GM<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tarifa. Cádiz<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco de Morón de la Frontera. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

ayudarla en el aseo y la casa. Pasa sola la mayor parte del día.

**Motivos de consulta**

Edemas en MMII.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* soledad no deseada.*Diagnóstico diferencial:* insuficiencia cardiaca descompensada.**Historia clínica**

Mujer de 76 años.

*Antecedentes personales:* HTA, IC con edemas crónicos en MMII, ERC G3a1. Cuando el administrativo me da los datos de la paciente ya sé quién es. Cada semana me pide que la visite.*Identificación de problemas:* dificulta para la movilidad. Riesgo de caídas. Escaso apoyo social.**Enfoque individual**

Cuando llego a casa, está como siempre sentada en su sillón. Me saluda con alegría. Al principio me habla de esas piernas que siguen igual y de una receta que debo hacerle por marca, ya que el genérico no le hace nada.

Eupneica. La exploro y tras comprobar que los edemas no se han modificado (llevan años así) y que la auscultación cardiopulmonar es normal, me siento a su lado.

Comenzamos a charlar. Me cuenta cosas sobre su difunto marido, su ingreso en el hospital al dar a luz a su único hijo o cuando cantaba saetas a la Virgen en semana santa.

Tras un rato, me despido hasta la próxima.

**Tratamiento, planes de actuación**

Programo visitas semanales para evitar la angustia por sensación de abandono. Investigo si hay alguna asociación de acompañamiento de personas mayores en el pueblo pero no es así.

**Evolución**

Cuando la sensación de soledad es más acusada, la paciente solicita nuevas visitas a domicilio, casi siempre alegando algún problema orgánico de salud que descartó con la exploración. Lo que realmente necesita es compañía.

**Enfoque familiar y comunitario**

Natural de un pueblo. Viuda hace años. Su hijo que trabaja a jornada partida y su nieta de 13 años, viven en una ciudad cercana. Vive en un primer piso sin ascensor. Camina con ayuda de un andador. Una cuidadora del ayuntamiento acude una hora al día de lunes a viernes para

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La soledad no deseada en general, y concretamente en ancianos, es un problema en auge en esta sociedad cada vez más individualista. Como médicas y como sociedad urge atajarlo y crear redes de apoyo para personas que sufren por esta pandemia silenciosa.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Diagnóstico de un nódulo cervical**

Romero Cruz M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas, Alcalá de Guadaíra. Sevilla

**Ámbito del caso**

Aviso a domicilio.

**Motivos de consulta**

Nódulo cervical de dos días de duración.

**Historia clínica**

Varón, de 82 años, sin alergias. Sin hábitos tóxicos conocidos. Hipertenso, dislipémico. Cardiopatía isquémica multivaso, revascularizada en 2005 y 2006 con stent en arteria circunfleja y descendente anterior (doblemente anti agregado). Deterioro cognitivo moderado. Se acude a domicilio del paciente por sensación de nódulo supraclavicular derecho de dos días de evolución, indurado, doloroso a la palpación, eritematoso y caliente. Sin fiebre, no otra sintomatología acompañante.

**Enfoque individual**

Como primera acción iniciamos tratamiento con analgesia y antibioterapia, para descartar una adenopatía por alguna infección causante, con revisión en una semana. Pasada una semana, se acude de nuevo a reevaluar, sus familiares refieren que ha aumentado de tamaño, con misma sintomatología. Por lo que realizamos una ecografía a pie de cama, donde se visualiza una masa de bordes hiperecoicos, de contenido heterogéneo, de unos 4 cm de diámetro, cercana a tiroides. Se realiza derivación a endocrino de manera preferente.

**Enfoque familiar y comunitario**

Estructura familiar bien consolidada, paciente dependiente para ABVD, vive en su domicilio.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Tras ser valorado por endocrino, se objetiva una degeneración quística/sangrado reciente de un nódulo tiroideo derecho y un hallazgo incidental de un nódulo tiroideo izquierdo, sin adenopatías sospechosas. Con el paso de los días, van desapareciendo las molestias, así como disminuyendo de tamaño.

*Juicio clínico:* sangrado de nódulo tiroideo derecho en paciente doblemente anti agregado. Ausencia de signos de malignidad.

*Diagnóstico diferencial:* adenopatía supraclavicular, masa tumoral de primario desconocido.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se explica al paciente y a sus familiares los resultados: muy probablemente se corresponde a un sangrado agudo del quiste. La evolución temporal, las características ecográficas y el hecho de que esté doblemente anti agregado lo hacen altamente probable.

**Evolución**

El nódulo se cataloga como ACR-TIRADS 2, por lo que no tendría indicación de PAF como diagnóstico. Se consensua con la familia observación domiciliar y valorar nueva derivación si cambios clínicos significativos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Hay que destacar la importancia de la ecografía y su utilidad en Atención Primaria, ya que nos permite establecer un primer diagnóstico diferencial que no podríamos haberlo logrado solo con la exploración física.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Alucinaciones visuales sin afectación neurológica orgánica**

Romero Cruz M, García Reinoso S

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas, Alcalá de Guadaíra. Sevilla

**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Alucinaciones visuales desde hace un mes.

**Historia clínica**

Mujer de 81 años, sin alergias conocidas. Hipertensa, FA paroxística anticoagulada, adenocarcinoma en recto-sigma ya libre de recidiva y neuritis óptica bilateral idiopática en seguimiento por oftalmología. Acude a consulta porque desde hace un mes relata la visión de muñecas y cajas en su propia casa. Ella las percibe nítidamente y niega su veracidad, pero al verlas constantemente, hace que se tropiece (porque intenta evitarlas) dando lugar a dos caídas en domicilio, sin TCE. Niega toma de fármacos nuevos.

**Enfoque individual**

Acude con su marido que confirma las alucinaciones de la paciente, preocupado porque son frecuentes y causan caídas que pueden llegar a ser peligrosas.

Se realiza exploración neurológica y analítica que resultan ser normales. Se deriva a oftalmología para revisión de la neuritis, aunque se le explica a la paciente que parece poco probable que las alucinaciones estén en relación con su patología oftalmológica.

Tras ello se solicita un TAC de cráneo, donde se plantea el diagnóstico diferencial entre lesión isquémica focal crónica y espacio de Virchow-Robin en núcleo lenticular izquierdo. Se realiza derivación a neurología.

**Enfoque familiar y comunitario**

Estructura familiar bien consolidada. Paciente dependiente para ABVD. Vive con su marido.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Tras ser valorada por neurología, se descarta afectación orgánica que pueda estar causando dichas alucinaciones visuales, llegando a la conclusión del síndrome de Charles Bonnet como juicio clínico.

*Diagnóstico diferencial:* alteraciones visuales, enfermedad metabólica, transgresión del tratamiento farmacológico.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se explica a la paciente las características de dicho síndrome, pautándole revisiones de control periódicas tanto por oftalmología (debido a su neuritis) como por neurología.

**Evolución**

La paciente se mantiene estable, con revisiones semanales/mensuales desde Atención Primaria. Refiere que han disminuido las alucinaciones en cantidad, con mejor manejo de las mismas.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por alucinaciones visuales en personas sin deterioro cognitivo, con importante deterioro de la agudeza visual y en ausencia de enfermedad neurológica asociada.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Cardiotoxicidad por fármacos antineoplásicos**Moreno Morgado MC<sup>1</sup>, Villas Luna P<sup>2</sup>, Beloso Moreno MJ<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Disnea, ortopnea y palpitaciones.

**Historia clínica**

Acude a consulta por disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos, ortopnea, DPN y palpitaciones de 9 meses de evolución. No edemas MMII, no recorte diuresis. Afebril.

*Exploración:* normotensa. Sat O<sub>2</sub> 93%. No tiraje. No IY. ACP tonos taquiarítmicos a 120 lpm, sin soplos. MVC, crepitantes bibasales. MMII no edemas ni signos de TVP.

*Pruebas complementarias:* ECG: taquicardia sinusal 115 lpm, sin otras alteraciones.

**Enfoque individual**

Mujer, 59 años, exfumadora, Ca mama derecho intervenido en 2010 tratado con Quimioterapia (epirubicina-antraciclina), radioterapia y hormonoterapia (letrozol). Histerectomía. Sin AF miocardiopatías.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su marido, empleada de hogar con despido reciente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha de Insuficiencia Cardíaca descompensada (primer episodio).

Disnea de origen cardíaco (disfunción ventricular, taponamiento cardíaco). Disnea de origen respiratorio (neumonías, EPOC, patología pulmonar restrictiva/intersticial y derrame pleural). Otras (anemia, trastorno de ansiedad).

**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva a urgencias hospitalaria e ingresa en Cardiología.

Analítica: normal, salvo elevación pro-BNP. Rx tórax: cardiomegalia. Derrame pleural bilateral. Angiotac tórax: se descarta TEP. Moderado derrame pleural bilateral. Holter: episodios autolimitados de FARVR. Ecocardio: VI dilatado con FEVI 44%. Buena función sistólica global. Aurícula izquierda severamente dilatada. IM severa funcional. IT leve-moderada, HTP moderada-severa. RM cardíaca: miocardiopatía dilatada no isquémica con FEVI severamente deprimida (24%). No se objetiva RTG que sugiera secuela de miocarditis previa. No realizan coronariografía por hipotensión mantenida y repercusión de la función renal. Ante los hallazgos de PPCC y teniendo en cuenta antecedentes de QT recibida, se sospecha toxicidad cardíaca como posible etiología.

**Evolución**

Tras instauración de tratamiento optimizado y seguimiento, mejoría clínica progresiva con recuperación de FEVI (55%). En la actualidad, sigue revisiones por cardiología y AP.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La cardiotoxicidad inducida por fármacos antineoplásicos (entre ellos, antraciclina) es un problema de salud cada vez más importante para los pacientes oncológicos. La mayoría, no tienen manifestaciones de la enfermedad hasta que la IC se presenta. Sería necesario identificar desde nuestras consultas de AP, qué pacientes están en riesgo de presentarla, planteando un diagnóstico de sospecha lo más precoz posible. El médico de AP juega un papel fundamental, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los pacientes para conseguir el mejor control clínico y hemodinámico posible, que permita aumentar la calidad de vida de los mismos.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### “Doctora, me falta medicación”. Desarrollo de un protocolo de deshabitación a opioides

Garzón Polanco M, Toboso Campos MA, Perujo Calle A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS las Cabezas de San Juan

#### Ámbito del caso

Deprescripción de medicación.

#### Motivos de consulta

Falta de medicación.

#### Historia clínica

Su principal problema de salud es lumbociatalgia derecha desde 2016, tras un accidente de tráfico, estenosis foraminal y protrusiones discales, y espondilosis L2-S. A lo largo de estos años, había acudido en numerosas ocasiones al servicio de Urgencias de su provincia, para medicación intravenosa y posterior ajuste de la domiciliaria, además en algunos casos solo solicita renovación del fentanilo ya que decía que se le había acabado. En 2017 consta en su historia que había sido valorado por este motivo en consulta de rehabilitación, donde habían prescrito buprenorfina y tramadol 50 mg cada 8 horas. También acude a consultas de, reumatología, a ejercicios de fisioterapia, hasta llegar a la Unidad del Dolor en 2018.

El tratamiento para el dolor va escalando hasta morfina de liberación prolongada, parches de fentanilo y fentanilo transmucoso iniciando con dosis de 400 microgramos. El paciente acudía en numerosas ocasiones por urgencias y a su médico para renovar la Medicación, o decía que la había perdido.

#### Enfoque individual

Abordaje del paciente en consulta, proponiéndole el plan a seguir para aliviarle el dolor y ayudarle a superar su adicción.

#### Enfoque familiar y comunitario

Una vez que se identificó el problema se empezó a trabajar de manera conjunta y se revisaron los protocolos, bibliografía actualizada y como realizar la deshabitación ante dosis tan altas del fármaco. Todos los profesionales del centro consensuaron que solo el médico de la paciente sería quien prescribiría el tratamiento, negándose a nuevas recetas de fentanilo.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adicción a fentanilo.

#### Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento del dolor, el paciente está pendiente de un bloqueo epidural.

Se retomaron las reuniones del Grupo de Trabajo del Área sur de deshabitación a opiáceos.

#### Evolución

En cuanto al tratamiento, es importante ajustar el tratamiento de dolor basal, para evitar el abuso de la Medicación de rescate. En su receta electrónica se mantuvo la pauta diaria, se consensó con los médicos la no prescripción de fentanilo.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se actualizó el protocolo de la Junta de Andalucía, reformulando un circuito asistencial práctico para el manejo de estos pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

## “Doctora, mire cómo tengo la boca”

Sánchez Vico AB<sup>1</sup>, Castillo Herrera AM<sup>2</sup>, Lorenzo Illescas CM<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Federico del Castillo. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria- Atención domiciliaria y servicios urgencias.

**Motivos de consulta**

Varón, 67 años, visita domiciliaria por astenia intensa de dos semanas de evolución con hiporexia y aparición de mucositis oral.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* HTA, artritis reumatoide, prótesis total cadera izquierda, hipoacusia perceptiva bilateral.*Tratamiento:* metrotexate 15 mg/semana, ácido fólico 5 mg/semana, ómeprazol 20 mg/día, paracetamol 1 gr/8 h, indometacina 25 mg/12 h, prednisona 5 mg/día, olmesartan 40 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg/día.**Enfoque individual**

Anamnesis. No fiebre.

Control domiciliario TA: 110/70 mmHg, por lo que se suspendió tratamiento antihipertensivo y la administración programada de metrotexato. Se solicitó estudio analítico y se indicaron medidas generales. En la revisión posterior no había presentado mejoría y había dejado de ingerir tras aparición de ulcera dolorosa oral.

*Exploración física:* paciente consciente y orientado, palidez de piel y mucosas, afta en mucosa yugal. TA: 78/46 mmHg. Resto de exploración sin hallazgos de interés. Se trasladó al servicio de urgencias hospitalarias.*Pruebas complementarias:* analítica sanguínea: pancitopenia (leucocitos 1.660, neutrofilos 1.220 y linfocitos 340, hemoglobina 4.7 g/dl, plaquetas 17.000) e insuficiencia renal (creatinina 2.30 mg/dl, FG 30 ml/min). El frotis de sangre

periférica constató pancitopenia en probable contexto de tratamiento inmunosupresor.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente convivía con su esposa y cuidadora principal en un 5º piso sin ascensor. Vida camasillón.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Pancitopenia severa secundaria a la toma de metrotexato. Mucositis oral.

*Diagnóstico diferencial:* shock hipovolémico.**Tratamiento, planes de actuación**

Tras transfusión de 3 concentrados de hematíes y de plaquetas más perfusión de drogas vasoactivas, se ingresó en medicina interna.

**Evolución**

Presentó mejoría clínica y recuperación medular a los 7 días del ingreso. Tras normalización analítica y vuelta a su situación basal se remitió a domicilio para continuar cuidados y recuperación.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En pacientes en tratamiento con Metrotexato, la aparición de úlceras mucocutáneas debe alertar sobre la posible presencia de pancitopenia y de insuficiencia renal, aun cuando las dosis del fármaco sean bajas. La mucositis y las erosiones en mucosa son las manifestaciones más tempranas debido al alto recambio celular y en este caso fue el síntoma clave de sospecha de este cuadro. Desde la consulta del médico de familia es fundamental la necesidad de un estricto seguimiento de los pacientes en tratamiento con este fármaco siguiendo las recomendaciones actuales de las diferentes sociedades científicas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

**Disnea y algo más, síndrome de Marfan**Aguado Rivas R<sup>1</sup>, Ruíz Fernández RM<sup>2</sup>, Correa Gómez V<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Centro. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castell de Ferro. Granada<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Este. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias, medicina familia, hospital.

**Motivos de consulta**

Disnea.

**Historia clínica***Antecedentes familiares:* padres y hermanas sin interés para el caso, primo IAM con 50 años.*Antecedentes personales:* fumador de 10 cigarros/24 h, alcohol ocasional, no tratamiento habitual.**Enfoque individual**

Varón de 35 años acude por disnea paroxística nocturna que le impidió descanso, acompañado de palpitaciones, sin dolor torácico, fiebre o síntomas catarrales. Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, eupneico, no ingurgitación yugular, buena coloración y perfusión, tolera decúbito.

Auscultación cardiopulmonar rítmica, crepitantes bibasales, soplo en foco aórtico no irradiado a carótidas, pulsos femorales simétricos, tórax en quilla, exploración abdominal normal. TA 127/59, Sat O<sub>2</sub> 97%.

*Pruebas complementarias:* hemograma normal, destaca NTproBNP 16790, troponina 578. ECG: rS a 100 lpm, eje normal, PR 0'20. QRS 0'10, sobrecarga de VI. Rx tórax y ETT: cardiomegalia, ventrículo y aorta ascendente dilatados. Angio-TAC de aorta: aneurisma de 7,3 cm de aorta torácica ascendente, severa cardiomegalia global con derrame pleural bilateral.

**Enfoque familiar y comunitario**

Familia nuclear con parientes próximos, en etapa II del ciclo vital familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Aneurisma de aorta ascendente, insuficiencia aórtica severa secundaria a insuficiencia cardiaca y disfunción sistólica. Diagnóstico diferencial con síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar o neumotórax.

**Tratamiento, planes de actuación**

Resección de raíz aórtica y aorta ascendente e implante de tubo valvulado mecánico con reimplante de arterias coronarias. En actualidad en tratamiento con sintrom, ramipril, bisoprolol, espirolactona, dapagliflozina, simvastatina, ejercicio regular, dieta cardiosaludable, vacunación regular para gripe y neumococo.

**Evolución**

Exfumador desde la operación, en seguimiento por Atención Primaria, Cardiología, se detectó mutación en gen de Fibrilina1 asociada al desarrollo de síndrome Marfan; se ha realizado estudio familiar genético. No ha presentado nuevos episodios de dolor torácico, disnea, síncope ni palpitaciones.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Debido a su gravedad es importante realizar adecuado diagnóstico diferencial con otras causas de disnea y dolor torácico. Hay que conocer que en el 20% de los casos puede haber agregación familiar que precisa estudio genético. Los aneurismas aórticos casi nunca producen síntomas, al expandirse pueden producir dolor, presagiando ruptura; aumentando el riesgo en los aneurismas mayores de 5 cm.

**Palabras clave**

Aneurysm, Marfan síndrome, dyspnea.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

### ¿Es cosa de niños?

De Toro Torres E, Carmona García M, Cobos Cano O

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba

#### Ámbito del caso

Atención Primaria. Los datos clínicos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

#### Motivos de consulta

Varón de 42 años que consulta por cuadro de ansiedad.

#### Historia clínica

Presenta desde hace 1 mes cuadro de ansiedad con problemas de concentración en el trabajo. Una mayor exigencia laboral genera dificultad para poder realizar las tareas propias de su actividad. Cuenta con un puesto de responsabilidad. Esta situación actual le genera mucha angustia que empeora a consecuencia del insomnio que acompaña al cuadro clínico inicial, lo que conlleva una desestructuración personal que le está provocando una desestabilización importante. Solicita baja laboral, además de ayuda por nuestra parte.

#### Enfoque individual

Niega problemas familiares importantes excepto con uno de sus hijos, diagnosticado de Asperger y tiene buen apoyo familiar. No obstante acude sólo porque su mujer ya tiene bastante con su endometriosis. Se le solicita analítica y se le emplaza a consulta programada donde se detecta tras entrevista clínica la existencia de dificultad en las relaciones sociales. No tiene muchos amigos mostrando una actitud inflexible en la adaptación a los cambios de sus rutinas. Tiene buen rendimiento profesional, aunque refiere pobre autoestima con falta de seguridad en sí mismo

y sentimientos de incompreensión. No presenta rasgos obsesivos aunque sí tiene sintomatología depresiva leve asociada a un cuadro de ansiedad predominante. Se inicia tratamiento para trastorno de ansiedad generalizada con mala respuesta clínica. Ante la sospecha de Sdme de Asperger del adulto pedimos ayuda a compañeros de salud mental para corroborar diagnóstico.

#### Enfoque familiar y comunitario

Restablecer la normalidad laboral del paciente y de su entorno familiar en un entorno complejo por la enfermedad de su hijo.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de Asperger del adulto. Diagnóstico diferencial con trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad, depresión, trastorno de la personalidad esquizoide.

#### Tratamiento, planes de actuación

Terapia conductual y en la toma de conciencia por parte del paciente y de la familia de este trastorno del espectro autista.

#### Evolución

Tras terapia conductual el paciente mejoró de forma significativa. Precisa seguimientos periódicos en primaria.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La anamnesis detallada de pacientes con síntomas iniciales ansioso-depresivos puede esconder diagnósticos más complejos que requieren manejo específico.

# 30 SAMFyC

Congreso Andaluz  
de **Medicina Familiar  
y Comunitaria**

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

**30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones**



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**CASOS CLÍNICOS:**  
**MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA**

# Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**El ibuprofeno no sirve para todo**Espinosa Contreras FJ<sup>1</sup>, Marín Corencia C<sup>2</sup>, Pavón López FJ<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Síndrome constitucional; fracaso renal agudo; nefropatía por AINES.

**Motivos de consulta**

Astenia y edemas en miembros inferiores.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación a urgencias hospitalarias donde se transfunden 2 concentrados de hematíes y se realiza ingreso a cargo de Nefrología para completar estudio.

**Historia clínica**

Visita en consulta de medicina de familia.

**Evolución**

En planta de hospitalización de Nefrología se concluye en el diagnóstico de glomerulonefritis membranoproliferativa y se realiza colocación de catéter de diálisis peritoneal, con seguimiento posterior en consultas externas de Nefrología.

**Enfoque individual**

Paciente varón de 31 años sin antecedentes de interés, ni alergias medicamentosas conocidas, que acude a consulta de Atención Primaria tras cuadro de malestar generalizado, astenia y aparición de edemas en ambos miembros inferiores de 1 semana de evolución.

En la *anamnesis* se constata toma diaria de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) desde hace 1 mes y medio, pautados en varias visitas a urgencias por clínica compatible con faringitis.En la *exploración* se constatan unas cifras de tensión arterial dentro de la normalidad, así como una auscultación cardiorrespiratoria anodina y exploración de abdomen sin alteraciones de interés. Se objetivan edemas de miembros inferiores, sin fóvea.

Se realiza analítica completa encontrando anemia normocítica normocrómica (valores de hemoglobina en 6.4 g/dl) y alteración grave de la función renal (creatinina 8,89 mg/dl y filtrado glomerular 7 ml/minuto).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son fármacos muy utilizados en medicina, dentro de sus efectos podemos destacar sobre todo su importancia a la hora de aliviar el dolor y la inflamación. Son un grupo muy numeroso de Medicamentos, tanto en su composición como en su modo de actuar, pero todos ellos comparten su acción antiinflamatoria, analgésica y antitérmica. Dentro de sus efectos adversos debemos tener en cuenta problemas gastrointestinales (como sangrado, úlcera y malestar estomacal), alteraciones renales, presión arterial alta, problemas cardíacos, retención de líquidos, erupciones u otras reacciones alérgicas, entre otros. Se debe realizar un uso adecuado de los mismos teniendo en cuenta su potencial de acción pero también sus numerosos efectos adversos.

**Enfoque familiar y comunitario**Sin *antecedentes familiares*: de interés.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## Lo más común suele ser lo más frecuente

Pantoja De La Rosa L<sup>1</sup>, Leyva Conde MJ<sup>2</sup>, Valverde Morillas C<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente que acude a consulta por presentar lesiones cutáneas en extremidades y tronco de 1 2 semanas de evolución.

**Historia clínica**

Paciente mujer de 41 años con los siguientes antecedentes personales de interés: asma alérgica extrínseca, rinoconjuntivitis alérgica estacional y poliposis nasal, que acude a consulta por presentar lesiones eritematoescamosas, papulosas, que confluyen en placas en EESS (dorso de manos, antebrazos, codos), pecho, EEII (rodillas, piernas, pies). Asintomáticas. Niega fiebre u otra clínica concomitante.

**Enfoque individual**

Al interrogarla, la paciente refiere haber regresado de un viaje por Costa Rica hace 1 mes, comenta que acudió al Centro de Vacunación Internacional previamente y sólo le suministraron la vacuna de la Fiebre Tifoidea pues está correctamente vacunada de VHA y resto de vacunas recomendadas. Refiere que durante el viaje, no presentó patología aguda de ninguna índole. Niega igualmente picaduras o mordeduras de animales.

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente con buen entorno familiar, casada y con dos hijos y buena red de apoyo social. Niega ambiente epidemiológico familiar tampoco tenencia de animales domésticos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Lesiones eritematoescamosas a filiar.

*Diagnóstico diferencial:* descartar patología cutánea tropical importada vs Psoriasis guttata

**Tratamiento, planes de actuación**

Se solicitar una analítica con serologías infecciosas y reactantes de fase aguda: analítica: serología de VHB, VHC y VHA negativas. Serología para sífilis y VIH igualmente negativas. TG 325 mg/dl, colesterol total 215 mg/dl. Proteína C reactiva 1,2 mg/dl y velocidad de sedimentación glomerular 22 mm/h.

**Evolución**

En una segunda visita para recogida de resultados, se reinterroga a la paciente y comprobamos que acudió al SUAP días previos a nuestra primera consulta, por amigdalitis pultácea que trataron con amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante una semana y paracetamol, refiere que no se le hizo test de antígenos para *Streptococo*. Ante esta revelación y la persistencia de las lesiones, decidimos tratarlas como si se tratase de una psoriasis guttata dado el antecedente, para lo que pautamos clobetasol 0,5 mg/g en crema a aplicar en días alternos sobre las lesiones y revisión en 1 mes. Cuando acude, persisten algunas lesiones activas pero la mayoría son máculas pigmentadas (residuales).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En ocasiones en consulta ante datos exóticos, tratamos de buscar etiologías raras de patologías que son poco frecuentes y ante este dato, la anamnesis se centra en averiguar más al respecto, ignorando otras posibles agentes causantes del cuadro que presenta el paciente, por lo que siempre hay que seguir investigando antes de orientar el cuadro hacia una patología poco común, ahorrando en muchos casos pruebas complementarias y tratamiento innecesarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Edema palpebral y fiebre en paciente joven

Aguilera Ortiz CR, Martínez Núñez P, Pantoja De La Rosa L

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

#### Ámbito del caso

Primer contacto SUAP y seguimiento en Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Fiebre y malestar general.

#### Historia clínica

Paciente de 18 años que acude a SUAP por cuadro de febrícula desde hace diez días acompañada de malestar general junto con edema palpebral bilateral.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* dermatitis atópica.

*Anamnesis:* cuadro de febrícula de predominio vespertino desde hace unos diez días acompañado de malestar general que ha ido mejorando progresivamente, sin llegar a remitir. En la anamnesis dirigida destaca es la existencia de vómitos en relación a la toma de anticonceptivos.

*Exploración física:* buen estado general. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin alteraciones.

*Exploración ocular:* edema parpebral bilateral, con leve prurito. No hiperemia conjuntival, incremento de secreción ni lagrimeo. Fotofobia leve.

*Exploración ORL:* faringe de coloración normal sin exudados ni hipertrofia amigdalara. Presencia de adenopatía occipital dolorosa a la palpación, no adherida.

*Pruebas complementarias.* Analítica: elevación de transaminasas (GOT: 163 GPT: 240). Leucocitos 18240 con 14.4% de neutrófilos y un 69.2% de linfocitos (en frotis presentaban un aspecto estimulado). Serología: IgM positiva de CMV y VEB. Sistemático de orina: sin alteraciones.

#### Enfoque familiar y comunitario

Los adultos jóvenes suelen venir a consulta acompañados por sus padres, como era el caso de nuestra paciente, por tanto, en ocasiones debemos prestar importancia también a las preocupaciones de los mismos para abordar al paciente de manera más integral y satisfactoria.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Edema palpebral en contexto de cuadro de mononucleosis.

*Diagnóstico diferencial:* viriasis. Cuadro linfoproliferativo. Síndrome mononucleósido. Conjuntivitis vírica.

#### Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento sintomático: paracetamol 650 mg/8 horas e ibuprofeno 600 mg/12 horas. Seguimiento con analítica de control en un mes.

#### Evolución

Remisión clínica en dos semanas. Disminución de transaminasas en analítica de control. Linfocitos dentro de la normalidad sin alteraciones en el frotis.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Los síndromes mononucleósidos son cuadros muy frecuentes en nuestro medio, que a veces olvidamos, y, por tanto, pueden pasar desapercibidos. Además, se pueden manifestar de maneras muy atípicas (en este caso febrícula junto con edema palpebral). En conclusión, ante todo paciente adolescente o adulto joven que consulte por cuadro de febrícula y malestar persistente es importante la solicitud de una analítica básica con hemograma, perfil hepático y renal junto con serologías víricas (VIH, VEB, CMV y VHS).



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Ojo que no ve... Ecografía que resuelve**Pastrana Gallego EJ<sup>1</sup>, Hernández Lopez A<sup>1</sup>, Reynoso De Oleo P<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Cañada Rosal. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Pérdida de visión monocular.

**Historia clínica**

Gran mosca y disminución agudeza visual "como a través de un velo" de 2-3 días de evolución.

**Enfoque individual**

Mujer de 63 años.

*Antecedentes personales:* trastorno depresivo. Urticaria crónica. Glucemia basal alterada.

Consulta por gran mosca y pérdida de visión de ojo izquierdo. Niega traumatismo ocular, prurito, sensación cuerpo extraño u otra sintomatología.

Exploración por sistemas sin hallazgos, exploración párpados, córnea y conjuntiva sin hallazgos.

Ecografía ocular en consulta: membranas ecogénicas de forma ondulada que modifican su ubicación con los movimientos oculares (algas balanceándose). No se detecta flujo con Doppler.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casada. Estudios primarios.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Desprendimiento vítreo posterior.

*Diagnóstico diferencial:* hemovítreo, desprendimiento de retina, tumor ocular, degeneración vítrea.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se remite a oftalmología que indica: AV sin corrección 1 bilateral. OI: cornea transparente, fáquica, Tyndall negativo. Retina aplicada 4 cuadrantes. No desgarros ni lesiones predisponentes. No se indica tratamiento.

**Evolución**

Adecuada. Con recuperación progresiva de agudeza visual al cabo de varias semanas.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La ecografía clínica es una herramienta que complementa a la anamnesis y a la exploración física, lo que facilita y agiliza la toma de decisiones en cualquier entorno de atención médica. El médico de familia es el especialista que más se puede beneficiar del empleo de la ecografía porque debe ser competente en todos los terrenos de la enfermedad. El estudio mediante ecografía, por su fiabilidad, seguridad, reproducibilidad y bajo coste debe estar accesible para su empleo en Atención Primaria, tanto en el ámbito de la atención normal como la urgente. Esta técnica, aplicada en escenarios concretos y con una sistemática de estudio definida, confirma o descarta enfermedades, lo que orienta el diagnóstico con elevada fiabilidad, así como sustenta de modo eficaz la conducta del profesional.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**El páncreas: cuando la glándula se vuelve mortal**

Mohamed Sánchez S, Monís Álvarez S, Gordillo Resina L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

**Ámbito del caso**

Acude a consulta de Atención Primaria una mujer de 57 años.

**Motivos de consulta**

Refiere dolor en zona de región dorsolumbar derecha de 4 meses de evolución que se intensifica más en reposo e irradia a zona epigástrica. Niega caída o traumatismo. No náuseas, no vómitos. Diarrea de aparición diaria de un mes sin productos patológicos. Pérdida de 4 kilos en las últimas 3 semanas. No astenia ni falta de apetito. No clínica miccional. Afebril.

**Historia clínica**

Ante el motivo de consulta, procedemos a revisar la historia clínica de la paciente, donde se recogen varias radiografías de columna dorsolumbar con signos degenerativos (última hace un mes) y una analítica de sangre anodina con sangre oculta en heces negativa.

**Enfoque individual**

NAMC. Hábitos tóxicos: fumadora de 15 cigarros al día desde hace 20 años. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Menopausia a los 47 años. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, hernia de hiato, ligadura de trompas.

*Antecedentes familiares:* madre con cáncer de colon, padre con cáncer de pulmón.

*Exploración:* consciente, orientada, colaboradora, regular estado general. Normohidratada y normoperfundida. ACP rítmica sin soplos, MVC. Abdomen blando, depresible, no doloroso a palpación, sin masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. No dolor en

musculatura paravertebral de columna ni costal.

Analítica sanguínea a destacar: ALT 88, GGT 59, FA 165 CEA 29, CA19.9 6867.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su marido. Dos hijos sanos. Buen apoyo familiar y socioeconómico.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

La pérdida de peso junto con la elevación de marcador tumoral pancreático en la analítica nos hizo sospechar una posible neoplasia pancreática. No obstante, la paciente solo aquejaba como síntoma principal al inicio de la enfermedad el dolor costal dorsolumbar.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación preferente a Digestivo. Se solicita Colonoscopia donde solo se aprecian hemorroides internas grado III. TC Abdomen que concluye neoplasia de cabeza-proceso uncinado de páncreas con metástasis hepáticas.

**Evolución**

Ante los hallazgos del TC es seguida en consultas oncológicas para establecer estrategia terapéutica adecuada. Se procederá a biopsiar la lesión.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La pérdida de peso y el dolor son muy prevalentes y contribuyen a una baja tolerancia terapéutica, reducción de la calidad de vida y mortalidad.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## “Cuando una ITU no es lo que parece”

Molino Hernández MM, Martínez Álvarez M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Síntomas del tracto urinario inferior de repetición.

**Historia clínica**

Sin antecedentes de interés. Tratamiento domiciliario: ACHO.

**Enfoque individual**

Paciente mujer de 23 años, acude por tercera vez a nuestra consulta por presentar síntomas del tracto urinario inferior (STUI), referidos como disuria, tenesmo y polaquiuria. En la primera visita, tras realizar tira de orina positiva a Nitritos ++, Leucocitos +++ y Hematíes +++, se pautó tratamiento con fosfomicina.

A las dos semanas volvió a acudir por no mejoría de los síntomas. Se realiza tira de orina con resultado negativo, y se decide tratamiento con Cefuroxima, además de realizar urocultivo de control, con resultado negativo.

A las tres semanas, vuelve a acudir, por clínica de ya un mes de evolución, que no mejora con los diferentes tratamientos antibióticos pautados. Se piensa en la posibilidad de la existencia de una infección de transmisión sexual (ITS), al comentar relación sexual sin protección dos meses antes, por lo que se realizan cultivo y PCR endocervical y cultivo vaginal, y serologías de virus, siendo positivo a *Chlamydia Trachomatis*.

Afebril. Abdominal: blando y depresible, doloroso a la palpación de hipogastrio y levemente irradiado a fosa iliaca izquierda. Especuloscopia: genitales externos sin

alteraciones, cérvix normal. Tacto bimanual: no dolor a la movilización del cérvix.

**Pruebas complementarias:** analítica sanguínea: bioquímica y hemograma sin alteraciones. PCR 2. Serologías para VIH, VHB y sífilis negativas. Cultivo y PCR endocervical: positiva a *Chlamydia Trachomatis*.

**Enfoque familiar y comunitario**

En las dos primeras visitas a nuestra consulta, la paciente vino acompañada por su madre, lo cual no permitió un ambiente de confianza. Fue en la tercera visita, cuando la paciente acudió sola, cuando comentó este dato tan fundamental para el diagnóstico.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

ITS por *Chlamydia Trachomatis*.

**Diagnóstico diferencial:** ITU, ITS, problema ginecológico.

**Identificación de problemas:** saber orientar la entrevista para poder identificar el diagnóstico.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se pautó ceftriaxona y doxiciclina.

Se realizó búsqueda activa de contactos sexuales de los últimos meses.

**Evolución**

Tras el tratamiento, la paciente quedó asintomática.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Las infecciones de transmisión sexual deben de tenerse en cuenta en casos de STUI. Estos síndromes pueden manifestarse a nivel uretral como disuria, polaquiuria, y dolor en la uretral, aunque no es frecuente en mujeres. Es importante hacer una adecuada valoración del riesgo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Arteritis de Horton**García Lepe CL<sup>1</sup>, Parals Suñé N<sup>2</sup>, Gonzales Giménez X<sup>3</sup><sup>1</sup> ABS La Bisbal de L'emporda. Hospital de Palamos (SSIBE)<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Bisbal D'emporda (SSIBE)<sup>3</sup> FEA en Reumatología. Hospital de Palamós (SSIBE)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Mujer de 84 años consulta por cefalea de predominio frontal y temporal de varios días/semanas de evolución. Además refiere presentar ánimo decaído acompañado de pérdida de peso y de AVD tras el fallecimiento reciente de su marido.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* hipercolesterolemia. DM II. Síndrome depresivo-ansioso. HTA. Fibromialgia.

**Enfoque individual**

Varias consultas por empeoramiento clínico y emocional a pesar de tratamiento. Describe cefalea bitemporal durante todo el día sin interferir con el sueño, claudicación mandibular, pérdida AV sin diplopía, no amaurosis fugax. De forma concomitante síndrome tóxico con pérdida de peso (12 kg aprox).

Análítica de sangre: destaca VSG: 97.00 mm. RX columna cervical: artrosis columna cervical + pinzamiento C5-C6. Sospecha de arteritis de la temporal se inicia tratamiento con prednisona 30 mg/24 horas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Psiquiatra: trastorno adaptativo adecuado.

Oftalmología: cataratas corticonucleares bilaterales.

Reumatología: sospecha clínica de ACG por cefalea + síndrome tóxico + VSG 96 + respuesta a prednisona.

*Exploración física:* pulso débil a ambas arterias temporales, no aumento de grosor ni hiperalgesia.

Análítica de sangre: VSG 50 (previa 97) PCR 52.2; FR, ACPA i ANA negatius. PET/TC: compatible con la sospecha clínica de arteritis de gran vaso, posiblemente infravalorado desde el punto de vista metabólico por la interferencia con corticoides.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Orientación diagnóstica: arteritis de Horton.

**Tratamiento, planes de actuación**

Confirmación diagnóstico tras respuesta completa a prednisona + PET/TC.

Tratamiento: prednisona 30 mg/día durante un mes (no mg/kg por hiperglucemias simples). Methotrexate 7.5 mg/s + Acolol 5 mg/s como estabilizador de corticoides.

**Evolución**

Seguimiento por Reumatología. Estabilidad clínica con descenso de RFA. Stop Prednisona. Metotrexate semanal.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Considero un caso de interés en el ámbito de la Atención Primaria ya que engloba varios motivos frecuentes en el día a día de nuestra práctica clínica. Debemos tener una visión global y un abordaje interdisciplinar para poder ofrecer la mejor calidad de vida a nuestros pacientes sin menospreciar ni minimizar sus dolencias. Aunque la relación entre la A. de Horton y los síntomas depresivos no están completamente establecidas, se ha observado que personas que sufren la enfermedad pueden experimentar síntomas de depresión y efectos en la calidad de vida.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Paciente con 20 fármacos prescritos, ¿qué hacemos?**Enamorado Varela MA<sup>1</sup>, Martín Sánchez C<sup>1</sup>, Manzanares Olivares L<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Seguimiento clínico (multimorbilidad y polimedicación).

**Historia clínica**

*Anamnesis:* varón de 86 años, pluripatológico y polimedicado, que acude para seguimiento clínico. Refiere que se encuentra bien, no ha tenido ingresos en el último año. Sale a pasear y se tiene que parar a descansar cada 10 min. Descansa bien, aunque duerme con dos almohadas y se levanta al baño 3-4 veces durante la noche. Está cansado de tomar tantas pastillas al día, no sabe si las toma bien y no sabe para qué son cada una.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* enfermedad renal crónica G4A2, púrpura Schönlein-Henoch/Vasculitis leucocitoclástica, fibrilación auricular permanente, insuficiencia cardiaca congestiva, DM2, hipotiroidismo primario, HTA, depresión, hiperuricemia asintomática, úlcera antral de probable origen medicamentoso y lumbociática crónica.

*Exploración:* TA: 135/75 mmHg, FC: 70 lpm, Sat O<sub>2</sub>: 98%. ACR: arrítmica, sin soplos ni extratonos. MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. ABD: anodino. MMII: leve edema +, sin signos TVP.

*Pruebas complementarias:* tasa de filtración glomerular 20 ml/min, glucosa basal 130, Hb1Ac 6,1%. BNP 750 pg/ml (2020), 300 pg/ml (2023); FEVI: 41% (2020), 39% (2023).

Urato 5,7 mg/dl. Barthel 90 (dependencia leve).

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente IABVD, que vive junto a su mujer. Ambos están jubilados. Tiene tres hijos, pero solo uno de ellos vive en Granada. Tienen buen apoyo por parte de este hijo, que es quien le prepara los pastilleros para toda la semana.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Polimedicación y iatrogenia.

**Tratamiento, planes de actuación**

Realizamos revisión completa de la Medicación, establecemos plan terapéutico individualizado y consensuamos con el paciente el nuevo régimen terapéutico.

**Evolución**

Clínicamente estable, mantiene buenos controles analíticos y muy contento por haber simplificado su tratamiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Realizar una revisión de la medicación centrada en la persona ha de ser una prioridad (persona-problema de salud-medicamento-plan terapéutico). Se ha de valorar el diagnóstico situacional, los objetivos asistenciales y la necesidad, efectividad, adecuación y seguridad de cada uno de los fármacos. La labor de los farmacéuticos y su trabajo mano a mano con el médico de familia son esenciales para el buen manejo de los pacientes.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora me duele la espalda y no puedo subir escaleras...**García Serrano AE<sup>1</sup>, Expósito Martínez C<sup>1</sup>, Rodríguez Martínez E<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lumbalgia.

**Historia clínica**

Varón 41 años, sin antecedentes de interés.

*Anamnesis:* paciente acude por lumbalgia de meses de evolución que no cede a tratamiento. Mejora parcial con antiinflamatorios y fisioterapia. Ocasionalmente, el dolor le despierta por las noches. Hace un mes, mientras subía unas escaleras de manera súbita notó pérdida del tono muscular en MID, desde entonces ha ido notando mayor debilidad en MID y en últimos días también en MII. Además se ha ido añadiendo pérdida de sensibilidad y mayor rigidez muscular que le dificulta la flexo-extensión del pie derecho; lo que en alguna ocasión ha llegado a ocasionar caídas.

*Exploración:* BEG, COC, PC normales. Mantiene MMSS contra gravedad. Balance muscular en MMSS 5/5 en todos los grupos musculares. ROT +++++/+++++ en MMSS. Balance muscular en MMII: ileopsoas 3/5, cuádriceps 4/5, isquiotibiales 4/5, tibial anterior 2/5, tibial posterior 1/4, peroneos 1/4+, psleo y gemelos 2/5. ROT +++++/+++++ con respuesta clonoide, más evidente en MID. RCP extensor bilateral. Marcada espasticidad en MID que imposibilita la flexo-extensión de la rodilla de manera pasiva; menor espasticidad en MID. Reflejos cutaneo-abdominales derechos exaltados. Sistema sensitivo: hipostesia termoalgésica e hipopalestesia en MID. Marcha paretoespástica con mayor componente parético y espástico en MID. No pérdida del control de esfínteres. No acorchamiento en región perineal.

Tras anamnesis y exploración completa se procede a derivación a Urgencias de Hospital de Referencia para ampliación de estudio y valoración de actuación urgente.

Análítica: valores en rango normalidad. RM columna lumbar: lesiones osteoblástica, sugerentes de metástasis. Colonoscopia: múltiples lesiones ulceradas y pólipos adenomatosos. Anatomía patológica: adenocarcinoma de colon.

Juicio clínico: ca de colon metastásico.

**Enfoque individual**

Trabaja en residencia de ancianos de auxiliar de enfermería.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado, padre de 3 hijos adolescentes. Mujer, ama de casa.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Lumbalgia con signos de alarma.

Metástasis lumbar de Carcinoma de colon.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tras confirmación de diagnóstico, se cita a paciente preferente para cirugía.

**Evolución**

Finalmente el paciente, tiene una evolución tórpida y termina falleciendo al mes del diagnóstico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Importancia de una buena práctica clínica, con una buena anamnesis y exploración. A nuestras consultas llegan pacientes con patologías que puede necesitar actuaciones urgente y debemos de saber identificarlas para no retrasar un tratamiento urgente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Más allá de un simple dolor de espalda**Ibáñez Cara A<sup>1</sup>, Cruz López F<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Baja laboral por dolor lumbar.

**Historia clínica**

Paciente de 59 años, desplazado de otra comunidad del que no disponemos de historia clínica. Niega cualquier antecedente médico exceptuando apendicetomía. Es fumador de un paquete diario y bebedor de tres unidades de alcohol diarias, trabaja de administrativo y no realiza ejercicio de forma habitual.

**Enfoque individual**

Solicita baja laboral por lumbalgia. Describe dolor lumbar de 3 meses de evolución continuo tanto en reposo como en movimiento que impide el descanso nocturno con empeoramiento rápidamente progresivo que le limita para realizar su actividad habitual. No asocia rigidez, inflamación articular ni irradiación a miembros inferiores. Niega traumatismo o sobreesfuerzo previos. En la anamnesis dirigida indica pérdida de peso no cuantificada y síntomas abdominales inespecíficos.

A la exploración presenta tensión arterial elevada. Dolor en segunda y tercera apófisis lumbares. Solicitamos analítica sanguínea completa, sistemático de orina, radiografías de columna y citamos para revisión en una semana.

En la analítica sanguínea presenta hipercolesterolemia y alteración del perfil hepático además de antígeno prostático cuadruplicando niveles límite de laboratorio. El

sistemático de orina muestra hematuria y proteinuria. En la radiografía se observa fractura de tercera vértebra lumbar. Pasamos cuestionario de puntuación internacional de síntomas protáticos (IPSS) dando un valor de síntomas graves, a pesar de ello el paciente se mostraba satisfecho con su forma de orinar.

**Enfoque familiar y comunitario**

Aplicamos protocolo de cribado de cáncer de próstata.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha de cáncer de próstata metastásico.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dados los hallazgos y la sospecha clínica se derivan al paciente de forma preferente a Urología para estudio y a Traumatología para valoración de fractura vertebral. Además damos baja laboral y comenzamos con analgesia de segundo escalón.

**Evolución**

El paciente recibió tratamiento y está ahora en revisiones.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En pacientes nuevos en el cupo y en aquellos de los que no disponemos de historia previa es importante realizar una anamnesis por órganos y aparatos completa. Además cuando la información proporcionada por el paciente es escasa o muy inespecífica hacer uso de herramientas de soporte como escalas o cuestionarios que ayudan a objetivar y orientar los síntomas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Síndrome de Brugada en paciente febril**

Simón Giménez T, Vicente Martínez MF

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Huércal Overa. Almería

**Ámbito del caso**

Urgencias de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Fiebre y malestar general.

**Historia clínica**

Varón de 37 años que acude al SUAP refiriendo cuadro de astenia y cansancio, acompañado de fiebre de 38ª de 24 h de evolución. Así mismo refiere cuadro de disconfort en región centro torácico, que describe como dolor de tipo pinchazo de escasos segundos de duración que se ha repetido en varias ocasiones a lo largo del día. No ha presentado clínica de disnea, ni mareo. No refiere clínica respiratoria actual, ni cuadro previo respiratorio, no clínica digestiva ni urinaria.

No tiene antecedentes personales de interés. No fumador. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración por órganos y aparatos normal con buen estado general. Eupneico. Tª: 38.2ª, TA: 120/80 Sat: 97% FC: 80 lpm.

ECG; ritmo sinusal a 80 latidos/minuto con imagen de bloqueo de rama derecha con elevación de st 2.5 mm e inversión de onda t de v1a v3.

El paciente fue derivado a Urgencias hospitalarias previa infusión de paracetamol 1 gr iv. y posible diagnóstico de Pericarditis/miocarditis

En urgencias el paciente presentaba T: 37º, se le realizaron pruebas complementarias donde se descartó patología cardiológica aguda.

**Enfoque individual**

En día posterior realizamos interconsulta virtual con Cardiología sobre hallazgos de ECG,

se confirma posible Sd. Brugada tipo I desencadenado por fiebre. Derivamos a Cardiología con confirmación diagnóstica.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se estudia a hija y estudio retrospectivo sobre antecedentes familiares.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* Sd. de Brugada tipo I desencadenado por cuadro febril.

*Diagnóstico diferencial:* bloqueo de rama derecha no diagnosticado previamente, pericarditis y/o miocarditis, e Infarto agudo de miocardio.

**Tratamiento, planes de actuación**

El tratamiento fue control de temperatura mediante antitérmicos. El tratamiento definitivo es colocación de DAI.

**Evolución**

El paciente evolucionó favorablemente tras control de Tª. Actualmente asintomático.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El Sd. de Brugada es una entidad a tener en cuenta en AP por la su especial relevancia y posibilidad de Muerte súbita en personas jóvenes, a priori, asintomáticas. La comunicación virtual entre los Ámbitos de AP y AH demuestra que disminuye tiempos de espera en diagnósticos y por ende mejoran la resolución de los procesos, con alta satisfacción entre profesiones y pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Doctora, que casi se me olvida, tengo un bulto en el pecho

Moya Ríos S, De la Vega Carranza P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Dolor de uña y pies, solicitud de analítica y tumoración en mama derecha.

#### Historia clínica

Mujer de 56 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Histerectomizada por útero miomatoso. Sin otros antecedentes de interés.

#### Enfoque individual

Acudía por varios motivos de consulta, siendo el último de estos, porque se había palpado una tumoración en mama derecha mientras se autoexploraba hacía unos meses.

A la exploración no había lesiones dérmicas, sin asimetrías evidentes, no alteración del pezón, a la palpación se objetivaba nódulo de unos 4 cm en cuadrante inferoexterno de consistencia dura, móvil y no adherido a planos profundos en mama derecha. No se detectaron adenopatías.

Unos meses antes, tenía la mamografía de cribado pero no había ido por cambio de domicilio y no haber recibido citación.

#### Enfoque familiar y comunitario

No *antecedentes familiares* de cáncer de mama. Divorciada desde hacía unos años, aunque con buena relación.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumoración mama de benigna versus maligna. Cáncer de mama.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se solicitó mamografía de forma preferente, reclamando la cita del cribado, a la mayor brevedad.

#### Evolución

Se realizó además ecografía solicitada por radiología objetivándose nódulo irregular de 25 mm en cuadrante superoexterno muy sospechoso de BIRADS 5, asociado a ganglios de aspecto patológico. A los días se realizó toma de biopsia con resultado de cáncer ductal infiltrante grado histológico 3 con infiltración linfovascular. En comité, se decidió estudio de extensión y derivación a oncología médica. En TAC de abdomen se objetivaron lesiones ocupantes de espacio sugestivas de lesiones metastásicas. Pendiente de otras pruebas complementarias y de oncología médica para decidir abordaje.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La paciente acudía por varios motivos de consulta, siendo el último comentado el más importante, por lo que, por un lado, hay que recordar que, a veces, bajo nuestro criterio, la consulta más prioritaria no debe de coincidir con el de la paciente. Por otro lado, es esencial el abordaje rápido y eficaz de este tipo de lesiones para poder atenderlos a la mayor brevedad posible. Se ha obtenido la autorización explícita de la paciente para que su caso clínico sea publicado cumpliéndose la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, el dolor de cabeza no me deja trabajar**De la Vega Carranza P<sup>1</sup>, Moya Ríos S<sup>1</sup>, García Ramírez CE<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor de cabeza.

**Historia clínica**

Independiente para ABVD. Activo laboralmente (carpintero). Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* exfumador desde 20 años (20 cig/día). Dislipemia, manejo higienicodietético sin tratamiento farmacológico.

*Anamnesis:* varón, 62 años, acude por cefalea punzante en sien derecha desde hace dos días, no le deja trabajar.

Exploración neurológica sin focalidad. TA 200/100.

**Enfoque familiar y comunitario**

Convive con esposa, su gran apoyo, siempre lo acompaña en la consulta. Tienen un hijo de 25 años independizado.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* HTA y cefalea a filiar.

*Diagnóstico diferencial:* migraña, cefalea trigeminoautonómica (cefalea en racimos o de Horton VS cefalea hemicránea paroxística).

**Tratamiento, planes de actuación**

Iniciamos losartán 25 mg/24 h, realizar AMPA domiciliario (comprobar adherencia y respuesta al tratamiento) y un calendario de cefaleas para autoregistro de nuevos episodios,

características, localización, etc, y revisión en dos semanas.

**Evolución**

Mejoría de episodios de cefalea, ahora consulta por ojo rojo derecho y lagrimeo. Sospecha de conjuntivitis (ocupación de carpintero): iniciamos colirio antibiótico y revisión posterior. Acude de no demorable por visión doble, persistencia de enrojecimiento y lagrimeo. Derivamos urgente a Oftalmología: detectan hipertensión ocular y limitación de movimiento ocular en abducción y exoftalmos. En el fondo de ojo: hiperemia marcada, dilatación y tortuosidad vascular. Sospechan fístula carotido-cavernosa. Solicitan Tc craneal con contraste IV y Angio Tc. Los hallazgos fueron descritos como normales y el paciente fue dado de alta. Comienza con clínica en el ojo izquierdo, derivamos y se ingresa para estudio: rM de cráneo y órbitas confirman presencia de fístula carotido-cavernosa bilateral. En Neurocirugía es intervenido con éxito. Seguimiento en nuestra consulta con mejoría, pudiendo volver a su trabajo y vida normal.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Debemos tener en cuenta factores de riesgo que puedan generar y explicar la patología por la que se consulta (en este caso el hecho de haber sido fumador hace años o su puesto laboral como carpintero nos hicieron pensar en un cuadro de cefalea por HTA o epiescleritis por la exposición laboral antes que en una malformación arteriovenosa). Durante todo el proceso lo que siempre debe permanecer inmutable es el acompañamiento de nuestro paciente.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La ansiedad y sus causas. Mirar más allá de lo que se ve**Ferrer Haba M<sup>1</sup>, Sánchez Pelaz L<sup>2</sup>, Casillas Moreno AI<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo las Beatas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla**Ámbito del caso**

Salud mental.

**Motivos de consulta**

Paciente mujer de 41 años que consulta por crisis de cervicalgia que asocia vértigo y síntomas ansiosos.

**Historia clínica**

Paciente mujer de 41 años que consulta en septiembre de 2023 por crisis de cervicalgia que asocia vértigo y síntomas ansiosos. Refiere antecedentes de episodios similares, que ha tratado con analgésicos y relajantes musculares con mejoría de la clínica. Se pauta Medicación para control de los síntomas.

Reconsulta nuevamente transcurrido un mes por persistencia de la sensación de mareo y la sintomatología ansiosa. Se inicia tratamiento con citalopram, que suspende transcurrida una semana por molestias gastrointestinales. Se inicia también tratamiento con lorazepam como ansiolítico, que sí emplea. Los síntomas de ansiedad y angustia se exacerban cuando sale del domicilio (crisis de vértigo y sensación disneica). La paciente empieza a desarrollar conductas de evitación, generándose un aislamiento domiciliario y una limitación de la actividad diaria. Se realiza derivación a Salud Mental en diciembre.

**Enfoque individual**

Atendida en la consulta de Salud Mental en febrero, se explora inicio de la sintomatología

en septiembre. La paciente refiere encontrarse en esa fecha cursando Educación Secundaria para Adultos (ESA).

**Enfoque familiar y comunitario**

Al mismo tiempo, refiere diagnóstico en su hija de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), con empeoramiento de los síntomas de la paciente en relación a este diagnóstico.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Trastorno por ansiedad generalizada.

**Tratamiento, planes de actuación**

Inicio de vortioxetina desde salud mental. Se explican los síntomas de adaptación de la Medicación. Se incide en la importancia del manejo a nivel familiar del diagnóstico de TCA de su hija.

**Evolución**

Continúa en tratamiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es importante explorar las situaciones desencadenantes en todos los cuadros con sintomatología de salud mental para poder realizar un correcto abordaje de la problemática que presenta el paciente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor, no me encuentro bien**Mohamed Aisa L<sup>1</sup>, Benain Avila JA<sup>2</sup>, Najari Mohamed H<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Melilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Melilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Disnea.

**Historia clínica**

Varón de 77 años que acude a consulta por empeoramiento de su disnea habitual en los últimos tres días y dolor en hemitórax derecho. Refiere que inhaló humo tras presenciar un incendio en su domicilio. Además, varios días antes del incendio, sufrió una caída accidental sobre la región costal derecha. Niega otra sintomatología acompañante.

**Enfoque individual**

Revisando sus antecedentes personales destaca la presencia enfisema pulmonar paraseptal, estadio III, exfumador y etilismo crónico.

Durante la consulta, mantiene saturación en torno a 95-96% acompañado de una frecuencia cardíaca en torno a 100-110 lpm, resto de constantes normales. Presenta leve trabajo respiratorio en sedestación. Leve dolor a la palpación de la musculatura intercostal lateral derecha, sin otros hallazgos relevantes. La auscultación impresiona de hipofonesis en todo campo pulmonar derecho. Se sospecha un neumotórax dado los antecedentes.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado con buen soporte familiar. Independiente para los ABVD Y AIVD. Nivel socioeconómico medio.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Neumotórax derecho secundario sin compromiso hemodinámico.

*Diagnóstico diferencial:* EPOC reagudizado, TEP, cáncer pulmonar.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se derivó a urgencias donde se confirma el diagnóstico, se colocó un tubo de drenaje y permaneció hospitalizado durante 10 días con resolución completa del cuadro.

**Evolución**

Realizamos un seguimiento estrecho desde Atención Primaria de forma conjunta con enfermería. Acudió tras tres semanas del alta para revisión y nos comenta que mejoró tras el alta pero que persistía la disnea de esfuerzo sobre todo en los últimos días. Presentaba una auscultación compatible con recidiva de neumotórax aunque hemodinámicamente estable. Lo derivamos de nuevo a urgencias donde se diagnosticó una recidiva y fue necesario colocar un tubo de drenaje.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es necesario conocer los factores de riesgo que puedan conllevar a la sospecha de esta patología puesto que la combinación del enfisema pulmonar, el evento traumático previo y la inhalación de humos tóxicos han podido contribuir a su aparición. La atención temprana y estrecha con nuestro paciente nos ha permitido valorar y alertar ante la presencia de cualquier complicación durante el proceso. Ese trato longitudinal y cercano consigue que nuestros pacientes presenten una mayor calidad de vida y disminución de factores de riesgo previsible.

**Palabras clave**

Disnea, neumotórax, EPOC.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Llevo con dolor de caderas varios meses y ya no puedo caminar**Casillas Moreno AI<sup>1</sup>, Martínez Ruiz JM<sup>2</sup>, Arias Talavera I<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Coxalgia bilateral.

**Historia clínica**

Paciente de 62 años que acude por coxalgia bilateral y empeoramiento desde noviembre. Fue intervenido de artrodesis lumbar en Julio de 2021 por estenosis de canal, por lo que ha estado en rehabilitación hasta principios de 2023. Sin embargo, refiere progresión de la debilidad en miembros inferiores (MMII) que le limita la deambulación, acompañado de dolor tipo calambre, contracturas y rigidez. También refiere pérdida de peso y masa muscular desde entonces, así como dificultades al iniciar la micción, con urgencia miccional sin escapes y nocturia.

A la exploración, impresiona el aspecto de fragilidad del paciente. En MMII presenta exaltación del reflejo cutáneo-plantar bilateral y balance muscular limitado. En la última resonancia (RMN) de 2023, se apreciaban hernias discales cervicales con posible mielopatía compresiva. Ante el estado del paciente y la progresión del cuadro en los últimos meses, derivamos a Urgencias Hospitalarias. Allí, tras valoración por neurología y realización de pruebas de imagen donde se apreciaron nuevas lesiones, se cursó el ingreso por tratarse de un cuadro compatible con enfermedad desmielinizante primaria del Sistema Nervioso Central (SNC).

**Enfoque individual**

Paciente independiente, actualmente jubilado y divorciado, vive solo.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente presentaba dificultad para desplazarse solo al centro de salud.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Síndrome constitucional, sospecha de enfermedad desmielinizante del SNC progresiva.

**Tratamiento, planes de actuación**

Durante su ingreso recibió bolos de corticoides durante 3 días y analgesia para el dolor neuropático de MMII con mejoría parcial de síntomas.

**Evolución**

Tras el ingreso, el paciente fue derivado para valoración por servicios sociales para gestionar su situación actual y a Neurología y Rehabilitación para seguimiento en consultas.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Durante este proceso, el paciente había tenido consultas telefónicas con su médico para renovación de tratamiento, sin visitas presenciales. El caso pretende recalcar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración de los pacientes aunque no sea presencial, así como evitar perjuicios derivados de los motivos de consulta, pues en numerosas ocasiones no reflejan el principal problema. Sería interesante también plantear realizar estudios acerca de la gravedad de los pacientes que consultan de forma presencial o telefónica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, me duele el hombro, ¿será porque tengo un corazón muy grande?**

Medina Zuheros T, Molino Hernández MM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Omalgia izquierda.

**Historia clínica**

Paciente de 40 años que acude a consulta del centro de salud refiriendo omalgia izquierda de tiempo de evolución que no asocia a ningún traumatismo por lo que se realiza radiografía de ese hombro y, a raíz de ella, a parte de la artrosis del hombro izquierdo, se descubre una cardiomegalia. Se realiza teleconsulta con cardiología que continúa con el estudio correspondiente.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* hipertrigliceridemia, cirugía hernia inguinal izquierda.

Sin *antecedentes familiares* de cardiopatía isquémica precoz ni muerte súbita. No HTA.

*Anamnesis:* asintomático desde el punto de vista cardiológico, sin disnea, que tras realización de radiografía por omalgia izquierda se descubre una cardiomegalia y aumento del diámetro de la aorta.

*Exploración:* ACR: tonos rítmicos, con soplo sistólico en foco aórtico no irradiado. Murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilancias. MMII: no edemas maleolares. No ingurgitación yugular.

*Pruebas complementarias:* ECG: ritmo sinusal, eje normal, a 55 lpm con hemibloqueo anterior izquierdo y posible hipertrofia ventricular izquierda.

**Enfoque familiar y comunitario**

De profesión mecánico y conductor de vehículos. No fumador ni bebedor y realiza ejercicio aeróbico casi a diario. Tiene buen apoyo familiar y social.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* cardiomegalia con posible cardiopatía estructural. Omalgia por artrosis.

*Diagnóstico diferencial:* cardiopatía congénita, miocardiopatía dilatada, hipertrofia ventricular izquierda, valvulopatía aórtica, aneurisma de aorta.

*Identificación de problemas:* por un lado es importante filiar la omalgia, en un inicio el motivo de consulta inicial, se clasificó como artrosis. Por otro lado, ampliar el estudio de la patología cardíaca y/o aórtica con el servicio de cardiología.

**Tratamiento, planes de actuación**

Omalgia: tratamiento analgésico y control en sucesivas consultas. Cardiomegalia: se realizó teleconsulta con Cardiología que completó el estudio del paciente con un ecocardiograma: no hipertrofia ventricular. Resto de cavidades normales. Esclerosis de la válvula aórtica con ligera regurgitación y dilatación de la aorta ascendente de aproximadamente 38 mm. FE normal.

**Evolución**

El paciente continúa en seguimiento por nuestra parte y en estudio por cardiología pendiente de Angio-TAC.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La importancia de explorar a los pacientes o revisar sus pruebas complementarias evita obviar problemas de salud que pueden manifestarse más adelante. También es importante apoyar al paciente y a sus familiares en el proceso. El paciente ha dado su consentimiento para la realización de este caso clínico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Relación entre diabetes mellitus y cáncer de páncreas**

Gámiz Martínez FM, Marín Corencia C, Guerrero Muro RD

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Poliuria y pérdida de peso.

**Historia clínica**

Paciente de 74 años que consulta por poliuria, polidipsia y pérdida involuntaria de 10 kg en los últimos 6 meses. También acude para valorar los resultados de una analítica. Niega procesos infecciosos recientes. Tampoco dolor torácico ni consumo de tóxicos.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* hipertensión arterial en tratamiento con losartán 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con dapagliflozina 10 mg (intolerancia metformina). Diabético desde hace 7 años con buenos controles de glucemias.

*Exploración física:* buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin dolor.

En la analítica de control semestral de diabetes (realizada los días previos) destaca glucemia 509 mg/dl, hemoglobina glicosilada 17% (previa 7,6%) y deterioro de la función renal (filtrado glomerular 40 ml/min). Se deriva a urgencias hospitalarias para descartar complicaciones.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Diabetes tipo 2 con deterioro brusco y grave del control.

Es fundamental descartar complicaciones agudas (cetoacidosis diabética o estado hiperglucémico hiperosmolar) e identificar la causa de la descompensación (infecciones, fármacos o enfermedad cardiovascular).

**Tratamiento, planes de actuación**

Se descartan complicaciones en urgencias y el paciente es valorado por endocrino que inicia tratamiento con insulina, retira dapagliflozina y solicita TC abdominal preferente.

**Evolución**

Tras dos meses de espera, se realiza TC abdominal en el que se visualiza tumoración en cabeza pancreática de naturaleza hipervascular. Posteriormente acude a consulta por prurito, coluria y acolia y es derivado al hospital donde ingresa en Digestivo por cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la lesión.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Entre las principales causas de descompensación de la diabetes se encuentran las infecciones (urinaria, neumonía o celulitis), enfermedad cardiovascular (accidente vascular cerebral, infarto agudo de miocardio), fármacos como corticoides, tóxicos (alcohol o drogas) o patología pancreática. A través de este caso, se muestra la relación entre la diabetes mellitus y el cáncer de páncreas. En la actualidad está pendiente aclarar si la alteración del metabolismo de la glucosa es causa o consecuencia del cáncer de páncreas.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Síntomas de infección vaginal como debut de diabetes**Conforto López P<sup>1</sup>, Vázquez Alarcón RL<sup>2</sup>, González Gómez T<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Centro de salud.

**Motivos de consulta**

Prurito vulvovaginal y visión borrosa.

**Historia clínica**

Mujer de 52 años que consulta por prurito vulvovaginal y visión borrosa de 1 mes de evolución. A la anamnesis también refiere durante este tiempo polidipsia, poliuria y una pérdida ponderal de 3 kg. No otra clínica acompañante.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* fumadora IPA 7,8 paquetes/año. Apendicectomía. Tratamiento habitual: ninguno.

*Exploración física:* anodina a nivel de auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal.

*Pruebas complementarias:* en el momento de la consulta se realiza una tira de orina: cuerpos cetónicos ++, glucosa ++, resto normal; y una glucemia capilar: 380 mg/dl. Posteriormente se realizaron análisis más amplios en los que destacan: hemoglobina glicosilada 11%, anticuerpos anti IA2 > 350,00 U/ml, anticuerpos anti GAD >250 UI/ml, HLA-DRB1\*03:01, - (DR3), HLA-DQB1\*02:01, - (DQ2) (alelos de histocompatibilidad asociados a diabetes tipo 1).

**Enfoque familiar y comunitario**

Convive con su marido. Antecedentes de diabetes mellitus en su madre y su abuela materna.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Diabetes mellitus tipo 1A LADA (Diabetes Autoinmune Latente del Adulto).

*Diagnóstico diferencial* con diabetes mellitus tipo 2 y diabetes mellitus monogénica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se derivó a urgencias hospitalarias para descartar complicaciones agudas y posteriormente a endocrinología. Inicialmente se trató como una diabetes mellitus tipo 2, con antidiabéticos orales (metformina) e insulina basal. Pese a ello persistían las hiperglucemias y, tras el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, se inició tratamiento con insulino terapia en pauta bolo-basal. Hubo un seguimiento por parte de endocrinología, además de controles y educación diabetológica por parte del médico y la enfermera de familia.

**Evolución**

Las glucemias y la clínica cardinal han mejorado paulatinamente, destacando la mejora de la visión borrosa que presentaba.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Síntomas comunes como el prurito vaginal pueden ser el síntoma guía de una glucosuria debida a un debut diabético. No debe descartarse la posibilidad de una diabetes tipo 1 en una persona adulta, pese a no ser común, ya es que imprescindible una insulino terapia estricta para obtener unos controles glucémicos óptimos. En estos casos deben descartarse la presencia de otras enfermedades autoinmunes, frecuentemente asociadas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Accesos tusígenos. Vuelve la tosferina**Rey Berenguel C<sup>1</sup>, Santamarina Palop P<sup>2</sup>, Pavón López FJ<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Roquetas Norte. Almería<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

Medicina primaria y ámbito hospitalario.

**Motivos de consulta**

Paciente de 14 años varón de 14 años, NAMC, no hábitos tóxicos, con antecedentes: crisis epiléptica única en la infancia, de alta. Consulta en médico de Atención Primaria por síntomas catarrales habituales, iniciando tratamiento sin respuesta al mismo. Tras dos semanas sin mejoría el paciente acude a urgencias con clínica de tos seca disneizante en forma de accesos que lleva a provocar el vómito, congestión nasal, rinorrea y prurito ocular. Fiebre autolimitada, dolor torácico de características mecánicas asociadas a la tos, no sibilancias ni disnea salvo con los accesos tusígenos.

**Historia clínica**

*Exploración física:* consciente y orientado, eupneico, ACR normal, ORL: hiperemia sin edema ni otros síntomas. Afebril, Sat O<sub>2</sub> 97% (con accesos tusígeno es 93%) FC:120 LPM.

Análítica: HG 14, plaquetas 302.000, leucocitos 16.890, coagulación normal, PCR virus de la gripe A, B, COVID, VRS negativas. PCR de bordetella: positiva.

**Enfoque individual**

Infección respiratoria. Tos incoercible. Sospecha de tosferina.

**Enfoque familiar y comunitario**

Durante 2023 fueron notificados en España más de 2.200 casos de tosferina, prácticamente 10 veces más que en el año anterior. Debemos dar educación sanitaria e insistir en la

importancia de la vacunación como estrategia clave para protegerse ante este tipo de enfermedades, así como en cumplir las indicaciones proporcionadas desde Salud Pública para los casos confirmados y contactos. Dada la duración limitada de la inmunidad frente a la tosferina, es fundamental completar la pauta de vacunación frente a la misma, incluso a los 6 y 11 años, como indica el calendario vacunal de 2024.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

La tosferina es una enfermedad respiratoria producida por una bacteria llamada *Bordetella pertussis*, debiendo realizar diagnóstico diferencial con el resto de virus respiratorios, identificando posibles sobre infecciones bacterianas o complicaciones más graves.

**Tratamiento, planes de actuación**

Aislamiento de gotitas. Antitusígenos. Corticoides. Azitromicina.

**Evolución**

Buena evolución en una semana, permitiendo alta hospitalaria.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El episodio forma parte de un aumento de casos observado en España y Europa desde, al menos, junio de 2023, en niños mayoritariamente en edad escolar. Las vacunas contra la tos ferina son eficaces al prevenir la gravedad de la enfermedad, pero no previenen del todo. Es muy necesario poner recordatorios de la vacuna.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Una causa inusual de cervicalgia

Gromyko Gromyko A<sup>1</sup>, Pardo Álvarez J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Dolor cervicofacial de meses de evolución.

#### Historia clínica

Paciente de 55 años sin antecedentes de interés.

#### Enfoque individual

Consulta por presentar molestias inespecíficas cervicofacial derecha de meses de evolución asociado a dolor faríngeo que se exacerba con la apertura bucal, que no mejora con analgesia prescrita ni con ejercicios de rehabilitación cervical. No presentó fiebre ni clínica respiratoria. Fue valorada por Neurología que descartó neuralgia facial.

A la exploración ORL se observa hipertrofia amigdalar leve sin otros hallazgos, la palpación del cuello fue anodina. No presentaba dolor a la palpación de región paravertebral cervical ni apofisalgia.

Se solicitó radiografía de columna cervical y ortopantomografía sin hallazgos excepto por la presencia de una elongación anormal del proceso estiloides temporal derecho.

#### Enfoque familiar y comunitario

Trabaja como camarera. Es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Refiere seguir una dieta variada y hacer ejercicio regular incluyendo estiramientos cervicales, no refiere ningún viaje al extranjero.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante el hallazgo radiológico se derivó a las consultas de ORL, donde se solicitó TAC de cuello que confirmó la elongación de las apófisis estiloides, sin ningún otro hallazgo que justificara la clínica de la paciente, por lo que se diagnostica de Síndrome de Eagle.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se ajustó analgesia y se mantuvo seguimiento conjunto con ORL.

#### Evolución

Se mantuvo seguimiento por especialista y finalmente se decidió cirugía, con evolución favorable.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El Síndrome de Eagle es una condición anatómica que implica el alargamiento de la apófisis estiloides del hueso temporal, pudiendo causar síntomas como dolor cervicofacial, disfagia o sensación de cuerpo extraño faríngeo debido a la compresión de nervios y tejidos cercanos. Es una causa infrecuente de cervicalgia, pero una entidad a tener en cuenta ante una clínica sin respuesta a tratamiento y tras descartar otras entidades patológicas. El abordaje inicial es conservador, pero puede requerir cirugía en caso de refractariedad clínica o compromiso de estructuras vasculonerviosas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Doctor, tengo un bulto

Butaybi Mohamed Y<sup>1</sup>, Mohamed Aisa L<sup>2</sup>, Benaim J<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Norte. Melilla

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Melilla

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Melilla

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Tumoración.

#### Historia clínica

No RAMC, no hábitos tóxicos. Asma. Amigdalectomizado. Sin tratamiento habitual. Varón de 25 años acude tras notarse desde hace un mes un bulto detrás de la oreja. Niega fiebre, no proceso infeccioso reciente, no intervenciones bucales. Comenta que 10 meses antes le extirparon en un centro privado una lesión hiperpigmentada que no se analizó y se reintervino de otra lesión siendo un Nevus de Spitz.

#### Enfoque individual

*Exploración física:* se palpa tumoración retroauricular derecha de 2 cm violácea, dura, adherida a planos profundos (mastoides), no móvil con bordes regulares. Se palpa en la cola parotídea derecha nódulo de 1 cm de diámetro elástico, no doloroso. La región cervical derecha está aumentada de tamaño y de consistencia, sin palpase adenopatías francas.

*Exploración complementaria:* se solicita analítica con marcadores de inmunidad, inflamación, serología, se realiza Mantoux, radiografía de tórax y ecografía cervical. Serología positivo a CMV, IgG. resto sin alteraciones.

En radiografía no se aprecian hallazgos patológicos y la ecografía describe adenopatías redondeadas en la región coincidente con el bultoma, leve aumento del tamaño de la glándula parotídea derecha de dudoso proceso inflamatorio.

#### Enfoque familiar y comunitario

Profesor, sin *antecedentes familiares* de interés clínico, no relaciones sexuales de riesgo, no mascotas, ni viajes.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Al tratarse de una adenopatía de más de 1 cm y más de un mes de evolución nos fuerza a descartar patología maligna. El diagnóstico diferencial incluye quistes congénitos, adenopatías reactivas a procesos infecciosos, así como a patologías malignas (enfermedades hematológicas, metástasis) y descartar un hematoma organizado por el antecedentes de intervención.

#### Tratamiento, planes de actuación

Al no contar en Melilla con servicio de dermatología se derivó al servicio de medicina interna quien realizó biopsia con aguja gruesa. La anatomía patológica se informa de melanoma auricular derecho metastásico a glándula parotídea y cervicales.

#### Evolución

Se solicita estudio de extensión y se deriva al servicio de dermatología de Málaga con linfadenectomía cervical y sialoadenectomía parcial. Pendiente de evolución.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El papel del médico de AP es fundamentalmente la prevención, el diagnóstico precoz y el seguimiento. Es de vital importancia que desde AP estemos familiarizados con las diferentes lesiones hiperpigmentadas así como un estudio exhaustivo de las adenopatías independientemente de la edad.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Hallazgo casual en un caso de deterioro cognitivo**

Moya Ríos S, De la Vega Carranza P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Pérdida de memoria.

**Historia clínica**

Mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hernias discales con artrodesis lumbar y cervicoartrosis severa. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomizada e histerectomizada. No otros antecedentes de interés.

**Enfoque individual**

Las hijas acudieron refiriendo olvidos frecuentes por parte de la paciente. Fue realizado el test minimental con resultado por debajo de 20. Se solicitó analítica con perfil de demencia y salieron los anticuerpos reagínicos de sífilis positivo a título 1/64 (Reagina Plasmática Rápida), con resto normal. A la exploración no existían lesiones dermatológicas, perfil hepático normal, no presencia de soplos, no signo de Argyll Robertson, no rigidez de nuca.

**Enfoque familiar y comunitario**

Dependiente parcial para las actividades básicas de la vida diaria. Viuda desde hacía 10 años. Vive con dos hijas. Buen apoyo familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Demencia, deterioro cognitivo por neurosífilis, deterioro cognitivo moderado.

*Juicio clínico:* deterioro cognitivo en paciente con anticuerpos reagínicos lúes positivos.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se contactó con Medicina Interna y se decidió tratar a la paciente con doxiciclina durante 4 semanas justificado por evitar a la paciente más estudios diagnósticos y tratamientos parenterales. Además, ante esta situación, había que explicar el resultado positivo y lo que conllevaba la enfermedad y la forma de contagio, por lo que hubo que reunir a la familia.

**Evolución**

Tras tratamiento, existe un seguimiento con analíticas de control de los anticuerpos disminuyendo a títulos de 1/256. Hay una buena respuesta al tratamiento si estos anticuerpos se reducen a la cuarta parte por lo que existe correcta respuesta y se realiza monitorización a los 6 meses, 12 meses y 24 meses como seguimiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

No hay que olvidar la sífilis como posible enfermedad que provoca deterioro cognitivo, independientemente de la edad de los pacientes, por lo que hay que tenerlo en cuenta, especialmente en esta población por la forma de vida en esos tiempos. Frente a esto, su abordaje psicosocial es fundamental, pues explicar la situación encontrada y la forma de contagio no es algo fácil de llegar a comprender. Se ha obtenido la autorización explícita de la paciente para que su caso clínico sea publicado cumpliéndose la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Nunca olvides los antecedentes personales**Sánchez Pelaz L<sup>1</sup>, Rodríguez García R<sup>1</sup>, Ferrer Haba M<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de Las Beatas, Alcalá. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Malestar general.

**Historia clínica**

Paciente sin antecedentes médicos de interés, no toma Medicación habitual. Acude a consulta preocupado por los episodios que sufre desde hace meses (anamnesis).

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular. Traumatismo craneoencefálico con fractura temporal derecha en 1993. Amigdalectomía (1967).

*Anamnesis:* varón de 66 años que acude a consulta por presentar, desde hace cinco-seis meses, episodios de unos treinta minutos de duración consistentes en malestar general, cefalea frontal derecha opresiva leve-moderada, palidez, sudoración, mareo, náuseas y olor desagradable a gas no real, que aparecen de forma variable en el tiempo tanto en reposo como durante esfuerzos.

*Exploración:* buen estado general. Consciente y orientado. Hemodinámicamente estable con tensión arterial de 122/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 56 lpm. Pupilas isocóricas normoreactivas a la Luz y a la Acomodación. Movimientos Oculares Extrínsecos Conservados. Pares craneales sin alteraciones. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos y pulmonar con buen murmullo vesicular sin ruidos.

*Pruebas complementarias:* analítica completa normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal con eje normal, hemibloqueo de rama derecha y segmentos PR y RR constantes. Tomografía computarizada craneal con colecciones

extraaxiliaes laminares residuales en ambas convexidades hemisféricas, más voluminosa y con efecto masa en lado derecho junto con lesión ocupante de espacio temporal derecha de probables características neoplásicas y herniación uncal ipsilateral.

**Enfoque familiar y comunitario**

Sin interés para el caso.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Diagnóstico diferencial* tras la primera consulta: pre síncope, migraña con aura, epilepsia, tumor cerebral, etc. Tras las pruebas complementarias, *juicio clínico* de epilepsia en paciente con lesión ocupante de espacio temporal derecha.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación preferente a Neurología. Los compañeros pautaron antiepilépticos y contactaron con Neurocirugía para valoración, decidiéndose cirugía ante el aumento de frecuencia de las crisis a pesar de intensificar el tratamiento.

**Evolución**

Favorable tras la cirugía. Posteriormente, el Comité de Tumores decidió radioterapia postquirúrgica que el paciente aceptó y comenzará próximamente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso realza la importancia de una buena anamnesis en toda consulta de primaria, donde cada detalle es importante: desde los antecedentes personales hasta los síntomas y los signos del paciente. La unión de estos datos es clave para realizar un diagnóstico diferencial, tomar las próximas decisiones y poder manejar la incertidumbre con la que trabajamos los médicos de primaria.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Doctor, expulsó sangre con la tos

Escassi Jiménez C, Romero García JD, Prats Sánchez A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

#### Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Hemoptisis.

#### Historia clínica

Paciente mujer de 44 años fumadora desde los 13 años con antecedentes personales de abortos de repetición, anemia hipocromamicrocítica con escasa respuesta a hierro oral y sospecha de enfermedad autoinmune no filiada que acude por episodios de hemoptisis intermitente de 3 meses de evolución. En las últimas semanas ha experimentado un empeoramiento del estado general y un aumento de la astenia. Además presenta pérdida de peso no intencionada en los últimos meses asociado a menor apetito, así como cuadros de dolor abdominal difuso.

A la anamnesis dirigida refiere que los episodios de hemoptisis coinciden con los ciclos menstruales. Niega disnea, autoescucha de sibilancias, dolor torácico ni palpitations.

#### Enfoque individual

Presenta buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo con saturación del 99% sin aportes externos. Estable hemodinámicamente y afebril.

ACP: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias. Signos de Blumberg y Murphy negativos. Ruidos hidroaéreos conservados. No signos de irritación peritoneal.

#### Enfoque familiar y comunitario

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

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hemoptisis leve. Endometriosis pulmonar. Bronquiectasias. Neoplasia pulmonar.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se realiza radiografía de tórax y tras ser normal, se deriva a neumología para continuar estudio de hemoptisis.

#### Evolución

La paciente ingresa en neumología quienes realizan TC de tórax y abdomen donde se objetivan nódulos compatibles con endometriomas. Tras esto se realiza broncoscopia y se remite a la paciente a cirugía torácica donde se decide realizar resección pulmonar segmentaria derecha.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El Síndrome de Endometriosis Torácica es una patología poco conocida y se caracteriza por la presencia de neumotórax, hemotórax y/o hemoptisis catamenial y nódulo pulmonar. La importancia de conocer este tipo de síndromes en Atención Primaria radica en la necesidad de confiar en los signos y síntomas que nos exponen nuestros pacientes. Los datos usados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Doctora, hago el pipí más oscuro

Alba Bermúdez D, Vargas Peñalver A, Prieto Esparza N

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Coluria.

#### Historia clínica

Varón de 62 años que acude un día a consulta con su médico de familia porque había notado que desde el día anterior presentaba la orina más oscura.

#### Enfoque individual

En antecedentes a destacar es trasplantado medular hace 8 años por síndrome mielodisplásico (citopenia refractaria con displasia multilínea: anemia más neutropenia).

No presentaba ni disuria, ni tenesmo ni otra sintomatología por lo que se realizó un combur test obteniendo como resultado leucos, nitritos y hematíes negativos. Ante estos resultados y como empezaba el calor se atribuyó a una posible deshidratación y se aconsejó que se observara en domicilio. Sin embargo, al día siguiente volvió a consultar ya que además de coluria se observó tinte amarillento en la piel (ictericia) así como heces blanquecinas (acolia).

A la exploración abdominal se observó matidez en flancos junto con abdomen globuloso que nos podría hacer sospechar de comienzo de ascitis.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

En el caso de un paciente que consulta por ictericia y coluria nos debemos plantear si la

causa es hepática o posthepática. Aunque este paciente tuvo un síndrome mielodisplásico la posible anemia hemolítica que pudiera sufrir no presenta coluria sino urobilinuria y heces pleiocrómicas (coloreadas).

#### Tratamiento, planes de actuación

Ante dicha exploración se deriva a Urgencias para ampliar con pruebas de imagen. Se observó elevación de bilirrubina total a expensas de bilirrubina directa y en la ecografía abdominal se observa una masa en cabeza de páncreas que podría estar comprimiendo las vías biliares externas. Ante estos hallazgos se procede a ingreso hospitalario donde se realiza CPRE colocando drenaje a nivel de vía biliar y con la toma de biopsia donde se diagnostica de Neoplasia de Páncreas. Se plantea tratamiento quimioterápico al estar en estadio avanzado.

#### Evolución

Actualmente el paciente sigue en tratamiento quimioterápico con buena tolerancia y buena calidad de vida.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La anamnesis junto con la exploración son las grandes bazas con las que cuenta el médico de familia que con muy pocos medios pero con mucho conocimiento permiten reconocer en el paciente signos de alarma que nos alertan y nos hacen detenernos con calma ante el paciente que lo requiera.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Deterioro cognitivo en ancianos ¿origen infeccioso?**Rodríguez Martínez E<sup>1</sup>, Rodríguez Soriano B<sup>2</sup>, García Serrano AE<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Maracena. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

No linfadenopatías. No lesiones cutáneas en tronco, palmas y plantas.

**Motivos de consulta**

Deterioro cognitivo de meses de evolución.

**Enfoque familiar y comunitario**

Serología de pareja estable negativa.

**Historia clínica**

Varón de 73 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica e hipertrofia benigna de próstata.

Acude a consulta refiriendo clínica de deterioro cognitivo de varios meses de evolución, con pérdida de memoria de actividades recientes y en ocasiones pérdida de hilo de conversación, con repercusión en capacidades ejecutivas y orientación. En anamnesis dirigida, cabe destacar que el paciente niega contacto sexual de riesgo reciente y refiere una pareja estable en los últimos 20 años. No recuerda lesiones compatibles con sífilis primaria como chancro sifilítico ni administración de tratamiento con penicilina.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sífilis terciaria (sospecha de neurosífilis) o sífilis de data indeterminada.

*Diagnóstico diferencial:* enfermedad de Alzheimer. Demencia por cuerpos de Lewy. Demencia vascular. Enfermedad de Parkinson. Déficit de Vitamina B12. Sífilis primaria o secundaria.

**Tratamiento, planes de actuación**

Doxicilina 100 mg cada 12 horas 30 días.

**Evolución**

Ingreso hospitalario, punción lumbar con proteínas normales y VDRL negativo, se descarta neurosífilis.

**Enfoque individual**

Buen estado general. Consciente y orientado. Pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares conservados, no nistagmo. Pares craneales normales. No alteración del lenguaje, leve bradipsiquia. No disimetrías ni disdiadococinesia. Fuerza y sensibilidad conservadas. Leve temblor de mano derecha en reposo. Romberg negativo. No alteración en la marcha ni equilibrio. Miniexamen cognitivo normal. Serología de *treponema pallidum*: anticuerpos treponémicos positivos, RPR (reagina plasmática rápida) con técnica de aglutinación positivo a títulos de 1/2, anticuerpos IgG *treponema pallidum* positivo. Resto normal. Zona anogenital: no se aprecia chancro sifilítico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La sífilis terciaria es lentamente progresiva y no contagiosa, puede afectar a cualquier órgano y producir enfermedad clínica 20-40 años después de la infección inicial. La anamnesis es la principal herramienta en su diagnóstico, junto con las pruebas serológicas. El examen del líquido cefalorraquídeo debe realizarse si existe clínica neurológica, oftálmica y ótica. El tratamiento de elección es penicilina o doxicilina si alergia. Ante un caso de paciente de edad avanzada con deterioro de memoria, se demuestra la importancia de mantener la sospecha e incluir en el diagnóstico diferencial la infección sifilítica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## “En la farmacia dicen que soy hipertensa”

Rodríguez Casanova AM<sup>1</sup>, Márquez Rivero SM<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

**Motivos de consulta**

Hipertensión arterial (HTA).

**Historia clínica**

Mujer joven que acude a consulta por presentar tensión arterial (TA) elevada en tomas realizadas en farmacia.

**Enfoque individual**

Se trata de una paciente de treinta años sin antecedentes personales ni familiares relevantes, sin tratamiento domiciliario, que acude a consulta de AP por cifras de TA elevadas en farmacia. Además, refiere sensación frecuente de palpitaciones y ansiedad. Aporta controles diarios de TA realizadas en farmacia de: 135/95 mmHg, 134/105 mmHg, 143/110 mmHg, 132/105 mmHg, 140/100 mmHg.

*Exploración física.* TA 140/100 mmHg. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos a buena frecuencia.

Plan: se solicita analítica completa con perfil lipídico, electrocardiograma y se decide realizar un Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), por lo que se coloca un Holter de HTA de 24 horas.

*Pruebas complementarias:* en la analítica destaca colesterol total 270 mg/dl y LDL 180 mg/dl. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75lpm, QRS estrecho, Bloqueo incompleto de rama derecha del haz de his, sin alteraciones

agudas de la repolarización. MAPA: TA media día: 105/71 mmHg, TA media noche: 90/56 mmHg, Máxima sistólica 122 mmHg, máxima diastólica 85 mmHg.

**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente presenta un buen apoyo familiar y social.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

HTA de bata blanca. Diagnóstico diferencial principalmente con HTA esencial.

**Tratamiento, planes de actuación**

Observamos como la paciente en un ambiente ajeno a sistema sanitario presenta una TA en el límite bajo durante el día confirmando nuestra sospecha de HTA de bata blanca, por ello, se decide no iniciar tratamiento antihipertensivo. Se recomienda a la paciente realizar ejercicio físico y mejorar la alimentación con el objetivo de mejorar el perfil lipídico.

**Evolución**

Actualmente la paciente refiere mejoría clínica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En este caso el contar con la posibilidad de realizar un MAPA desde el centro de salud fue fundamental para evitar a la paciente la toma de fármacos antihipertensivos, cuando en este caso solo presentaba TA elevada en ambientes sanitarios.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Todo motivo de consulta es importante**Jiménez Arteaga C<sup>1</sup>, Melitón Carrasco B<sup>2</sup>, Longxiang L<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dificultad para la bipedestación.

**Historia clínica**

Mujer de 76 años, con problemática social y patología psiquiátrica, acude a consulta por dificultad para la bipedestación en 2021. No refiere traumatismos previos. Afebril.

A la exploración, no se observa deformidad ni limitación del balance articular. Fuerza y sensibilidad conservadas. Maniobras meniscales y cajones negativos.

Acude de forma periódica, siempre demandando una “policonsulta”, siendo la entrevista clínica difícilmente dirijible. En varias ocasiones, señala la dificultad para la bipedestación, llegando a decir: “Doctora, me estoy torciendo”. Entre sus múltiples antecedentes personales, se encuentra la osteoporosis, a lo que se le achaca su dolencia. Hasta el momento la actitud había sido, recomendaciones para realizar ejercicio físico y AINES.

En 2021 se realiza nueva analítica, donde se observa aumento del calcio en 11.50 mg/dl y fósforo disminuido en 2.5 mg/dl a los cuales no damos importancia. La paciente vuelve a acudir por misma sintomatología. Por último, en diciembre de 2023, se realiza nuevo control analítico con calcio corregido en 11.50 mg/dl y paratirina en 303 pg/dl. Se deriva a endocrinología, por sospecha de hiperparatiroidismo.

**Enfoque individual**

FRCV: exfumadora. Bebedora ocasional de cerveza.

*Antecedentes personales:* carcinoma de células basales en labio inferior, psicosis a filiar, síndrome de Diógenes, osteoporosis.

*IQ:* cirugía de carcinoma en labio, nefrolitiasis intervenida en riñón izquierdo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente anciana con patología psiquiátrica que en alguna ocasión ha tenido ayuda domiciliaria, pero que actualmente vive sola. Presenta, además, síndrome de Diógenes y dificultad para la higiene personal. Nula relación con su familia. Mala relación con sus vecinos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hiperparatiroidismo primario.

**Tratamiento, planes de actuación**

Citar para cirugía terapéutica por HPT1.

**Evolución**

Pendiente

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

No se prestó la atención necesaria a los valores analíticos. Al ser una paciente con problemática social y a la que es muy difícil dirigir la anamnesis, se atribuyó en primera instancia a la osteoporosis el motivo de su dolencia, sin realizar una visión global e integral de su dolencia. Ha transcurrido aproximadamente año y medio hasta realizar el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario. Destacar la importancia de todos y cada uno de los motivos de consulta y no dejarnos guiar por la patología concomitante de los pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Fiebre sin foco**

Guerrero Muro RD, Fernández Alba R, Jiménez Jara J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente de 20 años que acude a consulta porque a raíz cva, queda fiebre residual en brotes que no cede con antitérmicos. Durante brotes, refiere mialgias, artralgias y malestar general pero sin síntomas catarrales, ni respiratorios, ni abdominales ni urológicos. Tras tratamiento con antibiótico empírico, mejora pero a los días vuelve a tener fiebre. Ante esta situación, en servicios de Urgencias se decide ingreso para estudio.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* DM1 en tratamiento con insulina y buen control, hipertrigliceridemia en tratamiento con dieta y ejercicio, HTA en tratamiento con enalapril 10 mg, y coledocolitiasis obstructiva no candidata a CPRE.

*Exploración física:* auscultación normal, faringe y cavidad oral normal, abdomen sin dolor ni signos de peritonismo, sin focalidad neurológica y sin lesiones cutáneas que sugieran infección.

En analíticas: sólo se evidencia elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG, Ferritina y Fibrinógeno) sin leucocitosis ni alteración de la serie blanca. Resto normal.

Se ingresa en Medicina interna para estudio de fiebre sin foco y se realizan nuevas analíticas con igual resultado además de: radiografía de tórax normal, tac de abdomen y pelvis en el que se evidencia coledocolitiasis que no requiere CPRE, hemocultivos negativos, urocultivo en ingreso positivo para klebsiella, ETT normal.

Tras ser dada de alta con tratamiento para ITU, continúa con brotes de fiebre resistentes a antitérmicos y que ceden a los pocos días a veces con antibiótico y otras sin él.

**Enfoque individual**

Acude de nuevo a consulta y ante la ausencia de foco infeccioso, los brotes autolimitados, la edad, la presencia de elevación de RFA y la clínica compatible se piensa en fiebre no infecciosa, en especial en Fiebre Mediterránea Familiar.

**Enfoque familiar y comunitario**

Soltera. IDAVC.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Fiebre Mediterránea Familiar.

*Diagnóstico diferencial:* infección, vasculitis, LES, Enf. Still en adulto, Mieloma múltiple, Sd paraneoplásico, sarcoidosis, EEL.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se inicia tratamiento con colchicina.

**Evolución**

Estudio genético: positivo para FMF. Tras tratamiento, mejoría con escasos brotes.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Ante una fiebre sin foco, hay que ir más allá de la sospecha infecciosa porque se puede caer en el abuso de antibióticos y aclarar que la mejoría puede relacionarse con el fin del brote aunque coincida con el inicio de antibioterapia.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**¿Será el Apéndice Xifoideas?**Moguer Galan MC<sup>1</sup>, Gámez Navarro M<sup>2</sup>, Mateos Gómez AM<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Bultoma en la zona intermamaria..

**Historia clínica**

Paciente mujer de 35 años, diagnosticada de hipotiroidismo 10 como único antecedente de interés, en tratamiento con Levotiroxina 75 mcg, que acude por notarse un bultoma en zona intermamaria de un mes de evolución, con leve dolor a la palpación. Niega hábitos tóxicos, clínica infecciosa y otras manifestaciones sistémicas.

**Enfoque individual**

A la exploración, presenta buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. En zona intermamaria, se palpa bultoma que impresiona de xifoideas esternal. No se palpan adenopas cervicales ni axilares.

Realizamos Rx de tórax, que informa de prominencia del apéndice xifoideas a anterior, además de visualizarse calcio en partes blandas anterior a la porción distal del esternón, por lo que solicitamos ecografía de partes blandas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su marido y es independiente para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Habitan en una vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Cuenta con buena red de apoyo familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Timoma. Teratoma, linfoma.

**Tratamiento, planes de actuación**

En el estudio ecográfico se observa un leve aumento de densidad en mediastino anterior, por lo que solicitamos TC toraco- abdominal.

**Evolución**

En el TC toraco-abdominal se visualiza un leve aumento de densidad en mediastino anterior por restos / hiperplasia tímica. No se identifican adenopatías con significado patológico en compartimentos mediastínicos, hiliares ni axilares.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Las masas mediastínicas son causadas por una variedad de quistes y tumores. En el adulto, estas asientan más frecuentemente en el compartimento anterior, constituyendo los tumores de estirpe germinal (teratoma), linfomas, timomas y bocios tiroideos el 75% de las lesiones, siendo el más frecuente el timoma. La mayor parte de estas lesiones son diagnosticadas de manera incidental como hallazgo casual ante una prueba de imagen realizada por otro motivo, como es el caso de nuestra paciente. Sin embargo, hay que resaltar la importancia de realizar una correcta anamnesis, exploración física y solicitud de pruebas complementarias adecuadas desde Atención Primaria para llegar a un correcto diagnóstico.

Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

**Palabras claves:**

Thymoma, Xiphoid Bone, Mediastinum.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor, estoy empeorando**Najari Mohamed H<sup>1</sup>, Butaybi Mohamed Y<sup>2</sup>, Salcedo Delgado J<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona Centro. Hospital Comarcal Universitario Melilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabrerizas. Hospital Comarcal Universitario. Melilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Artralgias en miembros inferiores.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* rinitis alérgica.

Varón de 15 años. En estudio por adenopatías laterocervicales, fiebre y edemas en miembros inferiores de semanas de evolución.

*Pruebas complementarias:* bioquímica: perfil renal normal. PCR elevada y procalcitonina negativa. Marcadores tumorales negativos. QuantiFERON-TB negativo. Hemograma: leucocitosis linfocítica. VSG elevada. Anemia normocítica normocrómica. Serología: sífilis y Citomegalovirus negativo. Epstein-Barr IgG positivo e IgM Grayzone. Orina 24 horas: proteinuria. TAC con contraste: esplenomegalia moderada. Biopsia de adenopatías: granulomas epiteloideos necrotizantes con presencia de células gigantes multinucleadas. Ziehl-Neelsen y PCR *Mycobacterium* en lámina de AP negativo.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* acude a consulta por empeoramiento clínico. Refiere interrupción hace dos días de antibioterapia y corticoides en pauta descendente. Constantes vitales normales en consulta. A la palpación de miembros inferiores se observa lesiones cutáneas dolorosas, artralgias intensas y leve edema sin fovea. Además, han vuelto los picos febriles en domicilio. Se repite Combur test, sin proteinuria ni leucocituria.*Diagnóstico diferencial:* glomerulonefritis, vasculitis, Mononucleosis, Sd. Reiter, Sd. Linfoproliferativo.*Identificación de problemas:* la historia clínica y pruebas complementarias nos orientan a patología autoinmunitaria con afectación renal y dermatológica, con recaída tras retirada de corticoides. Ante la sospecha de posible vasculitis con glomerulonefritis asociada sin signos de alarma, debemos intervenir y reorientar el estudio del paciente.**Tratamiento, planes de actuación**

Se decide administrar bolo de corticoides, y continuar con pauta oral domiciliaria descendente. Analítica con parámetros inflamatorios, autoinmunidad, perfil renal y perfil reumatológico. Derivación a reumatología de manera preferente a fin de completar el estudio.

**Evolución**

Acude cuatro días después a consulta de reumatología con evidente mejoría clínica, atenuación de lesiones cutáneas en miembros inferiores y cese de artralgias. Se completan analíticas. Se valora biopsia renal ante la sospecha de granulomatosis con poliangeítis y afectación renal. Pendiente de resultados.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En Atención Primaria se debe hacer un seguimiento estrecho del paciente y una recapitulación adecuada de su historia clínica a fin de conseguir una visión global del mismo. Ésto nos permite hacer aproximaciones diagnósticas, completar estudios, reconocer patologías potencialmente graves y derivar de manera precisa y eficiente en base a una correcta orientación diagnóstica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**ICTUS en paciente con ACHO. Y además un foramen oval permeable**

Prats Sánchez A, Galisteo Luceno A, Romero García JD

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto, Dos Hermanas. Sevilla

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Interrupción voluntaria de embarazo (IVE).

**Historia clínica**

Acude a consulta una paciente de 25 años gestante de 8 semanas con deseo de interrumpir su embarazo. Se administra la información necesaria y dos semanas después tiene una IVE. Al analizar la situación familiar y relación sentimental que presenta la paciente, a fin de evitar posibles futuras complicaciones con una nueva IVE, se decide inicio de Anticonceptivos hormonales orales (ACHO). Antes del inicio de la prescripción del tratamiento, se descartan contraindicaciones generales como es el tabaquismo, antecedentes personales de patología circulatoria y/o hepatopatía. Antes de iniciar el tratamiento, se explica a la paciente y al familiar posibles efectos secundarios y riesgos. Tras dicha explicación la paciente ofrece consentimiento verbal y se inicia el tratamiento.

A los dos meses del inicio del tratamiento aproximadamente, la paciente refiere de forma súbita disartria, parestesias peribucales y sensación de inestabilidad. Se desplazan al centro hospitalario más cercano, en el cual se activa código ictus, objetivando accidente cerebrovascular basilar de origen embólico y actuando en consecuencia con tromboectomía mecánica. La paciente permanece ingresada, y se da de alta sin secuelas y un NIHSS de 0 puntos. A fin de ampliar el estudio y conocer la etiología del accidente cerebrovascular sufrido,

se detecta en el estudio cardiológico un foramen oval permeable (FOP).

**Enfoque individual**

NRAMc, no enfermedades de interés. Sin antecedentes personales ni familiares de trombotopatías o coagulopatías. No hábitos tóxicos, se descarta tabaquismo.

**Enfoque familiar y comunitario**

No es relevante para el caso.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Accidente cerebrovascular en paciente con toma de ACHO y FOP. Ictus isquémico de origen cardioembólico, ictus hemorrágico. Importancia del conocimiento de contraindicaciones y riesgos para la toma de Anticonceptivos hormonales orales. Importancia de hacer al paciente conocedor de lo anterior.

**Tratamiento, planes de actuación**

Retirada de ACHO. Sin indicación de anticoagulación. Indicación quirúrgica de cierre de FOP. Derivación a cardiología para intervención.

**Evolución**

Sin déficit neurológico en la actualidad y a la espera de la intervención quirúrgica cardiológica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacamos la importancia que tiene conocer los riesgos y contraindicaciones del uso de un tratamiento tan sumamente habitual en nuestras pacientes jóvenes.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Gimnasio, bíceps y algo de TVP**Bohórquez Ríos J<sup>1</sup>, Darwish Mateos S<sup>1</sup>, Ladero Pascual M<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Brazo hinchado.

**Historia clínica**

Mujer. 20 años. NAMC. No hábitos tóxicos.

Acude a consulta de acogida. Refiere que, estando en el gimnasio realizando ejercicios de bíceps, ha notado el brazo derecho más hinchado que el izquierdo. Niega sobreesfuerzo físico. No recuerda sobre qué brazo ha dormido.

**Enfoque individual**

*Exploración:* en consulta de acogida: TA MSI 90/60. TA MSD 90/60. Diámetro MSD 2,5 cm MSI 2,1 cm. Peso 41,5 kg. ACR normal. Leve aumento de brazo derecho con respecto a contralateral, desde axila hasta mano. No cambios de coloración, no edema, dolor ni limitación funcional. Índice de Wells 0.

**Enfoque familiar y comunitario**

No.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Diagnóstico: posible linfedema.

El linfedema ocurre cuando la carga linfática excede la capacidad de transporte del sistema linfático. Existen factores de riesgo que aumentan su probabilidad de aparición (síndromes hereditarios, malignidad y sus tratamientos, edad avanzada, obesidad, enfermedades autoinmunes y artritis inflamatorias). La inflamación producida por linfedema tiene un inicio menos abrupto que la producida por trombosis venosa aguda. También debemos sospechar una trombosis venosa del MS, que puede deberse a

procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones, infecciones (destacando infección por COVID-19), embarazo, inmovilidad, fármacos y trombofilias. La TVP espontánea del MS es infrecuente y se debe al llamado síndrome de salida torácica venosa. Por anomalías anatómicas, se produce compresión de estructuras neurovasculares, pudiendo provocar trombosis venosa de la subclavia. Suele presentarse en individuos jóvenes y sanos, con dolor e inflamación de aparición brusca después de realizar ejercicio de miembros superiores, como en el caso de nuestra paciente.

**Tratamiento, planes de actuación**

Observación.

**Evolución**

Ante persistencia de sintomatología, se realiza analítica urgente: fibrinógeno 466. Dímero D 731. Resto normal. Índice de Wells 2. Eco-Doppler de MS: probable tvp de la subclavia derecha. Se decide ingreso en Medicina Interna. El estudio de trombofilias es negativo. Los resultados de la angioRMN evidencian un posible síndrome del desfiladero torácico, causa plausible de TVP en nuestra paciente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La elaboración de la historia clínica es indispensable, siendo relevante indagar sobre los antecedentes personales y familiares, así como los factores de riesgo de la paciente. El Índice de Wells es de gran utilidad para descartar tvp cuando el riesgo es bajo. El trabajo en equipo multidisciplinario es característico de la atención global y la integración de servicios en Atención Primaria.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### ¿De quién es esta fatiga?

Berdonces Fernández MS<sup>1</sup>, Huertas Barros M<sup>1</sup>, Merino de Haro I<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Cansancio generalizado.

#### Historia clínica

Acude a primera consulta paciente de 16 años acompañada por su madre la cual nos refiere que su hija padece un cansancio generalizado de 1 año aproximadamente de evolución que impide asistencia a instituto de manera regular. Así mismo la madre nos refiere que el cuadro se acompaña de picos de fiebre.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* infección COVID.

*Anamnesis:* la paciente refiere cansancio generalizado ante cualquier actividad a raíz de infección por COVID sin otra sintomatología acompañante.

*Exploración:* BEG, consciente, orientada, ACP con tonos rítmicos sin soplos, así como MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica normal, TA 100/70.

*Pruebas complementarias:* dos ingresos a cargo de medicina interna en los cuales todas las pruebas complementarias estuvieron dentro de la normalidad y no se objetivó en ningún momento la fiebre.

#### Enfoque familiar y comunitario

Paciente de 16 años sin AP de interés a excepción de infección COVID. Es la menor de dos hermanos, familia nuclear biparental en apariencia normofuncionante con nivel social medio-alto.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica.

*Diagnóstico diferencial:* anemia, hipotiroidismo, infección crónica, fibromialgia.

*Identificación de problemas.* Estudio por medicina interna sin hallazgos de organicidad para explicar cuadro. Dinámicas familiares desconocidas que puedan producir el cuadro actual de la paciente.

#### Tratamiento, planes de actuación

Tras primera entrevista solicitamos a la paciente una analítica general y aconsejamos a paciente y acompañante que acuda al centro de salud ante cualquier pico febril para poder objetivarlo.

#### Evolución

Tras extracción de sangre en domicilio los resultados de la analítica estuvieron dentro de la normalidad. Se volvió a citar a la paciente haciendo hincapié en otros factores sociales que condicionasen el cuadro (acoso escolar, problemas familiares...) negando la paciente cualquiera de ellos. Se plantea el cuadro de manera multidisciplinar contactando con trabajadora social para abordar el cuadro conjuntamente. Así mismo proponemos la realización de ejercicio físico regulado y de forma gradual para la mejora del cuadro.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Estos cuadros plantean un reto para el sistema sanitario y sobre todo para la Atención Primaria. Pacientes complejos multidisciplinarios cuyo sitio ideal es la Atención Primaria por la posibilidad de abordar esta patología coordinándonos con profesionales dentro y fuera del centro de salud.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, me sangra la piel**Martínez Núñez P<sup>1</sup>, Navarro Valero M<sup>2</sup>, Rodríguez Ruiz P<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones cutáneas no pruriginosas en miembros inferiores.

**Historia clínica**

Mujer de 33 años que acude a consulta por lesiones cutáneas de aparición abrupta hace 5 días. Niega relaciones sexuales de riesgo ni consumo de tóxicos. En tratamiento con isotretinoína 10 mg desde hace 15 días.

**Enfoque individual**

Entre sus *antecedentes personales* relevantes, destaca ITU hace un mes que tras tratamiento antibiótico no ha notado gran mejoría. Comenzó tratamiento además con isotretinoína para el acné.

A la exploración, presenta lesiones papulares, eritematosas, que no desaparecen a la vitropresión en miembros inferiores. Se decide realizar teleconsulta a Dermatología para estudio de vasculitis por sospecha de causa infecciosa o desencadenada por fármacos; cultivo de exudado uretral. El servicio decide citar a la paciente para realizar biopsia cutánea con misma sospecha clínica y decide retirar todos los nuevos fármacos que consumía la paciente (isotretinoína y espirinolactona).

En biopsia se informa de infiltrado inflamatorio perivascular con presencia predominante de neutrófilos, vesículas subepidérmicas hemorrágicas y necrosis focal. El diagnóstico se confirma de vasculitis leucocitoclástica. Además, en muestra de exudado se objetiva presencia de E. Coli.

**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente estuvo muy preocupada todo el tiempo hasta que se recibieron los resultados de la biopsia. Indagando en las siguientes consultas, reconoció haber tenido relaciones de riesgo, por lo que se realizó serología y nuevos exudados, siendo los resultados negativos. La paciente es informada de la utilización de su patología como caso clínico y da consentimiento oral mediante llamada telefónica.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* vasculitis leucocitoclástica por hipersensibilidad.

*Diagnóstico diferencial:* síndrome antifosfolípido, crioglobulinemia, amiloidosis

Principal problema: diferenciar el desencadenante de la patología.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se trata a la paciente con antibioterapia dirigida según antibiograma. Además, se añade prednisona 30 mg durante 10 días en pauta descendente por la gran afectación cutánea.

**Evolución**

Se reintrodujo Isotretinoína 1 mes después sin presentar afectación cutánea, por lo que se decidió continuar con el mismo.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La dificultad de diagnosticar una vasculitis leucocitoclástica reside en discernir las causas y mecanismos fisiopatogénicos, siendo la mitad de los casos, causa idiopática. El diagnóstico es histopatológico mediante biopsia donde podremos descartar otras causas como infecciones, neoplasias, consumo de drogas...

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Bultoma creciente**Ruiz Carrasco P<sup>1</sup>, Burrahay - Anano Tenorio M<sup>2</sup>, Celis Romero M<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Bultoma submandibular izquierdo.

**Historia clínica**

Mujer de 56 años que acude a consulta por inflamación y dolor en la región de la glándula parotídea izquierda, intervenida hace un año, de 7-8 días de evolución.

Dado los antecedentes personales de la paciente, se deriva a urgencias para valoración por cirugía maxilofacial (CMF), la cual cita en CCEE a los 3 días y solicita TAC de forma preferente. A la semana de la visita con CMF, vuelve a nuestra consulta por aumento de la tumoración a pesar de haber estado con ibuprofeno. Reviso informe del TAC y al ver los resultados, remito de nuevo a urgencias para reevaluación por CMF y pruebas complementarias. Le pautan metilprednisolona y amoxicilina-clavulánico iv y la citan en CCEE al día siguiente. Se realiza drenaje BAL por submaxilitis litiásica, se pauta analgesia y antibiótico. A los 4 días, vuelve a nuestra consulta por fiebre de 38.5° y malestar general, herida con exudado quiloso. Se deriva de nuevo para descartar foco a nivel cervical y se decide mantener drenaje y continuar las curas en el centro de salud.

**Enfoque individual**

NAMC.

*Antecedentes personales:* sialoadenitis crónica submaxilar izquierda litiásica con sialoadenectomía total en 2022.

*Exploración física:* nódulo indurado a nivel laterocervical izquierdo. No signos inflamatorios. En siguiente visita, bultoma submandibular izquierda de 4.5x2.5 cm, doloroso a la palpación, no fluctuante, piel no celulítica. Suelo de boca libre. Orofaringe normal. Última visita: Fiebre. No se evidencia celulitis ni foco infeccioso a este nivel, drenaje de saliva sin material purulento.

Análítica: leucocitosis y PCR 53. TAC cuello: presencia de colección abscesificada en lecho quirúrgico.

**Enfoque familiar y comunitario**

Acompañada de su marido.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Absceso en lecho quirúrgico y síndrome febril en postoperatorio precoz.

Patología tumoral o infecciosa de cavidad oral.

**Tratamiento, planes de actuación**

Ibuprofeno, paracetamol. Amoxicilina-clavulánico. Drenaje. Curas por enfermería de AP. Seguimiento por médico AP y CMF.

**Evolución**

Tras la intervención quirúrgica en junio 2022, ha tenido una evolución fluctuante, con complicaciones en estos últimos meses, pero actualmente estable y en seguimiento conjunto por CMF y AP.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Debemos tener en cuenta los antecedentes personales de nuestros pacientes y aprender a trabajar en equipo y llevar a cabo un seguimiento conjunto.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Gota tofácea crónica en paciente varón de 65 años**Vargas Castillo G<sup>1</sup>, Palmero Toro C<sup>1</sup>, Fernández López L<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Gabias. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio de Monachil. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria en colaboración con el Servicio de Reumatología del Hospital de Referencia.

**Motivos de consulta**

Artralgias inflamatorias en manos, codos y pies, junto con deformidad.

**Historia clínica**

Varón de 65 años de edad, empresario (dueño de una carnicería y un restaurante), bebedor de 1,5 litros de cerveza diarios desde hace 20 años. Hace 10 años comienza con crisis de dolor e inflamación monoarticular en miembros inferiores. En un principio, presentaba 3–4 episodios anuales de monoartritis que mejoraban con AINES. El paciente no realizaba correctamente las medidas higiénico dietéticas ni el tratamiento farmacológico pautadas por su médico de AP, por lo que las crisis de monoartritis eran cada vez más frecuentes, extendiéndose la afectación a articulaciones de miembros superiores y evolucionando el cuadro hacia oligoartritis y finalmente a poliartritis.

En la actualidad, consulta por empeoramiento de artralgias inflamatorias en manos y pies, junto con deformidad, que dificulta sus actividades de la vida diaria.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* obesidad, hipercolesterolemia, HTA, hiperuricemia, HBP.

En la *exploración física* destaca la presencia de tofos a nivel de codos, pies y manos, algunos de ellos complicados con fístulas al exterior.

Estudio de líquido articular: cristales urato monosódico. Analítica sanguínea: ácido úrico 9,2, colesterol 274, LDL 195, siendo el resto de la

bioquímica básica normal. El hemograma, reactantes de fase aguda, factor reumatoide y Ac anticitrulina fueron normales. Radiografías óseas de codos, manos y pies se observa aumento de partes blandas, junto con presencia de importantes erosiones óseas con márgenes escleróticos.

**Enfoque familiar y comunitario**

No procede.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* gota tofácea crónica.

*Diagnóstico diferencial:* artritis reumatoidea, espondiloartropatías seronegativas (como espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica o artritis enteropática).

**Tratamiento, planes de actuación**

Medidas higiénico dietéticas. Febuxostat 120 mgs: 1 comprimido diario (objetivo terapéutico ácido úrico < 6 mgs/dl). En caso de brote articular: colchicina según pauta establecida.

**Evolución**

Derivado a cirugía para valoración de los tofos nodosos presentes en codos y manos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Patología cuyos factores predisponentes son bien conocidos y que puede ser seguida desde AP con buenos resultados. En este caso podemos ver la importancia de las creencias de los pacientes. Este paciente no concebía dejar de comer carnes rojas ni alcohol, nos transmitía que le era inconcebible dejar de comer aquello que vendía.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### No siempre es lo que parece

Celis Romero M<sup>1</sup>, Ruiz Carrasco P<sup>2</sup>, Burrahay - Anano Tenorio M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Dolor tobillo.

#### Historia clínica

Mujer de 14 años que acude por dolor en tobillo izquierdo tras esguince en mecanismo de eversión y posterior caída hace 5 días. Desde entonces aumento progresivo de dolor, incluso estando en reposo, de intensidad leve-moderada, aunque puede continuar deambulando.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* alergia a metamizol. No tratamiento activo. Interrogando a la paciente, refiere molestias en tobillo izquierdo semanas antes del mencionado esguince, aunque de menor intensidad.

*Exploración:* no presenta asimetría con respecto al otro tobillo, ni edema, hematoma ni crepitación. Balance articular conservado, con dolor a la palpación de extremo distal de peroné y de los ligamentos deltoideo y peroneo-astragalino anterior. Resto de exploración normal.

*Pruebas complementarias:* RX tobillo izquierdo, donde se aprecia una lesión ovalada osteolítica de bordes bien limitados a nivel metafisario distal del peroné izquierdo, con adelgazamiento de cortical, sin reacción perióstica y sin infiltración de tejidos blandos.

#### Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes de tumores óseos en familiares.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste óseo vs tumor de células gigantes vs granuloma eosinófilo vs sarcoma de Ewing.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con Traumatología, que solicita una resonancia magnética obteniendo una imagen compatible con quiste aneurismático óseo. Se realiza punción-aspiración que resulta negativa para células malignas y con anatomía patológica compatible con quiste óseo aneurismático.

#### Evolución

La paciente sigue controles evolutivos con Traumatología para valorar posible tratamiento quirúrgico en el futuro (legrado vs embolización).

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El quiste óseo aneurismático representa el 1% de los tumores óseos primarios, ocurriendo con mayor frecuencia en las dos primeras décadas de la vida. Suele producir dolor, y en ocasiones deformidad y fractura patológica. Este caso pretende resaltar la importancia de una correcta exploración física y la adecuada interpretación de pruebas complementarias, en este caso la radiografía, examinándola de manera sistemática y general. El médico de Atención Primaria debe sospechar ante este tipo de lesiones la existencia de un tumor óseo, y reconocer los signos de alarma clínicos y radiológicos ante sospecha de malignidad.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, me duele la cabeza**

Ortega Bautista LM, Lozano García M, Sánchez Ortega MC

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Cervicalgia y cefalea holocraneal resistente a tratamiento.

**Historia clínica**

Paciente de 54 años, que acude por cervicalgia y cefalea holocraneal de tipo opresivo, de larga data, que se ha exacerbado en estos últimos 4 días, no cediendo a pesar de analgesia.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* hidrocefalia congénita con derivación ventrículo peritoneal. Cataratas congénitas. Cardiopatía estructural congénita intervenida. No tío habitual. NAMC.

*Exploración física:* TA 155/100, 95 lpm. Contractura m. paravertebral derecha, flexo-extensión conservada, dolorosa, rotación izquierda limitada por dolor. Pupila con lesión en reflejo fotomotor bilateral, mayor en derecho, con dificultad en la conversión. Sensibilidad hemicara derecha disminuida. Imposibilidad marcha talón-punta. Resto sin hallazgos relevantes.

Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente

**Enfoque familiar y comunitario**

Deterioro cognitivo leve (Pfeiffer 3 puntos) y dependencia moderada (Barthel 80), vive con su madre de 87 años. Cuidadora principal de su madre; su vecina les ayuda. Tiene 3 hermanos, con los cuales apenas tiene contacto, salvo telefónico, que están en activo, pero con trabajos poco remunerados. IABVC, pero en actividades como comprar, necesita la supervisión de su madre, ya que tiene muchos olvidos a pesar de

llevar las cosas anotadas. En últimos meses, mayor ansiedad + insomnio + palpitaciones, debido a enfrentamientos con su madre "porque le dice todo lo que tiene que hacer".

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Cefalea por empeoramiento hidrocefalia vs tensional vs abuso de analgésicos vs trastorno de ansiedad.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivamos a urgencias para realización de TC: hidrocefalia (I. Evans 0.5), colecciones extraaxiales bilaterales con calcificaciones meníngicas, IV ventrículo colapsado con aparente ocupación del canal raquídeo cervical superior. No hay estudios previos disponibles para comparar. Pautamos dexketoprofeno/12 h alternando con metamizol + deflazacort 30 mg/24 h durante 3 días + observación domiciliaria con recomendaciones. Derivamos desde AP a neurocirugía para recuperar seguimiento, así como valoración de la hidrocefalia. Seguimiento semanal en consulta de AP.

**Evolución**

Continúa con cefalea y cervicalgia, con mejoría leve tras tratamiento analgésico instaurado, sin empeoramiento clínico basal. En espera de cita con neurocirugía.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

No menospreciar a un paciente que acude de manera recidivante por un mismo motivo de consulta, sea siempre debido a una misma etiología. Hacer siempre una buena HC, EF y ver al paciente en su globalidad.

**Palabras clave**

Headache, Hydrocephalus, Anxiety.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Movimiento cervical involuntario

Añez Martínez B<sup>1</sup>, Morillas Jiménez M<sup>1</sup>, Santiago Carranza E<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Movilización involuntaria del cuello.

#### Historia clínica

Varón de 25 años, sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes médicos de interés ni tratamiento crónico.

#### Enfoque individual

Refiere desde hace 7 meses movimientos involuntarios a nivel cervical, giro cefálico a la derecha que cede tras tocar el lado izquierdo del cuello, sin dolor ni otros movimientos involuntarios asociados. Sin cefalea ni fiebre. Niega traumatismo previo.

A la exploración presenta buen estado general. PINLA, MOEC y campimetría por confrontación normal. Voz bitonal. Lenguaje y pares craneales sin alteraciones. No déficit motor o sensitivo objetivables. RCP flexor bilateral. Bipedestación y marcha sin alteraciones. Sin signos meníngeos. No temblor, rigidez o bradihipocinesia. Distonía cervical que mejora con truco sensitivo.

En analítica no se observan hallazgos significativos, estudio genético para Huntington y ceruloplasmina normal, autoinmunidad negativa. En TAC craneal sin contraste iv no se observan alteraciones significativas. En la RMN craneal y cervical con/ sin contraste iv no se aprecian alteraciones de la anatomía craneoencefálica ni raquídea medular cervical. DATSCAN presináptico normal.

#### Enfoque familiar y comunitario

Sin *antecedentes familiares* de interés.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Distonía cervical (laterocolis derecha).

Subluxación atlantoaxial, tortícolis muscular congénita, tics, parálisis del nervio troclear, absceso retrofaríngeo, enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, síndrome parkinsoniano, lesión que ocupa espacio en fosa posterior o médula espinal.

#### Tratamiento, planes de actuación

Se derivó a neurología, donde se inició tratamiento con levodopa sin mejoría y posteriormente infiltraciones con toxina botulínica.

#### Evolución

Tras administración de toxina botulínica el paciente presenta alivio de los síntomas, por lo que en consultas de neurología se administra cada tres meses para obtener un beneficio sostenido.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Desde Atención Primaria se puede establecer el diagnóstico clínico de distonía cervical basado en la historia y el examen neurológico, pero habrá que hacer pruebas complementarias para descartar otras patologías. Aunque generalmente la distonía cervical es benigna, puede provocar una discapacidad significativa si no se trata y, en la mayoría de los pacientes dura toda la vida. El tratamiento de elección son las inyecciones de toxina botulínica en los músculos del cuello (que provocan una denervación selectiva y relajación de la postura anormal del cuello), los trucos sensoriales pueden reducir los síntomas y la terapia quirúrgica con estimulación cerebral profunda está disponible para casos refractarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**A propósito de un caso: hipertransaminasemia leve en el adolescente**Martínez Álvarez M<sup>1</sup>, Molino Hernández MM<sup>2</sup>, Yélamos Lorente MA<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Tos no productiva.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* estenosis valvular leve. Correctamente vacunado.

Paciente de 13 años que consulta por tos no productiva vespertina, sin fiebre, sin mucosidad y sin dolor pleurítico de semanas de evolución. Astenia leve, sin otros síntomas en la anamnesis por órganos y aparatos. Refiere que estos síntomas son parecidos a los que tuvo hace dos años por esta época, y solicitan analítica con neumoalérgenos, que ampliamos a analítica completa, por observar hipertransaminasemia leve de dos años de evolución. No han acudido antes, porque durante un tiempo no han tenido Pediatra fijo en el cupo, y cuando le vieron lo achacaron a un cuadro vírico puntual.

**Enfoque individual**

*Exploración:* BEG, hidratado, normoperfundido. Eupneico. Consciente y orientado. Normopeso. ACR: rítmico, soplo sistólico en válvula pulmonar. MVC, sin ruidos. Abdomen: RHA conservados. Blando, depresible. No doloroso a la palpación. Se aprecia hepatomegalia de 4 traveses de dedo. Percusión mate generalizada. Signos de irritación peritoneal negativos. Puño percusión renal negativa. *Pruebas complementarias:* analítica de sangre: hipertransaminasemia leve confirmada, plaquetopenia leve y positividad para uno de los neumoalérgenos. Negatividad para: serologías de virus de hepatitis A, B, C y E, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina, anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa. Determinación de cobre, TSH y hierro normal.

Ecografía abdominal: cambios compatibles con hepatopatía crónica en fase cirrótica, sin delimitar lesiones focales parenquimatosas. Hepatoesplenomegalia.

**Enfoque familiar y comunitario**

Seguimiento en AP.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* hipertransaminasemia leve. Hepatopatía crónica a estudio.*Diagnóstico diferencial:* hepatitis víricas. Obesidad. Tóxica-farmacológica. Autoinmunes. Digestivas (EC, FQ, EIIC). Déficit de  $\alpha$ -1-antitripsina. Enfermedad de Wilson.**Tratamiento, planes de actuación**

Contactar con Digestivo del Hospital de referencia. Tratamiento: omeprazol 40 mg/24 h. Propanolol 10 mg /8 h. Evitar deportes de contacto.

**Evolución**

Se valoró biopsia hepática y se realizó EDA, que concluyó varices esofágicas leves y gastropatía por hipertensión portal leve.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La longitudinalidad y la accesibilidad en AP, son cualidades fundamentales que facilitan el seguimiento de los problemas de salud de los pacientes. En este caso, el hallazgo de la hipertransaminasemia fue un hallazgo casual hace dos años, pero con dificultad en el seguimiento y una mala adherencia terapéutica. La comunicación entre Primaria y Hospital fue fundamental para acelerar el proceso de pruebas diagnósticas. Igualmente, implantar el uso de la ecografía en Atención Primaria puede ser de gran utilidad.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**¿Lesiones cutáneas? revisemos su tratamiento**

Guerrero Pérez C, González Mata AM, Longxiang L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones ampollosas generalizadas en cuero cabelludo y miembros.

**Historia clínica**

Paciente de 66 años que refiere aparición de lesiones descamativas y ampollosas de dos meses de evolución que inicialmente se localizaban en cuero cabelludo pero que se han ido extendiendo a tronco, brazos, manos y piernas. Cuando llega a nuestra consulta, el paciente ya ha sido valorado en urgencias del centro de salud y han pautado permetrina ante sospecha de escabiosis. Sin embargo, no encuentra mejoría de las lesiones tras repetir el tratamiento una vez a la semana durante 1 mes.

Pautamos ciclo de corticoides con mejoría de las lesiones, aunque reaparición de alguna lesión tras bajar dosis. Se deriva a Dermatología para valoración.

En consulta realizan biopsia tipo punch de lesión en miembro superior izquierdo objetivándose en la anatomía patológica dermatosis bullosa IgA lineal inducida por drogas. Al revisar tratamiento se relaciona con la toma de gliptinas y se suspende tratamiento manteniendo pauta descendente de corticoides hasta suspensión.

**Enfoque individual**

Paciente de 66 años.

*Antecedentes personales:* NAMC. Fumador desde los 14 años, ahora 5 cig/día (IPA 20 paq/año). No bebe alcohol a diario. DM2. HTA. Dislipemia. Paraplejía flácida postpoliomielitis. Temblor esencial manos. Controla esfínteres. Cifoescoliosis con moderada restricción. Apnea Obstructiva del Sueño con VMNI desde 2018.

*Tratamiento actual:* clonazepam 500 mcg, gliclazida 30 mg/24, sitagliptina 50 mg/24 h propranolol 40 mg, zonisamida 50 mg, calcio carbonato 1,50g / colecalciferol 400ui, amlodipino 5 mg, omeprazol 20 mg, enalapril 20 mg / hidroclorotiazida 12,50 mg, simvastatina 20 mg

*Pruebas complementarias:* analítica con eosinofilia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* dermatosis IgA lineal inducida por gliptinas

*Diagnóstico diferencial:* penfigoide ampolloso, dermatitis herpetiforme, ampollas por fricción, pénfigo vulgar, penfigoide dishidrosiforme, escabiosis, epidermólisis ampollosa, impétigo ampolloso.

**Tratamiento, planes de actuación**

Revisiones periódicas.

**Evolución**

Actualmente está sin lesiones desde que suspendió la Medicación, sólo se aprecian hiperpigmentaciones residuales en miembros inferiores.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Necesidad de realizar una historia clínica detallada y una revisión de Medicación sobre todo en pacientes polimedicados buscando posibles reacciones adversas. Reafirmar la labor del médico de familia como primer responsable de la rápida respuesta con alivio sintomático que puede suponer para el paciente una correcta orientación diagnóstica y terapéutica previa a la valoración por la especialidad hospitalaria.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, ¿qué me pasa en las piernas?**Reyes Castellano JL<sup>1</sup>, Alonso Alcalde J<sup>2</sup>, Abadín Prieto M<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lesiones en ambas piernas.

**Historia clínica**

Joven de 18 años que acude a urgencias de su centro de salud por odinofagia con exudado amigdalár, malestar general y febrícula 37'8º, se diagnostica de faringoamigdalitis aguda bacteriana pautándose tratamiento antibiótico con Amoxicilina 850 mg con ácido clavulánico 125 mg cada 8 horas 7 días.

A la semana siguiente, dos días tras finalizar el antibiótico, acude a su médico por numerosas lesiones eritematovioláceas sobreelevadas, confluentes y dolorosas en superficie pretibial bilateral, resto de exploración normal, no síntomas sistémicos. Se derivó urgencias del H.U.V.R. donde se realiza interconsulta a Medicina Interna para realización de pruebas complementarias y a Dermatología para realización de biopsia. Se pautó tratamiento con AINEs y Corticoides durante una semana a la espera de resultados. Pruebas complementarias incluida radiografía torácica dentro de normalidad salvo leucocitosis, leve incremento de enzimas hepáticas, elevación de reactantes de fase aguda y con serología negativa salvo IgG virus Epstein-Barr positiva.

Finalmente confirma el diagnóstico de Eritema nodoso tras la biopsia cutánea.

**Enfoque individual**

No alergias a Medicamentos. No hábitos tóxicos. ni factores de riesgo cardiovascular. Diagnosticada de SIBO en 2023. No intervenciones quirúrgicas. No tratamiento habitual. Calendario vacunal completo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con sus padres y sus dos hermanas. Nivel socioeconómico medio. Estudiante universitaria de psicología. Actualmente con pareja.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* eritema nodoso (infección ORL desencadenante).

*Diagnóstico diferencial:* paniculitis, eritema multiforme, celulitis, picaduras de insectos, reacción alérgica, sarcoidosis, nódulos artritis reumatoide.

**Tratamiento, planes de actuación**

Pauta de antiinflamatorios durante una semana, Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y pauta corta de corticoides orales, prednisona 20 mg cada 24 horas, omeprazol 20 mg cada 24 horas y Paracetamol 650 mg si dolor.

**Evolución**

La paciente sigue en seguimiento por Medicina interna en H.U.V.R. Refiere llamativa mejoría del dolor y desaparición de las lesiones.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El eritema nodoso es una enfermedad caracterizada por inflamación de nódulos subcutáneos que afecta generalmente a los miembros inferiores, con predominio en mujeres jóvenes, donde la mayoría de las veces la etiología no es identificable o es idiopática. Desde Atención Primaria nuestra labor se fundamenta en realizar el diagnóstico clínico precoz con anamnesis detallada y mediante uso de pruebas complementarias necesarias y así estudiar su posible su causa.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, no mejoro con antibióticos**Alonso Alcalde J<sup>1</sup>, Reyes Castellano JL<sup>2</sup>, Abadín Prieto M<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Inflamación en nalgas.

**Historia clínica**

Varón de 76 años que acude a su centro de salud por malestar e inflamación de nalga izquierda de 2 días de evolución sin traumatismo ni herida previa en dicha zona. No picadura.

*Antecedentes personales:* no alergias. Hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica con bypass, FEV<sub>1</sub> conservada. Obesidad. Hábitos tóxicos: fumador 5 cigarros al día.

Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg 1/24 horas, candesartan 32 mg/HTZ 25 mg 1/24 horas, amlodipino 10 mg 1/24 horas, bisoprolol 5 mg 1/24 horas, gliclazida 60 mg 1/12 horas, metformina 850 mg/canagliflozina 150 mg 1/12 horas, atorvastatina 40 mg 1/24 horas, AAS 100 mg 1/24 horas.

**Enfoque individual**

Buen estado general. Consciente y orientado. Normohidratado y normoperfundido. Buena coloración de piel. Eupneico en reposo, afebril. TA 114/73, FC 87 lpm, Sat O<sub>2</sub> 97%. ACP: tonos rítmicos sin soplos a buena frecuencia, no roce pleural, murmullo vesicular conservado, no ruidos respiratorios patológicos. Se aprecia tumefacción con aumento de temperatura en nalga izquierda, eritema, cierta induración. Se pauta a antibiótico con augmentine 875 mg 1 comprimido/ 8 horas 7 días y revisión en 2 días.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se reevalúa sin mejoría, fiebre 38 ° C, hipotensión de 90/60, eritema que se irradia de nalgas a genitales, placa necrótica en testes. Ante la mala evolución y factores de riesgo se deriva a Urgencias General de Hospital.

Hospital. Analítica: leucocitosis (21000); con neutrofilia, PCR 250, creatinina 1,7 (previas normales) EKG: RS a 110 lpm, eje cardiaco a la izquierda, PR conservado, ondas T - en V2-V6 ya descritas anteriormente. Se solicita TAC e interconsulta a cirugía general y urología.

Cirugía cancela TAC de pelvis e intervención quirúrgica de urgencia. Ingresa en UCI (precisa soporte con aminas, mantener intubación tras quirófano, antibioterapia). Buena evolución progresiva. Analítica: descenso de leucocitos, PCR y creatinina.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Absceso en glúteo vs. gangrena de Fournier.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tratamiento: piperacilina-tazobactam + metronidazol- aislamiento de *Bacteroides ovatus* en cultivo + desbridamiento quirúrgico en reiteradas ocasiones. Retirada de IOT a los 10 días en UCI. Mejoría a las 2 semanas e ingreso en planta de urología con revisiones por cirugía.

**Evolución**

Favorable.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Buena actuación de MAP con derivación ante la gravedad de gangrena.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Caso clínico: fenómeno de Raynaud limitado a pies. Abordaje inicial**Marín Corencia C<sup>1</sup>, Anguita Mata JC<sup>2</sup>, Gámiz Martínez FM<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Crisis de dolor autolimitadas en pies.

**Historia clínica**

Paciente varón de 32 años que acude a consulta en dos ocasiones refiriendo dolor de pies ocasional, pero en el momento de consulta se presentaba asintomático. De duración menor a una hora sin requerir medicación. La primera vez le ocurrió mientras corría al aire libre. La segunda estando sentado en su domicilio. Sin traumatismo ni causa conocida.

*Antecedentes personales:* asma alérgica sin tratamiento actualmente. Trabajo de oficina. Deportista. Fumador de vapor. Niega tóxicos.

**Enfoque individual**

Exploración neurológica normal, marcha conservada, Lasègue y Bragard negativos. No parestesias ni disestesias en MMII. No dolor en fascia plantar. Sin cambios cutáneos o cambios macroscópicos relevantes. Pulsos distales presentes.

**Enfoque familiar y comunitario**

*Antecedentes familiares:* madre fibromialgia y LES. Hermana hipotiroidismo autoinmune.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Ante la ausencia de orientación diagnóstica se solicita Rx de pies bilateral. Acude a una tercera consulta para obtención de resultados de imagen, que fueron normales, pero esta vez aporta la

siguiente imagen en la que podemos ver un fenómeno de Raynaud: ante la sospecha de fenómeno de Raynaud en paciente con antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes se solicita analítica con ANA, factor reumatoide, VSG y función renal.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se recomienda al paciente evitar ambientes fríos hasta la obtención de resultados y se insiste en que deje de fumar.

**Evolución**

TA: 120/75. Hemograma, bioquímica, perfil renal y hepático normales. Autoinmunidad dentro de rango de la normalidad para el laboratorio.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El fenómeno de Raynaud primario o enfermedad de Raynaud es una respuesta exagerada vascular al frío o el estrés emocional, puede afectar a las manos, pies o lóbulos de las orejas. Afecta al 3-5% de la población, sin presentar complicaciones en la mayoría de casos. El tratamiento en casos leves es la educación del paciente, prevención del frío y abstinencia tabáquica. En casos graves se pueden utilizar calcioantagonistas. El objetivo del tratamiento es prevenir la ulceración y la gangrena. El fenómeno de Raynaud secundario puede estar relacionado con LES, esclerodermia u otras enfermedades autoinmunes. Está relacionado con una mayor tasa de complicaciones. Ante un paciente con fenómeno de Raynaud debe solicitarse autoinmunidad y función renal. La capilaroscopia, si hay medios, puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# Despistaje de dolor costal: a propósito de un caso

Morales Navarro A<sup>1</sup>, Pereda Mateos R<sup>2</sup>, Mariscal Ocaña MR<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitari. CS Olivillo. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán, San Fernando. Cádiz

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Dolor costal izquierdo.

### Historia clínica

Paciente varón de 58 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor costal izquierdo de 3 meses de evolución, acompañado de tos de predominio matutino.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* fumador activo severo (ICAT 40 paquetes/año), EPOC moderado.

*Anamnesis:* dolor costal izquierdo de 3 meses de evolución, acompañado de tos seca de predominio matutino. Afebril. Se acompaña de síndrome constitucional con pérdida de peso de unos 20kg desde el inicio de la sintomatología.

*Exploración* (a destacar): murmullo vesicular conservado con sibilantes dispersos, molestias a la palpación selectiva de parrilla costal lateral izquierda, a la altura D10 aproximadamente. Sin otros hallazgos patológicos.

*Pruebas complementarias:* analítica donde destaca anemia microcítica hipocroma, LDH 392 U/L, fosfatasa alcalina 328 U/L y ferritina 1474.4 ng/ml; mantoux negativo; radiografía de tórax con infiltrado en base izquierda; TC de pulmón (tras derivación preferente a Neumología) confirma masa pulmonar basal derecha con metástasis óseas blásticas múltiples en caja torácica y columna dorsal.

### Enfoque familiar y comunitario

Contacto diario con sobrino en julio 2023 (7 meses antes de la consulta), que padecía tuberculosis.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* neoplasia pulmonar.

*Diagnóstico diferencial:* tuberculosis.

### Tratamiento, planes de actuación

En un inicio, se pautó tratamiento con inhaladores (anoro cada 24 horas) y analgesia. Una vez se diagnostica al paciente, comienza con tratamiento quimioterápico.

### Evolución

Mejoría sintomática, así como clínica, progresiva en el momento actual (pendiente evolución).

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso valoramos el despistaje del cuadro clínico tos + síndrome constitucional + dolor costal. De este modo, es fundamental en todo caso de tos crónica realizar un primer abordaje con tratamiento sintomático en un primer momento, y pruebas diagnósticas protocolizadas (analítica, Mantoux, radiografía de tórax y espirometría), con más inri ante datos de alarma (síndrome constitucional). Se debería completar con la mayor premura dichas técnicas, dado la gran diferencia en el manejo terapéutico curativo de nuestros pacientes. En este caso, remarcar la importancia de la prevención primaria (consejo antitabaco) y seguimiento adecuado de nuestros pacientes EPOC, dado el alto riesgo que ello implica; a parte de la coordinación con los especialistas hospitalarios correspondientes para su abordaje integral y precoz.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Diagnóstico precoz del VIH**

Palma Álvarez E, Ruiz Moreno B, Hidalgo Dobao MM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Belmez. Córdoba

**Ámbito del caso**

Atención Primaria, servicio de urgencias.

corticoides y antipiréticos, se añade antihistamínico.

**Motivos de consulta**

Fiebre, molestias abdominales, exantema, prurito.

**Enfoque individual**

Expuesto en historia clínica.

**Historia clínica**

Varón de 26 años con antecedentes personales de colitis ulcerosa en tratamiento con mesalazina. No fumador, no consumo de sustancias tóxicas, no relaciones sexuales de riesgo.

Acude a consulta de urgencias hospitalarias por cuadro de fiebre de 38,8°C de dos días de evolución, que cede parcialmente con antipiréticos, acompañado de molestias abdominales y estreñimiento.

En la exploración física, la auscultación cardiorespiratoria fue normal, orofaringe normal, abdomen blando, doloroso a la palpación profunda sobre fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica, los resultados del hemograma normal excepto plaquetopenia leve. Bioquímica: normal con proteína C reactiva 11,3 mg/l. Se procede al alta con tratamiento domiciliario de corticoterapia y analgesia.

Tras dos semanas, acude a su médico de familia por aparición de exantema de evolución cráneo-caudal acompañado de prurito y persistencia de molestias abdominales y febrícula. A la exploración se aprecian lesiones puntiformes menores a 1 cm eritematosas que no blanquean a la presión con lesiones de rascado. Se solicita analítica completa con serología frente a ETS: VIH, sífilis, hepatitis y prueba de Mantoux. Se mantiene pauta de

**Enfoque familiar y comunitario**

Antecedente familiar de cáncer de colon.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Brote de colitis ulcerosa, apendicitis, vasculitis, dermatosis asociada a EII, ETS.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tras 2 semanas se cita al paciente en consulta de Atención Primaria con resultados analíticos positivo para VIH compatible con primoinfección en período ventana. Se deriva al Servicio de Enfermedades Infecciosas para su evaluación y confirmación del diagnóstico.

**Evolución**

Se recita al paciente para seguir evolución. Al mes se encuentra con buen control de la enfermedad en tratamiento antiviral con Biktarvir.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Se debe fomentar el conocimiento de los signos y síntomas en fases iniciales del VIH, así como la realización de la prueba VIH para promover el diagnóstico precoz, sensibilizando a los profesionales sanitarios e incrementado la oferta de la prueba del VIH dada la alta tasa de diagnóstico tardío en España, implicando peor pronóstico y mayor tasa de transmisión.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La batalla contra la tos crónica**Pachón De La Torre MV<sup>1</sup>, Valle Gallardo V<sup>2</sup>, Martínez Mesas E<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Campo. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Campo. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Tos crónica irritativa.

**Historia clínica**

Mujer, 77 años tos irritativa y esputo blanquecino, postprandial y nocturna. Sin descanso nocturno. Requiere de dos almohadas y cabecero de la cama reclinado. Sin ortopnea, disnea paroxística nocturna, ni nicturia. No edemas en miembros inferiores. No disnea de esfuerzo, palpitations, dolor torácico ni otra sintomatología cardíaca.

**Enfoque individual**

NAMC. Contraindicado IECAS por tos.

*Antecedentes personales:* HTA, artrosis y tos crónica en seguimiento por neumología, con TAC torácicos y esputos normales. Tratamiento: bisoprolol, hidroclorotiazida y analgésicos puntuales. Tratamiento para la tos: codeína, antihistamínicos, corticoides orales, retinol, todos sin éxito. No hábitos tóxicos.

*Exploración,* BEG, COC, BHyP. Eupneica en reposo sin oxígeno suplementario. Afebril TA 165/70, ACP: rítmico a buena frecuencia. MV conservado sibilantes de vías altas. ORL: úvula aumentada, no edematizada y hiperemia faríngea. No edemas en MMII ni signos de TVP, pulsos pedios conservados. Analítica normal, pruebas de neuroalergenos negativos. Radiografía de tórax y senos paranasales normales. Test metilcolina negativo. EFR normales. Cultivo de esputo negativo. TAC de tórax normal. Ecocardiografía normal. Fibroscopia normal.

**Enfoque familiar y comunitario**

Independiente para ABVD.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Tos por reflujo esofágico (ERGE) como diagnóstico principal. A descartar enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, asma bronquial, alergias respiratorias, efectos secundarios a medicamentos, procesos neoplásicos y enfermedades sistémicas.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivada a Digestivo. EDA: hernia de hiato de gran calibre. Manometría: atonía del esfínter esofágico inferior y signos manométricos de hernia hiatal. Atonía del esfínter esofágico superior. En tratamiento médico con: esomeprazol 40 mg, levosulpiride 25 mg y famotidina.

**Evolución**

En espera para realizar cierre de pilares y funduplicatura de Nissen, por cirugía.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La tos crónica requiere un enfoque integral requiriendo una buena anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias. Teniendo en cuenta la clínica acompañante y síntomas de alarma. Sin olvidar, exposición a humos, exposiciones ambientales, y fármacos. El síndrome del goteo nasal posterior, asma y el reflujo gastroesofágico, son responsables del 80% de los casos. Es un síndrome muy frecuente, complejo de abordar e incómodo para el paciente, precisando un buen abordaje con tratamiento sintomático y enfoque holístico identificando causas subyacentes. Fundamental la educación del paciente, la promoción de hábitos saludables y calidad de vida a largo plazo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# "Doctora llevo mucho tiempo con dolor en la espalda"

Abadín Prieto M<sup>1</sup>, Alonso Alcalde J<sup>2</sup>, Reyes Castellano JL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS San Pablo. Sevilla

### Ámbito del caso

Atención Primaria, servicios urgencias, atención domiciliaria.

### Motivos de consulta

Dolor dorsal derecho.

### Historia clínica

Paciente de 71 años acude a centro de salud por dolor dorsal derecho no asociado a traumatismo de 5 días de evolución, ni a infección respiratoria sin síntomas respiratorios y afebril, habiéndose acentuado en los dos últimos días su sintomatología del Parkinson. Refiere mayor intensidad del dolor de espalda con los movimientos y con la inspiración profunda. No dolor torácico, ni palpitations ni otra sintomatología acompañante.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* enfermedad de Parkinson desde 2007, colitis isquémica, gammapatía monoclonal IgG, enfisema centrolobulillar, ERGE, escoliosis dorso-lumbar, discoartrosis L2- L3.

*Exploración:* no apofisalgia, dolor a la palpación de la musculatura dorsal derecha. Dolor a la flexo-extensión y lateralización del tronco. No pérdida fuerza ni alteraciones sensitivas.

Reeconsulta con aviso domiciliario de su médico de familia y posteriormente sucesivas ocasiones en consulta presencial y telefónicas en centro de salud con su médico de familia aumentando paulatinamente la analgesia conforme a la escala analgésica de la OMS.

Tras cuatro semanas sin mejoría se decide realización de radiografía columna dorso-lumbar donde su médico de familia no observa fracturas ni lesiones agudas. Decide consultar la

radiografía con otros compañeros del centro de salud por no visualizar correctamente las vértebras dorsales y se observa fractura acuñaamiento D6, que no estaba descrita previamente, y marcada cifosis.

Se le comenta a la paciente que debe acudir a urgencias para valoración por fractura vertebral donde le realizan Tac con hallazgos de fractura-acuñaamiento crónica.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con marido. Asistencia domiciliaria. Desplazamiento silla de ruedas.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Escoliosis dorso-lumbar, dorsalgia mecánica, fractura vertebral, tumor, metástasis vertebrales.

### Tratamiento, planes de actuación

Tomaba tapentadol 25 mg de base. Analgesia: paracetamol, dexketoprofeno, paracetamol y después tapentadol 50 mg 2 c/ día y posteriormente 100 mg por la mañana y 25 mg por la noche. Colocación corsé. Unidad columna.

### Evolución

En espera de ver evolución.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Por el hecho de ser una paciente pluripatológica e hiperfrecuentadora no hay que pensar en que siempre se deba al mismo motivo. Habría que indagar en posibles diagnósticos diferenciales que determinen la causa del dolor más exacta y posibles tratamientos para mejorar la calidad de vida de los nuestros pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Síndrome de dumping tardío en Atención Primaria**Reynoso De Oleo P<sup>1</sup>, Cabrera Prado S<sup>1</sup>, López Hernanz A<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced, Osuna. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cañada Rosal. Sevilla**Ámbito del caso**

Consultas Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Episodios de mareo, decaimiento, palidez y sudoración que aparecen 2 horas después de las comidas.

**Historia clínica**

Mujer 43 años, que acude a nuestra consulta porque en las últimas 3 semanas tiene episodios de decaimiento, sudoración, mareos, decaimiento y palidez que aparecen 2 - 3 horas después de las comidas y que tiende a mejorar con ingesta en pequeñas cantidades de carbohidratos minutos después.

*Antecedentes personales:* hipotiroidismo (tratamiento eutirox), hemangioma hepático (seguimiento ecográfico bianual). obesidad mórbida (132 kg IMC 48).*Antecedentes quirúrgicos:* bypass gástrico (2014 con pérdida de 51 kg).**Enfoque individual**

Hicimos un seguimiento estrecho por medio de consultas sucesivas tanto presenciales como telefónicas para control de la evolución de la sintomatología, le entregamos un glucómetro para el control de la glucemia capilar en su domicilio (53, 60, 63 mg/dl) ya que los episodios de hipoglucemias tras 2 - 3 horas de la ingesta sobre todo de altas cantidades de carbohidratos apoyarían nuestra presunción diagnóstica dada la clínica y los antecedentes personales de la paciente.

**Enfoque familiar y comunitario**

Recopilación de datos que apoyasen el diagnóstico presuntivo a través de una correcta anamnesis e historia clínica. Modificación de

estilo de vida y hábitos dietéticos para disminución de peso corporal y un correcto control metabólico.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* síndrome de Dumping tardío o hipoglucemia hiperinsulinémica posprandial.*Diagnóstico diferencial:* insuficiencia pancreática, síndrome asa aferente.**Tratamiento, planes de actuación**

Ingesta lenta y fraccionada en 5 - 6 tomas diarias. Carbohidratos solo en comidas principales. Restricción de azúcares de alta carga glucémica. Ejercicio físico por lo menos 3 veces por semana.

**Evolución**

Tras abordaje multidisciplinario por parte de AP, endocrinología y digestivo, se inició tratamiento con Acarbosa que añadido al incremento de actividad física y mejoría de los hábitos dietéticos conseguimos un control de los niveles de glucemia, una mejoría de la sintomatología y una disminución del peso corporal de la paciente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Una adecuada historia clínica y anamnesis además de una correcta relación de síntomas con el diagnóstico presuntivo implica un mejor abordaje para el paciente así como evitar realización de pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, noto que cada vez me ahogo más**Mariscal Ocaña MR<sup>1</sup>, Vega Sánchez E<sup>2</sup>, Morales Navarro A<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna, Cádiz.<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

**Motivos de consulta**

Disnea progresiva.

**Historia clínica**

Mujer de 74 años en estudio y seguimiento en Atención Primaria por aumento progresivo de disnea desde hace 6 meses, tras infección por COVID, con realización de pruebas complementarias sin hallazgos de interés. Pendiente de valoración por Cardiología por clínica sugestiva de IC, pero acude por empeoramiento en la última semana con disnea a mínimos esfuerzos y molestias centrotorácicas localizadas en relación con el ejercicio, sin cortejo vegetativo. No síncope. Leve ortopnea, sin recorte de diuresis sin edematización MMII. No cuadro infeccioso.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* HTA en tratamiento. No hábitos tóxicos. 2014: carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda estadio IIA (pT1 c pN1b) hormonosensibilidad incompleta, dada de alta de Oncología en 2021. Tratamiento: torasemida 5 mg 1-0-0, irbersartán 300 mg / HTZ 25 mg 1-0-0, calcio diario, calcifediol mensual.

*Exploración:* leve taquipnea, Sat O<sub>2</sub> 93% basal. FC 100 lpm. TA 139/92 mmHg. ACP: rítmica, sin soplos. Abolición de MV generalizada hemitórax izquierdo. MMII: no edemas ni signos de TVP.

ECG: TS 100 lpm, QRS estrecho. Bajos voltajes.

**Enfoque familiar y comunitario**

Excelente nivel cognitivo. Independiente ABVD. Acude a natación. Viuda, vive sola. Buen soporte familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* alta sospecha derrame pleural*Diagnóstico diferencial* de disnea (etiología): cardíaca (IC, valvulopatías, derrame pericárdico, taponamiento), respiratoria (neumotórax, derrame pleural, neumonía, enfermedades pulmonares), otras (anemia).**Tratamiento, planes de actuación**

Ante la necesidad de realización de pruebas complementarias, se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. Se realizó analítica (hemograma y bioquímica sin alteraciones, PCR 4, proBNP 164, TIU 14), Rx tórax (derrame pleural izquierdo que condiciona desplazamiento de mediastino hacia lado contralateral) y ETT (Derrame pleural masivo. Derrame pericárdico leve. FEVI conservada).

**Evolución**

Estable hemodinámicamente, se decide ingreso en Neumología dada la necesidad de técnica diagnóstica. Se realiza TAC toracoabdominal (derrame pleural sugestivo de malignidad, metástasis hepáticas y probablemente óseas) y toracocentesis (diagnóstica y evacuadora). Pendiente de resultados AP y gammagrafía ósea. Se deriva a Oncología Médica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar como médicos de familia la importancia de realizar una buena anamnesis y una exhaustiva exploración física cada vez que acudan los pacientes a consulta, para establecer un correcto diagnóstico diferencial que nos permita alcanzar un diagnóstico de certero y evitar caer en inercia clínica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**El caso de un melanoma desaparecido**

Terrón Dastis I, Prats Sánchez A, Galisteo Luceno A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Bultoma supraclavicular izquierdo.

**Historia clínica**

Varón de 35 años, sin antecedentes de interés. Consulta por bultoma duro, redondeado y adherido a planos profundos en zona supraclavicular izquierda. Refiere inicialmente tamaño de grano de arroz, en el lapso de 2-3 meses ha crecido hasta un tamaño de 3x4 cm. Niega pérdida de peso o alteraciones del estado general asociadas.

A la exploración no se detectan datos de relevancia clínica, más que múltiples nevus melanocíticos, sin cambios aparentes.

Se realiza tele-consulta a Medicina Interna y simultáneamente a Cirugía General para biopsia. Se solicita analítica general de sangre, sin alteraciones. Radiografía simple de tórax, sin hallazgos patológicos. Se consensua ingreso programado para estudio, incluyendo biopsia de la lesión. Durante el mismo, se realiza tomografía computerizada con contraste intravenoso de tórax y abdomen, sin encontrarse patología. La ecografía de la lesión impresiona de origen metastásico. Los resultados de la anatomía patológica indican a melanoma maligno como diagnóstico más probable. Se realiza entonces una interconsulta a Dermatología, quienes realizan revisión del tegumento completo del paciente, incluyendo fondo de ojo y mucosas, sin encontrar ninguna lesión compatible con melanoma. Tras dos años de seguimiento, el paciente no ha presentado lesiones en órganos internos ni en la piel que sugieran extensión de un melanoma.

**Enfoque individual**

Abordaje de paciente que presente signos de alarma.

**Enfoque familiar y comunitario**

Acompañamiento del paciente y su familia a lo largo del desarrollo del diagnóstico particular e incierto. Resolución de dudas. Accesibilidad.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Melanoma maligno de resolución espontánea. *Diagnóstico diferencial:* adenopatía secundaria a cáncer metastásico, secundaria a infección, de causa autoinmune, secundaria a síndrome de hipersensibilidad.

**Tratamiento, planes de actuación**

Extirpación de la adenopatía, seguimiento trimestral en Atención Primaria y anual en Medicina Interna.

**Evolución**

En 2 años, no se ha detectado lesión cutánea ni metástasis en otros órganos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Con frecuencia las patologías se comportan de un modo inesperado, haciendo que la incertidumbre sea un factor protagonista en la toma de decisiones respecto al seguimiento que se realiza con los pacientes. La Atención Primaria será siempre el eje sobre el que girará la detección precoz de los síntomas de alarma en paciente cuyas patologías no siguen la norma establecida.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Toma de decisiones en el adulto mayor dependiente**Hernández Hernández B<sup>1</sup>, Iguñiz De La Fuente M<sup>2</sup>, García de Haro M<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadahortuna. Granada<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Hiporexia y pérdida de peso.

**Historia clínica**

Mujer, 89 años, dependiente para ABVD, vida cama-sillón aunque ocasionalmente sale del domicilio con andador. Vive con sus hijas. Antecedentes de ictus hace 6 años, sin secuelas. Deterioro cognitivo moderado. Dieta triturada por problemas con la prótesis dental. Consultan sus hijas por hiporexia de años de evolución acentuada en los dos últimos meses.

**Enfoque individual**

*Anamnesis:* mayor hiporexia en los dos últimos meses y pérdida de peso no cuantificada (su talla habitual le queda grande). Hábito intestinal conservado y sin alteraciones. Niega disfagia, fiebre o sudoración nocturna. No datos de procesos infecciosos intercurrentes.

*Exploración física:* sentada en el sofá, tranquila y colaboradora. Normocoloreada,

normohidratada. No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares, inguinales o axilares. Resto anodino.

*Pruebas complementarias:* destaca en analítica linfocitosis de 6000 con muestra revisada sugerente de SLPC. Además, anemia leve con vitB9<2.2. Actitud: se realiza teleconsulta con hematología.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se acuerda cita presencial en el centro de salud con sus hijas para explicar resultados, la naturaleza de la enfermedad e improbable

vinculación con acortamiento inminente de esperanza de vida. Se consulta Registro de Voluntades Anticipadas, pero no existe. No obstante, las hijas comentan que su madre ha reiterado, durante años, su deseo de no ir al hospital para pruebas o tratamientos. A sopesar: continuar estudio VS seguimiento. Se acuerda, por el momento, pacto de silencio, al no haber diagnóstico definitivo y no va a condicionar su vida actualmente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hiporexia y pérdida de peso en estudio secundarias a: aumento de la edad y escasa actividad física VS proceso hematológico en estudio. Anemia de trastornos crónicos VS déficit de vitB9 por baja ingesta. Pacto de silencio.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se pauta vitB9 y se proponen batidos complementarios, que rechaza. Se decide con hematología, por resultado compatible con LLC, y deseo de la familia, seguimiento analítico y consulta telefónica por hematología.

**Evolución**

Se mantiene contacto con la familia. Pendiente de evolución debido al reciente diagnóstico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Con este caso, pretendemos reflexionar sobre el abordaje de los problemas en salud en personas con deterioro cognitivo y dificultad para la toma autónoma de decisiones, planteándose una aproximación conjunta y multidisciplinar con especialidades hospitalarias y familiares.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Importancia de la atención familiar aplicado a un caso**González Castrillo LC<sup>1</sup>, Valverde Entrena V<sup>1</sup>, Qiu W<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santo Domingo. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención domiciliaria.

**Motivos de consulta**

Trastorno menstrual.

**Historia clínica**

Mujer de 53 años. Refiere desde hace 6 meses trastornos menstruales (baches amenorreicos alternos con menorragia) con toma de anticoncepción oral. Además comenta deseo genésico.

**Enfoque individual**

Antecedentes: fumadora. No OH. HTA. Obesidad. Trastorno mixto ansioso – depresivo. Ginecológico: FO 32111, FM irregulares, Menarquia 13 años, uso actual de ACO. 2 abortos previos.

*Exploración:* BEG eupneica TA 140/86 mmHg FC 45 lpm Sat O<sub>2</sub> 99%. Neurológico sin localización neurológica. Impresiona nerviosismo en la consulta con ideas de culpabilidad por abortos. Resto Normal.

*Pruebas complementarias:* analítica, citología: normal.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su pareja e hija (no en común) dependiente. Resto de familiares no tiene contacto. Familia nuclear sin parientes próximos. Ciclo vital familia en fase de III fin de extensión. Acontecimiento vital estresante por la Escala de acontecimientos Vitales Holmes y Rahe 1976 siendo 192 pts. Lo que genera una repercusión de salud tipo: psíquica: escala de ansiedad y depresión de Golberg de 4 y 5 pts respectivo. Orgánico: obesidad y trastornos menstruales. M.O.S y DUKE- UNC ambos perciben un apoyo social bajo. Cuestionario Zarit Burden de

cuidador: 53 pts. Las funciones familiares, el APGAR familia de 9pts: familia normofuncional. En Visita al domicilio: vivienda Unifamiliar sin transporte público con servicios básicos pero sin espacios adaptados para cuidado de su hija.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* obesidad. HTA. Trastorno mixto ansioso- depresivo. Abortos previos. Sobrecarga del cuidador. Perimenopausia.

*Diagnóstico diferencial:* amenorrea medicamentosa. Duelo patológico. Trastorno adaptativo.

**Tratamiento, planes de actuación**

*Tratamiento:* antidepresivo. Tratamiento no farmacológico: consejo higienico-dieteticas. Retirada de anticoncepción.

*Plan de actuación:* calendario menstruales, consejo. Orientación de Ley Dependencia. Inclusión a participación en grupo de promoción de la Salud. Abordaje individual: taller antitabáquico. Control tensional.

**Evolución**

Al mes se evalúa nuevamente a la paciente, refiriendo estar en trámites administrativo con trabajo social, mejoría del estado anímico y mejor control de sus problemas de salud.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El abordaje familiar es de suma importancia porque podemos obtener información del origen de los problemas y reconocerlos desde el punto de vista orgánico, psíquico y social. Además de mejorar la relación médico paciente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**“Cuando una correcta anamnesis en una lumbociática, sin remitir tras tratamiento médico, nos hace sospechar que hay algo detrás”**Castillo Herrera AM<sup>1</sup>, Lorenzo Illescas CM<sup>1</sup>, Sánchez Vico AB<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Federico del Castillo. Jaén<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Federico del Castillo. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lumbociática izquierda.

**Historia clínica**

Paciente varón de 60 años, con alergia a acetilcisteína, y con antecedentes personales de epilepsia parcial secundariamente generalizada y hernia discal L5-S1 diagnosticada desde 2014.

Acude a consulta por un cuadro de dolor lumbar izquierdo irradiado hasta los dedos del pie izquierdo desde Marzo del 2023. No refiere traumatismo ni esfuerzos que hayan podido desencadenar el dolor. No presenta clínica urinaria. Ha estado en tratamiento con paracetamol/12 h sin mejoría.

La *exploración* física fue: dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbares, no dolor en musculatura paralumbar. Lasegue izquierdo +, puño percusión renal bilateral negativa. A la exploración abdominal: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos conservados. No doloroso.

Volvió a acudir a consulta, donde refería no mejoría del dolor a pesar de tratamiento médico a altas dosis. Ante esto se decide realizar una Radiografía de columna lumbosacra, y una derivación preferente a neurocirugía para valoración. La Rx de columna evidencia signos de espondiloartrosis, sobre todo a nivel de L5-S1 y sacralización de L5.

**Enfoque individual**

A finales de septiembre, en consulta de Neurocirugía, solicitan una Resonancia

Magnética lumbar. Ante los hallazgos encontrados: Lesión ocupante de espacio en los arcos posteriores de L3 y L5-S1 de señal heterogénea, con escasa necrosis central, y realce con el contraste endovenoso, se amplía la RMN encontrándose gran masa mediastínica y masa pulmonar en Lóbulo superior izquierdo.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente vive con sus padres, es IABVD. Tiene una relación estrecha con su hermana.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Masa en lóbulo superior izquierdo. Lesiones ocupantes de espacio en L3 y L5-S1, sugestivas de metástasis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se pautan dosis altas de tratamiento analgésico y se procede a biopsia de la masa.

**Evolución**

Se toma biopsia de masa en pulmón y se trata de un adenocarcinoma de pulmón estadio IV B. Está en seguimiento por oncología médica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es fundamental realizar una correcta anamnesis y exploración clínica para detectar signos de alarma en una lumbociática y así poder realizar estudio complementario, no siendo necesario de inicio. Si no hay mejoría ante tratamiento médico a dosis indicadas debemos de evaluar otra causa de lumbociática, que no sea muscular.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora: ¡se me cae el pelo!**Vallecillo López MM<sup>1</sup>, Fernández De Cañete Ramírez N<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Paciente de 50 años con AP de SAOS.

**Motivos de consulta**

Acude por presentar desde hace una semana caída abundante del cabello, vello de las cejas, barba y bigote.

**Historia clínica**

El paciente niega cambio de champú u otro cosmético para el cabello.

A la exploración se observa en cuero cabelludo y en barba áreas de alopecia lisas, redondas sin zonas cicatriciales. Al dermatoscopio se observa puntos amarillos y algunos pelos rotos. No se observa zonas descamativa ni áreas de inflamación.

Refiere presentar en el último mes mucho estrés en el trabajo afectándole a su ámbito familiar.

**Enfoque individual**

Tras dos semanas de tratamiento el paciente acude por no presentar mejoría afectándole a su estado de ánimo. Se realiza teleconsulta a Dermatología y citamos al paciente en varias ocasiones para realizar psicoterapia.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se realizó una consulta conjunta con su mujer, abordando la ansiedad que le generaba al paciente la caída del cabello parcheada.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Alopecia areata en posible relación con el estrés o tensión emocional.

Hay que realizar el diagnóstico diferencial con: alopecia androgénica. Alopecia cicatricial. Tiña de la cabeza. Tricotilomanía.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dermatología indicaron minoxidil 5% cada 24 h / 3 meses, biotina 1 comprimido/ 24 h durante 80 días y betnovate solución capilar por la noche durante 15 días y posteriormente a días alternos durante otros 15 días. Psicoterapia en consulta y ejercicios de relajación.

**Evolución**

Al mes y medio de tratamiento estando el paciente con menos tensión emocional acudió de nuevo a consulta para enseñarnos que le estaba creciendo el pelo nuevamente pero de color blanco tanto en cuero cabelludo como en la barba.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La alopecia areata suele ser un motivo de consulta bastante frecuente. Es importante explicarles a los pacientes que es un proceso benigno aunque puede tardar meses en resolverse. La alopecia areata suele estar relacionada con estrés emocional, por lo que además de aplicar tratamientos que favorezcan el crecimiento del pelo es necesario profundizar más y si es posible ayudar a "tratar" el estrés emocional causante de la caída del pelo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**El eritema facial, más allá de la rosácea**Palacios Aguilar A<sup>1</sup>, Ruiz Jiménez A<sup>1</sup>, Pérez Craviotto J<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Axarquía. Málaga<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Axarquía. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Eritema facial.

**Historia clínica**

Mujer de 63 años.

*Antecedentes personales:* HTA, hipotiroidismo, celiacía, osteoporosis.

Tratamiento: denosumab, levotiroxina, clonazepam, magnesio, calcio, vitamina D, bisoprolol, losartán, amilorida clorhidrato/hidroclorotiazida.

EA: acude a consulta por presentar eritema facial bilateral de años de evolución, el cual le han diagnosticado de rosácea pero ningún tratamiento le ha hecho efecto. Comenta que se asocia con prurito. Además, empeora por temporadas.

*Exploración física:* se aprecia pequeño eritema malar bilateral, respetando surco nasogeniano, sin descamación acompañante. Presenta alguna pápula acompañante.**Enfoque individual**

Sd ansioso-depresivo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Natural de Argentina.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Rosácea vs dermatitis seborreica, acné vulgar, queratosis rubra pilaris facial, demodicosis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se plantea tratamiento con Brimonidina en gel en una aplicación diaria de una pequeña cantidad en

zonas afectadas. A las dos semanas, acude por presentar eritema cutáneo más intenso con el uso de brimonidina con folículos inflamados. Se realiza una revisión rápida de los efectos secundarios de esta terapia, comprobando que se trata de un efecto secundario frecuente, el cual se puede disminuir con el uso concomitante con otras terapias, como metronidazol tópico. Al mes, tras una estancia en Argentina, acude de nuevo a consulta comentando escaso control de los síntomas, por lo que se deriva a Dermatología para valoración.

**Evolución**

A los meses, es valorada en consultas externas de Dermatología, siendo el diagnóstico de demodicosis. Se instaura tratamiento con ivermectina tópica durante 3 meses. Tras ello, la paciente presenta una mejoría notoria de la sintomatología.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La demodicosis puede presentarse como una foliculitis con numerosas pápulas inflamatorias en la cara. El análisis de la piel puede demostrar numerosos ácaros Demodex. Estos ácaros se detectan en la rosácea e incluso en la piel normal. Por esto y sus características clínicas, es difícil distinguir la demodicosis de la rosácea. Este tipo de foliculitis normalmente se sospecha por primera vez cuando el paciente no responde a la terapia para la rosácea. El tratamiento incluye permectrina tópica e ivermectina oral. Existe un ensayo que sugiere mejores resultados con la combinación de ivermectina y metronidazol oral. La eficacia de la ivermectina tópica aún no está clara.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La musculatura nunca fue tan importante**

Tocino Carmona J, Hassan Querol SN, Muñoz Rojas S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto - Puntales. Cádiz

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Molestias musculares inespecíficas y calambres.

**Historia clínica**

Cassandra es una mujer de 36 años, peluquera de profesión, sin antecedentes personales reseñables, que acude insistentemente a los distintos servicios de Urgencias por dolor osteomuscular, que a veces coincide en cuanto a localización y siempre es de alta intensidad. Se acompaña de rigidez muscular y articular que le obliga a detener la actividad que esté realizando.

**Enfoque individual**

Lo principal y que mayor información nos brinda es la exploración física, en la que nos interesa objetivar si presenta fenómenos miotónicos en diferentes localizaciones de forma repentina, produciendo dolor intenso acompañado de cortejo vegetativo; así como evaluar los reflejos osteotendinosos, presencia de fasciculaciones y la fuerza/sensibilidad de todos los miembros. Además debemos realizar una anamnesis exhaustiva, con especial énfasis en su historial familiar.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su pareja y su hija, completamente independiente, aunque cada vez con mayor necesidad de ayuda de su hermana.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Síndrome de Isaacs, que debemos diferenciar de la atrofia muscular espinal progresiva y la Esclerosis lateral amiotrófica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Analizamos la situación y decidimos optimización analgésica para alivio sintomático eficaz junto a carbamazepina a dosis adecuadas, así como la derivación hospitalaria para realización de pruebas complementarias como el electromiograma y pruebas analíticas que contengan serología y marcadores tumorales, entre otros parámetros.

**Evolución**

Después de ser valorada, de la psicoterapia de apoyo y de haberse administrado el tratamiento en un tiempo considerable, se siente totalmente capaz de coexistir junto a su patología como si fuera una parte de ella misma, así como de conseguir una buena adherencia terapéutica que le permita sobrellevar la sintomatología de la mejor manera posible. Nos expresa su agradecimiento y su compromiso a colaborar en todo lo que respecta a su propia responsabilidad.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor es uno de los motivos más frecuentes en la consulta de Atención Primaria y no debemos dar por conocida la etiología de este tan a la ligera, ya que puede haber un trasfondo mayor del que nos esperemos, sin nunca olvidar que el dolor es una experiencia única, personal e intransferible en cada persona, que puede limitar su vida hasta en los momentos más luminosos.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Hipotiroidismo iatrogénico**Martínez del Rio MG<sup>1</sup>, De los Reyes Rodríguez González D<sup>2</sup>, Martin Acevedo AC<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mujer de 48 años de edad, sin alergias conocidas y con único antecedente de hipertiroidismo primario por enfermedad Graves Basedow y bocio grado III. Como tratamiento médico la paciente solo toma metimazol en dosis de 5 mg/8 h desde hace 3 meses.

**Motivos de consulta**

La paciente acude al centro de salud refiriendo notarse inflamación facial, astenia y estreñimiento progresivo, todo de unas 3 semanas de evolución.

**Historia clínica**

La paciente refiere haber estado tomando por dicha inflamación antihistamínicos y pautas de corticoides sin mejoría.

**Enfoque individual**

Revisando la historia, la paciente refiere haber estado tomando más de 3 comprimidos diarios de metimazol al día, por mal entendido en cuanto a la posología a seguir.

Dado la clínica indicativa de hipotiroidismo en el contexto de un tratamiento farmacológico hipotiroideo de 3 meses de evolución, sin buena toma del tratamiento y sin controles periódicos, se solicitó determinación de hormona tirotrópica y tiroxina, que confirmaron la situación de hipotiroidismo.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

El hipotiroidismo es el resultado de una baja secreción de hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroidea o, excepcionalmente, de su

acción tisular. Pensaremos en un hipotiroidismo iatrogénico en pacientes sometidos a cirugía, radioterapia externa, administración de yodo radioactivo o en tratamiento con fármacos que interfieren en la producción de hormonas tiroideas, tales como el metimazol, amiodarona, litio, carbamazepina, rifampicina o fenobarbital.

**Tratamiento, planes de actuación**

El médico de familia debe conocer los diferentes tratamientos que existen para el hipertiroidismo y sus efectos adversos. Un 15% de los pacientes que toman un fármaco antitiroideo presentan efectos secundarios leves (prurito, urticaria, dolor e inflamación articulares, alteración del gusto, náuseas y vómitos). Otros efectos secundarios como el del caso son menos comunes.

**Evolución**

Se realizó Interconsulta al servicio de endocrino que indicó retirada del metimazol y tratamiento con hormona tiroidea, con controles periódicos hasta normalización de las cifras.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Pese a ser un efecto adverso poco común, el hipotiroidismo secundario a tratamiento con fármacos antitiroideos existe y su mejor prevención es el seguimiento estrecho de los pacientes, para lo cual el médico de Atención Primaria es el que presenta las mejores oportunidades debido a la cercanía con el enfermo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### Doctor, tengo una uña encarnada que no cura

Pallares Padrón S<sup>1</sup>, Castillo Burgos DO<sup>2</sup>, Pinilla González MC<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Consultorio Maribáñez. CS Las Nieves. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. CS Las Nieves. Sevilla

#### Ámbito del caso

Mixto.

Situación basal: Independiente para las actividades de la vida diaria.

#### Motivos de consulta

Onicocriptosis que no cicatriza.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha ateroembolismo distal. Aneurisma de arteria hipogástrica izquierda parcialmente trombosada.

#### Historia clínica

Varón de 38 años que acude a consultorio por uñas encarnadas dolorosas en primer dedo de ambos pies desde hace tres meses. El dolor se alivia con agua caliente, las heridas han supurado y desde hace un mes presenta una “postilla” que no cicatriza. No otra clínica.

En la exploración se aprecia úlcera que impresiona de necrótica de 1x2 cm en dedo izquierdo y de 1x1 cm en el derecho, dolorosa a la palpación, que no coinciden con pliegue periungueal lateral ni distal. Dedos eritematovioláceos. No se objetiva edemas, ausencia de pulsos pedios pero poplíteos conservados, aunque impresiona de disminución de temperatura. Sensibilidad y movilidad conservadas.

Se le deriva a Servicio de Urgencias hospitalarias. Allí se le realiza una analítica anodina y una interconsulta con Cirugía Vasculard que descarta patología vascular de miembros inferiores con ECO-Doppler y solicita un angio-TAC de abdomen y bifurcación arterias ilíacas objetivándose una aneurisma de arteria hipogástrica izquierda parcialmente trombosada.

#### Tratamiento, planes de actuación

Anticoagulación con enoxaparina 100 mg hasta cita en CCEE de Cirugía Vasculard dos meses después. Asocia AAS 100 mg 1 comprimido al día.

#### Evolución

Se le ingresa para el inicio de tratamiento con anticoagulantes y manejo del dolor, tras dos días de ingreso hospitalario se decide alta con cita en CCEE y curas de Cirugía Vasculard y una cita para una ecocardio preferente para descartar otros focos embolígenos. Buena evolución clínicas, expectantes de la actitud terapéutica de Cirugía Vasculard.

#### Enfoque individual

No RAMC. No FRCV salvo fumador de 1 paquete al día. Válvula aórtica bicúspide diagnosticada en una ecocardio en 2017.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Aunque muchas veces el motivo de consulta nos parezca inofensivo, es imprescindible una buena exploración física que nos oriente hacia un diagnóstico y descarte de patologías que comprometan una mayor carga de morbimortalidad. La Atención Primaria no es tan notoria a la hora de conseguir unos mejores niveles de salud porque no jugamos con datos clínicos porque los hemos evitado. Y es aquí donde radica nuestra importancia como médicos de Atención Primaria.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Esclerosis múltiple, la gran simuladora**López Salmerón EM<sup>1</sup>, García Amador CP<sup>2</sup>, Miguel Urbano DC<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Martos. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Hipoestesia hemifacial derecha.

**Historia clínica**

Paciente de 44 años acude por hipoestesia hemifacial derecha desde hace 2 días tras episodio de cefalea hemicraneal y retroocular derecha opresiva asociando sonofobia y fotofobia, motivo por el que acudió al servicio de Urgencias Hospitalario con mejoría del dolor tras tratamiento pero no de la hipoestesia motivo por el que ha decidido acudir a la consulta.

**Enfoque individual**

No presenta antecedentes personales de interés salvo infección por virus de herpes zóster costal derecho con posterior neuropatía postherpética 5 meses antes y episodios de cefalea previos sin signos de alarma.

El paciente refiere una sensación de hipoestesia hemifacial derecha con malestar general que apareció posterior a un episodio de cefalea hemicraneal derecha ya resuelta tras tratamiento con AINEs. La exploración neurológica es normal salvo la hipoestesia citada y presenta un TAC previo, realizado por los episodios de cefalea, sin hallazgos significativos. Se solicita una analítica que incluye vitamina B12 y D sin alteraciones.

**Enfoque familiar y comunitario**

Trabaja como administrativo. Está casado, con buen soporte familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

El *juicio clínico* inicial fue migraña con aura, aunque posteriormente se establece el de esclerosis múltiple (EM).

Además, se realiza un *diagnóstico diferencial* con tumor cerebral, neuralgia del trigémino y accidente cerebrovascular.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se inicia tratamiento con prednisona 30 mg durante 7 días y se cita para valoración posterior. El paciente acude nuevamente con persistencia de la clínica por lo que se inicia gabapentina 300 mg con aumento de dosis según eficacia y se realiza teleconsulta a Neurología para valoración. En las semanas siguientes, acude de nuevo a Urgencias Hospitalarias por persistencia de la clínica a pesar del tratamiento por lo que es valorado por Neurología que citan en consulta rápida del servicio y solicita RMN cerebral, donde se objetivan varias lesiones en sustancia blanca con diseminación espacial compatibles con EM.

**Evolución**

Dados estos resultados, se solicita una punción lumbar para completar el estudio y continua en seguimiento por parte de Neurología aún sin determinar el tipo de EM que presenta ni iniciar tratamiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La EM puede simular otras enfermedades neurológicas por lo que se debe tener en cuenta a la hora de realizar un correcto diagnóstico diferencial desde AP.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**"La ironía de las citas médicas telefónicas"**Miguel Urbano DC<sup>1</sup>, López Salmerón EM<sup>2</sup>, García Amador CP<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Martos. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria, servicios urgencias.

**Motivos de consulta**

Tos, mucosidad, ahogo, fiebre.

**Historia clínica**

Hipertensión arterial. Fumadora 1 paq/día desde los 16 años.

**Enfoque individual**

Mujer de 67 años, solicita cita telefónica con su médico de Atención Primaria (MAP), para recetas por proceso catarral de 1 semana de evolución. Su marido se encuentra cursando Gripe A. Refiere autotest en domicilio para gripe A y COVID: negativo. Se pauta tratamiento sintomático y se informa signos y síntomas de alarma por los que debe acudir a urgencias.

Una semana después, solicita nueva cita telefónica, donde comenta que aún no se encuentra bien. Presenta malestar general, astenia y fatiga. Solicitamos analítica de control. Por tercera vez, pide cita telefónica para recibir resultados. Se comenta: Leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda (RFA) aumentados. Por lo que se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias. A su llegada: Buen estado general. Eupneica en reposo. Sat O<sub>2</sub> 95%. Afebril. Tensión arterial: 150/90 mmHg. Auscultación pulmonar: hipofonosis en hemitórax izquierdo. Solicitan radiografía de tórax: desviación de mediastino hacia la derecha con velamiento de todo el campo pulmonar izquierdo. Se decide ingreso a cargo de Neumología para estudio.

**Enfoque familiar y comunitario**

Jubilada. Vive con su marido.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Diagnósticos diferenciales:* neumonía, derrame pleural paraneumónico, tromboembolismo pulmonar, neoplasia primaria o metastásica.

*Juicio clínico:* cáncer pulmonar.

**Tratamiento, planes de actuación**

Quimioterapia.

**Evolución**

Tras ingreso en Neumología, se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, PET-TAC completo, toracocentesis y videobroncoscopia, donde se confirma neoplasia pulmonar con afectación pleural y hepática. Se procede rápidamente al tratamiento con quimioterapia por parte de Oncología. Los datos utilizados en este caso se han obtenido mediante consentimiento informado de la paciente según normativa vigente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Elegí dicho caso clínico para ejemplificar mi opinión sobre las nuevas agendas inteligentes de los MAP, donde es el paciente quién tiene opción de elegir, si su cita médica es telefónica o presencial. Así, estamos perdiendo la buena práctica clínica del MAP, donde es fundamental realizar una ordenada y dirigida anamnesis junto a una exhaustiva exploración física del paciente para acercarnos a un diagnóstico fiable. Ganamos tiempo con las consultas médicas telefónicas, pero tenemos más margen de error para equivocarnos.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Ojo con los antieméticos**De los Reyes Rodríguez González D<sup>1</sup>, Martínez del Rio MG<sup>2</sup>, García García A<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Centro - La Velada. Cádiz<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz<sup>3</sup> FEA en Nutrición. Hospital Punta de Europa. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

función hepatorenal normal. Destaca creatincinasa (CK) en 4500 U/L.

**Motivos de consulta**

Paciente varón de 26 años, opositor, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos que acude a su médico de Atención Primaria por temblor.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Rabdomiólisis en paciente con síntomas extrapiramidales, probablemente en relación con el uso de metoclopramida durante el último año.

**Historia clínica***Antecedentes médicos:* no factores de riesgo cardiovascular, diagnóstico de dispepsia por Digestivo privado en tratamiento con pantoprazol 40 mg/24 h, metoclopramida y cleboprida/simeticona a demanda. No antecedentes quirúrgicos.**Tratamiento, planes de actuación**

Se pauta hidratación oral abundante y se suspende la metoclopramida.

*Enfermedad actual:* el paciente refiere aparición de temblor (reposo y acción) en las cuatro extremidades de dos meses de evolución, lo cual afecta a sus actividades diarias. No otra sintomatología por aparatos.**Evolución**

En evaluación posterior, la CK disminuye a 985 U/L y la función renal permanece estable. En el seguimiento ambulatorio, la CK se normaliza, sin otras alteraciones. Los síntomas extrapiramidales desaparecen después de un mes, y el paciente se encuentra asintomático en la actualidad.

**Enfoque individual***Exploración física:* afebril, eupneico y eurolémico en reposo. Cardiorrespiratorio normal. Abdomen anodino. No adenopatías. Exploración neurológica con temblor bilateral y simétrico de las cuatro extremidades en reposo. Hipertonía e hiperreflexia, sensibilidad normal. Marcha, coordinación y equilibrio sin alteraciones. No Babinsky.**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Los efectos secundarios extrapiramidales de la metoclopramida son conocidos, siendo la rabdomiólisis una presentación poco común. En el diagnóstico diferencial se consideraron el consumo de sustancias tóxicas, ejercicio físico extenuante, alteraciones metabólicas, infecciones, miopatías y lesiones medulares, que fueron descartadas mediante la evaluación clínica y las pruebas realizadas en este caso.

*Pruebas complementarias:* hemograma y bioquímica incluyendo glucemia, iones y

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# La importancia de la ecografía en Atención Primaria

Castañeda Hernández A<sup>1</sup>, Santana Gallego MJ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Refiere bulto excrecente en región glútea derecha.

### Historia clínica

Paciente de 45 años que acude por bulto excrecente de 15x10 cm en región glútea derecha dependiente de la musculatura glútea/paravertebral de rápido crecimiento (2 meses) asociada a pérdida de 7 kg de peso sin dolor ni otros síntomas. Afebril en todo momento.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no alérgica a ningún medicamento. Ex fumadora desde hace 4 años, no bebedora. FRCV: HTA en tratamiento con olmesartán.

*Exploración:* estado general conservado. Bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Tumoración de 15x10 cm de consistencia dura pero no dolorosa a la palpación, dependiente según apariencia a tejido muscular glútea sin ulceración. Resto de exploración normal.

Se decide hacer en Atención Primaria ecografía clínica debido a las largas listas de espera de realización de pruebas diagnósticas programadas. En la ecografía se aprecia una masa sólida y vascularizada, hipocogénica que podría depender de pala iliaca. Parece tener un aspecto maligno. Se debe filiar con RNM o TAC.

Análítica: leucocitosis con neutrofilia. Proteína C reactiva 229.

### Enfoque familiar y comunitario

*Antecedentes familiares:* hermano fallecido por osteosarcoma en rodilla derecha hace 20 años.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumoración probablemente maligna. A descartar sarcoma.

### Tratamiento, planes de actuación

Se realiza una teleconsulta a medicina Interna explicando el caso y probable diagnóstico, se cita a la paciente 4 días después en sus consultas. Se realiza TAC con contraste de abdomen y pelvis de manera preferente. En TAC se aprecia masa paravertebral derecha en región lumbosacra de 11x14x13 cm sugestiva de malignidad (sarcoma) con metástasis vertebrales, pulmonares y en región adrenal izquierda.

### Evolución

Se desestima tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico. La paciente se deriva al servicio de Cuidados Paliativos y Atención Primaria para evolución y cuidados de la paciente.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Debido a las largas listas de espera en la realización de pruebas diagnósticas programadas, cobra mayor importancia la realización de ecografía clínica en Atención Primaria que nos ayude a orientar el diagnóstico y la urgencia del plan de actuación de la lesión. La vía rápida de contacto con especialidades como Medicina Interna a través de las teleconsultas nos facilita llegar a un diagnóstico lo antes posible.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor ¿por qué sigue aumentando la hinchazón en mis piernas?**García Amador CP<sup>1</sup>, Miguel Urbano DC<sup>2</sup>, López Salmerón EM<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Martos. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

**Motivos de consulta**

Disnea. Edema miembros inferiores.

**Historia clínica**

Paciente femenina de 70 años acude a la consulta de AP por tos seca, disnea de moderados esfuerzos desde hace 4 días y edemas maleolares de un mes de evolución, no pérdida de peso no oliguria, no fiebre.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica, dislipemia, artrosis, hipotiroidismo.

*Quirúrgicos:* angioplastia arteria descendente anterior (2015), extirpación meningioma (2013), pólipo endometrial (2011).

*Exploración:* tos seca, disnea, ortopnea de 2 almohadas, auscultación pulmonar roncus, sibilantes bilaterales y edemas maleolares ++/+++ con fóvea. Tensión arterial: 120/70 mmHg.

*Pruebas complementarias:* Hb: 14.3 g/dl, HCT: 43.4%. Dímero-D: 845 ng/dl, glucosa: 116 mg/dl, creatinina: 0,94 mg/dl, filtrado glomerular: >90, ProBNP: 3068 pg/ml, sodio: 135 mEq/l, troponinas: 36 ng/l, colesterol no HDL: 156 mg/dl triglicéridos: 402 mg/dl. Orina: proteínas: ++, glucosa: +++. Albuminuria/Cr 8069.4 mg/g. Gasometría arterial: pH: 7.50 paCO<sub>2</sub>: 47.4, paO<sub>2</sub> 87, Sat O<sub>2</sub> 97.8, bicarbonato: 36.3. Panel virus respiratorios y cultivo esputo: negativos. Inmunología ANA positivos 1/160 y pico monoclonal IgA: 841 mg/dl. Hipoalbuminemia: 2.7 g/dl e hipoproteinemia: 5.3 g/dl. Radiografía tórax, ECG, Ecocardiograma, Ecografía abdominal, Angio

TAC arterias pulmonares, SPECT-TAC corazón, Biopsia renal.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente mantiene una buena relación familiar, se apoya en sus hijos y se integra con la comunidad.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Amiloidosis primaria.

*Diagnóstico diferencial:* Insuficiencia cardiaca, nefropatía diabética, síndrome nefrótico.

*Problemas:* ansiedad, estrés, sentimientos de incertidumbre de ella y su familia, dificultad para realizar actividades básicas de su vida diaria, de ocio, etc.

**Tratamiento, planes de actuación**

Diurético, antibiótico, inmunosupresor e hipolipemiente. Evolutivo-clínico en AP y derivaciones a urgencias tras no mejoría con posterior ingreso en Medicina Interna e interconsultas con Cardiología, Neumología, Nefrología y Hematología para filiar y tratar la sospecha diagnóstica.

**Evolución**

Seguimiento evolutivo y farmacológico en AP, Nefrología, Hematología y Cardiología y tras ajuste e inicio tratamiento inmunosupresor inicia mejoría clínica y anímica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La Amiloidosis presentan sintomatología atípica y aberrante enmascarando el diagnóstico y retrasando el tratamiento. El abordaje integral y multidisciplinar es esencial en esta patología iniciando como pilar esencial la AP en beneficio del pronóstico del paciente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, estoy cansadísima**De los Reyes Rodríguez González D<sup>1</sup>, Naranjo Martín-Prieto M<sup>2</sup>, Gállego Martínez J<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Centro - La Velada. Cádiz<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente mujer de 35 años, administrativa, sin historial de alergias Medicamentosas ni hábitos tóxicos, quien consulta por síntomas de fatiga extrema y debilidad muscular progresiva.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* apendicectomía a los 20 años y episodios ocasionales de migraña tratados con analgésicos de primer escalón de la OMS. No factores de riesgo cardiovascular.

*Historia actual:* la paciente acude a su médico de Atención Primaria refiriendo fatiga persistente de más de 6 meses de evolución que interfiere con sus actividades diarias, así como debilidad muscular progresiva con empeoramiento en los últimos dos meses.

*Exploración física:* afebril, presión arterial y frecuencia cardíaca en rango normal. No se encuentran anormalidades de los sistemas cardiorrespiratorio y abdominal. No se palpan adenopatías. En el examen neurológico, se aprecia debilidad muscular simétrica en las cuatro extremidades, con disminución de la fuerza muscular II/IV y reflejos tendinosos profundos disminuidos. La sensibilidad táctil y la coordinación son normales. No se detectan signos de compromiso de los nervios craneales. Marcha y deambulación normal. Habla, fluye y repite.

*Pruebas complementarias:* los análisis de sangre, incluyendo hemograma completo, perfil metabólico básico y pruebas de función

hepática y renal, son normales. La creatinina (CK) se encuentra ligeramente elevada a 150 U/l, que se constata con segundo resultado en 180 U/l al mes.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Orientación diagnóstica: se sospecha de la presencia de una miopatía inflamatoria idiopática.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se inicia tratamiento con megabolo de corticoides seguido de corticoide de mantenimiento y se observa una mejoría gradual de los síntomas.

**Evolución**

Se deriva a la paciente al Reumatología dada la imposibilidad de solicitud de electromiografía y biopsia muscular desde Atención Primaria, confirmando el diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La miopatía inflamatoria idiopática es una patología poco frecuente que puede presentarse con síntomas inespecíficos como fatiga y debilidad muscular, lo que puede dificultar su diagnóstico en Atención Primaria. La sospecha diagnóstica se planteó por la exploración neurológica exhaustiva, repetida y comparada en diferentes citas médicas, lo que destaca la importancia del seguimiento longitudinal de los pacientes desde Atención Primaria.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**¿Tengo SIDA?**Carmona Méndez C<sup>1</sup>, Fernandez Torres M<sup>1</sup>, Piñero Serrano L<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada**Ámbito del caso**

Medicina de familia, medicina interna, inmunología y neumología.

**Motivos de consulta**

Varón de 22 años, procedente de Argelia, que acude por tos y expectoración, con dolor en tórax.

**Historia clínica**

Varón que lleva 2 meses en España y un mes en viaje, acompañado por la traductora de la asociación. Refiere tener VIH y patología pulmonar, que no sabe especificar ni aporta informes, patología por la cual tiene tratamiento específico, con inmunoglobulinas, desde que era adolescente y desde que empezó el viaje a España no ha podido tomar. No hábitos tóxicos. No otros antecedentes personales ni familiares de interés.

**Enfoque individual**

Desde la consulta de Atención Primaria, mandamos analítica (bioquímica, hemograma completo, estudio de autoinmunidad, con perfil de serologías (VHA,VHB,VHC,VIH), radiografía de tórax e IGRA.

En las *pruebas complementarias*, destaca: antitripsina 222, inmunoglobulinas bajas y ferropenia; y en la radiografía infiltrado en base derecha que borra silueta cardiaca. Se amplía perfil de anemias y se realiza teleconsulta a medicina interna, digestivo y neumología. Donde piden poblaciones linfocitarias, TAC tórax y endoscopia digestiva alta.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se realiza el abordaje a través de la asociación dónde vive, ya que nos encontramos ante una alta barrera idiomática y también cultural. Debemos

comprender que es fundamental el cribado de patologías endémicas según el país de procedencia para realizar el cribado correspondiente y llevar una continuidad asistencial.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Ante los primeros resultados podemos pensar en una agammaglobulinemia de Brutton o, como fue diagnosticado, inmunodeficiencia Variable Común, justificando las infecciones respiratorias de repetición, bronquiectasias, así como celiaquía.

**Tratamiento, planes de actuación**

Previo a resolución de pruebas se pauta aerosoloterapia (salbutamol/beclometasona), azitromicina e hierro oral. Tras pruebas y consultas en atención especializada: inmunoglobulinas 30 g cada 21 días iv.

**Evolución**

Actualmente, tras la toma de antibiótico y hierro, el paciente se encuentra asintomático. Además, el paciente se encuentra en seguimiento por parte de inmunología, con tratamiento que toma mensualmente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Hemos observado la importancia del cribado y la continuidad asistencial, así como lo fundamental que es la comunicación, en la patología del paciente migrante. También lo es la acción política, con leyes de migración que puedan permitir un alargamiento en los tiempos de estancia, para el abordaje de ciertas patologías.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**“Doctor, no veo nada”**Asensio Martín A<sup>1</sup>, De La Sierra Girón Prieto M<sup>2</sup>, Muñoz Gámez A<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada**Ámbito del caso**

Caso multidisciplinar; Atención Primaria (AP) y atención especializada.

**Motivos de consulta**

Mujer de 45 años que acude a consulta del centro de salud por pérdida de Agudeza Visual (AV) en el ojo derecho.

**Historia clínica**

Entre sus antecedentes personales destaca una Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI) de mama derecha, pT1 c (15 mm); PNoMo. Receptores hormonales positivos, Her2 negativo, Ki-67 40%. Tratado con tumorectomía, iopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC) con Anatomía Patológica (AP) de grado 2 y hormonoterapia con tamoxifeno desde julio de 2018, tras rechazar quimioterapia. Se deriva la paciente a Oftalmología.

**Enfoque individual**

Se valora el caso por el Comité de Oncología y se decide la suspensión del tamoxifeno por toxicidad ocular. AV Ojo Derecho (OD): 6/10 nm. AV Ojo Izquierdo (OI): 6/7,5 nm. Biomicroscopia (BMC): normal. Fondo de Ojo (FO): papila inclinada plena y mácula sin acúmulos, en ambos ojos (ao). Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) macular: perfil foveal normal ao. Autofluorescencia OD: leve moteado macular. OI: normal.

Análítica con todos los parámetros dentro de la normalidad. Resonancia Magnética Cerebral: sin alteraciones significativas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vigilancia integral de los pacientes oncológicos, considerando no solo la enfermedad primaria

sino también los efectos secundarios de los tratamientos utilizados.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Toxicidad por tamoxifeno. Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE); Distrofia Retiniana Pigmentaria.

**Tratamiento, planes de actuación**

Retirada de la hormonoterapia. Realizar seguimiento estrecho de otros posibles efectos secundarios.

**Evolución**

Suspensión del tratamiento con Tamoxifeno y ver evolución. Comprobar si existe mejoría de la agudeza visual una vez retirado el fármaco.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El cáncer de mama es el tumor más diagnosticado del mundo. En cuanto a la tasa de incidencia, se estiman 132 casos por cada 100.000 habitantes. En España, aproximadamente el 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama. El Tamoxifeno es un fármaco con efecto antiestrogénico recomendado como tratamiento coadyuvante en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas con receptores hormonales positivos. Se han descrito alteraciones oculares relacionadas con dicho fármaco a nivel de la córnea, retina y nervio óptico, aún a dosis bajas. Por ello, cabe resaltar la importancia de una vigilancia integral de los pacientes con cáncer de mama, considerando no solo la enfermedad primaria sino también los efectos secundarios de los tratamientos utilizados.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

# Mujer con lumbalgia: cuando mirar el abdomen no está de más

Luque de Haro E<sup>1</sup>, Serrano León MT<sup>1</sup>, Martínez de Victoria Carazo J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Este. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Cecilio. Granada

### Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

### Motivos de consulta

Lumbalgia, dolor fosa renal izquierda.

### Historia clínica

Mujer de 44 años, alérgica a penicilina y sin antecedentes médicos de interés. Sin tratamiento domiciliario.

En seguimiento en consulta de Atención Primaria por lumbalgia irradiada a miembro inferior izquierdo a la que se realiza radiografía simple de columna dorsal objetivándose posible lesión quística abdominal en región esplénica.

### Enfoque individual

La paciente presentaba varias consultas por dolor lumbar y además había comenzado a presentar síntomas catarrales por lo que sus dos últimas visitas a la consulta se centraron en el cuadro catarral y en el tratamiento del mismo, restándole importancia al dolor en fosa renal izquierda que la paciente también tenía.

### Enfoque familiar y comunitario

Sin interés para el caso.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se realiza ecografía clínica en centro de salud observándose lesión de contenido anecoico (12x11 cm) con paredes calcificadas que parece depender de bazo. Además esplenomegalia

16cm. No síndrome constitucional ni semiología infectocontagiosa. Se solicita TC abdominal para filiar lesión y decidir conducta. Además se solicitan serologías. "Extensa lesión esplénica con calcificación en cáscara de huevo.

El DDX se establece con quiste parasitario (hidatidosis), pseudoquistes no parasitarios (postraumáticos) y más raramente con quistes epiteliales verdaderos."

### Tratamiento, planes de actuación

Ante los hallazgos en el TC de abdomen y los resultados negativos de la serología se decide derivación de la paciente a consultas externas de cirugía general y del aparato digestivo para valoración por su parte.

### Evolución

La paciente ha sido valorada por parte de los cirujanos y está pendiente de ser comentada en sesión clínica con otros especialistas incluidos radiólogos para adoptar actitud terapéutica.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En este caso se pone de relieve la importancia de una valoración integral del paciente, y de una exploración física completa. Además del papel de la ecografía clínica como un complemento a la exploración física. La aplicabilidad, la accesibilidad, la seguridad y el bajo coste de la técnica, nos brindan la posibilidad de una correcta orientación del proceso de salud de nuestros pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**¡Doctor, su medicamento me ha dado alergia!**

Asensio Martín A, Garzón Aguilar J, Medina Cobos A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Granada

**Ámbito del caso**

Caso clínico de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés ni tratamiento habitual, que consulta por cuadro de 5 horas de evolución de exantema maculo papular, levemente pruriginoso, bilateral y simétrico, que afecta a miembros superiores, tórax y espalda y región palmo-plantar. No asocia vesículas ni ampollas.

**Historia clínica**

Niega relaciones sexuales de riesgo, viajes o posibles picaduras.

Completando la anamnesis, el paciente comenta que había iniciado hace 5 días tratamiento con amoxicilina por cuadro de odinofagia y fiebre de hasta 38,5°C, junto con rinorrea y tos seca escasa. Ante la no mejoría, a las 48 horas del inicio de la amoxicilina se añadió ácido clavulánico.

**Enfoque individual**

A nuestra valoración y dada la sospecha etiológica del cuadro, se interrumpió el tratamiento antibiótico mejorando favorablemente a los días con manejo sintomático. Igualmente se solicita analítica, que entre otros hallazgos, destaca la positividad para anticuerpos heterófilos contra el virus de Epstein-Barr.

*Exploración y pruebas complementarias:* buen estado general, no ictericia mucocutánea. Adenopatías cervicales anteriores dolorosas bilaterales. Orofaringe: hipertrofia amigdalilar bilateral con exudado blanquecino. Auscultación cardio-respiratoria: sin hallazgos. Abdomen: no doloroso a la palpación, ausencia de hepatoesplenomegalia. Analítica. Bioquímica: gammaglutamil transferasa 95, aspartato

aminotransferasa 49, alanino aminotransferasa 151. Serología: virus de Epstein-Barr Anticuerpos IgM positivo, Ac IgG positivo. Serología para *Treponema Pallidum* negativa.

**Enfoque familiar y comunitario**

Evitar caer en la inercia terapéutica y la prescripción errónea de antimicrobianos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Exantema en paciente con mononucleosis infecciosa inducida por aminopenicilina.

Urticaria; sífilis secundaria.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tratamiento sintomático y seguimiento estrecho del paciente.

**Evolución**

Evolución favorable tras la retirada del tratamiento antibiótico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El exantema es un cuadro altamente prevalente en las consultas tanto de urgencias como de Atención Primaria, por lo que la anamnesis debe ser lo más exhaustiva posible dado el amplio abanico causal de éste, junto con la exploración pertinente. Por otro lado, es importante recordar que la etiología de la faringoamigdalitis es en el 95% de los casos vírica, por lo que la antibioterapia se iniciará sólo en aquellos en los que se sospeche la presencia del EBHGA, para lo que debemos aplicar escalas diagnósticas como la de Centor-McIsaac, con el fin de evitar caer en la inercia terapéutica y en la prescripción errónea de antimicrobianos.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Dolor torácico: la importancia de la clínica**Ordóñez Béjar MN<sup>1</sup>, Quilez Cutillas ES<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle, Écija. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

*Diagnóstico diferencial:* dolor torácico isquémico vs mecánico vs ansiedad.**Motivos de consulta**

Dolor torácico.

**Tratamiento, planes de actuación***Plan de actuación:* entre los episodios, acude preocupado a nuestra consulta de Atención Primaria, y a pesar de tener pruebas complementarias sin hallazgos reseñables, vemos sintomatología sugerente de cardiopatía isquémica, por lo que derivamos preferente a Cardiología.**Historia clínica***Antecedentes personales:* hombre de 49 años, fumador de 15 cigarros al día, sin otros antecedentes.*Anamnesis:* durante un mes y medio presenta 3 visitas a Urgencias por dolor torácico. En todas refiere dolor centrotorácico opresivo de varios días de evolución, de aparición intermitente y sobre todo nocturna, a veces irradiado a ambos brazos y en ocasiones acompañado de sudoración.**Evolución**

2 semanas después de la última visita a Urgencias se valora en Cardiología, con ECG y ecocardiografía normal y se solicita cateterismo ambulatorio preferente, visualizándose arteria descendente anterior con estenosis significativa (90%) en su segmento medio, implantándose stent farmacológico. Posteriormente, se incluye en programa de Rehabilitación Cardíaca.

*Diagnóstico:* cardiopatía isquémica. Angor de esfuerzo. Enfermedad monovaso.**Enfoque individual***Exploración:* TA 124/86. FC 90 lpm. Sat O<sub>2</sub> 96% sin aporte. BEG, COC, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos respiratorios patológicos. Exploración neurológica normal. Abdomen normal.*Pruebas complementarias:* hemograma, bioquímica y coagulación normal. Evolución Troponina T: 7.3 (día 1); 12.5 (día 2); 20.4 y 28 (día 3). Radiografía tórax normal. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Ondas T negativas V1-V3, BIRDH ya conocido.**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Lo interesante del caso radica en la importancia de la clínica. Nos encontramos ante un paciente con clínica atípica que consulta varias veces en Urgencias, pero ante la normalidad de las pruebas, siempre es dado de alta a domicilio. Es entonces cuando el papel del médico de familia es fundamental, ya que por la anamnesis y la exploración es capaz de sospechar que puede haber una patología de fondo y decide derivarlo pese a no haberse objetivado nada claro en Urgencias. Y gracias a eso, se vio que, efectivamente, había una lesión cardíaca importante.

**Enfoque familiar y comunitario**Sin *antecedentes familiares* de interés.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* dolor torácico sin aparentes datos de cardiopatía isquémica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## Manejo de bloqueo trifascicular en un paciente centenario con síncope recurrentes: un enfoque domiciliario

Rosario Castillo AC<sup>1</sup>, Berigüete Gómez EM<sup>2</sup>, Cobo Valenzuela N<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Virgen de Linares, Linares. Jaén

### Ámbito del caso

Atención domiciliaria.

### Motivos de consulta

Síncope cardiogénico.

### Historia clínica

Nos avisan por varón de 101 años que presenta episodios presincopecos y síncope hasta 5 ocasiones, las últimas tres en menos de 15 minutos. Tiene antecedentes de bloqueo trifascicular. Se descarta la colocación de marcapasos tras evaluación. En el segundo aviso, se observa un bloqueo completo en el domicilio del paciente.

Las *exploraciones* realizadas muestran un abdomen y examen ORL normales, así como una evaluación neurológica sin hallazgos significativos. En el primer aviso, se encuentra un bloqueo trifascicular en el electrocardiograma (ECG), y en el segundo aviso, se observa un bloqueo completo.

El tratamiento administrado en el segundo aviso incluye atropina y adrenalina para mejorar la frecuencia cardíaca, así como midazolam para controlar la sintomatología. Además, se menciona la posibilidad de administrar morfina si es necesario.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* bloqueo trifascicular estudiado por Cardiología, descartando actuación por su parte. HTA, hipoacusia.

*Anamnesis:* parcialmente dependiente para las ABVD. No hábitos tóxicos. En tratamiento activo con enalapril.

*Exploración:* CyO, Estable. ACR: tonos rítmicos, soplo pan sistólico en foco aórtico. MVC sin

ruidos patológicos. Abdomen anodino. MII: no edemas no signos de TVP.

*Pruebas complementarias:* TA 110/70 mmHg FC 35 Sat O<sub>2</sub> 98%. ECG: ritmo sinusal a 40 lpm, Eje Izquierdo, BAV 1ER GRADO, HBAI.

### Enfoque familiar y comunitario

Paciente viudo hace 5 años. Vive solo, con soporte de hijos para la comida y aseo. Tiene 3 hijos, se turnan para cuidarlo.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síncope cardiogénico.

Problemas: a pesar de sintomatología se niega a evaluación hospitalaria.

### Tratamiento, planes de actuación

Medidas de hidratación y posturales.

### Evolución

Tres horas más tarde nos dan un segundo aviso con aumento de cuadros y pérdida de conocimiento con recuperación espontánea. A nuestra llegada constantes bien. Destaca FC de 30 lpm y ECG un BAV completo con pausas sinusales de hasta 20 ms. Se administra atropina + adrenalina en bolo IV. Paciente mantiene FC en torno a 41, refiere dolor precordial.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La Atención Primaria, se basa en los cuidados del paciente. Mas que seguir protocolos desde nuestras actuaciones miramos el paciente respetamos su decisión. Ofreciendo así una satisfacción al paciente.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Mialgias y malestar general tras ejercicio físico: isotretinoína y reacciones adversas**García Barbarroja A<sup>1</sup>, López De Priego V<sup>2</sup>, Medina Moruno I<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Malestar general.

**Historia clínica**

Paciente de 18 años en tratamiento con isotretinoína desde hace quince días, suspendido hace cuatro por elevación de transaminasas. Acude por cuadro de dos días de malestar general, astenia, mialgias y coluria tras esfuerzo físico importante en gimnasio.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* acné grave. Hábitos tóxicos: ex-fumador. No alcohol.

*Exploración:* regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. ACR: sin alteraciones. abdomen: sin alteraciones.

*Pruebas complementarias:* analítica 05/12: bilirrubina total 0.51, GPT 21, GGT 31. Analítica 22/01: bilirrubina total 1.3, bilirrubina directa 0.48, GOT 697, GPT 221, GGT 24, ALP 90.

**Enfoque familiar y comunitario**

Sin *antecedentes familiares* de patología hepatobiliar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* RAM a isotretinoína.

*Diagnóstico diferencial:* hepatopatía.

**Tratamiento, planes de actuación**

Ante mal estado clínico, se deriva al paciente a urgencias hospitalarias.

**Evolución**

En urgencias hospitalarias, se constata marcado descenso de transaminasas y serologías negativas, aunque se objetivan valores de CPK de 2025 U/L, manteniendo función renal sin alteraciones. Tras evolución y mejoría del paciente, se da de alta con juicio clínico de reacción adversa a isotretinoína, normalizando valores analíticos a la semana.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Son numerosos los efectos adversos descritos asociados a isotretinoína, aunque la mayoría de efectos secundarios no revisten gravedad y permiten continuar el tratamiento, siendo frecuente las alteraciones analíticas. En el caso de las transaminasas, es común que se produzca una elevación leve y transitoria al inicio del tratamiento. Su elevación por encima de tres veces los valores normales indica su interrupción. La elevación de la CPK es común y su medición no estaría indicada en ausencia de clínica. Las mialgias pueden ser controladas con antiinflamatorios, suspendiendo la isotretinoína en el caso de dolor intenso o no control con Medicación. La clínica puede empeorar en caso de realizar ejercicio físico intenso, pudiendo desembocar en rabdomiólisis. Como conclusión, cabe resaltar la importancia de la evaluación inicial del paciente al inicio de cualquier tratamiento, donde se informe de sus riesgos, beneficios y precauciones a llevar a cabo durante su toma. Por parte del médico de Atención Primaria, es de vital importancia el conocimiento de las posibles reacciones adversas a los fármacos pautados y su manejo.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La teleconsulta como método de ayuda**Pinilla González MC<sup>1</sup>, Castillo Burgos DO<sup>2</sup>, Pallares Padrón S<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Maribáñez. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente con EPOC GOLD E tipo enfisematoso no eosinofílico que acude a consulta porque tras el alta de ingreso hospitalario por reagudización continúa con disnea en reposo.

**Historia clínica**

Paciente que ha sido dada de alta tras un ingreso por reagudización de EPOC de probable origen infeccioso con ajuste de tratamiento con inhaladores y pauta de corticoides. Se queda pendiente de revisión. Al día siguiente, acude a nuestra consulta un familiar para que valoremos a la paciente en domicilio ya que el hecho de levantarse para ir al baño le supone un aumento de su disnea. Cuando acudimos a valorar a la paciente se encuentra disneica incluso al habla, taquipneica (20 rpm) y Sat O<sub>2</sub> 88% a.a. (Sat O<sub>2</sub> basal de 95% al alta sin oxigenoterapia). Con todo esto realizamos teleconsulta a Neumología solicitando posibilidad de oxigenoterapia domiciliaria, salvo mejor criterio.

**Enfoque individual**

Paciente con AP de EPOC, ex-fumadora y lesión nodular espiculada en seguimiento desde 2021. Posibilidad de manejo de la paciente a nivel domiciliario ante la necesidad de atención urgente.

**Enfoque familiar y comunitario**

La herramienta de teleconsulta como un apoyo para el manejo ambulatorio de pacientes que precisan atención urgente. Buen apoyo por parte de familia en domicilio con capacidad para asumir el manejo de la paciente.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

EPOC grave gold E. Lesión nodular LII.

**Tratamiento, planes de actuación**

Desde nuestra consulta ajustamos el tratamiento al alta añadiendo Salbutamol y tras nuestra consulta Neumología reajustó el mismo, prescribiendo O<sub>2</sub> domiciliario que le llegó a la paciente el mismo día de la teleconsulta e indicando nueva pauta de corticoides + antibioterapia.

**Evolución**

La paciente mejoró de su disnea a pesar de no estar usándolo las horas prescritas (ya han explicado en la siguiente revisión a la paciente la necesidad de O<sub>2</sub> todas las horas prescritas) y mejor funcionamiento en su día a día.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La teleconsulta es una herramienta que puede ayudarnos para evitar desplazamientos e ingresos al Hospital que pueden suponer empeoramiento, además ya que somos nosotros los que atendemos a los pacientes y vemos su evolución en el día a día de una forma más cercana y con posibilidad de seguimiento.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**"Doctora, mi marido no se ha comido ni un polvorón esta navidad"**

Fernández Torres M, Piñero Serrano L, Carmona Méndez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

**Ámbito del caso**

Medicina de familia, oncología.

paciente - familia han sido fundamentales para identificar el problema.

**Motivos de consulta**

Paciente varón de 63 años que acude en noviembre por pérdida de peso achacada a semaglutida. Un mes después consulta de urgencia por dolor dorsolumbar con importante limitación funcional, malestar general, intolerancia digestiva, sudoración profusa y pérdida progresiva de peso (15 kg en dos meses). No fiebre.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

El cuadro es sugerente de un síndrome constitucional de rápida instauración. La pérdida ponderal inicialmente se relaciona con la toma del nuevo fármaco. Sin embargo, la celeridad del proceso y la clínica acompañante nos obliga a descartar un proceso neofornativo,

**Historia clínica**

Fumador. HTA, DM II (antidiabéticos orales, inició semaglutida en octubre de 2023), artropatía gotosa y psoriasis. No alergias Medicamentosas conocidas.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias (analítica y pruebas de imagen torácicas y abdominales).

**Enfoque individual**

Desde la consulta de Atención Primaria realizamos anamnesis completa y exploración física en la que se observa evidente empeoramiento del estado general, palidez mucocutánea, TA 130/ 60 mmHg, peso 90 kg, saturación 96%, AR murmullo vesicular conservado con hipofonesis en base izquierda. Realizamos ecografía abdominal (hígado esteatósico, LOES que no captan Doppler en cinco localizaciones, no líquido libre) y radiografía de tórax (compatible con cisuritis, sin poder descartar lesión subyacente).

**Evolución**

Ingresa en planta de oncología para estudio. Se diagnostica de Neoplasia pulmonar suprahiliar izquierda (sospecha de microcítico) con metástasis ganglionares, óseas y hepáticas. Sufre empeoramiento clínico durante el ingreso y fallece once días después.

**Enfoque familiar y comunitario**

El abordaje socio - familiar se realizó desde la consulta de Atención Primaria. La longitudinalidad y la relación médico -

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El seguimiento estrecho de los pacientes es una de las características fundamentales de la Atención Primaria. Esto nos permite la identificación precoz de otros procesos intercurrentes que puedan suponer un riesgo para su salud, así como un abordaje socio - familiar de la situación.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctor, no me cede la cefalea**

Generoso Torres C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente de 45 años, sin antecedentes personales de interés. Refiere que presenta cefalea diariamente de tipo opresivo desde hace 2 meses que no cede con tratamiento analgésico, entumecimiento en región izquierda de la lengua, hipoacusia en oído izquierdo, alteración del gusto, sensación de inestabilidad de la marcha con tendencia a desplazarse a la izquierda, y parestesias en hemicara izquierda.

**Historia clínica**

*Exploración orolaríngea:* sin alteraciones.

Otoscopia: sin alteraciones.

*Exploración neurológica:* pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Resto de pares craneales conservados. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservadas, salvo en hemicara izquierda. Marcha conservada, con leve inestabilidad y desviación a la izquierda. No dismetría ni diadococinesia. No claudicación de miembros. Romberg negativo.

Auscultación cardio - respiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Analítica: parámetros en rango. RMN de cráneo: masa heterogénea en ángulo pontocerebeloso izquierdo con pequeño componente intracanalicular, ejerciendo efecto masa sobre el cuarto ventrículo y condicionando una hidrocefalia supratentorial. Estudio anatomopatológico post - cirugía: Lesión compatible con neurinoma del acústico.

**Enfoque individual**

Sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual.

**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente vive con su marido y sus hijos de 18 y 14 años en el momento actual. Es enfermera. No existen conflictos en el núcleo familiar. Los padres de la paciente están vivos y son independientes para las actividades básicas de la vida diaria.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

La paciente presenta una masa en el ángulo pontocerebeloso izquierdo, compatible con neurinoma del acústico, que posteriormente se confirma en estudio anatomopatológico de la lesión tras la cirugía. Nos hemos planteado varios diagnósticos diferenciales: trastorno facticio, meningioma, colesteatoma, quiste aracnoideo, metástasis, enfermedad de Ménière.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se realiza intervención quirúrgica para la extracción del neurinoma del acústico.

**Evolución**

Tras el procedimiento quirúrgico la paciente evoluciona favorablemente sin secuelas. Se produce desaparición de la sintomatología.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En este caso clínico podemos analizar la importancia de realizar un diagnóstico precoz, que puede suponer un factor determinante a la hora de tratamiento y evolución de nuestros pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

## Hallazgo incidental

Mundt Fernández I<sup>1</sup>, Benítez Reyes N<sup>1</sup>, García Santos G<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. Cádiz

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Estación de San Roque. Cádiz

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Solicitud de analítica.

### Historia clínica

Paciente de 38 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque después de unos años está dispuesto a perder peso y nos solicita analítica sanguínea de control puesto que nunca se ha realizado una.

Realizamos analítica sanguínea con los siguientes resultados. Bioquímica: glucemia 89 mg/dl, creatinina 0.71, ácido úrico 5.5. Colesterol total 210 (HDL 46 y LDL 133), triglicéridos 155, bilirrubina normal, GOT y GPT normales, GGT 95 y fosfatasa alcalina 133. PCR 3.5. Sistemático de orina normal. Hemograma con las tres series en rango. Ante aumento de GGT se indica al paciente realizar analítica sanguínea de control en un mes con ampliación de serología de virus hepatotropos. En nueva analítica sanguínea se observa un aumento de GGT a 105 y FA 140 con virus hepatotropos negativos, por lo que se decide solicitar ecografía de abdominopélvica para ampliar el estudio. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva tumoración renal hacia el polo inferior del riñón derecho, de contornos lobulados, mal definidos, que mide en CC 51.4 x 67.8 mm y en CS 54.7 x 81.1 mm que infiltra la porción más cercana de la medular.

Ante hallazgos de ecografía se deriva con carácter muy preferente a consultas externas de Urología desde donde solicitan TAC torácico y abdominal para ampliación del estudio.

### Enfoque individual

Paciente sin antecedentes personales de interés salvo sobrepeso (IMC 28).

### Enfoque familiar y comunitario

*Antecedentes familiares:* de factores de riesgo cardiovascular: diabetes tipo II y HTA en ambos progenitores.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* carcinoma de células renales y Síndrome de Stauffer asociado.

*Diagnóstico diferencial:* esteatosis hepática.

### Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento quirúrgico con nefrectomía derecha radical.

### Evolución

El paciente continúa en seguimiento por Servicio de Urología y no precisó de otras terapias puesto que no había diseminación de la enfermedad en las diferentes pruebas complementarias que se realizaron.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome de Stauffer se define como un síndrome de disfunción hepato-nefrogénica no metastásica, que puede encontrarse hasta en un 5-20% de todos los tumores de células renales. Debe sospecharse este síndrome al hallar elevación de GGT y FA habiendo descartado alteración hepática anatómica y funcional.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Doctora, me ha picado algo en el ombligo**

De Ochoa Morán MA, Muñoz Martínez B, Martín Aguilera A

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

**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Paciente que consulta por lesión pruriginosa en región abdominal.

**Historia clínica**

Mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés que consulta por lesión periumbilical pruriginosa de dos meses de evolución.

**Enfoque individual**

La paciente refiere aparición progresiva hace dos meses de una lesión en región periumbilical que no mejora tras tratamiento con beclometasona/ácido fusídico. Se acompaña de prurito intenso, sin otra clínica ni afectación sistémica. Se realiza anamnesis dirigida, en la que destaca viaje previo a Colombia donde sufrió múltiples picaduras de "insectos". A la exploración física se aprecia lesión eritematosa no descamativa con trayecto serpiginoso superficial. No se visualizan lesiones en otras localizaciones.

**Enfoque familiar y comunitario**

Natural de Colombia, pero vive en Granada desde hace un año. Convive con dos compañeras de piso, ambas asintomáticas. No tienen animales domésticos. Trabaja como dependienta.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Larva Migrans Cutánea (LMC).

*Diagnóstico diferencial:* estrogiloidiasis, impétigo, dermatitis de contacto, foliculitis.**Tratamiento, planes de actuación**

Se realiza revisión de bibliografía para tratamiento empírico de LMC y se instaura tratamiento con ivermectina 0.2 mg/kg una dosis única semanal, y se repite a la semana. Se realiza teleconsulta a dermatología, que sospechan misma patología. Se da cita de revisión para control de la lesión y prurito.

**Evolución**

Tras finalizar el tratamiento, acude de nuevo a consulta donde se aprecia resolución casi completa de la lesión y de la clínica. Se programa cita en un mes, en la que se observa una hiperpigmentación residual lineal en región periumbilical y desaparición de prurito.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**La LMC es una manifestación cutánea que consiste en un trayecto eritematoso migratorio lineal o serpiginoso. Ocurre con más frecuencia en regiones tropicales por especies de *Ancylostoma*, un nematodo cuyos huevos se desarrollan en heces de perros y gatos, pasando en forma de larva a suelos y arena. La evolución suele ser benigna con una resolución espontánea de uno a tres meses. Sin embargo, un tratamiento precoz mejora los síntomas y disminuye el riesgo de sobreinfección bacteriana. Por tanto, es importante tener una sospecha diagnóstica ante lesiones típicas y realizar una anamnesis dirigida, incidiendo en viajes recientes y en la presencia de animales domésticos que puedan provocar estas manifestaciones.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**La importancia de la presencialidad en Atención Primaria**

Pedrosa Arias M, Escudero Sánchez CM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. La Zubia. Granada

**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

**Motivos de consulta**

Sensación de bulto en mama derecha.

**Historia clínica**

Paciente que nos solicita cita telefónica para consultar por un bulto que ha notado en mama derecha. Le comento que mejor que acuda a consulta y le doy una cita presencial. Acude y en la anamnesis refiere notarse el bulto de escasamente unas semanas, no fiebre, no telorrea ni otra sintomatología. Lo achaca a su legrado que ha tenido recientemente.

A la exploración se aprecia enrojecimiento de la piel en región externa mama derecha con sensación de empastamiento. En un principio nos sugirió mastitis y se instaura tratamiento con antibioterapia y AINES citándola de nuevo a la semana. Ante la no mejoría del cuadro y apreciarse aumento de eritema en piel, así como de masa siendo más dolorosa. Se solicita una mamografía urgente: áreas de microcalcificaciones en región central mama derecha. Ecografía mamaria y axilar derecha: dos áreas en región central hipoecogénicas de límites espiculados de 4x3 cm y 2.5 cm. Axila derecha dos adenopatías de cortical engrosada sospechosa de afectación. Lesión BI-RADS 5 mas adenopatía axilar derecha Se cita para realizar BAG. Gammagrafía ósea normal.

**Enfoque individual**

Mujer de 42 años sin AP. de interés salvo un legrado en el pasado año. Trabaja.

**Enfoque familiar y comunitario**

Tras el diagnóstico se ha tenido que dar de baja laboral. Intenso apoyo de la familia y amigos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Carcinoma invasivo ductal grado 3 de mama mas metástasis de carcinoma en ganglio linfático derecho.

*Diagnóstico diferencial:* mastitis. Linfoma mamario.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se propone QT neoadyuvante AC+ taxol+trastuzumab.

Se instauró reservorio. Se recomienda vacunación de COVID, gripe y neumococo.

**Evolución**

En el momento actual la paciente sigue con sesiones de quimioterapia que tolera adecuadamente y revisiones.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso nos recuerda que la relación médico-paciente es fundamental a la hora de abordar una enfermedad o un tratamiento. Es el núcleo central del ejercicio de la Medicina, ya que permite al enfermo satisfacer sus necesidades de salud y al médico cumplir con su función social más importante: cuidar y tratar a los pacientes. La consulta telefónica agiliza trámites administrativos, pero la verdadera medicina se basa en relación humana entre dos personas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

### La importancia de la valoración clínica

Quilez Cutillas ES<sup>1</sup>, Ordóñez Béjar MN<sup>2</sup>, Salazar Ruiz N<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle, Écija. Sevilla

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almorón, Écija. Sevilla

#### Ámbito del caso

Atención Primaria.

#### Motivos de consulta

Disnea y astenia.

#### Historia clínica

Varón de 56 años que consulta por teléfono por disnea y mal estar general acudiendo a consulta posteriormente. Presenta nerviosismo con disnea; saturación 93%, auscultación normal, taquicardia sinusal a 100 lpm.

En la exploración se objetivan lesiones nodulares violáceas sobre elevadas en MMII y MMSS, no palpo megalias ni adenopatías. Candidiasis oral.

Derivación urgente a consultas de medicina interna donde cursan ingreso e interconsulta a dermatología que diagnostica de sarcoma de Kaposi tras biopsia.

#### Enfoque individual

*Antecedentes personales* de VIH que el paciente no reconocía, sin tratamiento. Heterosexual.

Se realizan test de resistencias, quantiferon, carga viral CMV y Ag criptococo, HC y esputo, TC tórax y abdomen-, fibrobroncografía y LBA.

TAC abdomen: hepatoesplenomegalia, adenopatías retroperitoneales de tamaño y aspecto patológico, que han aumentado respecto a estudio previo y líquido abdominal en moderado<sup>76</sup>, así como leve realce mucoso de ambas pelvis renales a valorar posible y ITU alta. Anemia, leucopenia y neutropenia, cmv y treponema positivo, leishmania y quantiferon pendiente.

#### Enfoque familiar y comunitario

Es preciso asociaciones de paciente VIH para su aceptación y realización de un tratamiento correcto que puede evitar desenlaces fatales

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infección VIH estadio C3.

Sarcoma de Kaposi.

Infección respiratoria (Neumonía bacteriana, Pneumocystis, CMV..).

Candidiasis orofaríngea.

Serología Lues positiva.

Sd constitucional. Inmunodeficiencia severa. Alto riesgo de SRI.

#### Tratamiento, planes de actuación

Fluconazol para candidiasis. Penicilina para sífilis.

Seprim y cefepime. TAR. Transfusión de CH.

#### Evolución

Shock multiorgánico y éxitos.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La infección por VIH hoy día, nada tiene que ver pues los pacientes con tratamiento activo, pueden mantener carga viral o sin desarrollar SIDA. En el caso de nuestro paciente que no había recibido tratamiento, avanza hasta un estadio 3C con desarrollo de Sarcoma de Kaposi, raramente visto en la actualidad gracias a los avances y el alcance del tratamiento de estos pacientes. Para la medicina de familia es muy importante conocer las enfermedades de nuestros pacientes y acerca de las consultas telefónicas, deja evidencia que no todo vale, y que es necesario la valoración adecuada de los pacientes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**“Doctora, no me lleve al hospital”**Muñoz Martínez B<sup>1</sup>, Cuadrado Albuquerque CC<sup>2</sup>, De Ochoa Morán MA<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Avisa enfermería por empeoramiento de disnea y edemas en miembros inferiores en una paciente de 81 años nueva en el cupo.

**Historia clínica**

Revisamos historia y entre sus antecedentes personales destaca una Insuficiencia Cardíaca (IC) avanzada y una Insuficiencia Respiratoria Crónica que precisa oxigenoterapia domiciliaria. Destaca un ingreso reciente en Cardiología por descompensación de su IC, instaurándose tratamiento óptimo. Programamos una visita domiciliaria para conocerla.

**Enfoque individual**

A nuestra llegada la anamnesis y exploración física nos orientan hacia una nueva descompensación. Ganancia de peso y cifras bajas de tensión arterial (TA) en la última semana.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se trata de una paciente frágil, pluripatológica y DABVD. Vive sola, pero en el mismo bloque se encuentra su cuidadora principal, su hija. A pesar de tener una red de apoyo familiar presenta dificultades para gestionar el deterioro progresivo y la situación de dependencia física en la que se encuentra. Desde el alta no sale del domicilio. Le atormenta la idea de un nuevo ingreso hospitalario.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Probable IC descompensada. El empeoramiento clínico puede deberse a su insuficiencia

respiratoria crónica, a una insuficiencia renal y/o anemia aguda. Descartar que la hipotensión sea secundaria al tratamiento deplectivo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Consensuamos con la paciente y familiar manejo domiciliario con vigilancia estrecha de peso y TA. Ajustamos dosis de diuréticos disminuyendo espironolactona y furosemida por hipotensión mantenida. Acordamos con enfermería realización de analítica en una semana para control de función renal, revisión telefónica y visita domiciliaria tras los resultados. Iniciamos trámites de ayuda a domicilio con trabajadora social.

**Evolución**

Estable clínicamente en los meses siguientes con importante deterioro funcional. Tras varios intentos ambulatorios fallidos, acordamos derivación a Urgencias.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Las visitas programadas domiciliarias son una herramienta fundamental en Atención Primaria. Junto a un equipo multidisciplinar nos permiten acceder a aquellas personas más frágiles y vulnerables. Siempre que podamos debemos hacer una valoración integral e individualizar un plan con la familia. La dificultad de tratamiento óptimo en nuestra paciente la convierte en una candidata a inclusión dentro del programa de Cuidados Paliativos al tratarse de una enfermedad crónica, terminal y con pronóstico de vida limitado (valorar en próximas visitas).

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Aumento de perímetro abdominal: cáncer de ovario**Salazar Ruiz N<sup>1</sup>, Diaz Lozano E<sup>2</sup>, Quilez Cutillas ES<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almorón, Écija. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucejo. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle, Écija. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

*Diagnóstico diferencial:* cistoadenocarcinoma, cistoadenoma mucinoso.**Motivos de consulta**

Paciente de 55 años que acude por inflamación abdominal desde hace aproximadamente un mes y medio, sin dolor.

**Tratamiento, planes de actuación***Tratamiento:* histerectomía simple con doble anexectomía.*Plan de actuación:* seguimiento en consultas de oncología ginecológica.**Historia clínica**

Acude a consulta por aumento de perímetro abdominal no doloroso desde hace aproximadamente un mes y medio, cuyo inicio coincide con segundo episodio de trombosis venosa profunda (TVP). No refiere otra sintomatología añadida. Refiere, así mismo, pérdida de unos 7-8 kg de peso, aunque a través de intervención dietética.

**Evolución**

Favorable.

**Enfoque individual***Anamnesis:* paciente de 55 años.

Con antecedentes personales de dos episodios de TVP, uno en 2016, el segundo en noviembre de 2023. Fumadora de 1 paquete al día desde hace unos 35 años (Índice paquetes año: 35).

*Exploración:* abdomen: masa de unos 20 cm en hipogastrio, de consistencia pétreo, indolora a la palpación.*Ecografía abdominal:* Formación de unos 20-30 cm, con aspecto quístico. Se deriva para valoración urgente. A su llegada a urgencias se realiza tomografía computarizada de abdomen y ecografía abdominal reglada con diagnóstico de masa abdominal de aspecto quístico que ocupa la totalidad del abdomen comprimiendo asas intestinales, vejiga y útero, con sospecha clínica de cistoadenoma mucinoso VS cistoadenocarcinoma. Se deriva a consultas de oncología ginecológica para valoración de manera urgente.**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El cáncer de ovario es la quinta causa de muerte en mujeres, siendo la causa más frecuente de muerte en tumores ginecológicos. Su incidencia es mayor en mujeres post-menopáusicas, con un pico entre los 50-75 años. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de la incidencia siendo de 3500 el número de casos nuevos en España en 2023. La mediana de supervivencia es de aproximadamente un 40-50% a los 10 años siendo de un 6% en el estadio IV y de un 70% en el estadio I. Se trata, por consiguiente, de una patología con una elevada tasa de mortalidad debido principalmente a su diagnóstico tardío. La dificultad para realizar un diagnóstico precoz radica en la poca especificidad de sus síntomas, que pueden obviarse en etapas tempranas, relacionándose con otros procesos patológicos. La sintomatología suele incluir combinaciones de plenitud o distensión abdominal, náuseas, saciedad temprana, fatiga, alteraciones del hábito intestinal, síntomas urinarios, dolor de espalda, dispareunia o pérdida de peso. Dada la poca especificidad de sus síntomas, es preciso resaltar que se trata de una patología en la que una anamnesis y una exploración minuciosas y enfocadas podrían permitir una detección precoz, disminuyendo así la elevada tasa de mortalidad que presenta en estadios avanzados.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* tumor mucinoso borderline IA de la FIGO de ovario derecho.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Pseudomonas Aeruginosa tras una sudoración nocturna**Diaz Lozano E<sup>1</sup>, Salazar Ruiz N<sup>2</sup>, Álvarez Garcés S<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucejo. Sevilla<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almorrón, Écija. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Sudoración nocturna.

**Historia clínica**

Mujer de 57 años sin antecedentes personales de interés que acude por sudoración nocturna de 3 días de evolución. Astenia de meses de evolución y tos con leve expectoración blanquecina que no le produce disnea.

Auscultación normal. No adenopatías. No macroglosia. No alteraciones de piel ni mucosas. Orofaringe normal. Abdomen sin hallazgos. Se solicita RX tórax, analítica y Mantoux. Ante hallazgos de pruebas complementarias normales, se amplía con un cultivo de esputo con obtención de *Pseudomonas Aeruginosa* con sensibilidad a solo a tratamientos hospitalarios intravenosos. Ante dicho hallazgo, se decide realizar una interconsulta telefónica con Medicina Interna hospitalaria decidiéndose ingreso hospitalario para tratamiento iv aunque su estado general fuera bueno.

**Enfoque individual**

Paciente trabajadora en ayuda a domicilio que no suele acudir a consultas. No alergias medicamentosas ni enfermedades.

**Enfoque familiar y comunitario**

Durante el período, la paciente realizó aislamiento respiratorio mediante mascarilla y disminución de contactos sociales ante la sospecha de tuberculosis en un inicio.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Infección por *Pseudomonas aeruginosa*.

Se realizó *diagnóstico diferencial* con patologías hematológicas asociadas a síntomas B como leucemias o linfomas, neoplasia pulmonar o abdominal y patologías respiratorias como neumonía vírica y bacteriana.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se realizó derivación para ingreso directo en planta de medicina interna para la administración de piperacilina-tazobactam durante una semana con control posterior. Además, se realizó TAC para descartar bronquiectasias.

**Evolución**

Muy buena evolución desapareciendo sintomatología de astenia, tos y sudoración.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Con este caso quiero resaltar la importancia de la comunicación entre los servicios de Atención Primaria y hospitalaria. Deberían ser frecuentes las reuniones entre estos servicios para un buen funcionamiento y formación. Es más fácil la resolución de este tipo de casos si conocemos a los compañeros de los diferentes equipos que conforman la atención hospitalaria. En este caso, fue más efectiva la interconsulta telefónica que la telemática.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**¿Qué es eso que se ve en esa radiografía?**Gavilán Martínez M<sup>1</sup>, Cruz Briega Al<sup>1</sup>, Durán García C<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nra Señora de las Nieves. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nra Señora de las Nieves. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Lumbalgia.

**Historia clínica**

80 años. No RAM. Hernia de hiato. Osteoartritis. IQX: cesárea. Histerectomía con doble anexectomía por lesión tumoral en cérvix. Acude a consulta para resultado de RX de columna lumbosacra por lumbalgia.

**Enfoque individual**

Acude por lumbalgia irradiada a miembros inferiores de unos días de evolución.

A la exploración: dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar y glútea. Lassegue y Bragard negativos. Abdomen blando y depresible, sin masas, megalias. No doloroso a la palpación.

Por la clínica se solicita RX de columna lumbosacra donde se aprecia a la altura de D12-L1, lateralizada a región epigástrica izquierda, lesión redondeada, radiopaca, de unos 1,5 cm de diámetro, que no logramos identificar con ninguna estructura vascular calcificada, coledoclitiasis o cuerpos extraños.

Se rehistoria a la paciente y se revisan RX previas, estando presente dicha lesión al menos desde 2010. Despierta nuestra curiosidad e inquietud por lo que revisamos TAC abdomen realizado en revisión oncológica donde se describe quiste simple vs hamartoma biliar en segmento IV hepático, crónica, calcificada que puede corresponderse con la lesión que visualizamos.

**Enfoque familiar y comunitario**

Acude poco a consulta. Escasa patología de base salvo HTA y antecedente oncológico mencionado.

Independiente para ABVD y AIVD. FFSS conservadas.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Imagen radiopaca de largo tiempo de evolución y difícil identificación, que finalmente se corresponde con hamartoma biliar/quiste hepático simple en segmento IV hepático.

**Tratamiento, planes de actuación**

No requiere de tratamiento dado que no produce sintomatología en la paciente.

**Evolución**

Dada estabilidad radiológica de al menos más de una década de evolución no se considera necesario el seguimiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso nos recuerda lo importante que es seguir una sistemática adecuada en la lectura de radiografías. Una correcta visualización nos puede llevar a encontrar hallazgos en algunas ocasiones difíciles de identificar por su rareza o localización, que a veces no tendrán significación patológica pero que en otras ocasiones pueden requerir de más estudios para descartar enfermedades que pueden ser graves.

Además, estas circunstancias nos obligan a hacer una revisión exhaustiva y necesaria de los antecedentes de nuestros pacientes y de las pruebas de imagen previas que tengamos a nuestra disposición para evitar realizar estudios complementarios adicionales e innecesarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Neurorretinitis por arañazo de gato. A propósito de un caso**Ruiz Tristán JM<sup>1</sup>, Marín Guerra P<sup>1</sup>, Díaz Hernández JE<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. San Cristóbal de La Laguna. Tenerife<sup>2</sup> FEA en Oftalmología. San Cristóbal de La Laguna. Tenerife**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias.

**Motivos de consulta**

Perdida subaguda de visión monocular.

**Historia clínica**

Paciente Varón de 18 años de edad que consulta por pérdida de visión monocular derecha indolora y síntomas pseudogripales de 14 días de evolución.

En la exploración física el paciente presenta constantes dentro de la normalidad (tensión, frecuencia, glucemia, temperatura).

Se objetiva mediante optotipos de 0,6/1. PICNR.

En fondo de ojo derecho se aprecia leve edema de papila. Sin objetivarse alteraciones en fondo de ojo izquierdo.

Además presenta en abdomen herida lineal levemente eritematosa de un centímetro de diámetro (que se había producido mientras jugaba con un gato pequeño en su finca).

**Enfoque individual**

El paciente es voluntario para cuidar animales. Vive en una finca rural con animales que cuidan él y su familia.

**Enfoque familiar y comunitario**

Buen apoyo familiar. Su madre lo acompaña en la consulta.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Neuritis óptica a estudio.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dado el edema de papila, síntomas pseudogripales, de inicio coincidente con herida

producida por cría de gato, y ambiente epidemiológico positivo para Bartonella. Se decide iniciar tratamiento antibiótico (doxiciclina asociada con rifampicina). analítica urgente con serología Infecciosa e Interconsulta urgente al servicio de oftalmología.

**Evolución**

En valoración del servicio de oftalmología, se confirma la pérdida de agudeza visual y aprecian en fondo de ojo además del edema de papila, retinopatía en estrella macular en ojo derecho.

Con juicio diagnóstico de Neurorretinitis. Están de acuerdo con tratamiento iniciado y además de realizar Ic a servicio de Medicina Interna realizan citas para seguimiento estrecho. Se confirma la sospecha diagnóstica con resultados serológicos: IgG Antibartonella por IFI 1:1280; IgM 1:800. hemograma y Bioquímica dentro de los límites de la normalidad. VSG: 3 mm/hora. En sucesivos controles realizados por oftalmología y Atención Primaria, el paciente presentó una mejora progresiva tanto de sus síntomas oculares como generales. Consiguiendo a los dos meses tanto la recuperación completa de la agudeza visual, como la desaparición de las alteraciones en fondo de ojo.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Una pérdida de visión brusca en un paciente joven también puede tener un origen infeccioso, como es el caso de la Bartonella, una anamnesis cuidadosa desde Atención Primaria nos puede ayudar a elegir bien las pruebas complementarias a realizar y el tratamiento de primera línea.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

**Lesión cutánea de rápido crecimiento**Martínez Antolínez F<sup>1</sup>, Hernández Hernández B<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Nódulo indurado y doloroso de rápido crecimiento en muñeca derecha.

**Historia clínica***Antecedentes personales:* dilipemia, DM2, FA, IC con FEVI conservada.*Tratamiento actual:* omeprazol, barnidipino, rivaroxaban, metformina, glicazida, empaglifocina, furosemida, olmesartan, bisoprolol, simvastatina y nitroplast.**Enfoque individual***Anamnesis:* mujer de 84 años con los antecedentes descritos que acude a su centro de salud porque desde hace un mes y medio presenta una nodulación dolorosa en dorso de muñeca derecha. Refiere que comenzó como una mácula violácea de unos mm de diámetro que ha ido creciendo rápidamente hasta el momento actual. No prurito, descamación u otra sintomatología local o sistémica asociada.*Exploración:* nódulo indurado de coloración violácea, indurada, no móvil y adherido a planos profundos, doloroso a la palpación de unos 3-4 cm.*Pruebas complementarias.* Teleconsulta con Dermatología: contestan esa misma mañana y citan a la paciente para exégesis profunda y análisis anatomopatológico Urgente. Estudio histológico: tumoración de crecimiento nodular de unos 10 cm de diámetro con alto índice mitótico y margen de resección libres con presencia de invasión linfovascular. Perfil inmunohistoquímico compatible con Carcinoma de Células de Merkel.**Enfoque familiar y comunitario**

Entrevista para comunicar resultados con la paciente con la entrega de documentos informativos sobre la patología y enlace para grupos de pacientes oncológicos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Carcinoma de células de Merkel.

**Tratamiento, planes de actuación***Intervención quirúrgica:* exéresis total con márgenes de seguridad y cierre directo.*Plan de actuación:* PET-TAC para valorar extensión y estadiaje del tumor y ampliación de márgenes hasta 2 cm con posible injerto y biopsia de ganglio centinela según resultados.**Evolución**

La ampliación de márgenes resulta libre de células tumorales en el estudio histopatológico y el PET-TAC descarta extensión local o sistémica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El carcinoma de células de Merkel tiene una tendencia al crecimiento rápido y la invasión linfovascular precoz, teniendo supervivencias a los 5 años muy reducida. En Atención Primaria es imprescindible la valoración de cualquier lesión cutánea. Ante la presencia de criterios de sospecha en una lesión cutánea es clave la derivación de manera preferente al servicio de Dermatología. La Teleconsulta en Dermatología permite una primera valoración de las lesiones de manera precoz y permite acelerar el inicio del proceso diagnóstico- terapéutico.

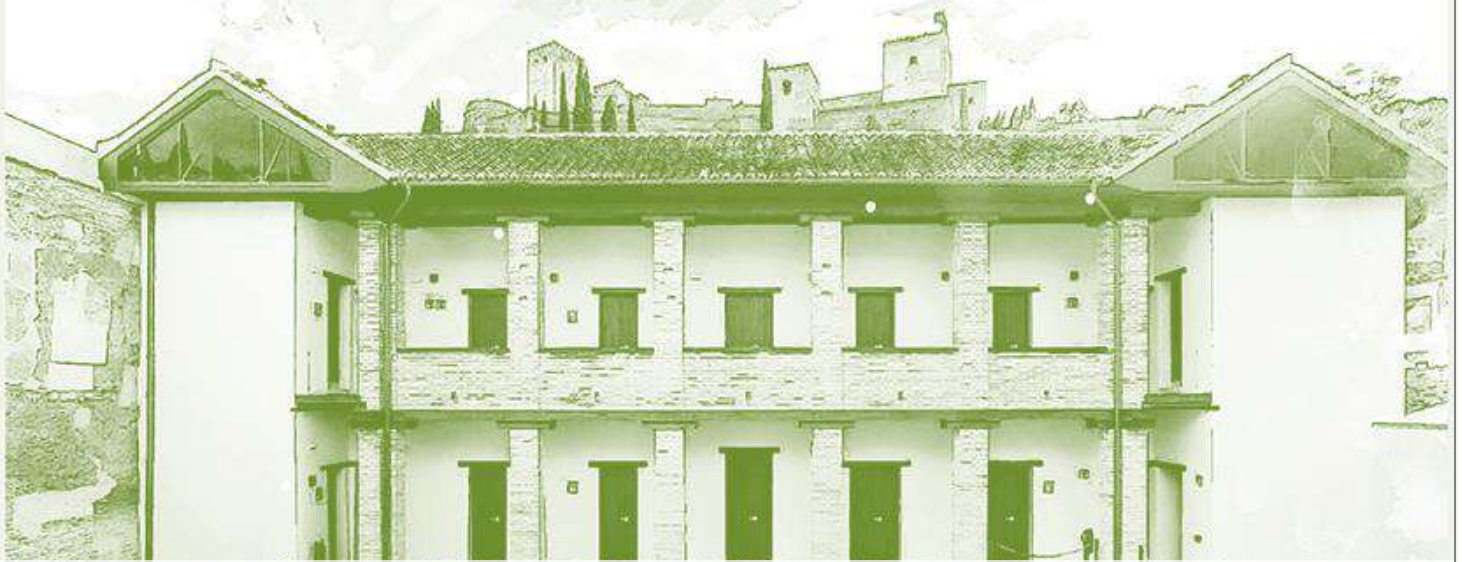


# 30 SAMFyC

Congreso Andaluz  
de **Medicina Familiar  
y Comunitaria**

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**CASOS CLÍNICOS:**  
**MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS**

# Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**"Desde anoche tengo un dolor muy intenso en la pierna derecha"**Ferrer Collantes MV<sup>1</sup>, Fernández Jaime P<sup>2</sup>, Vaquero Sánchez MJ<sup>2</sup><sup>1</sup> CS Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias en el centro de salud.

**Motivos de consulta**

Dolor intenso de la pierna derecha desde la noche anterior que ha ido en aumento generándole incapacidad funcional.

**Historia clínica**

Paciente de 50 años, fumador de 40 cigarrillos día (desde hace 30 años). HTA en tratamiento con enalapril/ hidroclorotiazida, bien controlada en su domicilio. No diabético ni dislipémico.

**Enfoque individual**

Acude a Urgencias por la mañana con dificultad a la deambulación por el dolor intenso de la pierna derecha que comenzó anoche y al levantarse ha empeorado. Acompañado de parestesias.

*Exploración:* dolor que irradia desde la cara externa de la pelvis por toda la pierna derecha. Se visualiza lesiones moteadas y violáceas en la zona media de la misma. Palidez en pierna derecha en contraste con la izquierda, a la palpación poiquiloterma y ausencia total de pulso pedio, tibial posterior y femoral.

**Enfoque familiar y comunitario**

Casado con familia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha de Isquemia Arterial aguda de MID.  
*Diagnóstico diferencial:* TVP presentaría hinchazón, coloración, calor. Ciatálgia dolor punzante al caminar sin alteraciones de los pulsos, piel y temperatura. Síndrome compartimental presentaría edema visible en la extremidad.

**Tratamiento, planes de actuación**

Analgesia y traslado Urgente a Hospital con Cirugía Cardiovascular.

Le realizan un Angio-TAC de MMII donde se visualiza arteria femoral superficial con trombosis aguda/subaguda con extensión a poplíteo. Aneurisma fusiforme trombosado poplíteo.

Realizando embolectomía.

**Evolución**

Evoluciona favorablemente. Sin dolor en reposo, deambulando con buena perfusión distal. Heridas sin signos de complicación.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La buena anamnesis y exploración permite llegar a una correcta sospecha diagnóstica a pesar de no contar con pruebas de imagen en el momento de la atención al paciente como ocurre en urgencias de centro de salud.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Síndrome confusional agudo en Servicio de Urgencias de Atención Primaria. A propósito de un caso**Góngora Martín L<sup>1</sup>, Ballesteros García MA<sup>2</sup>, García Martínez L<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alquíán. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rioja. Almería<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

**Enfoque familiar y comunitario**

Sin antecedentes familiares de interés.

**Motivos de consulta**

Ánimo bajo, desorientación y somnolencia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Síndrome confusional agudo.

**Historia clínica**

Varón de 70 años acude acompañado de sus dos hijos los cuales indican que el paciente desde el fallecimiento de su mujer hace dos meses, de la que era cuidador principal, se encuentra con tratamiento antidepressivo, y cada vez lo ven más triste y desorientado; refieren que sólo tiene ganas de dormir y que precisa ayuda para las ABVD; e incluso hoy ha presentado incontinencia de esfínteres.

Refieren acuden para ajuste de tratamiento antidepressivo. El paciente por el contrario dice encontrarse asintomático.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dado el cuadro clínico y el rápido deterioro de su estado basal en las últimas horas decidimos su traslado al Servicio de Urgencias hospitalario para continuar con pruebas complementarias.

**Evolución**

En el Hospital, tras la realización de TC craneal identifican una gran neoplasia intracraneal frontal izquierda con edema perilesional haciendo efecto masa con herniación cerebral, sugerente de meningioma; por lo que el paciente es intervenido de urgencia.

**Enfoque individual**

El paciente es hipertenso y dislipémico bien controlado, y desde hace un mes se encuentra en tratamiento con sertralina y lorazepam pautados por Psiquiatra privado.

A la exploración se encuentra consciente, con ligera desorientación temporo-espacial, colaborador, REG, afebril y destaca neurológicamente: bradipsiquia, pérdida de fuerza en miembros inferiores 2/4 que le dificulta la marcha con aumento de la base de sustentación e inestabilidad.

Realizamos en el centro de salud: toma de constantes (TA, SatO<sub>2</sub>, T<sup>a</sup>, DTT), combur-test y ECG sin hallazgos patológicos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Con este caso resaltamos la gran importancia que, a día de hoy a pesar de los grandes avances de la Medicina, sigue teniendo la realización de una completa historia clínica (anamnesis y exploración física) de los pacientes por parte del Médico de Atención Primaria que permite sospechar una patología grave por la que el paciente va a necesitar un tratamiento urgente.

**Palabras clave**

Confusion, Primary Health Care, Meningioma.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Muerte súbita. Disección de Aorta**

González Begines V

Dispositivo de Apoyo Sevilla Sur

**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias AP (extrahospitalaria).

**Motivos de consulta**

Avisan tras episodio de pérdida súbita de conocimiento con caída al suelo, rigidez mandibular y relajación de esfínter urinario.

**Historia clínica**

Esta noche en domicilio después de cenar comienza según familia con desorientación y bradipsiquia, con posterior disminución brusca del nivel de conciencia con caída al suelo. A nuestra llegada un familiar realiza masaje cardiaco según indicación 061.

*Exploración:* pulso presente. TA 75/40 mmHg. FC 56 lpm. Glasgow 5. Pupilas arreactivas. Rigidez mandibular. ACR tonos rítmicos a buena frecuencia, murmullo vesicular bien conservado. ECG: RS a 60-70 lpm, descenso 2 mm en ST V3-V6. Precisa aislamiento de la vía aérea. Procedemos colocación de mascarilla laríngeo tras secuencia rápida de intubación, y ventilación mecánica.

**Enfoque individual**

En seguimiento por Cardiología para screening de aneurisma aórtico. Aneurisma de SIA. FOP. Dimensiones aórticas normales en 2022. Seguimiento bianual. Tratamiento AAS.

**Enfoque familiar y comunitario**

Padre fallecido de disección por aneurisma aórtico. Hermana y hermano intervenidos de aneurisma aórtico.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha AVC hemorrágico. Tras pruebas complementarias: TAC-cráneo. Angio-TAC: se objetiva disección de aorta ascendente con afectación de todos los vasos del arco aórtico con muy débil circulación cerebral anterior que condiciona extensa isquemia cerebral hemisférica bilateral.

*Juicio clínico:* disección de aorta torácica tipo A con extensión a TSA, ACC y ACI.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se activa código ictus y se realiza TAC craneal normal y angio-TAC TSA donde se objetiva disección de aorta ascendente con afectación de todos los vasos del arco aórtico. Tras valoración por cirugía cardiovascular consideran que no se beneficiará de tratamiento quirúrgico. Ingreso en UCI, monitorización e intubación orotraqueal.

**Evolución**

Donación de órganos. Exitus.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia del diagnóstico precoz al ser crucial para la supervivencia. En la disección, la sangre pasa a través de la rotura y separa la íntima de la media o la adventicia, creando una falsa luz intravascular. La propagación de la disección puede producirse de forma anterógrada o retrógrada dando lugar a complicaciones como: síndromes de mala perfusión, taponamiento cardiaco o insuficiencia de la válvula aórtica. La clasificación de Stanford de la disección aórtica distingue el tipo A, afecta a la aorta ascendente, y el tipo B sólo afecta a la descendente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Disnea y cáncer. Alta sospecha TEP**

González Begines V

Dispositivo de Apoyo Sevilla Sur

**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias AP.

**Motivos de consulta**

Avisan por disnea progresiva de evolución subaguda (hace una semana) hasta hacerse de reposo y sensación de palpitaciones desde hace 2 días. No dolor torácico, no edemas en MMII, no cambios tróficos ni de temperatura en MMII.

**Historia clínica**

A la *exploración*: taquipnéica, saturando al 96% sin oxigenoterapia. FR 30 rpm. TA 131/86 mmHg, FC 140 lpm. Glucemia 96 mg/dl. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm, no patrón S1Q3T3. ACR tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación bibasal, hasta campo medio en hemitórax derecho. No edemas en MMII. Mejora con gafas nasales a 2 l.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales*: de déficit de proteína C. Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha pT2N1Mo, RH positivos, Her2 negativo, KI 67 del 30%. Intervenida mastectomía simple unilateral+ BSGC intraoperatoria + linfadenectomía axilar en 2020. En tratamiento actual con tamoxifeno. Reconstrucción mamaria con injerto abdominal hacia 1 mes, motivo por el cual recibió HBPM dosis profiláctica durante una semana.

**Enfoque familiar y comunitario**

Abuela paterna fallecida por ca. pulmón. Madre con miocardiopatía hipertrófica. Padre con melanoma. Hija con déficit proteína C e hijo portador de déficit proteína C.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha TEP, derrame pleural, menos probable origen infeccioso. Tras PPCC, dímeros D 22.000, proBNP 230, troponina normal y radiografía tórax derrame pleural, se realiza angio-TAC tórax confirmándose TEP bilateral masivo que condiciona infarto pulmonar y derrame pleural bilateral.

*Juicio clínico*: ETEV tipo TEP bilateral central, provocado en paciente con déficit de proteína C, intervención reciente y Ca de mama. PESI clase III (riesgo elevado) RIETE 3.5 (riesgo intermedio).

**Tratamiento, planes de actuación**

Ingresa en observación por alta carga trombótica y potencial riesgo de complicaciones. Inicia anticoagulación con HBPM, antibioterapia empírica con amoxi/clavulánico. Eco-Doppler de MMII, hallazgos compatibles con TVP en femoral común derecha.

**Evolución**

Ingresa en neumología con estabilidad hemodinámica. Dada las características de la paciente (hasta 3 FR para ETEV) anticoagulación 6 meses, planteando terapia extendida por alto riesgo de recurrencia.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Importancia de tratamiento profiláctico HPBM en pacientes con alto riesgo para ETEV (en este caso antecedentes de carcinoma, cirugía reciente y déficit de proteína C). La proteína C es dependiente de la vitamina K, por lo que la deficiencia de proteína C predispone a enfermedades tromboembólicas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Tus manos salvan vidas**

Mateos Gómez AM, Espinal Sanchez M, Moguer Galan MC

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

**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Pérdida de consciencia en vía pública.

**Historia clínica**

Mujer de 66 años con AP HTA, DLP y DM2 (reciente insulinización). No hábitos tóxicos. Nos alerta testigo al equipo médico de urgencias de centro de salud por pérdida de consciencia de la paciente en restaurante cercano.

**Enfoque individual**

A nuestra llegada, paciente con pérdida de consciencia, respiración agónica y ausencia de pulso carotídeo. Personal lego realizando compresiones torácicas, que se continúan por personal sanitario y se inicia ventilación con balón auto-inflable. Se activa equipo móvil a través de centro coordinador.

**Enfoque familiar y comunitario**

Paciente con FFSS conservadas e IABVD. Buen apoyo familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Parada cardiorrespiratoria de probable origen cardíaco. A descartar hipoglucemia, hipo/hipertermia, alteraciones hidroelectrolítica, hipoxia, hipotensión, trombosis, taponamiento cardíaco, tóxicos, neumotórax a tensión...

**Tratamiento, planes de actuación**

Se realizan maniobras de Soporte Vital Avanzado (SVA) durante 2 minutos y al re-evaluar a la paciente, se objetiva actividad eléctrica con presencia de pulso carotídeo, cesándose compresiones e iniciándose cuidados post-resucitación.

**Evolución**

A la llegada del equipo móvil, la paciente mantiene bajo nivel de consciencia, respiración abdominal y secreciones en cavidad oral. Glasgow 6. TA 170/80 mmHg, BMT 190 mg/dl. ECG: RS a 120 lpm. Descenso ST en II, III y V4-V6. Se coloca mascarilla laríngea. La paciente es trasladada por equipo móvil a Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital de referencia. A las 48 horas, se realiza coronariografía con implantación de stent en ADA y ACD.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de la actualización continua en SVA en todo personal sanitario: importancia de entrenamiento: recibir capacitación adecuada en RCP para poder responder efectivamente en situaciones de emergencia. RCP precoz: RCP temprana combinada con uso de desfibrilador externo automático mejora las posibilidades de supervivencia. Compresiones torácicas: compresiones torácicas de calidad durante la RCP. Colaboración: la colaboración con otros profesionales y la coordinación son clave para brindar la mejor atención posible. La RCP constituye una habilidad universalmente relevante y debemos subrayar la necesidad de capacitar a la población en técnicas de Soporte Vital Básico. Los datos utilizados para la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

**Palabras clave**

Parada cardíaca, infarto de miocardio, reanimación cardiopulmonar.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

**Fiebre sin foco. La importancia del seguimiento**Montoya Fernández MM<sup>1</sup>, Pérez Romera FJ<sup>1</sup>, García Rodríguez JM<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Fiebre.

**Historia clínica**

*Anamnesis:* varón de 53 años que acude por cuadro de 3 semanas de evolución de fiebre vespertina de hasta 39°C que cede con paracetamol. Niega tos, odinofagia, disnea, dolor torácico o abdominal, vómitos, alteración del hábito intestinal y clínica urinaria.

*Exploración:* T<sup>a</sup> 38.9°C, FC 104, resto anodino.

*Pruebas complementarias:* analítica sanguínea: hemograma: 8100 leucocitos/ $\mu$ L con 15.7% monocitos, resto de fórmula leucocitaria normal; Hemoglobina y plaquetas en rango. Bioquímica destaca PCR 7.47 mg/dl. Coagulación sin alteraciones. Radiografía de tórax y sedimento urinario no patológicos. Se cursan hemocultivos.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no constan alergias medicamentosas. Meningitis en la infancia sin secuelas. No intervenciones quirúrgicas ni tratamiento habitual.

**Enfoque familiar y comunitario**

Acude acompañado de su mujer, son de etnia calé. Vive en una población de unos 12000 habitantes. Por el ámbito en el que nos encontramos no conocemos más de su historia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* fiebre duración intermedia.

*Diagnóstico diferencial:* tuberculosis, fiebre Q, brucelosis, procesos neoplásicos.

**Tratamiento, planes de actuación**

Permaneció en observación unas 12 horas, se realizó analítica control similar a previa y, ante mejoría subjetiva solicitó alta.

**Evolución**

El paciente volvió a urgencias un mes después por persistir fiebre y aparecer rectorragia, momento en el que ingresa y se amplía estudio: se diagnostica una neoplasia de Sigma.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

De esta paciente resulta significativo que no consultase con su médico de familia. Se desconoce si por demora en citas disponibles o por la creencia que hay en ocasiones de considerar las urgencias hospitalarias como una atención más “completa” que la que se pueda dar en un centro de salud al haber inmediatez de determinadas pruebas complementarias. Sigue faltando en algunas ocasiones un adecuado conocimiento sobre el papel de la Medicina de Familia y todo lo que la Atención Primaria (tanto Médica como Enfermera de Familia) puede aportar. En casos como éste, un seguimiento con el mismo profesional que detecta una fiebre sin foco de origen intermedio puede conseguir un diagnóstico más precoz que consultando en diferentes centros y/o profesionales sanitarios.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO DE FAMILIA / URGENCIAS

### Me pica la garganta... no respiro

Amorrortu Vázquez FJ, López Berrocal E

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pediatra Ana Martínez Rubio. Bornos. Cádiz

#### Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios de Urgencias.

#### Motivos de consulta

Una paciente de 16 años consultó por picor tras ingerir un bocadillo con mahonesa de leche, desarrollando posteriormente disnea y sensación de muerte inminente.

#### Historia clínica

Presentaba antecedentes de alergia a alfa-lactoalbumina, neuromoalérgenos positivos y asma leve persistente.

#### Enfoque individual

Debemos de instruir a la paciente para que sea capaz de administrarse si lo requiere la adrenalina intramuscular sola. Así como a identificar todos los productos que lleven lácteos.

#### Enfoque familiar y comunitario

A nivel comunitaria tenemos que concienciar a la familia y a todo su entorno de la importancia de evitar la exposición y de las medidas a seguir si ocurriese esta.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El *juicio clínico* confirmó shock anafiláctico, descartando otros tipos de shock.

#### Tratamiento, planes de actuación

Tras recibir inicialmente metilprednisolona y dexclorferinamina, se deriva a su domicilio, donde comienza con disnea, vómitos y sudoración, siendo tratado con adrenalina intramuscular caducada. Regresó al consultorio con cianosis, dificultad para hablar y pérdida de consciencia. Se activa al 061 y al equipo DCCU. Iniciamos reanimación cardiopulmonar que paramos al comprobar que tenemos pulso, administración de eufilina, dexclorfeniramina, actocortina y adrenalina. Se iniciaron maniobras de intubación fallida por lo que se usa mascarilla laríngea, y ante la aparición de estridor persistente, se realiza cricotiroidectomía.

#### Evolución

Tras la intervención del equipo médico de emergencia, la paciente fue trasladada al hospital, donde recibió tratamiento con corticoides intravenosos en UCI durante cinco días, recuperándose sin secuelas neurológicas.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se destacó la importancia de la formación en urgencias en Atención Primaria, como primeros respondedores en situaciones críticas, enfatizando la necesidad de tiempo y recursos para la capacitación en casos de extrema urgencia y baja frecuencia. Y la importancia del trabajo en equipo con los roles establecidos.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**CASOS CLÍNICOS:**  
**MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS**

## Granada2024

**#SAMFYC24**

[www.congresosamfyc.com](http://www.congresosamfyc.com)

[info@congresosamfyc.com](mailto:info@congresosamfyc.com)



Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Enfermedad Kawasaki**Ballesteros García MA<sup>1</sup>, Góngora Martín L<sup>2</sup>, García Contreras B<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rioja. Almería<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alquíán. Almería<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Fiebre y edema en preescolar de 3 años.

**Historia clínica**

Preescolar de 3 años acude a urgencias de Atención Primaria con su madre por fiebre de hasta 39,7°C de 5 días de evolución. Refiere exantema pruriginoso generalizado y edema en extremidades desde el inicio de la fiebre. No diarrea ni vómitos. Ingesta y diuresis conservadas.

**Enfoque individual**

Embarazo controlado parto vaginal eutócico 38 SG. Vacunación completa. NAMC.

Buen estado general. Eupneico. No signos meníngeos. Afebril.

Exantema micropapuloso generalizado que desaparece a la digitopresión, piel en papel de lija. Adenopatías laterocervicales menores de 1 cm, blandas, no adheridas. Edema de manos y pies, fóvea (-). ACR: sin alteraciones. ORL: Otoscopia normal. Orofaringe hiperémica. Lengua aframbuesada, depapilada.

**Enfoque familiar y comunitario**

Hijo único. No ambiente epidémico familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Síndrome nefrótico, probablemente glomerulonefritis de cambios mínimos. Diagnóstico motivado por el edema en extremidades (provocado por la disminución de la presión oncótica debido a la proteinuria). Escarlatina. Infección común en pediatría producida por *streptococo A* que provoca: fiebre

elevada. Faringoamigdalitis. Lengua aframbuesada, en papel de lija. Adenopatías cervicales. Exantema micropapuloso, más acentuado en los pliegues (Signo de Pastia).

Enfermedad de Kawasaki. Vasculitis aguda que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre.

Criterios diagnósticos: fiebre de al menos 5 días +4 de los 5 criterios principales. 3.1. Adenopatías cervicales >1,5 cm unilaterales. Afectación de los labios y mucosa oral: eritema, fisuras, lengua aframbuesada. Conjuntivitis. Edema de manos y pies. Exantema maculopapuloso. Este caso cumple 3 criterios.

*Pruebas complementarias:* streptotest (-), que descartó la posibilidad de escarlatina. Orina (normal), que descartó la posibilidad de síndrome nefrótico.

**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación a hospital maternoinfantil para realización de pruebas complementarias sospechando Síndrome de Kawasaki incompleto. En la analítica realizada destacaba PCR 21 mg/dl y PCT de 7ng/ml por lo que ingresó para inicio de tratamiento con Ig iv y AAS.

**Evolución**

Descamación de zonas con eritema. Desaparición de fiebre y edemas. La mejoría clínica con Ig y AAS apoyó el diagnóstico de síndrome de Kawasaki.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Este caso muestra el manejo de la incertidumbre ante la imposibilidad de petición de pruebas complementarias. En nuestra labor como médicos de familia, la anamnesis y la exploración física cobran un valor muy importante.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

## ¿Algún médico en el avión?

Delgado Soto EJ, López Aguilar J

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

**Ámbito del caso**

Medio extrahospitalario. Vuelo Málaga-Bremen (Alemania).

**Motivos de consulta**

Trayecto de Ryanair Málaga-Bremen, se solicita atención médica para atender a una paciente que se encuentra mal.

**Historia clínica**

Mujer de 53 años. Pediatra de Atención Primaria. Sin factores de riesgo cardiovascular. Medicación: lorazepam 1 mg (toma la última dosis horas antes de volar). Ritmo de trabajo intenso, muy estresante.

*Antecedentes personales:* episodios frecuentes de hipotensiones, bradicardias y presíncope. Sin RAM. Sin antecedentes de Salud Mental. Independiente.

**Enfoque individual**

Encontramos a la paciente tumbada, somnolienta y desorientada, con sensación de giro de objetos. Colocamos smartwatch que indica Sat 97% y FC de 40 lpm. Pulsos periféricos presentes, disminuidos, rítmicos.

La paciente, responde parcialmente a medidas posturales (tumbarla y elevar las piernas), se coloca oxígeno en mascarilla facial, aumentamos ingesta de líquidos.

Finalmente se establece con el piloto: realizar un aterrizaje de emergencias en la ciudad de Burdeos, donde se traslada a la paciente al hospital más cercano.

**Enfoque familiar y comunitario**

A nivel familiar: estrés laboral y personal alto. Consumo personal de benzodiacepinas para manejar dicho estrés.

A nivel comunitario, destaca la falta de recursos para atender circunstancias de salud urgentes o emergentes en medios de transporte cada vez más usados como son los aviones. Aunque se hagan cursos de soporte vital, el personal de cabina (azafatas/os) no tiene conocimientos para actuar ante situaciones más complejas. De la misma forma, la responsabilidad termina recayendo sobre el facultativo que atienda al paciente por su obligación moral y deontológica de atención, pese a lo adversa que sea la situación.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Bradicardia Sinusal.

Hipotensión ortostática.

Cinetosis.

Hipoglucemia.

Estrés, ansiedad, agotamiento.

**Tratamiento, planes de actuación**

Oxigenación con mascarilla facial a 4 litros por minuto. Hidratación oral abundante.

Ingesta de alimentos ricos en azúcares y sodio.

Posición antishock - trendelenburg. Aterrizaje de emergencias y traslado a centro sanitario.

**Evolución**

La paciente tuvo pequeños momentos de mejoría y lucidez, de minutos de duración, seguidos de mareos, palidez cutánea y presíncope.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El médico de familia debe saber manejar situaciones cotidianas y urgentes, sea cual sea el entorno, los recursos humanos, etc. Así mismo, se deben mejorar las posibilidades de manejo de situaciones urgentes en los vuelos comerciales.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Respuesta vagal cardioinhibitoria en paciente joven atleta**Urries Rodríguez A<sup>1</sup>, Salamanca Ramírez I<sup>2</sup>, Sáenz Hernaiz JI<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Palamós. Girona<sup>2</sup> Médico de Urgencias. Hospital de Palamós. Girona,<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultori de Begur. Girona**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias.

**Motivos de consulta**

Dolor centrotorácico opresivo no irradiado, en varón de 48 años de edad, asociado a náuseas, sin vómitos, de unos 30 minutos de duración, con EVA máximo de 7 sobre 10, tras haber recorrido casi 50 km.

**Historia clínica**

Sin AMC, sin antecedentes de interés.

**Enfoque individual**

Primeras constantes: TA 91/62 mmHg; FC 31 lpm; Sat O<sub>2</sub> basal 97%; EVA 3/10.

Consciente, orientado. Eupneico.

Normohidratado, normoperfundido.

Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. No edema de miembros inferiores. Sin otros hallazgos de interés.

ECG a la llegada (ECG 1): bradicardia sinusal a 32 lpm, intervalo PR normal, QRS estrecho. Ascenso en ST en I, AVL y precordiales. Sugestivo de repolarización precoz. Análítica sanguínea: troponinas 17.20 pg/ml. Monitorización continua. Se administra AAS 300 mg y paracetamol 1 g vía oral con cese del dolor. Sueroterapia iv. Flutter auricular con conducción variable y ritmo ventricular a 30 lpm. Posteriormente ritmo auricular hasta 25 lpm. Nuevo episodio de dolor torácico opresivo con 1 vómito y pausa sinusal de 12 segundos (ECG 2).

Tras comenzar maniobras de RCP el paciente sale en ritmo de Flutter auricular, y nos dice: “..ya he vuelto”.

Se solicita traslado para valoración por cardiología. Una vez allí se realiza ECG a la llegada sin cambios con respecto al primero. Se

realiza Rx de tórax AP sin hallazgos de interés y nueva analítica sanguínea con troponinas 12.1 pg/ml; CK 500 U/L; pro-BNP 562 pg/ml. cociardiografía transtorácica sin cardiopatía estructural; FEVI preservada (65%).

**Enfoque familiar y comunitario**Sin *antecedentes familiares* de interés.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Dolor torácico no cardiogénico.

Respuesta vagal cardioinhibitoria.

Ausencia de cardiopatía estructural.

Bradicardia sinusal/flutter auricular paroxístico en paciente atleta.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se mantiene al paciente en monitorización continua, donde se evidencia bradicardia sinusal con FC 35-40 lpm durante el sueño. Se revaloriza por cardiología y se decide alta a domicilio y seguimiento y valoración por unidad de arritmias.

**Evolución**

Se recomienda evitar actividad física importante hasta valoración por cardiología unidad de arritmias, que el paciente realiza por vía privada, por lo que perdemos seguimiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en urgencias, tanto del centro de salud como del hospital. Debemos estar preparados para su correcto manejo y posibles complicaciones, como la realización de RCP en este caso.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Doctora, ¿qué me pasa en el ojo?**García Martínez L<sup>1</sup>, García Contreras B<sup>2</sup>, Góngora Martín L<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería. Almería<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alquíán. Almería**Ámbito del caso**

Servicio urgencias de Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor y ojo rojo.

**Historia clínica**

*Anamnesis:* varón de 52 años que acude por presentar hiperemia conjuntival, dolor ocular, lagrimeo, fotofobia y visión borrosa en ojo derecho, desde ayer. No refiere sensación de cuerpo extraño. Niega traumatismo ocular.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales.* FRCV: dislipemia. Hernia de hiato.

*Intervenciones quirúrgicas:* hemorroidectomía. Tratamiento habitual: ezetimiba 10 mg/ día.

*Exploración:* constantes normales. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. A la exploración ocular destaca en ojo derecho: lagrimeo e hiperemia ciliar. Hiposfagma sectorial a las 7 y a las 11 horas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Reflejos oculo-pupilares normales. PIO (presión intraocular) a la palpación aparentemente normal. Exploración ojo izquierdo: normal.

*Pruebas complementarias:* tinción con fluoresceína (ojo derecho): negativa. Agudeza visual: Ojo derecho: 0,3/1, que no mejora con estenopeico. Ojo izquierdo: 1/1.

**Enfoque familiar y comunitario**

Acude acompañado de su esposa.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* infección herpética (sospecha de queratitis herpética incipiente).

*Diagnóstico diferencial:* infección por virus herpes, úlcera corneal, uveítis, glaucoma agudo, conjuntivitis.

*Identificación de problemas:* al no disponer de lámpara de hendidura en el centro de salud, no conseguimos alcanzar el diagnóstico de certeza en ese momento.

**Tratamiento, planes de actuación**

Dada la sospecha diagnóstica, se pauta tratamiento con aciclovir tópico (pomada oftálmica) y se deriva al hospital de referencia para valoración por Oftalmología.

**Evolución**

Tras valoración por Oftalmología, mediante la exploración con lámpara de hendidura, se llega al diagnóstico de endotelitis herpética, por lo que se mantiene la pauta de Aciclovir y se añade al tratamiento Fluorometolona colirio. Se cita en una semana para revisión oftalmológica.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La infección por virus herpes excepcionalmente puede presentarse como endotelitis. Con este caso queremos destacar la importancia del diagnóstico diferencial del ojo rojo: en las infecciones por virus herpes la tinción con fluoresceína es positiva, aunque en los casos incipientes o de endotelitis puede no estar presente. Ante la sospecha de esta infección debemos tratar con antivirales lo antes posible, dado que la respuesta suele ser rápida y previene posibles lesiones cicatriciales.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Doctor, no puedo andar ¿qué me ocurre?**Burrahay - Anano Tenorio M<sup>1</sup>, Celis Romero M<sup>2</sup>, Ruiz Carrasco P<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén**Ámbito del caso**

Servicios urgencias.

**Motivos de consulta**

Debilidad de MMII e incontinencia urinaria.

**Historia clínica**

Debilidad de MMII, alteración de la marcha e incontinencia urinaria.

**Enfoque individual***Antecedentes personales.* No RAMc, HTA, DM2, dislipemia. Ex-fumador desde 2009.*Intervenciones quirúrgicas:* microforaminectomía L4-L5 bilateral.*Enfermedad actual:* paciente de 71 años que comienza hace unos 15 días con cuadro de debilidad en MMII que se manifiesta con caídas súbitas. Acude a urgencias porque ha presentado nueva caída con pérdida de control de esfínteres. Niega síntomas visuales, disfagia, alteración motora-sensitiva a otros niveles. No otra clínica. Según familiar, refiere que desde hace unos días presenta 'despistes' que no son habituales y desorientación.*Exploración.* Afebril, TA:145/90 mmHg, Sat O<sub>2</sub>: 98%, NHYP, BEG, consciente. Estable hemodinámicamente. PICNR, lenguaje fluido, coherente, no disfasia, no disartria. CV normal por confrontación. MOEs conjugados, no diplopía. No asimetría facial. PPCC normales. No claudica en maniobras de Barre ni Mingazzini. Balance muscular 5/5 en MMSS. 4/5 bilateral en flexión de cadera y rodillas, resto normal. REM ++/++++ en MMSS, +/++++ rotuliano derecho y ambos aquileos, resto normal. RCP flexor bilateral. No alteración sensitiva al tacto fino ni doloroso.

No hipoestesia en silla de montar. No disimetrías. Marcha con paso corto, afectación en el equilibrio. Test cognitivo abreviado: 24, deterioro cognitivo.

*Pruebas complementarias.* AS: hemograma, coagulación y bioquímica normal. PCR: 270. TC craneal: probable lesión focal de densidad intermedia periventricular izquierda en lóbulo temporal. RMN dorso-lumbar: dentro de la normalidad. RMN craneal: hidrocefalia comunicante levemente hipertensiva.**Enfoque familiar y comunitario**

IABVD.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Hidrocefalia crónica del adulto.

*Diagnóstico diferencial:* enfermedades neurodegenerativas, demencias vasculares, infecciones, déficit de B12, TCE, depresión.**Tratamiento, planes de actuación**

Interconsulta con Neurocirugía para valorar ingreso y tratamiento con DVP.

**Evolución**

Mejoría tras intervención.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La presencia de la triada de Hakim-Adams junto a la exploración fue clave para orientar el caso sin necesidad de PPCC iniciales. Esto es clave ya que en los centros de salud no disponemos de PPCC inmediatas y gracias a ser constantes y minuciosos podemos llegar a una orientación clínica bastante certera.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Toxicodermia por sulfametoxazol/trimetoprima**Expósito Martínez C<sup>1</sup>, Rodríguez Martínez E<sup>2</sup>, García Serrano AE<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Servicios urgencias.

**Motivos de consulta**

Fiebre y exantema generalizado.

**Historia clínica**

Varón de 60 años, obeso y fumador, con los antecedentes personales de ITU de repetición, dermatitis atópica, dislipemia e hipertensión arterial.

Actualmente en tratamiento con simvastatina 20 mg, losartán 50 mg, mometasona en crema y sulfametoxazol/trimetoprima (TMP/SMX) 160/800 mg desde hace 4 días. Acude al Servicio de Urgencias por fiebre de 38°C, exantema pruriginoso y no doloroso generalizado y un despeño diarreico aislado sin productos patológicos de interés que no se ha vuelto a repetir. Sin otra sintomatología clínica significativa acompañante.

**Enfoque individual**

En la exploración buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Sin signos de focalidad neurológica. Pápulas eritematosas no convergentes, de distribución axial y de raíz de miembros. Pruriginosas, indoloras a la palpación. No compromiso conjuntival ni edema facial. No compromiso palmoplantar.

Analítica con perfil hepático y renal normal. No eosinofilia. PCR elevada. Procalcitonina negativa. PCR de virus respiratorios negativo. Sistemático de orina y urocultivo negativo. Hemocultivo negativo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Preguntamos a la familia por contactos con la misma sintomatología, viajes recientes,

alergias a animales, alimentos, medicamentos... que no saben precisar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Ante la presencia de exantema pruriginoso inespecífico con ausencia de datos clínicos de alarma solicitamos valoración por dermatología quienes describen que puede tratarse de un eritema multiforme mayor de origen toxicodérmico (probable TMP-SMX). El diagnóstico diferencial debe incluir el síndrome de Stevens-Johnsons, síndrome de DRESS, la urticaria aguda, el lupus cutáneo subagudo y diferentes tipos de vasculitis.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se recomienda suspender el TMP/SMX por el momento y tratamiento sintomático con bilastina 20 mg si prurito. Revisión en consultas externas de dermatología para toma de biopsia cutánea y estudio serológico para descartar posible origen viral/bacteriano.

**Evolución**

Remisión completa del exantema confirmando el diagnóstico de sospecha.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial desde Atención Primaria, atendiendo a la anamnesis exhaustiva, exploración y pruebas complementarias que presentaba este paciente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Dorsalgia parecía, IAM fue**García Contreras B<sup>1</sup>, García Martínez L<sup>2</sup>, Ballesteros García MA<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Rioja. Almería**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP).

**Motivos de consulta**

Dorsalgia.

**Historia clínica**

Aviso de centro coordinador por varón de 68 años con dorsalgia de dos horas de evolución. A nuestra llegada, epigastralgia irradiada a espalda con leve disnea. Inicio del dolor en reposo. Niega dolor torácico opresivo. Durante valoración, paciente realiza un vómito alimenticio con posterior mejoría del dolor. No cortejo vegetativo. Afebril.

*Exploración física:* paciente en sedestación. Regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado. Leve disnea sin uso de musculatura de accesoria. TA 110/50 mmHg. FC 75 lpm. Saturación basal de oxígeno 89%. DTT 125. T<sup>a</sup> 36.5. Glasgow 15. ACP: rítmico, no soplos. Hipoventilación con sibilantes en base derecha. EKG: sinusal a 75 lpm, eje izquierdo. PR normal. No ondas Q. QRS sin alteraciones. Onda T invertida en AVL, V6. Onda ST isoeletrica en todas las derivaciones.

**Enfoque individual**

NAMC. Hábitos tóxicos: exfumador de 10 años. Bebedor de 1 cerveza/día.

*Antecedentes personales:* HTA. DM tipo 2. EPOC. Espondiloartrosis cervical C3-C6. Miocardiopatía dilatada. Intervenciones quirúrgicas: Laminectomía cervical en 2023.

*Tratamiento habitual:* dapagliflozina 10 mg (0-1-0), atorvastatina 20 mg/ezetimiba 10 mg (0-0-1), furosemida 40 mg (1-0-0), telmisartán 80 mg (1-0-0), bisoprolol 2.5 mg (1-0-1), furoato de fluticasona/bromuro de umeclidinio/vilanterol 1 puff/día, bromuro de ipratropio 2 puffs/8 horas si precisa.

**Enfoque familiar y comunitario**

Jubilado. Vivienda en medio urbano, con su mujer (pediatra jubilada). Buen apoyo familiar, dos hijos que viven en la misma ciudad. Nivel socio-económico medio-alto.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* IAM anterolateral.

*Diagnóstico diferencial:* dorsalgia mecánica, reagudización EPOC, TEP, neumotórax, pancreatitis aguda, síndrome aórtico agudo.

**Tratamiento, planes de actuación**

Oxigenoterapia mediante mascarilla Venturi a 15L. Canalización vía venosa periférica y obtención tres tubos (hemograma, bioquímica y coagulación). Se administra: hidrocortisona 100 mg iv, metrilprednisolona 80 mg iv, dexclorfeniramina 5 mg iv, 2 puff bromuro de ipratropio + 2 puff budesonida+ 2 puff salbutamol inhalados.

**Evolución**

Llegada al hospital: empeoramiento estado general. Intensa disnea con trabajo respiratorio. Nuevo EKG: elevación de ST de 2 mm en cara anterolateral (V3-V6, I, AVL). Se administran AAS 300 mg y ticagrelor 180 mg VO. Activación código infarto y contacto con Cuidados Intensivos.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de la exploración física, así como anamnesis y pruebas complementarias básicas (EKG) que disponemos en Atención Primaria. Resaltar la complejidad de atender a un paciente en domicilio.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Enfermedades letales**

López Domínguez A, Hernández Ocaña MD, Añez Martínez B

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

**Ámbito del caso**

Infecciosas.

**Motivos de consulta**

Edema y dolor en miembro inferior derecho que ha ido aumentando a lo largo de la semana, sin traumatismos ni lesiones externas los días previos.

**Historia clínica**

Varón de 58 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II (DMII) y asma, sin cirugías previas.

**Enfoque individual**

A su llegada presenta regular estado general y sudoroso. TA 95/60 mmHg, FC 103 lpm, Sat O<sub>2</sub> 99%.

A la exploración se constata miembro inferior derecho empastado, con aumento de diámetro, eritematoso desde rodilla hasta ingule y con aumento de la temperatura local. Vesículas ampollosas diseminadas por su superficie.

La analítica mostró leucocitos 19.000/nl con neutrofilia del 92% y aumento de RFA (proteína C reactiva de 450 mg/l).

**Enfoque familiar y comunitario**

Ante dichos datos se inicia manejo con piperacilina-tazobactam y ceftriaxona 2 gr, y se pide TAC de urgencia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospechamos una fascitis necrotizante.

Las infecciones de tejidos blandos se pueden diferenciar en celulitis si se afecta la piel y el tejido celular subcutáneo, fascitis si se afecta el

tejido subcutáneo y la fascia y miositis si se afecta el músculo.

El diagnóstico precoz es clave para la supervivencia de los pacientes afectados de una fascitis necrosante. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

**Tratamiento, planes de actuación**

El tratamiento puede dividirse en dos fases.

Fase inicial: tratamiento de la infección: tratamiento antibiótico sistémico de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico extenso. El antibiótico de primera elección en infecciones de tejidos blandos es amoxicilina-clavulánico a altas dosis. Sin embargo, si la sospecha es de fascitis necrosante debemos comenzar con carbapenem o piperacilina-tazobactam con o sin aminoglucósido, siendo alternativas las cefalosporinas de 3a generación + metronidazol o quinolona + antianaeróbico.

Fase tardía: tratamiento reconstructivo: cobertura de las zonas desbridadas y rehabilitación funcional.

**Evolución**

La afectación general del paciente en la fascitis necrosante es precoz, llegando a un cuadro de shock séptico con fallo multiorgánico y muerte en caso de que no se establezca el tratamiento adecuado.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La fascitis necrosante es una enfermedad infecciosa poco frecuente, pero con una elevada tasa de mortalidad si no se diagnostica y trata a tiempo, por lo que tenemos que saber identificarla y actuar con rapidez ante una sospecha.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Vértigo de etiología desconocida**Arias Talavera I<sup>1</sup>, Ferrer Haba M<sup>2</sup>, Sánchez Pelaz L<sup>3</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de Las Beatas, Alcalá. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla**Ámbito del caso**

Servicio Urgencias.

por lo que se sospecha que pueda tratarse de un cuadro iatrogénico.

**Motivos de consulta**

Vértigo.

**Enfoque familiar y comunitario**

Es camarero, por lo que se ve limitado en su vida diaria (ej. dificultad para servir cafés).

**Historia clínica**

Varón de 53 años que consulta en numerosas ocasiones en los últimos meses por episodios de inestabilidad sin sensación de giro de objetos, ni claros desencadenantes. Comenta asimismo 4-5 deposiciones diarreicas al día y presíncopes de repetición. Niega pérdida de fuerza en miembros, o alteraciones sensitivas.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

El diagnóstico diferencial se basa en las distintas alteraciones del equilibrio, diferenciando sobre todo entre vértigos centrales y periféricos. Debemos conocer los signos clínicos de alarma (ej. fiebre) que orientan hacia un origen central para, en consecuencia, derivar a Neurología/Urgencias para estudio.

**Enfoque individual**

El paciente fue valorado por Otorrinolaringología y Neurología, al no mejorar con betahistina 16 mg/12 h, pero no se encontraron hallazgos patológicos. Ante el empeoramiento clínico del paciente, se deriva a urgencias hospitalarias, donde se administra 100 mg de sulpirida intramuscular, sin respuesta, y se solicita analítica, ECG y TAC de cráneo, destacando únicamente una hipocalcemia de 0.87 mg/dl y una PCR de 113 mg/L. Ingresa en planta de Medicina Interna donde se amplía estudio analítico evidenciándose también una hipomagnesemia severa de 0.24 mg/dl. Durante su estancia hospitalaria, el paciente presentó dos episodios de agitación que ceden de manera espontánea sin focalidad neurológica. Reevaluando de nuevo al paciente, se averigua que ha comenzado a tomar IBP y tiazidas recientemente en el contexto de HTA y RGE,

**Tratamiento, planes de actuación**

Resultados analíticos con los trastornos iónicos descritos y TAC craneal normal.

**Evolución**

Una vez se realiza la reposición hidroelectrolítica y se suspende el tratamiento con omeprazol y tiazidas, el paciente mejora bruscamente.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Es importante desde Atención Primaria discernir entre las patologías urgentes y las que pueden controlarse a nivel ambulatorio, así como tener siempre en mente la Medicación habitual de los pacientes y sus posibles efectos adversos, de cara a hacer un diagnóstico eficiente.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

## “Doctora, noto burbujas en el pecho”

Molino Hernández MM, Medina Zuheros T

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Molestias en tórax.

**Historia clínica***Antecedentes familiares:* padre fallecido a los 61 años por muerte súbita.*Antecedentes personales:* Linfoma No Hodgkin linfoblástico B en infancia en tratamiento con quimioterapia (QT) con antraciclinas y radioterapia. Miocardiopatía dilatada tóxica por QT, insuficiencia cardiaca con función sistólica deprimida. Portador de DAI-Resincronizador en prevención primaria.*Tratamiento domiciliario:* sacuvitril/valsartán, carvedilol. Eplerenona y dapaglifozina.**Enfoque individual**

Paciente varón de 38 años, acude a Urgencias por sensación de “burbujas en el tórax”. Comenta como único dato a destacar, haber estado jugando al fútbol la tarde anterior. Debido a los antecedentes del paciente, al ser portador de DAI-R, se realiza radiografía de tórax en la que se evidencia neumopericardio. Para confirmarlo y ver localización exacta, se realiza TAC de tórax en donde se observa capa de aire en pericardio y cables de DAI aparentemente mal posicionados. Ante los hallazgos, se decide avisar a Cardiología general y UCI de guardia.

En la *exploración*: auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin alteraciones. Miembros inferiores: sin edema ni signos de trombosis venosa profunda.

*Pruebas complementarias:* en analítica: nT-proBNP 709, PCR 3.1, troponina I 21.4. ECG sin hallazgos.**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente es policía local en activo, muy buena calidad de vida. Sale a correr y hace algunos ejercicios de fuerza. Su mujer nos comenta que, aunque puede hacer vida normal, está un poco asustada por si su vida tan activa con el deporte, jugando al fútbol y los riesgos del trabajo, pudieran ser la causa de tener los cables del DAI en mal posición.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Neumopericardio por posible translocación de cable de DAI-CRT.

*Diagnóstico diferencial:* insuficiencia cardiaca aguda, neumomediastino, mediastinitis, neumotórax.**Tratamiento, planes de actuación**

El paciente ingresa en UCI, y se decide contactar con Cirugía Cardíaca para intervención.

**Evolución**

Se realiza intervención quirúrgica por Cirugía Cardíaca, cambiando cable de AD mal posicionado. Es dado de alta con seguimiento por parte de AP, con radiografía de control.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En la actualidad, es frecuente tener en nuestro cupo a pacientes con DAI o dispositivos cardiacos, por lo que hay que conocer las posibles qué tipos de dispositivos podemos encontrar y las complicaciones de estos para así actuar al respecto.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Caso clínico: estos nervios me están matando**García Maldonado S<sup>1</sup>, Lozano Rodríguez V<sup>2</sup>, Ruiz Victoria M<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguadulce Norte. Almería<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Parador de Las Hortichuelas. Almería<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería**Ámbito del caso**

Varón de 20 años que reconsulta por dolor en el pecho y nerviosismo. Catalogado inicialmente hace 3 días como crisis de ansiedad, se rehistoria al paciente y se realiza electrocardiograma sin alteraciones y radiografía de tórax en la que se visualiza neumotórax izquierdo. Tras instauración de tubo de drenaje torácico el paciente presenta mejoría clínica sin complicaciones asociadas.

**Motivos de consulta**

Dolor torácico y nerviosismo.

**Historia clínica**

Varón de 20 años, fumador, acude a Urgencias por presentar molestias torácicas y nerviosismo desde hace 3 días. El dolor torácico se inició mientras estaba trabajando, con localización retroesternal, tipo pinchazo. Además, refería palpitations y estar muy nervioso. Consultó hace 3 días cuando comenzó el dolor, donde se diagnosticó de crisis de ansiedad. El paciente reconsulta por persistencia del dolor.

**Enfoque individual**

*Exploración física:* destaca auscultación cardiopulmonar con hipoventilación generalizada sin ruidos respiratorios patológicos. *Pruebas complementarias:* ECG sin alteraciones. Radiografía de tórax en inspiración con línea de neumotórax en pulmón izquierdo. Radiografía de tórax en espiración forzada muestra neumotórax izquierdo con colapso pulmonar.

**Enfoque familiar y comunitario**

El paciente no refiere problemas familiares, sociales ni laborales en las últimas semanas.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Cardiopatía isquémica. Pericarditis. Neumotórax. Contractura muscular. Crisis de ansiedad.

**Tratamiento, planes de actuación**

Tras visualizar radiografía inicial se solicita radiografía de tórax en espiración forzada, confirmándose diagnóstico de neumotórax espontáneo primario. Se interconsulta con cirugía general de guardia. Tras valoración, se coloca tubo de drenaje endotorácico y se ingresa en planta de hospitalización.

**Evolución**

En planta el paciente se encuentra asintomático y sin incidencias. Al 5º día de ingreso se da de alta al paciente. En controles de Atención Primaria el paciente persistió asintomático.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El motivo de consulta “dolor o molestias torácicas” supone hasta un 15% de las consultas en Urgencias. Su etiología es muy variada y abarca desde procesos con buen pronóstico como crisis de ansiedad hasta procesos potencialmente graves como neumotórax. Es por ello esencial una adecuada valoración de estos pacientes. Las crisis de pánico o ansiedad pueden presentarse con clínica de dolor torácico, palpitations o disnea. No obstante, previo a establecer su diagnóstico, siempre deberían valorarse y descartarse otras causas orgánicas de dolor torácico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

### Dolor abdominal en cinturón tras parto

Anguita Mata JC<sup>1</sup>, Gámiz Martínez FM<sup>2</sup>, Marín Corencia C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén. Jaén

#### Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

#### Motivos de consulta

Dolor abdominal.

#### Historia clínica

Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias refiriendo episodios autolimitados de epigastralgia de inicio tras su último parto, eutócico y sin complicaciones, dos semanas antes. Este episodio lo describe como de carácter continuo, irradiado a espalda en forma de cinturón y que no se modifica con la ingesta. Ha presentado varios vómitos de contenido bilioso durante los dos días previos tras los que nota alivio del dolor. Niega cambios en el hábito deposicional o clínica miccional.

#### Enfoque individual

A la *exploración* presenta buen estado general, sin signos de deshidratación. La auscultación cardiorrespiratoria es normal. Encontramos el abdomen blando y depresible, doloroso a palpación profunda en flanco derecho y fosa iliaca derecha. Ruidos hidroaéreos abdominales conservados. Signos de Blumberg y Murphy negativos.

No se palpan masas ni megalias. Puño percusión renal bilateral negativa. Se administra analgesia intravenosa que alivia el dolor. Se solicita analítica de sangre y orina con el resultado: lipasa 2309 U/L, amilasa 701 U/L, AST 260 U/L, ALT 577 U/L, GGT 196 U/L, PCR 7.2 mg/l, procalcitonina 0.17 ng/l.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pancreatitis aguda.

#### Tratamiento, planes de actuación

Ante estos hallazgos y la exploración descrita se decide consultar con facultativo de Aparato Digestivo de guardia ante la sospecha de cuadro de pancreatitis aguda. Tras valorarla decide ingreso en planta a su cargo en el que se realiza una ecografía reglada con hallazgos de litiasis múltiples en vesícula biliar.

#### Evolución

Derivación al alta domiciliaria con diagnóstico de pancreatitis aguda litiásica BISAPS o, analgesia oral y cita en consultas externas de Cirugía para valorar colecistectomía.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Con este caso evidenciamos la importancia de conocer para poder elaborar un diagnóstico diferencial y juicio clínico, además de saber interpretar las pruebas complementarias que tenemos a nuestro alcance. Podíamos tener clara la sospecha de pancreatitis por las características del dolor y evolución del cuadro, sospecha que reafirmamos con los resultados analíticos. Además, debemos saber que el embarazo y el periodo posparto incrementan el riesgo para desarrollar lodo biliar, litiasis vesicular y cualquiera de sus complicaciones. Gracias a esto podemos acortar el procedimiento diagnóstico y, principalmente, reducir la incertidumbre del profesional y paciente.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Hipertermia maligna en paciente pluripatológico**

Jiménez Jara J, Vázquez Soria FJ, Guerrero Muro RD

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 O61 tras disminución brusca del nivel de conciencia en vía pública

**Historia clínica**

Se trata de un paciente trasladado a urgencias por el O61 tras una pérdida súbita de conciencia mientras caminaba solo por la calle al mediodía en julio.

*Antecedentes personales:* dislipemia, DM II, obesidad, asma bronquial, esquizofrenia, ansiedad, hernia abdominal. En tratamiento con metformina, enantyum, lorazepam, lormetazepam, olanzapina, risperidona.

**Enfoque individual**

Integrar las patologías del paciente, asegurar una correcta adherencia terapéutica y revisar su Medicación a nivel individualizado es la función de Atención Primaria.

**Enfoque familiar y comunitario**

Destacamos la labor preventiva que debe tener el médico de primaria simplemente con la información que le pueda dar al paciente, revisando pluripatológicos... Ciertamente está que para esto necesitamos un tiempo del que por desgracia no disponemos. Sería conveniente una colaboración más estrecha entre Atención Primaria y otras especialidades como Salud Mental para un abordaje interdisciplinar asegurado de pacientes complejos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Además de la gravedad del cuadro se nos presentó un difícil diagnóstico diferencial, no siendo

excluyentes varias de las posibles causas precipitantes del síndrome del paciente. Por un lado en ese mes atendíamos muchos golpes de calor, 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. Los principales diagnósticos diferenciales se hicieron entre crisis epiléptica, síndrome serotoninérgico, síndrome neuroléptico maligno y golpe de calor.

**Tratamiento, planes de actuación**

Medidas de soporte vital, diazepam para las convulsiones y enfriamiento con suero frío intravenoso. El tratamiento final se basó en la suspensión inmediata de los agentes serotoninérgicos, sedación con benzodiazepinas, antiserotoninérgicos y bloqueantes neuromusculares no despolarizantes.

**Evolución**

El paciente ingreso a cargo de UCI, donde finalmente se diagnosticó un síndrome serotoninérgico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacamos la importancia de conocer las interacciones farmacológicas. El síndrome serotoninérgico se asocia al uso de medicamentos agonistas de la serotonina. Consiste en una sobreestimulación de los receptores de serotonina produciendo cambios mentales, autonómicos y neuromusculares. Suele resolverse en las primeras 24 horas, pero existe riesgo de rabdomiólisis, fallo multisistémico y muerte.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Más allá de la epigastralgia**Jiménez Arteaga C<sup>1</sup>, Caro Bejarano P<sup>2</sup>, Rodríguez Vázquez A<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Epigastralgia.

**Historia clínica**

Varón de 32 años acude a urgencias por epigastralgia, heces pastosas y oscuras (sin claras melenas) acompañado de astenia y disnea a moderados esfuerzos de 10 días de evolución. Afebril. Niega sudoración nocturna. Refiere además, dolor torácico atípico intermitente con resolución espontánea y pérdida de aproximadamente 10 kg de peso en un mes.

A la *exploración*: REG, COC, BHyP. T<sup>a</sup> 37.8 °C. TA 110/75 mmHg. Sat O<sub>2</sub> 97% sin aporte. FC 111 lpm. ACR: disminución del MV en base izquierda, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, con aumento del reborde hepático. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes.

EKG: TS a 112 lpm, eje normal. QRS estrecho, PR normal. Sin alteraciones de la repolarización. Se realiza analítica con Hb 16.6 g/l, leucocitosis, eosinofilia, PCR 117.7 mg/l. Troponina T 190 ng/ml. Resto normal. Se realiza TAC de abdomen en urgencias con extenso derrame pericárdico con datos sugestivos de pericarditis y hepatoesplenomegalia. Se realiza ecocardiografía urgente con diagnóstico de imagen en "swimming heart".

Se ingresa en planta de medicina interna. Se vuelve a realizar analítica con Hb 14.3 g/l, aumento de leucocitosis y eosinofilia en 4770, VSG 24 mm/h. FR 75.8 IU/ml. Serología negativa. p-ANCA y c-ANCA negativos. Citometría de flujo negativa.

Ante la asociación de eosinofilia periférica + pericarditis con derrame pericárdico + afectación

pulmonar y esofágica + antecedentes de asma se pauta esteroides con buena respuesta. Posteriormente, se inicia inducción con ciclofosfamida. Se realiza diagnóstico de presunción de vasculitis tipo granulomatosis eosinofítica con poliangeítis.

**Enfoque individual**

Sin FRCV.

*Antecedentes personales*: asma, poliposis nasal.*Intervenciones quirúrgicas*: amigdalectomizado.**Enfoque familiar y comunitario**

Varón de edad media, hostelero de profesión con deseo genésico. Buen soporte familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Vasculitis tipo granulomatosis eosinofítica con poliangeítis, síndrome constitucional.

**Tratamiento, planes de actuación**

Esteroides + ciclofosfamida. Pruebas complementarias para ver evolución. Criopreservación de fertilidad.

**Evolución**

Favorable tras tratamiento.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de la comunicación interprofesional dentro del ámbito de urgencias. Un buen enfoque transversal del paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales para elaborar buenos diagnósticos, así como el apoyo en pruebas complementarias previa exploración para un mejor enfoque de la patología.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Derrame pleural con síndrome constitucional: una respuesta diferente**Cabello Padilla V<sup>1</sup>, Zambrano Granella GE<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Real III. Ciudad Real**Ámbito del caso**

Servicios Urgencias.

**Motivos de consulta**

Dolor costal derecho.

**Historia clínica**

Varón. 48 años. NAMC. No FRCV.

*Antecedentes personales:* síndrome ansioso-depresivo.*Tratamiento habitual:* vortioxetina 10 mg/24 h, mirtazapina 30 mg/24 h. Clorzepato 15 mg/12 h.*Cirugías:* apendicectomía.*Enfermedad actual:* acude a Urgencias por dolor en hemitórax derecho de 20 días. Refiere fiebre de predominio vespertino con pico máximo de 40°C, asociando sudoración nocturna. Hiporexia con pérdida de peso de unos 7 kg en el último mes. Aporta informe de TC abdominal realizada de forma privada donde se objetiva derrame pleural derecho y nódulos pulmonares subpleulares bilaterales, atelectasia subsegmentaria en LM y adenopatías en mediastino inferior.*Exploración física* anodina, destacando crepitantes bilaterales.*Pruebas complementarias:* AS urgencias: leucocitosis con aumento de eosinófilos. RFA negativos. Bioquímica anodina. PCR viral: negativas.

Ante las pruebas aportadas y la clínica se realizó ingreso a cargo de Neumología.

**Enfoque individual**

Este caso presentaba varios confusores. Por un lado, el paciente era fumador de larga data, pero también tenía un perro en casa, posible vector de enfermedades infecciosas.

**Enfoque familiar y comunitario**

Sin antecedentes de interés.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**Derrame pleural eosinofílico secundario a *Strongyloides stercoralis*.

Habría que realizar diagnóstico diferencial con patología tumoral primaria o metastásica, así como tuberculosis u otras parasitosis.

**Tratamiento, planes de actuación**Se realizan dos toracocentesis diagnósticas, con citología negativa para células tumorales malignas. Destaca frotis inflamatorio con presencia de abundantes eosinófilos. Se realiza PET-TC, evidenciando los hallazgos ya conocidos, añadiendo discreta detectabilidad metabólica en nódulo subpleular en LII. Se realiza coprocultivo con detección de *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium* y *Strongyloides stercoralis*, todo con resultados negativos. Dado que se inició tratamiento con albendazol 400 mg/12 h empírico previo a la recogida de muestras, se plantea la posibilidad de un falso negativo. Sin embargo, el paciente presentó serología de *Strongyloides stercoralis* positiva, que negativizó en controles posteriores.**Evolución**

Al alta el paciente continúa con mejoría clínica, presentando actualmente disnea residual a esfuerzos moderados.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**La infección por *Strongyloides stercoralis* presenta una prevalencia baja en nuestro medio, siendo más frecuente en viajeros e inmigrantes. La mayoría de los casos son crónicos y paucisintomáticos. Como dato más frecuente encontramos la eosinofilia. Se detecta en un 60% de las muestras de heces, aumentando hasta un 90% si se realizan tres tomas. En nuestro caso nunca se llegó a un diagnóstico mediante este sistema, obteniendo solo una prueba serológica indirecta.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**"Doctor, no me encuentro bien"**

Sáez Sáez MJ

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería

**Ámbito del caso**

Psiquiatría.

**Motivos de consulta**

Malestar general, nerviosismo, somnolencia y decaimiento.

**Historia clínica**

Paciente 40 años que acude a hospital en repetidas ocasiones refiriendo mal estar general que no sabe definir muy bien, nerviosismo, inquietud, debilidad muscular, fatiga, temblor grosero de las cuatro extremidades que incluso dificultan que pueda atarse correctamente los zapatos, somnolencia durante todo el día que achaca a necesidad de tener que tomar midazolam por las noches por insomnio nocturno, dificultad a la hora de caminar, disminución del apetito, náuseas, vómitos y diarrea desde el día anterior. No fiebre. Niega dolor torácico, niega disnea. Niega consumo de tóxicos. No alergias Medicamentosas conocidas

Antecedentes: Sd ansioso-depresivo, trastorno límite de la personalidad, prolapso rectal pendiente de cirugía. Hipertensional. Trece intentos autolíticos previos. Tratamiento actual: olanzapina, lorazepam, litio, fluoxetina, midazolam si precisa.

**Enfoque individual**

MEG. Tendente al sueño. Deshidratación piel y mucosas. Eupneica. Edema facial. Tolera de cúbito, no signos sépticos. NRL: Glasgow 15/15, disartria, marcha atáxica. ACR: rítmica sin soplos.

*Antecedentes personales:* mvc. Abd: anodino.

MMII: edemas pretibiales con fovea +/+++ . PA 90/55 FC 85 lat/min ECG: RS 86 lat/min, PR145, normoeje, no signos de isquemia aguda. Rx tórax y abd sin alteraciones. Análisis sangre: glucosa 88, urea 25, creatinina 2.05, PCR 16,3, LDH 574,

FA 428, litemia 3.31, Na 130, K 3,7, Hb 11,2, leucos 15.000, PMN 90,4%, coagulación normal Análisis orina anodino Tóxicos orina positivo para benzodiazepinas

**Enfoque familiar y comunitario**

Determinación de litemia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* sobredosificación grave por litio.

*Diagnóstico diferencial:* hiponatremia, AIT, GEA vírica, intoxicación medicamentosa.

**Tratamiento, planes de actuación**

Fluidoterapia, monitorización, UCI y hemodiálisis.

**Evolución**

Favorable.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El litio es un tratamiento eficaz en el trastorno bipolar y como potenciador del efecto de antidepresivos. Su mecanismo de acción es incierto, pero se ha visto que inhibe la liberación de dopamina y noradrenalina y aumenta la acción de la serotonina. Presenta un estrecho margen terapéutico: 0.6-1.2 m Eq/l, múltiples interacciones medicamentosas y con la dieta. Las intoxicaciones crónicas son frecuentes y su diagnóstico requiere de un alto grado de sospecha. Constituye una urgencia médica que puede provocar arritmias graves, convulsiones, insuficiencia renal, coma e incluso la muerte del paciente. Su tratamiento precisa de fluidoterapia abundante con suero glucosado, monitorización continua e ingreso en UCI para realizar hemodiálisis.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

# Importancia de la anamnesis en pacientes con cefalea y exploración neurológica normal

Palmero Toro C, Vargas Castillo G

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Gabias. Granada

### Ámbito del caso

Servicios urgencias.

### Motivos de consulta

Cefalea intensa.

### Historia clínica

Paciente de 51 años que acude a Urgencias por cefalea intensa de una semana de evolución, nunca antes había tenido cefalea. Acudió a Urgencias hace una semana por cefalea hemicraneal sin foto ni sonofobia, siendo dada de alta con diagnóstico de migraña y tratamiento completo. Vuelve por persistencia de dolor a pesar de Medicación pautada, además, refiere sensación desagradable con diferentes olores y que el dolor le despierta por la noche.

### Enfoque individual

No alergias. Sin antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual.

*Exploración neurológica:* consciente, orientada en las 3 esferas y colaboradora. Estado general conservado. Lenguaje coherente y fluido. No afasia. No disartria. Obedece a órdenes sencillas y complejas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Motilidad ocular extrínseca conservada. Campimetría por confrontación normal. Sin asimetrías faciales ni alteraciones de pares craneales bajos. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetrías. Marcha de forma autónoma sin incidencias. Romberg sin lateralización. No signos meníngeos.

*Pruebas complementarias:* TAC craneal con CIV: masa intraxial única derecha que condiciona moderado efecto masa con desviación de línea media y borramiento de los surcos de convexidad.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lesión ocupante de espacio fronto-temporo-parietal derecha a completar estudio y decisión terapéutica.

Cefalea primaria vs cefalea secundaria.

Criterios de alarma en cefalea y criterios para solicitar prueba de imagen.

### Tratamiento, planes de actuación

Ingreso en Neurocirugía para Resonancia Magnética y completar estudio.

### Evolución

Diagnosticada de glioma de alto grado. Se decide tratamiento quirúrgico, siendo satisfactorio y actualmente se encuentra en tratamiento coadyuvante estando asintomática completamente.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Se destaca la importancia de una buena anamnesis en las cefaleas de reciente comienzo, aunque la exploración neurológica sea normal. La Sociedad Española de Neurología en su guía establece unos signos de alarma en todo paciente que presenta cefalea a los que deberemos estar atentos para no diagnosticar cefaleas secundarias como primarias e intentar adelantar el diagnóstico en la medida de lo posible. Por otro lado, la Sociedad Española de Radiología Médica establece la indicación y la no indicación de la realización de una TAC urgente para que solicitemos prueba de imagen cuando realmente es necesario y prescindamos de ellas cuando no lo es.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

# La importancia de la clínica: de Homans dudoso a TEP bilateral

Marín Serralvo I<sup>1</sup>, Reche Fernández I<sup>1</sup>, Trujillo Franco P<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. AGS Norte de Málaga. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. AGS Norte de Málaga. Málaga

### Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias/Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Dolor e inflamación de pierna izquierda.

### Historia clínica

Varón de 62 años con antecedentes de HTA, dislipemia, exfumador, úlcera péptica, en tratamiento con amlodipino, aspirina, diltiazem, simvastatina y omeprazol.

### Enfoque individual

Acude a urgencias por clínica de dolor y sensación de hinchazón en pierna izquierda desde hacía 24 horas, sin mejoría de sus síntomas tras consulta en Atención Primaria, donde tras exploración sin signos sugestivos de TVP, se prescribe analgesia y revisión, con sospecha de TVS.

Mientras se encontraba en sala de espera, paciente comienza con dolor centrotorácico opresivo en reposo, que cede a los 2 minutos, sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología asociada. En la exploración del miembro inferior izquierdo, no existe diferencia de temperatura, no aumento de perímetro de pantorrilla respecto contralateral, no edema con fóvea y con signo de Homans dudosamente positivo.

Tras analítica con dímero-D de 9637, se procede a realizar angio-TC que revela tromboembolismo pulmonar en arterias lobares y segmentarias pulmonares bilaterales, de predominio izquierdo.

### Enfoque familiar y comunitario

Varón independiente para las actividades de la vida diaria, vive con su mujer y su hija, actualmente jubilado y realiza ejercicio ligero todos los días.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

TEP y TVP.

### Tratamiento, planes de actuación

Se realizó ecografía Doppler Venosa de pierna izquierda, evidenciando gran trombosis profunda, siendo la vena femoral común permeable. Se ingresó al paciente en observación y posteriormente en Medicina Interna. Tras mejoría y estabilización del paciente, se le da de alta en tratamiento con edoxabán 60 mg diario, suspendiendo tratamiento con aspirina.

### Evolución

Pendiente de consulta con medicina interna y seguimiento estrecho de cumplimiento de anticoagulación y control de factores de riesgo cardiovascular por su MAP.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Pendiente de consulta con medicina interna y seguimiento estrecho de cumplimiento de anticoagulación y control de factores de riesgo cardiovascular por su MAP.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

### Imitador de ictus: a propósito de un caso

Canigiani MF, Santana Gallego MJ

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

#### Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalaria. Los datos utilizados para la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

#### Motivos de consulta

Mujer de 77 años con cuadro de desorientación.

#### Historia clínica

La paciente fue evaluada inicialmente en el Servicio de urgencias hospitalarias debido a un episodio de desorientación y confusión que duró aproximadamente 20 minutos. Además, había experimentado cefalea hemicraneal izquierda en los días previos. Posteriormente, fue ingresada en la planta de neurología, donde se mantuvo asintomática durante su estancia. Al recibir el alta, se le diagnosticó un ictus isquémico de etiología indeterminada. Sin embargo, la paciente volvió a consultar en urgencias un mes después debido al empeoramiento de los síntomas, incluyendo olvidos de nombres de familiares y situaciones inusuales como cocinar con detergente.

#### Enfoque individual

Durante su ingreso hospitalario se identificaron episodios de desorientación.

A la exploración neurológica Glasgow de 14 a expensas de desorientación, lenguaje coherente, obedeciendo órdenes y sin focalidad motora grosera.

TC cerebro: lesión isquémica en evolución frontal izquierda. RM cerebro: LOE intraxial frontal izquierda, considerar lesión glial de alto grado.

#### Enfoque familiar y comunitario

Paciente dependiente para las ABVD.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Inicialmente se diagnosticó al paciente con un ictus isquémico, considerando el diagnóstico diferencial de síndrome confusional agudo. Tras una reevaluación, se llegó finalmente al diagnóstico de posible lesión glial de alto grado.

#### Tratamiento, planes de actuación

Considerando la edad del paciente, se acordó con los familiares optar por un enfoque de tratamiento conservador.

#### Evolución

La paciente presenta una evolución tórpida con un deterioro significativo de su estado general, acompañado de hemiplejía braquiocrural derecha. Tras ser evaluado por la Unidad de Cuidados Paliativos, se ha iniciado un enfoque con el objetivo principal de brindar un control óptimo tanto desde el punto de vista físico como emocional. Tras considerar sus preferencias, se ha tomado la decisión de proporcionarle atención domiciliaria, permitiéndole permanecer en su entorno familiar.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

En ocasiones, los tumores cerebrales pueden presentarse de manera similar a la patología isquémica, especialmente cuando se observan áreas de realce en el tejido cerebral que dificultan la distinción entre un infarto subagudo y un glioblastoma. En estos escenarios, resulta útil realizar un seguimiento con RM para evaluar la evolución del cuadro clínico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

# Paciente con edema facial y de miembros inferiores. Valoración del paciente con proteinuria. Síndrome nefrótico

Vera Rubio G<sup>1</sup>, Marín Serralvo I<sup>1</sup>, Alarcón Hidalgo MA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Málaga

### Ámbito del caso

Atención Primaria/Urgencias.

### Motivos de consulta

Edema facial y de miembros inferiores.

### Historia clínica

Varón de 48 años, que acude a Urgencias por presentar desde hace 4 días edema a nivel facial y de ambos miembros inferiores. Dicha inflamación es menos aparente al despertar y se intensifica a lo largo del día. No refiere otros síntomas.

### Enfoque individual

*Anamnesis:* diagnosticado de trastorno bipolar hace más de 20 años, en tratamiento con litio 400 mg/8 h en liberación modificada desde entonces. No alergias medicamentosas conocidas. No refiere hábitos tóxicos, ni cirugías previas ni otros antecedentes personales ni familiares relevantes. *Exploración y pruebas complementarias:* analíticamente se evidencia hipoalbuminemia, anemia microcítica, proteinuria en rango nefrótico, función renal normal, cilindros hialinos y lipiduria. A la exploración destaca PA 140/95, y se constata el edema facial periorbitario y en ambos miembros inferiores, hasta las rodillas, que deja fóvea a la presión.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Orientación diagnóstica: se realiza interconsulta al Servicio de Nefrología de guardia. Tras una aproximación inicial basada en los datos clínicos, analíticos y exploraciones complementarias, se diagnostica de síndrome nefrótico por la toma de

litio, ya que este puede producirlo, sobre todo, cuando el tratamiento dura más de 15 años.

*Diagnóstico diferencial:* glomerulopatía primaria, enfermedades sistémicas, infecciones, neoplasias o exposición a agentes externos.

### Tratamiento, planes de actuación

Al alta se le pauta dieta normoproteica con restricción hidrosalina, hipolipemiante, antiagregante, IECA y diurético de asa, junto con derivación para su estudio a consultas externas de nefrología.

### Evolución

Favorable.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El síndrome nefrótico es la forma de presentación de una serie de enfermedades glomerulares renales que tienen en común la proteinuria masiva, junto con la que pueden detectarse hipoalbuminemia, edemas, hiperlipidemia e hipercoagulabilidad. Analíticamente destaca la existencia de hipoalbuminemia, anemia microcítica y proteinuria en rango nefrótico. En el sedimento urinario pueden observarse las características "cruces de malta". Etiológicamente, puede estar causado por una glomerulopatía primaria o ser secundario a enfermedades sistémicas, infecciones, neoplasias o exposición a agentes externos, como fármacos, tóxicos o alérgenos. Una vez diagnosticado, se debe valorar la indicación de biopsia renal e iniciar tratamiento específico según la enfermedad que lo origina, además de medidas generales para prevenir complicaciones.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Disecionando el dolor torácico en una mujer**

Jorge González A, Méndez Da Cuña P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pola de ILviana. Asturias

**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Dolor torácico.

**Historia clínica**

Mujer de 55 años que acude a urgencias por dolor torácico opresivo, de inicio en reposo hace 20 min con irradiación a MS derecho y espalda, sin cortejo vegetativo. Niega disnea, palpitaciones o episodios previos en reposo o esfuerzo. No fiebre.

No *antecedentes familiares* de CI precoz. Niega hábitos tóxicos. No FRCV.

*Exploración física*: afebril y HD estable.

Alerta. CyC: no IY. ACP: normal. ABD: anodino. MMSS: radiales laten. MMII: no TVP. RxTx: cardiopulmonar normal. ECG: sinusal a 75 lpm. PR limítrofe. QRS estrecho con elevación ST en II, III, AVF y V5-6. Troponina 24699 ng/l. Coronariografía: cx con tortuosidad extrema con disección espontánea.

**Enfoque individual**

El SCACEST fue secundario a una disección arterial coronaria espontánea (DACE), que debe recibir el mismo tratamiento farmacológico que el resto de SCACEST de etiología distinta. El intervencionismo sólo se reserva en casos con mala evolución.

**Enfoque familiar y comunitario**

La DACE, aun siendo una causa infrecuente de síndrome coronario agudo, es más frecuente en mujeres de mediana edad y constituye una causa potencialmente grave en la que el debut típico suele ser un SCASEST, a diferencia de

este caso. Ante un dolor torácico en la mujer con ausencia de FRCV y sin cambios en el ECG debemos contemplar el diagnóstico de esta entidad. Además, igual que el síndrome de tako-tsubo (STT), el estrés emocional puede actuar como factor desencadenante en el DACE. En este sentido, debemos tener en cuenta el sesgo de género en la atención a las mujeres y conocer causas de dolor torácico en la mujer potencialmente mortales.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

IAMCEST inferoposterolateral KK I con enfermedad de 1 vaso no revascularizada (disección espontánea).

Otros diagnósticos diferenciales de SCACEST sin FRCV: STT, émbolo coronario o MINOCA.

**Tratamiento, planes de actuación**

Doble antiagregación, nitratos y traslado a hemodinámica que confirma el diagnóstico. Alta con estudios complementarios normales e iniciando prevención secundaria.

**Evolución**

Buena evolución, sin incidencias.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La DACE es una causa rara de IAM pero más frecuente en la mujer. Las últimas guías europeas de cardiología señalan identificar los sesgos de género y rechazar los estereotipos durante la atención médica. Como médicos de AP debemos conocer aquellas entidades potencialmente graves y fácilmente atribuibles a cuadros banales en las mujeres.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Hiperaldosteronismo primario en paciente con alteración analítica**

Vázquez Soria FJ, Jiménez Jara J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Mujer de 51 años que acude a consultas de urgencias hospitalarias derivada por su médico de cabecera al encontrar una alteración en una analítica de rutina. Hipopotasemia (cifras de 2,5 mEq/l potasio).

*Antecedentes personales:* hipertensión desde 2011 de difícil control en tratamiento con enalapril 20 mg/ hidroclorotiazida 12,5 mg.

**Historia clínica**

La paciente cuenta que desde hace 4-5 años nota astenia importante y hormigueos en ambos brazos, cuenta que desde hace 1 año aproximadamente tiene sensación de sed continua, lo que hace que tome entre 3-4lts por día y desde hace 8 meses ha tenido algunos episodios de regurgitación alimentaria sin náuseas.

**Enfoque individual**

Integrar las patologías y el diagnóstico del paciente, asegurar la corrección de la alteración analítica y revisar su Medicación a nivel individualizado es la función de Atención Primaria.

**Enfoque familiar y comunitario**

Se destaca la labor preventiva del Médico de Atención Primaria en el cribaje y diagnóstico inicial de ciertas patologías gracias a un seguimiento estrecho de la evolución del paciente y su adaptación a sus diversas patologías, así como del uso de analíticas de rutina.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

El estudio hormonal mostró elevación de las cifras de aldosterona. El diagnóstico de imagen mostró nódulo adrenal en ecografía que se confirma con TAC, siendo sugerente de adenoma suprarrenal. El juicio clínico es "HTA con alcalosis metabólica e hipopotasemia secundaria a un hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal".

**Tratamiento, planes de actuación**

Olmesartan 40 mg / amlodipino 10 mg. Bisoprolol 5 mg. Espironolactona 100 mg. Potasion 600 mg (suspender cuando K > 3,5 mEq/l). Omeprazol 20 mg.

Control de cifras de tensión y analítica de control una semana tras el alta. Seguimiento por endocrinología y nefrología para control de HTA y patología suprarrenal.

**Evolución**

Se curso ingreso a cargo de Nefrología para cambiar el tipo de medicación antihipertensiva y reposición a cifras normales de potasio en sangre. Se cita para realización de cateterismo selectivo de venas adrenales (debiendo estar 6 semanas sin espironolactona y con niveles de potasio óptimos).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Destacar la importancia de conocer la evolución de nuestros pacientes a través del control y seguimiento de las patologías (en este caso hipertensión de difícil control) a través de seguimiento continuo y analítica de control para así poder diagnosticar de manera prematura enfermedades que requieren seguimiento especialista y tratamiento quirúrgico.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

# Hoy he comenzado mis clases de Crossfit

Vega Sánchez E<sup>1</sup>, Morales Navarro A<sup>2</sup>, Mariscal Ocaña MR<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna, Cádiz

### Ámbito del caso

Urgencias del Hospital Puerta del Mar.

### Motivos de consulta

Dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa iliaca derecha e hipogastrio sin clínica miccional asociada.

### Historia clínica

Varón de 25 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de acalasia y asma bronquial; que acude a urgencias por cuadro de dolor a nivel de la fosa renal derecha de unas 4 horas de evolución; que se irradia a fosa iliaca derecha e hipogastrio. No refiere náuseas, vómitos, fiebre, clínica miccional o cambios en el hábito intestinal. Refiere el inicio del cuadro coincidiendo con el primer día de entrenamiento en el gimnasio en clases de crossfit.

### Enfoque individual

Paciente con BEG; COC; NHyNP; eupneico en reposo.

Abdomen: blando y depresible con molestias a la palpación profunda en flanco derecho sin signos de irritación peritoneal; PPRR negativa con ruidos hidroaéreos conservados.

### Enfoque familiar y comunitario

Paciente abordado en las Urgencias del Hospital.

### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Dolor abdominal de características atípicas; cólico renal; rabdomiólisis.

### Tratamiento, planes de actuación

A dicho paciente se le realizó un sistemático de orina donde se evidenciaron proteínas y una analítica con una CK en 4000 como único hallazgo relevante. Posteriormente se pautó analgesia con AINEs y paracetamol.

### Evolución

Ante los hallazgos obtenidos en las PPCC y dada la mejoría clínica del paciente, así como una exploración anodina; se procedió al alta del mismo con recomendaciones de ingesta hídrica abundante ante sospecha de una posible rabdomiólisis así como analgesia.

No obstante; horas más tarde el paciente acude nuevamente a urgencias con un aumento de la intensidad del dolor y febrícula. Se repitió la analítica evidenciándose una elevación considerable de la CK 41912 (previa de 4000) con una normofunción renal. Dada la intensidad del dolor del paciente se contactó con medicina interna y se procedió a su ingreso, asimismo se aumentó la analgesia y se administró fluidoterapia iv con 4000 cc de SSF.

### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Ante cualquier paciente que nos encontremos; siempre debemos hacer un especial énfasis en sus antecedentes; momento en el cuál comenzaron los síntomas; cambios en su estilo de vida; en definitiva; una anamnesis exhaustiva que nos haga sospechar la patología de nuestro paciente. En fase aguda; el tratamiento de la rabdomiólisis tiene como objetivo preservar la función renal y restaurar anomalías metabólicas.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**¿Como enfocar dolor torácico en adolescentes?**Santamarina Palop P<sup>1</sup>, Rey Berenguel C<sup>2</sup>, Pavón López FJ<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Roquetas Norte. Almería<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

**Motivos de consulta**

Dolor torácico.

**Historia clínica**

Varón de 14 años, (antecedentes de amigdalitis) que presenta dolor torácico precordial de 12 horas de evolución, sin cortejo vegetativo o palpitations. No dolor irradiado, empeora con inspiración y en decúbito, mejora con sedestación. No disnea. No fiebre. No otra sintomatología acompañante.

Constantes: saturación 99%, TA 110/60, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto. Regular estado general, eupneico en reposo, normohidratado, normoperfundido, Glasgow 15. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, elevación segmento ST, cóncavo hacia arriba, en todas las derivaciones excepto AVR y V1.

**Enfoque individual**

Antecedentes personales no relevantes, salvo tratamiento activo con amoxicilina por faringoamigdalitis aguda.

**Enfoque familiar y comunitario**

No antecedentes a destacar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Pericarditis aguda.

*Diagnóstico diferencial* con miopericarditis. Taponamiento cardíaco, Infarto agudo de

miocardio, neumonía, neumotórax, dolor osteomuscular/psicógeno.

**Tratamiento, planes de actuación**

Respecto al tratamiento se planteará reposo en cama/sillón mientras dure dolor o fiebre. Respecto a tratamiento farmacológico: antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante 1-2 semanas y Aspirina® (si requiere antiagregación), inhibidores de la bomba de protones (IBP), colchicina: de inicio 2 mg/día durante 2 días y luego 1 mg/día de mantenimiento 3 meses, glucocorticoides si refractariedad a tratamiento con AINES. La pericarditis es una inflamación del pericardio que puede ser causada por gran variedad de agentes, más frecuentemente viral o idiopática. Se caracteriza por dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones electrocardiográficas características. A pesar Debemos realizar un diagnóstico diferencial completo del dolor torácico, y no dejar de lado patologías que son menos frecuentes en pacientes de esta edad.

**Evolución**

Evolución favorable durante toda la valoración.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor torácico es un síntoma común en adolescentes. Las causas más frecuentes son idiopática, musculoesquelética y de origen psicógeno (muy frecuente en la adolescencia). Las causas cardiovasculares son poco frecuentes. No debemos descuidar el diagnóstico diferencial con relación a patologías que requieran una actuación urgente. En urgencias hospitalarias, ante un paciente adolescente con sospecha de pericarditis, hay que descartar miopericarditis.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Lesiones cavitadas: a propósito de un caso**Santamarina Palop P<sup>1</sup>, Pavón López FJ<sup>2</sup>, Espinosa Contreras FJ<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Disnea y dolor abdominal.

**Historia clínica**

Paciente de 41 años de edad con cuadro clínico de disnea de esfuerzo tos con expectoración verdosa desde hace 2 semanas, dolor abdominal generalizado, náuseas y vómitos, escalofríos, no fiebre termometrada. Pérdida de peso más de 15 kilos en los últimos 3 meses.

Constantes: tensión arterial 110/76, frecuencia cardíaca 100 latidos por minuto. Regular estado general, consciente, alerta, ligera palidez cutánea. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos con probable soplo. Auscultación pulmonar: crepitantes bilaterales tenues. Abdomen: dolor abdominal generalizado, no se palpan masas o megalias, no signos de peritonismo.

Analítica: hemoglobina 10.8, leucocitos 9060, neutrófilos 81.10%, plaquetas 284000, TP 83%, INR 1.14, fibrinógeno 746. Creatinina 0.54, bilirrubina 1.83, GGT 81, AST 51, ALT 15, amilasa 32, proteína C reactiva 136, troponina T 4.3. Gasometría arterial: pH 7.53, pCO<sub>2</sub> 33.9, pO<sub>2</sub> 73.3, saturación 95%, HCO<sub>3</sub> 29, sodio 121, potasio 3.2, cloro 10.3. Radiografía de tórax: rotada, bien inspirada, índice cardiorácico normal, infiltrado intersticiales bilaterales de predominio biapical, no pinzamiento de ángulo costofrénico. Ecografía abdominal: esteatosis hepática difusa sin otras alteraciones significativas ecográficas. TAC

Tórax/abdomen/pelvis: lesiones cavitadas de diverso tamaño de predominio en LLSS. Tuberculosis postprimaria (TBC) como primera posibilidad. Extensa bronconeumonía bilateral

que sugiere TBC postprimaria como primera posibilidad.

**Enfoque individual**

Indigente, consumo perjudicial alcohol, patología pulmonar (no sabe precisa cual).

**Enfoque familiar y comunitario**

No antecedentes a destacar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Sospecha tuberculosis asociado hiponatremia grave e hipopotasemia moderada.

*Diagnóstico diferencial:* carcinoma pulmonar, granulomatosis Wegener, sarcoidosis, infección micótica, abscesos pulmonares, neumonías atípicas.

**Tratamiento, planes de actuación**

Ingreso hospitalario tras tratamiento, sueroterapia y estabilización.

**Evolución**

Pendiente de pruebas microbiológicas complementarias para confirma diagnóstico radiológico previo con evolución favorable.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La tuberculosis se origina ante la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, dando sintomatología similar con diferencias en virulencia y en resistencia antibiótica, siendo el patógeno más relevante a nivel mundial y con mayor repercusión en países en vías de desarrollo. Es un diagnóstico o sospecha a tener en cuenta en cuadros disnea con aumento de expectoración y síndrome constitucional y se debería esperar confirmación microbiológica antes de iniciar tratamiento.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

### Doctora, se me ha inflamado la pierna

López Zambrano R<sup>1</sup>, Gallego Ayuso C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

#### Ámbito del caso

Urgencias.

#### Motivos de consulta

Inflamación de miembro inferior.

#### Historia clínica

Mujer de 61 años, fumadora, sin *antecedentes personales* ni *antecedentes familiares* de interés. No precisa tratamiento farmacológico crónico.

#### Enfoque individual

Mujer de 61 años con los antecedentes descritos que acude a urgencias refiriendo dolor torácico esa misma mañana, que se le ha pasado a los minutos sin Medicación, e inflamación de miembro inferior derecho de 2 semanas de evolución que ha tratado con furosemida prescrito por su médico de familia pero que no se disminuye la inflamación, por eso su médico de familia le ha aconsejado acudir al servicio de urgencias.

La pierna derecha no le duele al caminar ni con la palpación, no hay enrojecimiento, no está caliente. Homans negativo. No se observan cordones varicosos. Leve edema con fóvea a nivel maleolar.

#### Enfoque familiar y comunitario

Sin *antecedentes familiares* de interés. Nivel sociocultural medio-alto. Buen apoyo sociofamiliar.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infarto agudo de miocardio vs trombosis venosa profunda vs tromboembolismo pulmonar vs insuficiencia venosa crónica.

#### Tratamiento, planes de actuación

Analítica sanguínea básica con dímero d y troponinas. Ecografía de miembro inferior izquierdo y angioTAC.

#### Evolución

En la analítica salió alterado el parámetro de dímero d y las troponinas en rango de normalidad. La paciente con el angioTAC fue diagnosticada de tromboembolismo pulmonar bilateral y además se observó un pequeño nódulo en hemicampo pulmonar izquierdo que había que filiar pero que era sospechoso de malignidad. Se ingresó, y en el ingreso se le realizó la ecografía de MMII donde se diagnosticó de trombosis venosa profunda.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Buena derivación por parte de su médico de familia a servicio de urgencias, puesto que la inflamación no mejoró con furosemida y además era solo unilateral. Quizás sin en AP se le hubiera realizado una ecografía de MMII la sospecha ya hubiera sido confirmada y podría haberse tratado con heparina desde el primer momento, en vez de con furosemida, pero es cierto que la paciente se encontraba asintomática.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**A propósito de un caso: pielonefritis bilateral en paciente con epigastralgia**Pereda Mateos R<sup>1</sup>, Morales Navarro A<sup>2</sup>, Vega Sánchez E<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán, San Fernando. Cádiz<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Epigastralgia.

**Historia clínica**

Paciente varón de 55 años que acude a consulta de Urgencias Hospitalarias por epigastralgia de 2 días de evolución, acompañada de náuseas, vómitos, síndrome miccional y febrícula.

**Enfoque individual**

*Antecedentes personales:* no RAMc, apendicectomía hace 15 años, cálculos renales de repetición.

*Anamnesis:* epigastralgia de dos días de evolución acompañada de náuseas, vómitos y síndrome miccional (consistente en polaquiuria, tenesmo vesical y escozor). Febrícula. Paciente con buen estado general y bien hidratado.

*Exploración (a destacar):* APC normal. Abdomen blando y depresible, con ligeras molestias epigástricas a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. RHA conservados con presencia de puñopercusión renal positiva bilateral. Sin otros hallazgos de interés.

*Pruebas complementarias:* analítica donde destaca una PCR de 100, procalcitonina negativa, leucocitosis (14000) a expensas de neutrófilos (89%); sistemático de orina con presencia de hematíes (>100), leucocitos (250), nitritos negativos; ecografía de abdomen (realizada por radiología) que confirma la presencia de dilatación de la vía excretora renal bilateral y aumento del tamaño renal derecho.

**Enfoque familiar y comunitario**

No tiene relevancia.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas***Juicio clínico:* pielonefritis bilateral.*Diagnóstico diferencial* con colecistitis, cistitis, prostatitis, cálculos urinarios.**Tratamiento, planes de actuación**

Se decidió tratamiento antibiótico domiciliario con ciprofloxacino 750 mg/vo/12 h. durante 7 días y analgesia, todo tras haber sido tratado con una primera dosis de ceftriaxona 1 g/iv y sueroterapia. Se dan indicaciones y se explican signos por los que volver a acudir para plantear ingreso.

**Evolución**

Mejoría sintomática, así como clínica con resolución absoluta del cuadro a los 4 días.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En este caso se valora el despistaje de la epigastralgia con otras dolencias abdominales por lo que se puede concretar que es fundamental en todos los casos realizar una correcta exploración abdominal para centrar el posible diagnóstico, realizándose las pruebas pertinentes posteriormente y en la menor brevedad posible, más si hubiesen signos de alarma o se cumpliesen criterios de gravedad. En este caso cabría destacar que la dolencia principal no era la más común de su cuadro clínico final y de ahí la importancia de una correcta anamnesis y exploración.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Ojo con la anamnesis**Palacios Aguilar A<sup>1</sup>, Ruiz Jiménez A<sup>1</sup>, Pérez Craviotto J<sup>2</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Axarquía. Málaga<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Axarquía. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias.

**Motivos de consulta**

Ptosis palpebral.

**Historia clínica**

Mujer de 82 años originaria de Francia. Barrera idiomática importante.

*Antecedentes personales:* hipertensión. Hipercolesterolemia. Estenosis aórtica moderada. Drusas, maculopatía asociada a la edad (DMAE) atrófica leve. Cáncer de mama en remisión. Tratamiento calcio, colecalciferol, ácido acetil salicílico, enalapril, simvastatina, omeprazol y clonazepam.

*Exploración:* buen estado general. Neurológico: motilidad ocular extrínseca con limitación a la abducción del ojo derecho (OD). Motilidad ocular intrínseca bilateral normorreactiva. Diplopía horizontal en posición primaria de la mirada intermitente. Cover test derecho: seguimiento ocular sacádico. Parálisis de VI par con la mirada a la derecha. Ojo izquierdo normal. Resto de la exploración neurológica sin focalidad. Cardiorespiratorio sin ruidos agregados. Resto de la exploración anodina.

**Enfoque individual**

Acude a urgencias refiriendo cuadro de ptosis palpebral unilateral de dos meses de evolución. Al momento de consulta se aprecia ptosis derecha que se acompaña de cefaleas ocasionales con sensación de mareo. Refiere que la ptosis fluctúa según los días, niega patrón progresivo ni horario. Ha sido valorada por otorrinolaringología (ORL) por estudio de vértigo y por oftalmología por sospecha de parálisis de origen isquémico del ojo derecho.

**Enfoque familiar y comunitario**

La paciente no habla español. Interrogatorio en francés.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Miastenia gravis ocular vs oftalmoplejia internuclear.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se consulta con Medicina Interna (MI) ampliando pruebas para continuar estudio. Se cita para seguimiento en consulta.

**Evolución**

En la cita de seguimiento con MI se detectan anticuerpos anti receptor de acetilcolina positivos. La paciente refiere continuar con los mismos síntomas. Actualmente en espera de valoración por Neurología.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta la comunicación interpersonal en la sanidad pública es el aumento de la diversidad lingüística y cultural de las poblaciones a las que atiende. Resulta evidente pero necesario recordar la importancia de una adecuada historia clínica como piedra angular del método clínico. En nuestra paciente, una vez el interrogatorio realizado de forma dirigido y con las herramientas lingüísticas necesarias, se logró enfocar el diagnóstico de miastenia gravis ocular. Más de la mitad de los pacientes con MG presentan inicialmente ptosis aislada, diplopía, o ambas, y ningún signo o síntoma de debilidad en otras partes.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Tumor de Pancoast con síndrome de Horner**Martínez Mesas E<sup>1</sup>, Pachón De La Torre MV<sup>2</sup>, Valle Gallardo V<sup>1</sup><sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cuevas del Campo. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cuevas del Campo. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Omalgia bilateral, aunque predominantemente derecha de dos meses de evolución y disnea.

**Historia clínica**

Varón de 54 años que consulta por omalgia bilateral, aunque predominantemente derecha de dos meses de evolución y aparición de disnea. Ha estado en tratamiento con AINEs, tramadol/paracetamol y pregabalina sin mejoría. Se trata de un dolor continuo que se irradia a MSD con características neuropáticas y que le provoca impotencia funcional de ambas extremidades.

En la *exploración física* llama la atención un regular estado general, pupilas anisocóricas (derecha mdriática), poco reactivas. Paresia de MSD 5/6 con hipersensibilidad en dicho brazo, ptosis palpebral derecha y marcha atáxica. Sin pérdida de fuerza en MMII.

Radiografía de hombro bilateral normal. Radiografía de tórax: Infiltrado a nivel apical de hemitórax derecho, sin otros hallazgos. TC cráneo: Lesiones focales bihemisféricas sugerentes de metástasis cerebrales. Una de 3.8 mm de diámetro, redondeada, en lóbulo parietal derecho, con leve edema perilesional; otra redondeada de 24mm de eje axial anterior a la descrita. Hiperdensidad ovalada de 37 mm de eje AP en el asta parietal del ventrículo lateral izquierdo.

**Enfoque individual**Sin *antecedentes personales* de interés. Sin hábitos tóxicos.**Enfoque familiar y comunitario**

Vive sólo. No tiene pareja ni hijos.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Tendinitis del manguito, tendinitis bicipital, artritis inflamatoria, artrosis, osteonecrosis, cervicobraquialgia, neoplasias (Pancoast, mieloma, tumores primarios o metastásicos).

**Tratamiento, planes de actuación**

Se ingresó en el Servicio de Medicina Interna para estudio de extensión.

**Evolución**

Se completó el estudio con una biopsia pulmonar que reveló ser un adenocarcinoma y un PET TAC que se informó de invasión local con afectación de plexo braquial derecho, adenopatías cervicales de unos 15 mm y metástasis cerebrales. Estaba pendiente de valoración por Oncología para iniciar tratamiento por su parte. Muy mal pronóstico a corto plazo por la afectación del SNC (M1).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En ocasiones, se puede perder la perspectiva, persistiendo en otros diagnósticos que ocultan la auténtica etiología. Este paciente fue diagnosticado en la tercera visita a Urgencias. En un hombro doloroso que no mejora debemos pensar en el diagnóstico diferencial con un tumor de Pancoast ya que éste se produce como consecuencia de la extensión local del tumor a la pleura parietal, plexo braquial inferior, cuerpos vertebrales y las tres primeras costillas. Nuestro paciente, además, presentaba el síndrome de Horner asociado, por afectación del sistema simpático cervical y del ganglio cervical inferior. Este síndrome incluye ptosis palpebral, miosis, enoftalmos y, en ocasiones, anhidrosis facial todos ellos ipsilaterales al tumor.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Paciente con disnea aguda**

Vera Rubio G

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Málaga

**Ámbito del caso**

Área de urgencias hospitalaria.

**Motivos de consulta**

Disnea aguda.

**Historia clínica**

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales de interés, salvo un esguince de tobillo hace dos semanas, tratada con un yeso. Acude a urgencias por dolor en el pecho que se intensifica con la inspiración profunda, disnea, tos y expectoración hemoptoica desde hace 24 h.

Al examinarla, se encuentra taquipneica y con cianosis acra. TA 120/70 y SpO<sub>2</sub> 91%. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. No edemas en las extremidades.

**Enfoque individual**

*Exploración y pruebas complementarias:* gasometría: alcalosis respiratoria; con un dímero D elevado (5430 ng/ml). ECG: taquicardia sinusal a 108 lat/min sin alteración de la repolarización. Radiografía de tórax: muestra un área de densidad incrementada en la base pulmonar derecha, con forma triangular y extenso contacto con la pleura, lo que indica un infarto pulmonar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

La presencia del dolor en costado de características pleuríticas, disnea y hemoptisis sugiere la posibilidad de tromboembolismo pulmonar, una hipótesis respaldada por la radiografía de tórax que muestra un infarto pulmonar. El inicio del proceso diagnóstico implica reconocer los factores de riesgo,

mantener un elevado nivel de sospecha basado en síntomas y signos, y emplear protocolos que evalúen la probabilidad clínica. Un factor de riesgo notable es la inmovilización prolongada sin haber recibido tratamiento preventivo con heparina.

*Diagnóstico diferencial:* neumonía; insuficiencia; neumotórax; infarto agudo miocardio; costochondritis; EPOC; asma.

**Tratamiento, planes de actuación**

La paciente presenta un tromboembolismo pulmonar estable, evidenciado por la ausencia hipotensión arterial, sin necesidad de soporte inotrópico ni signos de hipoperfusión. En pacientes estables, la angio-TC con contraste es la prueba de elección, ya que está ampliamente disponible, es de adquisición rápida, tiene gran seguridad diagnóstica y permite realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades con clínica similar. Según el modelo de Wells simplificado, esta paciente tiene una puntuación de 4; y según la versión simplificada (sPESI), un riesgo intermedio-bajo; por lo que nuestra paciente podría tratarse ambulatoriamente o en planta de hospitalización convencional.

**Evolución**

Ingreso en planta de hospitalización convencional.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

En la medicina de familia, el objetivo es identificar de manera precoz a aquellos pacientes con síntomas sugerentes de TEP para iniciar una evaluación diagnóstica adecuada y, si se confirma, derivarlos para el tratamiento específico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**No dejo de vomitar**

Sáez Sáez MJ

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería

**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Paciente oncológica de 62 años en tratamiento activo con pembrolizumab por melanoma que acude por fiebre de hasta 40º, desorientación en el contexto de cuadro febril y molestias abdominales.

**Historia clínica**

NAMC. Fumadora 20 cigarros/día. Sd ansioso-depresivo. Melanoma maligno torácico estadio IA en 2010 por lo que se realiza exéresis. Mutación BRAF V600E positiva. Recidiva adenopática en 2.021 por lo que se realiza linfadenectomía axilar izq, con reestadiaje melanoma maligno III A, se ofrece tratamiento con adyuvancia que es declinado por la paciente, por lo que se inicia tratamiento con inmunoterapia (pembrolizumab 20 mg/3 semanas durante un año).

**Enfoque individual**

Tras 9 ciclos de tratamiento la paciente consulta por cuadro de náuseas y vómitos sin clara relación con la ingesta, tras descartar patología orgánica con analítica, ECO abdomen y TAC abdomen se decide alta Médica con tratamiento sintomático. Tras persistencia de sintomatología se realiza TAC de cráneo siendo este normal también. Tras dos semanas paciente reconsulta por empeoramiento de su estado basal, fiebre, desorientación y molestias abdominales. Hemocultivos negativos, PCR 16.2, procalcitonina 0.01 y se realiza gastroscopia y toma de biopsias duodenales: duodenitis crónica sin signos de actividad.

**Enfoque familiar y comunitario**

Revisión de historial Médico de la paciente y estudio global de la misma para orientación del caso.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Gastritis linfocítica secundaria a fármacos  
Dispepsia.  
GEA vírica.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se indica: omeprazol 20 mg/día, prednisona 1 mg/kg pauta descendente 6 semanas, cotrimoxazol profiláctico L-X-V.

**Evolución**

Se objetiva mejoría paulatina de la clínica de la paciente hasta desaparición del síndrome emético.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El tratamiento con inmunoterapia se ha establecido como estándar en múltiples patologías oncológicas. Los efectos secundarios de estos tratamientos incluyen cuadros de autoinmunidad que pueden afectar a cualquier órgano de la economía del paciente y que remedan en muchos casos a la clínica de los cuadros autoinmunes idiopáticos, por lo que deben de ser tenidos en cuenta ante persistencia de síntomas que no mejoren con tratamiento inicial. El manejo inicial incluye el uso de corticoides a dosis de 0,5-1,5 mg/kg/día, en casos resistentes se incluye tratamiento con inmunosupresores de forma similar a los cuadros autoinmunes idiopáticos.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**"Doctora, me siento como si estuviese piripi"**Iñesta Fernández P<sup>1</sup>, Vázquez Fortes R<sup>2</sup>, Brotons Seguí M<sup>1</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoi. Alicante<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Bassa - Alcoi. Alicante**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

**Motivos de consulta**

Mareo de dos semanas acompañado de inestabilidad, que no mejora a pesar de tratamiento pautado.

**Historia clínica**

Reacciones alérgicas medicamentosas: macrólidos.

*Antecedentes personales* de interés: HTA e hipercolesterolemia tratada con doble antihipertensivo y estatina. ERC estadio 3A tratada con un fármaco iSGLT2. Fractura osteoporótica de L1 con desplazamiento causando una leve estenosis del canal central diagnosticada en 2023. Fibrilación auricular anticoagulada con Eliquis.

*Intervenciones quirúrgicas:* amigdalectomía, apendicectomía y facoemulsificación bilateral.

*Hábitos tóxicos:* consumo ocasional de alcohol.

**Enfoque individual**

Paciente de 81 años que acude por sensación de malestar general, cefalea y mareo desde hace quince días acompañado de inestabilidad de la marcha. Sintomatología sin clara mejoría a pesar de llevar tratamiento antivertiginoso.

La paciente presenta aceptable estado general, está consciente y orientada en las tres esferas, y con comportamiento normal. La exploración neurológica revela una leve disartria, nistagmo, disminución de la fuerza en el brazo izquierdo, dismetría dedo-nariz, adiadocinesia e imposibilidad para mantener la bipedestación.

La otoscopia no reveló hallazgos significativos.

Los análisis de sangre muestran valores dentro de la normalidad y el TAC cerebral confirma la presencia de un hematoma intraparenquimatoso en el vermis cerebeloso con edema vasogénico.

**Enfoque familiar y comunitario**

Antecedentes de cardiopatía isquémica (padre) y cáncer de mama (madre).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

En un principio se hizo un diagnóstico diferencial entre vértigo periférico y de origen central; pero tras las imágenes, se confirma que la sintomatología que presenta la paciente es causada por un hematoma cerebeloso.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se contacta con el Servicio de Neurocirugía para comentar el caso, quienes finalmente desestiman la intervención quirúrgica por el tiempo evolutivo que presenta el hematoma.

La paciente ingresa a cargo del Servicio de Neurología para control evolutivo y monitorización de cifras tensionales. Por parte de los neurólogos, se decide no retirar el anticoagulante debido a que el hematoma se encuentra ya en fase de reabsorción, siendo de alto riesgo de episodios embólicos si se suspendiera.

**Evolución**

La paciente permanece estable clínica y hemodinámicamente en todo momento durante su estancia hospitalaria. Se citará en consultas con una RM de control y se valorará la necesidad de rehabilitación.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

La identificación y el tratamiento precoz son fundamentales para un mejor pronóstico en pacientes con hematoma cerebeloso.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

### Drogas stop

Martínez del Rio MG<sup>1</sup>, Rodríguez Pérez M<sup>2</sup>, García Santos G<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Cádiz

---

#### Ámbito del caso

Varón de 25 años sin antecedentes patológicos de interés, consumidor de cocaína y porros.

#### Motivos de consulta

Paciente pasa a área de críticos por presentar en la sala de espera episodio de distonía cervical y visión borrosa.

#### Historia clínica

Paciente refiere ha sufrido episodios anteriores similares, le ocurren en reposo, no asociado a esfuerzos. Niega sensación disneica o pérdida de control de esfínteres.

#### Enfoque individual

Indagando en la historia y el consumo de tóxicos, paciente refiere haber consumido tóxicos esa misma mañana, refiere haber fumado un porro y consumido cocaína la noche anterior.

#### Enfoque familiar y comunitario

Familiares del paciente insisten en que no consiguen educar a este y nos piden educación

sanitaria por nuestra parte para acabar con el consumo de tóxicos.

#### Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Extrapiramidalismo secundario al consumo de tóxicos.  
Accidente isquémico cerebral.  
Tetania.

#### Tratamiento, planes de actuación

Administramos biperideno y diazepam con mejoría de la clínica.

#### Evolución

Resolución del cuadro con relajantes musculares y cese de tóxicos.

#### Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Importancia de una buena educación del paciente en cuanto al consumo de tóxicos y una buena historia clínica pues en muchas ocasiones el paciente no quiere darnos datos que son necesarios para alcanzar el diagnóstico clínico.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**“Complicación más allá de una deshidratación en una gastroenteritis aguda”**Simón Soto AR<sup>1</sup>, Carmona Ruiz MA<sup>2</sup>, García Alonso T<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada Huércal-Overa/CS Vera. Almería<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vera. Almería**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria.

contacta con cirujano de guardia que decide cirugía urgente.

**Motivos de consulta**

Gastroenteritis aguda.

**Enfoque individual**

Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin ayuda mecánica. Nivel socio-cultural medio.

**Historia clínica**

*Antecedentes personales:* NAMC, prótesis de cadera, SCACEST con doble Stent, marcapasos por pausas sinusales sintomáticas, estenosis aórtica severa, hernia inguinal derecha en lista de espera quirúrgica. Independiente para actividades básicas. Tratamiento: trinomía 100/20/2.5 mg y lansoprazol 30 mg.

*Anamnesis:* varón de 86 años que acude por gastroenteritis aguda con persistencia de vómitos, valorado hace 3 días, refiere vómitos que no cesan sin productos patológicos, no presenta deposiciones desde hace 24 horas, previamente líquidas. Durante anamnesis dirigida refiere en la noche anterior durante un episodio de vómitos aumento del volumen de la hernia inguinal restándole importancia ya que no presentaba dolor.

*Exploración física:* estable hemodinámicamente. Buen estado general. Eupneico. Abdomen blando y depresible con molestias a la palpación en epigastrio, no defensa abdominal, signos abdominales negativos, hernia inguinal derecha aumentada de tamaño, no reducible ni dolorosa al tacto con coloración levemente violácea.

*Pruebas complementarias:* el paciente fue derivado a Urgencias Hospitalarias para valoración y pruebas complementarias. En hospital se solicita analítica de sangre incluida coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax. Analítica sin alteraciones en ese momento con PCR de 1.5 y procalcitonina de 0.07. Electrocardiograma y radiografía de tórax dentro de normalidad. Ecografía abdomino-pélvica: destaca hernia con pasaje de asa intestinal de paredes engrosadas, con edema de pared abdominal sugerente de hernia estrangulada por lo que se

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con esposa, dos hijos independizados. Buen soporte familiar.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Diagnóstico: hernia inguinal estrangulada como complicación.

*Diagnóstico diferencial:* hernia inguinal no complicada vs complicada.*Identificación de problemas:* control evolutivo en el paciente anciano en cuadros agudos. Identificar complicación y derivación urgente al hospital de referencia para valoración.**Tratamiento, planes de actuación**

Derivación a urgencias hospitalarias.

**Evolución**

Según informe de cirugía general, buena evolución del paciente iniciando de forma progresiva tolerancia oral con previo tratamiento con sueroterapia. Ingreso de una semana de duración que, ante buena evolución de sintomatología y herida quirúrgica, se decide alta.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Valoración multidisciplinar del paciente y no centrarse en la deshidratación como única complicación potencialmente grave de una gastroenteritis aguda.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

## “Siento como un crujido en el pecho”

Vargas Castillo G<sup>1</sup>, Palmero Toro C<sup>1</sup>, Toral López A<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Gabias. Granada<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

**Motivos de consulta**

Dolor torácico atípico.

**Historia clínica**

Varón de 23 años, fumador de tabaco y marihuana, valorado en urgencias por dolor costal izquierdo punzante y disnea de varias horas de evolución que se acentúa con la inspiración profunda.

**Enfoque individual**

Antecedentes personales NAMC, fumador 20 cigarros/día. Amigdalectomía en la infancia. Tratamiento: alprazolam si ansiedad.

*Exploración física:* consciente, orientado, colaborador, hidratado y no tiraje intercostal. Glasgow 15/15. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos e hipoventilación periférica de campo pulmonar izquierdo. Sin edemas ni signos de trombosis venosa en miembros inferiores. Abdomen normal. Neurológico: normal. Hemodinámicamente estable. Afebril.

*Pruebas complementarias:* ECG: RS a 105 lpm. Rx tórax: ITC normal, NTX completo izquierdo, apreciándose línea pleural a nivel de mediastino. Analítica: bioquímica y hemograma normales. Tp 67%. GSV: pH 7.39, pCO<sub>2</sub> 44.8, HCO<sub>3</sub> 26, láctico 1.2, carboxiHb 4.3.

**Enfoque familiar y comunitario**

Vive con su madre, en paro.

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico:* neumotórax completo izquierdo espontáneo, no a tensión (1<sup>o</sup> episodio).

*Diagnóstico diferencial:* TEPA, crisis ansiedad, pericarditis, asma, neumotórax y hemotórax. *Identificación de problemas:* el paciente fue valorado en urgencias a las 2:00 de la mañana, filtrado como posible crisis de ansiedad, y oliendo a marihuana. A pesar de la carga de trabajo a la que estamos expuestos en Urgencias debemos llevar a cabo una correcta exploración física, aunque el paciente presente un buen estado general.

**Tratamiento, planes de actuación**

Ingresó para la inserción de un tubo de drenaje pleural. Se realiza radiografía de tórax de control donde se observa una reexpansión del neumotórax. Se aconsejó la deshabitación del hábito tabáquico.

**Evolución**

Buena evolución clínica. Tras ser ingresado a cargo de neumología, se procedió al alta por su parte en dos días.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El NEP aparece en jóvenes sin enfermedad pulmonar previa conocida. Ser varón, delgado, consumir tabaco y/o marihuana aumenta el riesgo de padecer esta entidad. Se puede complicar con un neumotórax a tensión, desplazando el mediastino, interfiriendo la ventilación, dificultando el retorno venoso y disminuyendo el gasto cardiaco. Aunque la incidencia de NEP es baja, ante un paciente joven con disnea y dolor torácico, fumador y delgado hay que tener presente esta entidad clínica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**¿Solo infección respiratoria?**Mundt Fernández I<sup>1</sup>, Mairena Fernández VA<sup>2</sup>, Palma Jiménez JL<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. Cádiz<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Hospital de la Línea. Cádiz<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

*Antigenuria a legionella* y neumococo negativos.  
PCR virus respiratorios negativos.**Motivos de consulta**

Dolor costal derecho y disnea.

**Enfoque individual**Sin *antecedentes personales* de interés.**Historia clínica**

Paciente de 19 años que acude al Servicio Hospitalario de Urgencias refiriendo dolor costal y disnea de dos semanas de evolución. El cuadro empezó como catarro de vías altas acompañado de tos y mucosidad verdosa, habiendo sufrido un empeoramiento significativo del estado general en la última semana con astenia, palidez cutánea, sensación de disnea cada vez más marcada e hiporexia. Refiere sensación febril no termometrada con escalofríos y sudoración profusa de predominio vespertino nocturno.

Aceptable estado general. Eupneico en reposo, palidez cutáneo-mucosa marcada. Afebril.

AC: ruidos rítmicos sin soplos audibles a 100 lpm. *Antecedentes personales*: asimetría en la movilidad de ambos hemitórax que pudiera corresponder con postura antiálgica, hipofonesis marcada en base derecha con presencia de crepitantes finos en vértice de dicho lado. AP izquierda normal.

Resto de la exploración anodina.

Análítica sanguínea realizada en urgencias: bioquímica: función renal, perfil hepático e iones en rango. PCR 193.2. Hemograma: Hb 11.4 g/dl, Hcto 35.3%, leucocitosis 13210 con desviación a la izquierda (neutrófilos 9080), plaquetas 733000. Resto de datos analíticos normales. RX tórax: índice cardio-torácico menor del 50% presencia de imagen en lóbulo inferior derecho compatible con infiltrado y derrame pleural loculado asociado. Hemocultivos negativos.

**Enfoque familiar y comunitario**No *antecedentes familiares* de interés.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

*Juicio clínico*: infección respiratoria condensante con derrame pleural loculado.

*Diagnóstico diferencial*: linfoma, dada la imagen de masa en la radiografía de tórax y la alteración analítica en el hemograma junto con síntomas que pueden confundirse con síntomas B (sudoración nocturna, fiebre, hiporexia).

**Tratamiento, planes de actuación**

Ingreso para tratamiento antibiótico IV y estudio.

**Evolución**

El paciente continúa ingresado en planta de hospitalización con Hb que ha bajado en 2 g/dl, leucocitosis con desviación a la izquierda, alteraciones en la coagulación y trombocitosis. Pendiente de realización de TAC torácico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

Importancia de realizar las pruebas complementarias pertinentes en pacientes jóvenes con cuadros a priori benignos cuando se produce un empeoramiento clínico o no acaba de resolverse el proceso para despistaje de patologías más graves como puede ser la neoplásica.

## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**Otras causas de dolor torácico**Grande Ruiz A<sup>1</sup>, Claro Fabrellas RM<sup>2</sup>, Millán López A<sup>3</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla**Ámbito del caso**

Medicina de Familia, urgencias, hematología.

**Motivos de consulta**

Mujer de 19 años que consulta por dolor torácico.

**Historia clínica**

Mujer de 19 años que consulta en Urgencias por dolor centrotorácico de 4 meses de evolución. Es opresivo, no irradiado, constante, sin cortejo vegetativo. No aumenta con esfuerzos. No claro componente ansioso. Asocia palpitaciones. Valorado previamente como dolor torácico mecánico.

No traumatismo. No tos ni expectoración. No disnea. No pérdida de peso. No fiebre. No sudoración nocturna. No otra clínica.

No antecedentes personales de interés. No RAMs. No tóxicos.

**Enfoque individual**

Exploración: BEG. COC. Eupneica. CTE: TA 116/80 FC 138 Sat O<sub>2</sub> 99%. ACP: rítmico, sin soplos. MV conservado, no ruidos sobreañadidos. ABD: no doloroso, no masas ni megalias. No signos irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos TVP. No adenopatías palpables.

*Pruebas complementarias:* analítica: hemograma: leucocitos 10 000 con neutrófilos 9 920, resto fórmula normal. Hb 12 normo-normo. Plaquetas 250 000. Coagulación: normal. Bioquímica: ionograma, perfil renal y hepático normales. PCR 72. ECG: taquicardia sinusal a 138 lpm. PR y QRS estrecho. ST isoelectrico. No otras alteraciones. RX Tórax: ICT conservado. No pinzamiento senos ni condensaciones. Se aprecia ensanchamiento mediastínico de 84 mm en región subesternal, no presente en radiografías previas.

TC Tórax (realizado de manera ambulatoria ante ensanchamiento mediastínico): a destacar, múltiples adenopatías patológicas generalizadas supra e infra diafragmáticas, destacando

adenopatías yugulo carotídeas izquierdas, produciendo estenosis significativa de vena yugular interna; adenopatías mediastínicas superiores que forman conglomerado necrosado de 7.5 cm de diámetro. Todas ellas compatibles con proceso linfoproliferativo. Biopsia: linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular. Ecocardiografía: sin hallazgos. FEVI conservada.

**Enfoque familiar y comunitario**No *antecedentes familiares*.**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular. Estadio II, riesgo intermedio (>3 áreas afectas). Dolor torácico atípico, probable secundario a lo anterior.

*Diagnóstico diferencial:* dolor torácico de otra etiología, neumonía, bocio subesternal.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se inicia quimioterapia con ABVD.

**Evolución**

Resolución de enfermedad tras 6 ciclos de esquema ABVD. Resolución de dolor torácico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor torácico es un reto diagnóstico ante su inespecificidad. En este caso, se plantea la compresión como causa del dolor torácico, realizando diagnóstico diferencial con el bocio subesternal o el timoma, entre otros. Debemos descartar bien las causas más graves de dolor torácico antes de realizar diagnósticos de exclusión.

**Palabras clave**

Dolor torácico, linfoma de Hodgkin, bocio subesternal.



## CASOS CLÍNICOS: MÉDICO RESIDENTE / URGENCIAS

**No sé qué le ocurre, pero no me gusta**Reinoso Rodríguez I<sup>1</sup>, Rosario Castillo AC<sup>2</sup><sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

**Motivos de consulta**

Dolor abdominal agudo.

**Historia clínica**

Paciente de 59 años que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado desde hace una hora.

**Enfoque individual**

Como *antecedentes personales* destacan: obesidad, hipercolesterolemia familiar mixta, protusiones L3-L5, quiste renal parapiélico derecho, anexectomía izquierda.

Realiza tratamiento habitual con pitavastatina 2 mg/24 horas, amitriptilina 25 mg/24 horas.

La paciente presenta dolor abdominal generalizado súbito, de predominio en línea media abdominal de una hora de evolución tras flexión troncular, con náuseas sin dificultad para ventoseo y hábito intestinal conservado, sin otra sintomatología. Se administra tratamiento intravenoso con paracetamol, metamizol, dexketoprofeno y tramadol sin mejoría.

A la *exploración*: afebril, TA 151/79 mmHg, ligera palidez, posición cutánea, posición antiálgica con abdomen de difícil valoración por contracciones reflejas por dolor, Blumberg y Murphy negativos y signos de irritación peritoneal.

Se realiza analítica sanguínea con hemograma y bioquímica sin alteraciones (incluyendo función hepática y renal), radiografía abdominal sin niveles hidroaéreos, así como ecografía clínica abdominal a pie de cama con hallazgo de imagen hipocóica de bordes lisos bien definidos con refuerzo acústico posterior de 16 cm de diámetro anteroposterior desde epigastrio hasta zona supraumbilical, sin líquido libre peritoneal, que

se confirma con tac abdominal urgente con posterior diagnóstico de quiste ovárico derecho de 17 cm de diámetro.

**Enfoque familiar y comunitario**

Valvulopatía <50 años (hermano), IAM a los 59 años (hermano), síndrome mieloproliferativo (hermano), carcinoma gástrico (madre).

**Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas**

Quiste ovárico; pseudoobstrucción intestinal, síndrome aórtico agudo, perforación de víscera hueca.

**Tratamiento, planes de actuación**

Se pauta tratamiento con bolos de morfina intravenosa y se interconsulta con Ginecología de guardia que confirma el diagnóstico de torsión de quiste ovárico.

**Evolución**

Ingreso en planta de Ginecología con posterior anexectomía derecha (pendiente de Anatomía Patológica).

**Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)**

El dolor abdominal agudo, definido con dolor abdominal de menos de 24 horas de evolución, constituye uno de los principales motivos de consulta en urgencias suponiendo un reto por sus múltiples etiologías, pudiendo ser su origen abdominal o extraabdominal. Una correcta anamnesis junto con la exploración y las pruebas complementarias son fundamentales, destacando el uso de la ecografía clínica como herramienta para disminuir la incertidumbre y con ello reducir el tiempo de diagnóstico y tratamiento.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

**30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones**



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA**

Granada 2024

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

# Codificación y registro de la enfermedad renal crónica en los historiales clínicos de un centro de salud

Ortega Marlasca MM<sup>1</sup>, Novalbos Ruiz JP<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz

<sup>2</sup> Profesor Titular. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz

### Objetivos

Determinar el número de pacientes en los que consta un código asociado al diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (ERC) entre los existentes en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9 entre los que tenemos disponibles en el programa de gestión de la consulta DIRAYA.

### Material y métodos

Se ha procedido a revisar en todos los pacientes adscritos a nuestro centro de salud todos aquellos que tenían entre sus diagnósticos los códigos de las categorías y subcategoría de la CIE-9 como son 403, 404 y 585.

### Resultados

Se adjuntará tabla de resultados.

De los 21578 pacientes mayores de 18 años adscritos a los 17 cupos asistenciales de médicos de familia, se han detectado 133 pacientes con al menos uno de estos códigos. Supone que tan solo un 0.62% (0.08-3.16) tienen en su historial uno de los códigos mencionados, lo cual son cifras muy bajas si las comparamos con lo que teóricamente se ha determinado como prevalencia habitual (15% de la población).

### Conclusiones

La codificación de esta patología es muy baja. Precisamos realizar un estudio más exhaustivo sobre la cuantía real de pacientes afectados por esta enfermedad, atenuar al máximo los que pudieran padecer una ERC oculta y potenciar la codificación diagnóstica en nuestra actividad asistencial, en especial en patologías de alta prevalencia como de la que nos ocupamos. que se espera para años venideros va a ir elevando su prevalencia y su influencia en el contexto sanitario nacional y mundial.

Debemos realizar actividades formativas en el centro para corregir esta infracodificación y revisar la verdadera incidencia de esta patología.

Se debería de incluir de forma automatizada en los informes de resultados analíticos la posibilidad de afectación con esta patología usando la clasificación de la última Guía nacional de consenso de varias sociedades científicas y del Ministerio de Sanidad Español.

### Palabras Clave

Insuficiencia Renal Crónica, Clasificación Internacional de Enfermedades



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**EXPERIENCIAS DOCENTES**  
**MÉDICO DE FAMILIA**

Granada 2024

## EXPERIENCIAS DOCENTES MÉDICO DE FAMILIA

### Proyecto de rotación electiva en SUAP rural para MIR de MFYC

Morales Moreno JM, Ruíz Sancho FJ, Huertas Luque E, Pardo Montiel S

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Apoyo UGC Baza. Granada

#### Objetivos de la experiencia

Proporcionar las herramientas teóricas y prácticas suficientes para facilitar una atención de calidad en emergencias extrahospitalarias por parte de los futuros jóvenes médicos de familia.

Familiarizarse con el material de SVA y atención al paciente politraumatizado disponible en SUAP.

Establecer de forma clara cuáles son las competencias clínicas y comunicativas necesarias en un SUAP.

#### Descripción de la experiencia

Se trata de una rotación de ocho turnos de mañana concentrados en un mes en la Unidad Móvil de un SUAP rural, destinada a MIR de MFyC de tercer y cuarto año. Durante la rotación se impartirá material teórico-práctico de Soporte Vital Avanzado actualizado según ERC y AHA, así como de atención al paciente politraumatizado siguiendo la metodología ATLS.

Se hará énfasis en la evaluación XABCDE y en la sistemática de trabajo que se deriva de ella. Si la jornada de trabajo lo permite, se realizarán casos clínicos y simulacros con maniqués y personal voluntario del centro sanitario como víctimas.

A su vez, el Residente tendrá un papel protagonista en las diferentes salidas con la

Unidad Móvil que se produzcan durante el turno, siempre bajo la supervisión y posterior evaluación del docente acompañante.

#### Conclusiones

En definitiva, nos parece un proyecto docente muy útil para aquellos MIR que al finalizar la residencia vayan a trabajar en urgencias extrahospitalarias de Atención Primaria, especialmente en ámbitos donde no hay cobertura de EPES-061, ya que no solo sintetiza las competencias teórico-prácticas fundamentales de la atención extrahospitalaria, sino que fomenta la confianza de los propios profesionales en sus primeros pasos como especialistas.

#### Aplicabilidad

Nos parece un proyecto docente fácilmente aplicable en aquellos SUAP donde existan turnos completos o parciales de atención extrahospitalaria exclusiva (sin interiores), de manera que el equipo pueda dedicar tiempo y recursos a la docencia entre las diferentes salidas.

#### Palabras Clave

Emergency Mobile Units; Training Activity; Internship, Medical.



## EXPERIENCIAS DOCENTES MÉDICO DE FAMILIA

### Taller violencia de género

Valle Gallardo V

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cuevas del Campo. Granada

---

#### Objetivos de la experiencia

Proporcionar pautas de actuación homogéneas en la atención, seguimiento, prevención y diagnóstico temprano a las mujeres que sufren violencia de género a través del análisis y debate del Protocolo de Actuación Sanitaria contra la Violencia de Género de Andalucía.

Sensibilizar sobre la gravedad y magnitud de la violencia contra las mujeres como problema de salud pública.

Incorporar la equidad de género, raza, religión, capacidad, identidad y orientación sexual como valores básicos en una atención sanitaria de calidad.

Estudiar los mitos en torno a la violencia de género que revictimizan a las mujeres y generan una mala interpretación de la violencia de género.

Conocer las limitaciones que existen en la lucha contra la violencia de género.

#### Descripción de la experiencia

Inicialmente se debatirán contenidos teóricos presentados en forma de diapositivas. Posteriormente, exposición de casos clínicos en los que las y los participantes deberán describir una serie de cuestiones aprendidas durante el taller. El taller se realiza en grupos pequeños para facilitar la dinámica, ya que

precisa de una participación expresa y tiene una duración de unas 4 horas. Finalmente, se realiza una evaluación online, anónima y voluntaria para evaluar la calidad docente, la satisfacción del taller y valorar posibles mejoras.

#### Conclusiones

Los talleres tuvieron muy buena aceptación por parte de los Residentes y un grado alto de satisfacción. Además, cumplieron con los objetivos propuestos. En la encuesta de evaluación online destacan algunas mejoras como hacerlo más práctico para que pueda tener mayor aplicabilidad en su jornada laboral.

#### Aplicabilidad

La formación en violencia de género debe ser un pilar fundamental en la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Así lo establece el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, en el que la formación a los profesionales sanitarios es uno de los ejes principales. Es imprescindible incorporarlo al itinerario formativo MIR.

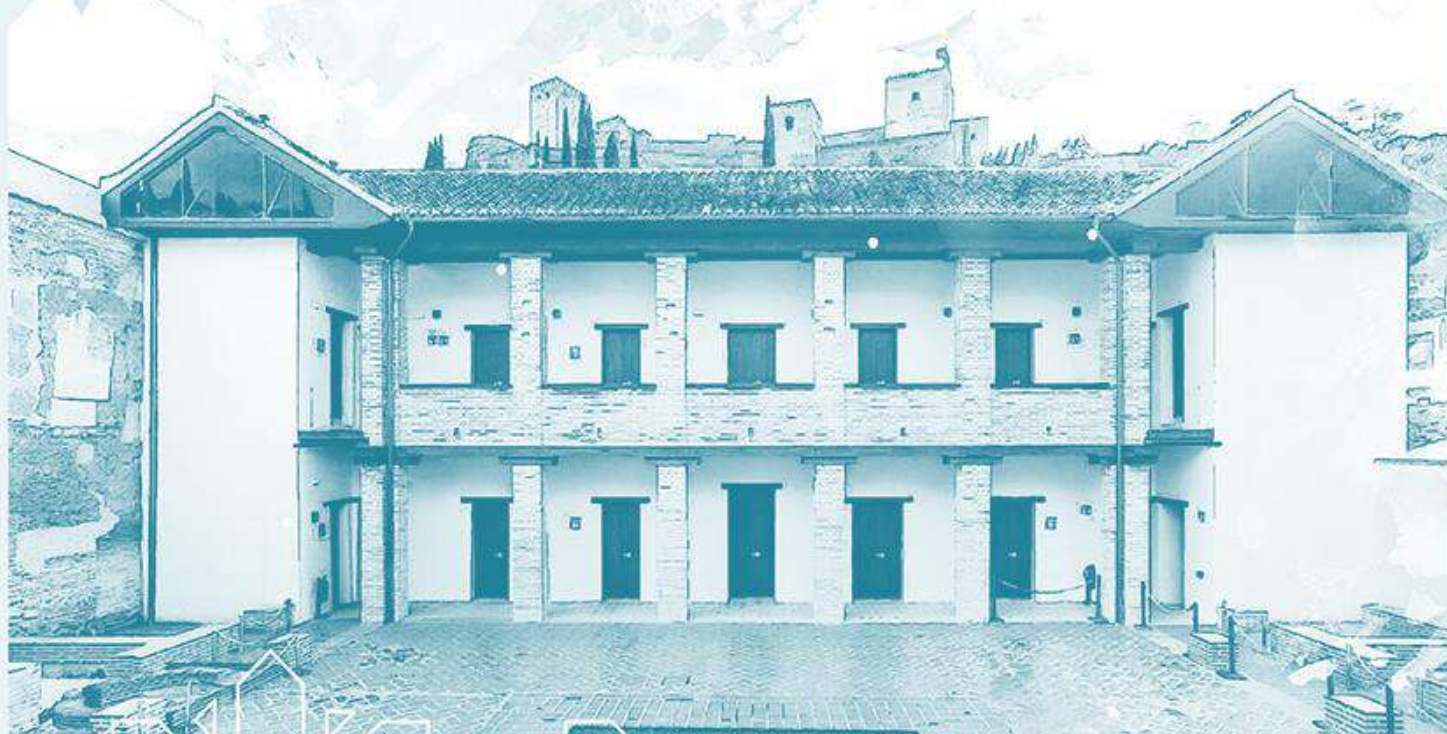
#### Palabras Clave

Violencia de género, taller.

# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**EXPERIENCIAS DOCENTES**  
**MÉDICO RESIDENTE**

Granada 2024

## EXPERIENCIAS DOCENTES MÉDICO RESIDENTE

# Miedos de los residentes de MFYC ante situaciones de final de vida

Toro De Federico A<sup>1</sup>, Moreno Martos H<sup>2</sup>, Segura Rodríguez C<sup>3</sup>, Maldonado Ruiz MA<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. Almería

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. Almería

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Viator. CS Benhadoux, Almería

### Objetivos de la experiencia

Aproximar a los médicos Residentes de 3 y 4 año a las vivencias en torno al final de vida.

Valorar los miedos que se presentan en cada uno de los actores principales que confluyen en estas situaciones.

Analizar los posibles afrontamientos de los miedos verbalizados.

### Descripción de la experiencia

Desde el año 2013 se han impartido 10 ediciones del taller "Comunicación al final de la vida" en nuestra U Docente de referencia con una duración de 5 horas. Han participado un total de 185 Residentes de 3 y 4º año.

En el mismo se desarrolla una dinámica de grupos para analizar los miedos que se presentan en las situaciones de final de vida desde las perspectivas del paciente, los familiares y los profesionales.

Los temores más repetidos son:

Paciente: al sufrimiento físico, la incertidumbre del mas allá, no tener más tiempo de vida, la soledad, el sufrimiento psicológico, la pérdida de autonomía y la carga económica.

Familiares: no cuidar adecuada y suficientemente al paciente, la futura soledad

de vivir sin él y el sufrimiento físico y emocional del paciente.

Profesionales: no tener conocimientos ni habilidades técnicas suficientes, el manejo de nuestras propias emociones y sentimientos por nuestro miedo a la muerte y el no comunicar adecuadamente con los familiares.

### Conclusiones

El identificar estos miedos ayuda a los Residentes a valorar las herramientas a desarrollar para afrontarlas de forma adecuada. Además de aumentar sus conocimientos técnicos, subrayan la necesidad de talleres similares centrados en la comunicación con un apartado específico destinado a su propio autoconocimiento y autocuidado; fundamental siempre, pero más en las situaciones de final de vida.

### Aplicabilidad

La práctica de esta dinámica en talleres de comunicación se modula como una herramienta para acercar muchas veces por primera vez a los Residentes a las vivencias en torno final de vida.

### Palabras Clave

Death, End of life, Family.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**  
**MÉDICO DE FAMILIA**

Granada 2024

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO DE FAMILIA

# Estudio de desnutrición en ancianos institucionalizados

Soler Pérez MA<sup>1</sup>, Pérez Ramírez C<sup>2</sup>, Iriarte Corpas N<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Ohanes. Almería

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Canjayar. Almería

### Objetivos

Describir el estado nutricional en una residencia asistida.

Analizar cuáles son las patologías que predisponen a un mal estado nutricional.

Valoración de la influencia de la suplementación de la dieta con fórmulas orales sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados a los tres meses de su inicio.

### Material y métodos

*Diseño:* estudio observacional descriptivo transversal sobre una residencia de ancianos asistida a todos los Residentes (50 personas).

*Criterios de inclusión/exclusión.* Inclusión: mayores de 18 años convivientes en la residencia que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado. Exclusión: residentes que no hayan aceptado y firmado el consentimiento de exclusión.

*Tamaño muestral y procedimiento de muestreo:* el reclutamiento de pacientes se realizará mediante estudio de los usuarios de la residencia que cumplan los criterios de inclusión.

*Análisis estadístico:* descriptivo donde las variables cuantitativas se expresarán como media y desviaciones estándar o mediana y rango intercuartílico según su distribución. Las variables categóricas se expresarán mediante tabla de frecuencias y porcentajes. Se realizará estudio con test de Kolmogorow-Smirnov para valorar la normalidad de cada variable continua. Posteriormente, para valorar si hay diferencias en las distintas variables cuantitativas entre antes y después de la intervención, a los tres meses del uso de complementos fórmulas orales, se utilizará el análisis de la varianza para medidas repetidas o el test de Friedman, según corresponda. Los intervalos de confianza se obtendrán al 95%. Los cálculos serán realizados con el programa estadístico STATA versión 12.

*Variables:* índice de masa corporal (IMC), concentración de albúmina sérica (ALB) y Mini Nutritional Assessment (MNA) como marcadores de desnutrición y se ha registrado la enfermedad primaria y secundaria de los participantes, así como alimentación (tipo de dieta, tratamiento nutricional, disfagia, anorexia y dependencia en la alimentación).

*Limitaciones:* sólo se estudiará a los usuarios de nuestra residencia. No podemos asegurar que los cambios aparecidos sean debidos al tratamiento administrado, otros tratamientos o factores no controlados. Ya que es un estudio descriptivo solo se podrán formular hipótesis de causalidad, pero nunca confinarlas.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

Mejorar el estado nutricional del paciente institucionalizado y evaluar la intervención de un soporte nutricional adecuado. Describir los principales factores de riesgo de desnutrición para poder prevenir su aparición.

### Aspectos ético-legales

Se ha obtenido una autorización por parte del director de la U.G.C. Se dará a conocer a la comisión de investigación de distrito. Se informará a todos los pacientes acerca del procedimiento, finalidad, riesgos, beneficios y alternativas (consentimiento informado). Se asegurará la confidencialidad y protección de datos. Está pendiente de su envío al comité de ética para su valoración.

### Financiación

No se recibe financiación.

### Palabras Clave

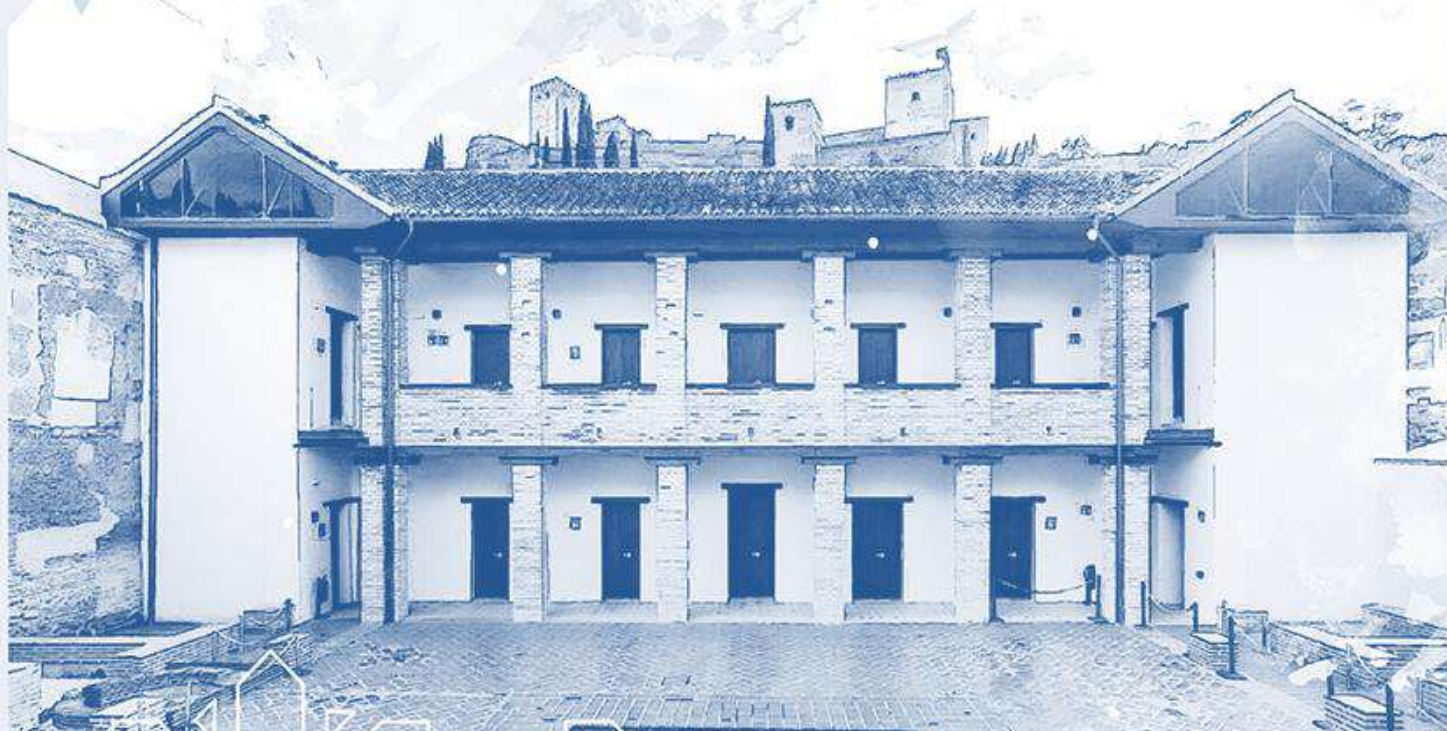
Nutrición en el anciano, desnutrición, salud del anciano institucionalizado. Malnutrition, Elderly Nutrition, Health of Institutionalized Elderly.



# 30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

*30 Congreso SAMFyC: Una historia de emociones*



**COMUNICACIONES TIPO PÓSTER**  
**PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**  
**MÉDICO RESIDENTE**

Granada 2024

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTES

### Infiltraciones en la consulta del Médico de Familia

García Martínez L<sup>1</sup>, Fuentes Angulo I<sup>1</sup>, García Olea AF<sup>1</sup>, Romo Escasany C<sup>2</sup>, Moreno Martos H<sup>2</sup>, Zapata Martínez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

#### Objetivos

Describir las características de los pacientes que ha sido sometidos a una infiltración.

Describir las diferentes patologías.

Conocer los resultados de dicha intervención, después de un seguimiento de 3-6 meses.

#### Material y métodos

*Diseño:* estudio descriptivo transversal.

*Población:* pacientes que han sido sometidos a una infiltración durante el año 2023-2024.

*Criterios de Inclusión.* Pacientes que han sido sometidos a una infiltración pertenecientes al UGC Virgen del Mar.

*Variables:* edad, sexo, diagnóstico, prueba complementaria, resultado (mejora del dolor, vuelve a requerir intervención, derivación a especialista, otros), Escala EVA, calidad de vida (Escala likert de Salud Autopercebida por el paciente tomada de la Encuesta Nacional de Salud (excelente/ muy buena/ buena/ regular/ mala/ muy mala) y mediante cuestionario validado EuroQol-5D (EQ-5D) donde el propio individuo valora su estado de salud en niveles de gravedad, por dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión).

Consentimiento informado para la infiltración (sí/no).

*Fuente de datos:* historia clínica Diraya.

*Análisis estadístico.* Técnicas de análisis univariable: las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, mediana, rango, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%.

*Técnicas de análisis bivariable:* que constituyen el conjunto de técnicas que estudian la relación de asociación o de dependencia de dos variables. Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5.

#### Aplicabilidad de los resultados esperados

Las lesiones musculoesqueléticas son la causa más común de dolores severos de larga duración y discapacidad. Los estudios epidemiológicos realizados en distintos países muestran que estas lesiones se producen durante el desarrollo de diversas actividades humanas y suponen un alto coste para la sociedad. Se han convertido en primera causa de discapacidad y suman anualmente millones de visitas de pacientes a los servicios sanitarios. Las infiltraciones locales con glucocorticoides forman parte del arsenal farmacológico disponible para el médico de Atención Primaria. Pese a no tratarse de un arma de primera elección en la mayor parte de la patología traumatológica y reumatológica de la consulta diaria, en numerosos cuadros clínicos, sí constituyen una importante alternativa o complemento terapéutico a la Medicación analgésica o antiinflamatoria por vía oral.

#### Aspectos ético-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tendrán acceso a los mismos, el investigador principal y su equipo de colaboradores.

El estudio se realizará según las normas de Buena Práctica Clínica.

Se pedirá el consentimiento informado al paciente, y se dará hoja de información al paciente.

Se enviará el proyecto a la comisión de Investigación del distrito.

#### Financiación

Este proyecto no ha recibido financiación.

#### Palabras Clave

Dolor musculoesquelético; inyección intraarticular; Atención Primaria.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICO RESIDENTES

# Monitorización continua de glucosa y su impacto en la carga asistencial y en la mejora de factores de riesgo cardiovascular

Luis Moreno C<sup>1</sup>, Pardo Álvarez J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El torrejón. Huelva

### Objetivos

Objetivo principal: comprobar si mediante el uso del sensor Flash se reduce la asistencia a urgencias por consultas relacionadas con la diabetes (DM) así como si disminuye el número de consultas relacionadas con la diabetes en Atención Primaria (medicina y enfermería).  
Objetivos secundarios: comprobar si mediante el uso del sensor mejoran las cifras de hemoglobina glicada, cifras tensionales y perfil lipídico. Valorar la satisfacción respecto al uso.

### Material y métodos

Realizaremos un estudio observacional descriptivo de prevalencia, longitudinal retrospectivo en el que se realiza una encuesta exploratoria de satisfacción, telefónica, transversal.

Se realizará en el ámbito de Atención Primaria en el centro de salud El Torrejón (Huelva), siendo ampliable a más centros si fuera necesario.

Se seleccionarán a todos los pacientes a los que se les haya implantado el sensor en el ámbito de la Atención Primaria, comparando los resultados que se obtuvieron 6 meses antes de la instauración con los de 6 meses posteriores a dicha intervención. Se realizará una encuesta telefónica para conocer la satisfacción.

El *tamaño muestral* será de 173 personas.

*Criterios de inclusión:* edad igual o superior a 14 años. Pacientes con DM I y DM II a los que se les haya iniciado en el uso del sistema Flash en el centro de salud.

*Criterios de exclusión.* Pacientes diabéticos a los que se les implantara el sistema Flash desde consulta hospitalaria. Pacientes en seguimiento y control por atención hospitalaria.

Para el análisis de los datos se utilizará el programa informático SPSS. En la descripción de los resultados se usarán media y desviación típica con medidas descriptivas para variables cuantitativas y para las cualitativas se realizarán porcentajes.

Para estudiar las relaciones de variable dependiente y variables cuantitativas se usará la t de Student para la relación entre grupos y ANOVA para más de dos

grupos. Para variables cualitativas se usará Chi cuadrado.

Para comprobar la interrelación se realizará un análisis multivariante de regresión logística multinomial.

Los intervalos de confianza se elaborarán al 95% y los valores p serán estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05.

En cuanto a las limitaciones, el registro en historia clínica es en muchos casos incompleto. En cuanto a la satisfacción la principal limitación consiste en la reticencia a la participación en encuestas, así como la dificultad de que el interlocutor comprenda el sistema de valoración.

### Aplicabilidad de los resultados esperados

Resultados positivos servirán para conocer el impacto en la calidad asistencial que tienen dichos sensores tanto y en la mejora de factores de riesgo cardiovascular.

### Aspectos ético-legales

Se aplicarán los principios éticos de la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki, actualizada en la Asamblea General de Seúl (2008). Se respetará la confidencialidad y secreto de la información de carácter personal siguiendo la Ley de Protección de Datos 15/1999 (BOE 1999, nº298).

Se respetará la autonomía del paciente siguiendo la Ley 418/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los participantes firmarán un consentimiento informado por escrito que se entregará y se explicará verbalmente.

### Financiación

Sin financiación actualmente.

### Palabras Clave

Hemoglobina glicada, diabetes, monitorización continua.



Fundación

SAMFyC