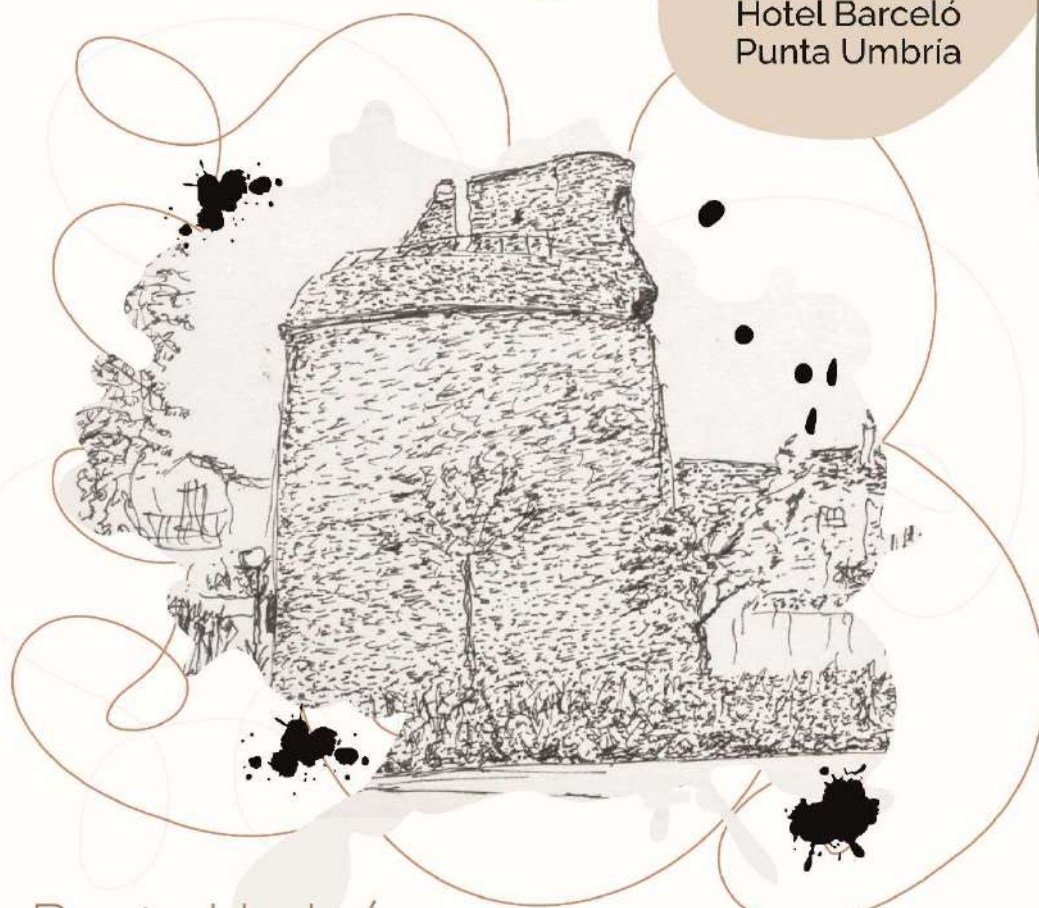


# Medicina de Familia Andalucía

Volumen 26, número 2, suplemento 1, junio 2025

## 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría



Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluz de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFyC2025

# COMITÉS

## **Presidenta Comité Científico**

### **Rocío Medero Canela**

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

## **Presidente Comité Organizador**

### **Eduardo Pérez Razquin**

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

## **Vocales**

### **María Adame Herrojo**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de  
Salud el Torrejón. Huelva*

### **María Carrero Morera**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Huelva*

### **Antonio Castilla Capetillo**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud La Orden. Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Cirugía Menor y  
Dermatoscopia. GdT SAMFyC Diabetes*

### **Emilio José Delgado Soto**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Virgen de la Victoria, Isla Chica.  
Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Nutrición y Ejercicio  
Físico. GdT SAMFyC Urgencias*

### **Benjamín Domínguez Quintero**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Virgen de la Victoria, Isla Chica.  
Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Cirugía Menor y  
Dermatoscopia. GdT SAMFyC Cuidados Paliativos y  
Dolor*

### **Rocío González Fernández**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud La Orden. Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud.  
Salud Internacional*

### **Anna Gromyko**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de  
Salud El Torrejón. Huelva*

### **Lourdes Llanes Mora**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC  
Andévalo Occidental. Consultorio de Villanueva de los  
Castillejos. Huelva. Miembro del GdT SAMFyC Cirugía  
Menor y Dermatoscopia*

### **Javier López González**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Cartaya. Huelva.  
Coordinador del GdT SAMFyC Cirugía Menor y  
Dermatoscopia*

### **Cristina Luis Moreno**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud La Palma del Condado. Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud.  
Salud Internacional*

### **Inmaculada Macías Beltrán**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva*

### **Begoña Medina García**

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de  
Salud de Aracena. Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Medicina Rural*

### **María Elisa Meléndez Barrero**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud La Orden. Huelva*

### **María del Carmen Moreno Morgado**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Virgen de la Victoria. Huelva*

### **Jesús Pardo Álvarez**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud El Torrejón. Huelva  
Presidente SAMFyC*

### **Aurora Pérez Barroso**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud La Orden. Huelva  
Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud.  
Salud Internacional*

### **Candelaria Pérez Ponce**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Cartaya. Huelva*

# JUNTA DIRECTIVA

## **Presidente**

Jesús E. Pardo Álvarez

## **Vicepresidente**

Francisco José Rodríguez Arnay

## **Vicepresidenta**

María Filomena Alonso Morales

## **Vicepresidenta**

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**

M<sup>a</sup>. Inmaculada Mesa Gallardo

## **Vocales de Residentes**

Alberto Pajarón Álvarez  
Samar N. Hassan Querol

## **Vocal de Comunicación e Imagen**

Alberto Pajarón Álvarez

## **Vocales Jóvenes Médicos de Familia**

Carmen Escudero Sánchez  
Emilio José Delgado Soto

## **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 Razquin

## **Vocal provincial de Jaén**

M<sup>a</sup> Villa Juárez Jiménez

## **Vocal provincial de Málaga**

Rubén L. Vázquez Alarcón

## **Vocal provincial de Sevilla**

Mercedes Casado Martín



 C/ Arriola 4, Bajo D – 18001 Granada

 958 804 201  663 039 516

 samfyc@samfyc.es

 <http://www.samfyc.es>

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

## 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 Editorial

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*



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar y Comunitaria

## Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español

Incluida en Latindex

**Título clave:** Med fam Andal.

**ISSN-e:** 2173-5573

**ISSN:** 1576-4524

**Depósito Legal:** Gr-368-2000

## Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía

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

e-mail: revista@samfyc.es

**Secretaría:** Encarnación Figueredo

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

Telf. + 34 958 80 42 01

## Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

**C.I.F.:** G – 18449413

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

## Maquetan:

Juan Francisco González Ibáñez

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

# SUMARIO

## Comunicaciones orales

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

## Comunicaciones póster

- Casos clínicos: médico de familia / atención primaria
- Casos clínicos: médico residente / atención primaria
- Resultado de investigación cuantitativa: médico residente
- Resultado de investigación cuantitativa: otros profesionales sanitarios
- Experiencias: médico de familia
- Experiencias: médico residente
- Experiencias: docentes
- Proyecto de investigación: médico residente
- Trabajo final de residencia o trabajo final de grado: médico de familia
- Trabajo final de residencia o trabajo final de grado: otros profesionales sanitarios



## MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal  
Volumen 26, número 2,  
suplemento 1, mayo de 2025

*La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del 31º 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.*

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# El pulgar del esquiador

**Delgado Soto E**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 33 años que acude a centro de salud Sierra Nevada, tras caída y traumatismo esquiando, sobre hemicuerpo izquierdo, con apoyo e hiperextensión forzada de primer dedo de mano izquierda, con dolor, tumefacción y hematoma progresivo en zona de inserción proximal. Dolor en hombro izquierdo y zona cervical.

## Historia clínica

Sin antecedentes de interés. Sin factores de riesgo cardiovascular. No alergias medicamentosas. Vida saludable, deportista y nutrición equilibrada. No consumo de tóxicos. No antecedentes de salud mental. Empleado activo (Médico de Familia). Buen círculo de apoyo sociofamiliar.

## Enfoque individual

El paciente entiende que no es una Urgencia Médica, e intenta controlarlo con método RICE, pero ante mala y rápida evolución del traumatismo, decide acudir a punto de Urgencias de Atención Primaria.

## Enfoque familiar y comunitario

Adecuado nivel socio familiar y cultural. Acude acompañado de su pareja. Acude inicialmente a su punto de Atención Primaria, antes de ir al Hospital. El paciente, no desea una baja laboral.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fractura de falange proximal de primer dedo.  
Lesión de Stener o de ligamento colateral cubital.  
Incapacidad temporal por fractura, traumatismo o dolor.

## Tratamiento, planes de actuación

Analgesia oral con antiinflamatorios no esteroideos.

Vendaje e inmovilización de primera falange.

Recomendación de acudir a Servicio de Urgencias Hospitalario.

## Evolución

Tras 24 horas, el dolor aumenta, junto con inflamación y disestesia. Acude a Hospital de Referencia, donde es revisado por Traumatología. Se realiza exploración y radiografía axial/posteroanterior de mano izquierda. Se diagnostica de Lesión de Stener grado 2-3 a valorar evolución para intervención quirúrgica vs tratamiento ortopédico.

Se prescribe Rhizoloc (férula inmovilizadora del pulgar) durante 15 días. Revisión en consultas externas. Evoluciona aceptablemente, con limitación funcional a la abducción, disminución de fuerza y dolor persistente. Suspende parte de sus actividades laborales (programa de cirugía menor en su centro de salud) hasta mejoría completa.

Comienza con rehabilitación domiciliaria, ante dificultades de acceso a servicio de Rehabilitación.

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

El buen uso de las Urgencias de Atención Primaria, favorecen un manejo inicial adecuado y una orientación clínica que ayude a tomar la mejor decisión. Las consecuencias a nivel laboral, deben ser parte del consejo y orientación por parte del médico de familia.

## Palabras clave

Stener, fracture, trauma.

# "Alerta: cambio en la conducta"

Cobo Valenzuela N<sup>1</sup>, Rosario Castillo A<sup>2</sup>, Del Moral Chica, M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bulevar. Jaén

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bulevar. Jaén

## Ámbito del caso

Servicio de urgencias de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Conducta autolesiva y hematoma facial.

## Historia clínica

Paciente de 12 años con antecedentes de trastorno de espectro autista no verbal.

Desde hace 2 semanas presenta crisis de llanto sin causa aparente y se golpea con frecuencia en la mejilla izquierda. Hoy la frecuencia e intensidad de los golpes ha aumentado.

## Enfoque individual

Nunca ha tenido ningún episodio de hetero agresión física, realiza con frecuencia movimientos repetitivos para autorregularse, tiene una alta labilidad emocional.

Sus familiares y docentes han notado un cambio de conducta importante que antes no tenía: está asustadizo, lloroso, no quiere salir a la calle y apenas realiza los ejercicios de terapia cognitiva.

*Exploración:* buen estado general, sin fiebre (picos febriles la última semana). Gran hematoma rojizo-violáceo de unos 10 x 5 cm en mejilla y párpado inferior izquierdo.

Usando material visual adaptado en la consulta se explora la cavidad orofaríngea en la cual se observa gran inflamación de la encía inferior izquierda.

Resto de exploración normal.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres y su hermana.

Desde los 18 meses recibe terapia psicológica en asociación de autismo y está escolarizado en un colegio con aula específica.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio Clínico:* pulpitis aguda.

*Diagnóstico diferencial:* trastorno psiquiátrico.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a odontología y se comienza tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno oral.

## Evolución

Se programa para intervención quirúrgica programada.

Tras tratamiento quirúrgico desaparece la conducta autoagresiva.

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

Las personas con TEA presentan una mayor morbilidad que la población general y esto les afecta durante todo el ciclo vital. Presentan dificultades para identificar estados físicos o emocionales, para localizar el origen del dolor y expresar al personal sanitario su malestar, la intensidad de los síntomas o el tiempo transcurrido desde su aparición. Esto pueden hacer que ciertos cuadros clínicos se agraven o prolonguen más de lo deseable, detectándose más tarde de lo habitual e imposibilitando que un determinado tratamiento resulte tan eficaz como sucedería si se hubiera realizado antes.

Es fundamental la necesidad de apoyarse en la interpretación de familiares/cuidadores para reconocer la sintomatología.

Líneas de intervención: mejorar la formación y sensibilización de los/las profesionales sanitarios.

## Palabras clave

Autismo, conducta autodestructiva, comunicación no verbal.

# Acompañamiento a una paciente en su proceso oncológico

Meléndez Barrero M<sup>1</sup>, Morán Marín S<sup>2</sup>, Pérez Juárez C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea grado II desde hace unos meses, a veces autoescucha de sibilantes.

## Historia clínica

Mujer de 76 años con AP de carcinoma ductal infiltrante mama izquierda intervenido en 2012, fenotipo Lum B2 tratada con quimioterapia y letrozol. Asma extrínseco persistente moderado en seguimiento por Neumología. No fumadora. Acude a consulta por empeoramiento de su disnea habitual en los últimos meses que no mejoraba con su tratamiento para el asma, no fiebre.

EF: C y O BEG BH y BP Eupneica en reposo Sat O<sub>2</sub> 96% FC 102lpm TA 151/80 ACP: mvc sin ruidos patológicos. Rítmico sin soplos. No edemas. Se solicita Rx tórax urgente y se observa imagen en suelta de globos en ambos parénquimas pulmonares.

## Enfoque individual

Al observar la radiografía preparamos la entrevista que vamos a tener con la paciente. Tratamos de crear un entorno que ayude a la comunicación de la sospecha de metástasis pulmonares ante los AP de la paciente, aunque sin dejar de informar sobre otras posibilidades como un TEP. Por ello, es preciso derivarla a urgencias para establecer el diagnóstico. Se descarta TEP con angioTAC y se cita en oncología para iniciar estudio ambulatorio.

## Enfoque familiar y comunitario

Acude la paciente a consulta acompañada de una amiga para informarme. Escuchamos de

forma atenta sus miedos y preocupaciones y le ofrecemos la posibilidad de acudir a consulta cuando sea necesario sin cita si lo precisa. Siempre viene acompañada de sus amigas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Metástasis pulmonares con masa LID en paciente con AP carcinoma mama, posteriormente metástasis cerebrales.

## Tratamiento, planes de actuación

Quimioterapia y radioterapia holocraneal. Abordaje de sus emociones ante los nuevos hallazgos y planteamiento de realizar el registro de voluntades vitales anticipadas.

## Evolución

Acudo a su domicilio para valoración por cuadro febril y aprovecho para hablar sobre cómo se siente y su hijo la acompaña.

Ingresa con *diagnóstico diferencial*: neumonitis por tratamiento con deruxtecan/infección respiratoria.

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

Es fundamental el abordaje emocional ante la comunicación de una mala noticia y en el seguimiento de pacientes paliativos. La accesibilidad de la AP nos permite el enfoque holístico de los pacientes paliativos.

## Palabras clave

Metástasis pulmonares, paliativo, malas noticias.

# Parto extrahospitalario

Fernández García P<sup>1</sup>, Suárez Sánchez R<sup>2</sup>, Sánchez-Palencia Morillo P<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Pilas. Sevilla

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

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

## Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias (Pilas).

## Motivos de consulta

Nos activan por parto en domicilio.

## Historia clínica

Paciente mujer de 24 años.

*Antecedentes personales:* antecedentes GO: G2P1 (agosto 2023, DG con dieta, parto eutócico a las 41+2 semanas, mujer de 3800 g).

## Enfoque individual

A nuestra llegada a domicilio encontramos a la paciente de pie, consciente, BEG. La paciente nos refiere que el neonato ha sufrido TCE por caída al suelo desde unos 40 cm de altura tras alumbramiento de la madre en bipedestación. Observamos el cordón umbilical cortado por arrancamiento a unos 15 cm del recién nacido.

- RN: Apgar 3, con cianosis generalizada, sin llanto espontáneo. Se inicia estimulación, extracción de secreciones y administración de oxígeno, presentando el neonato respuesta y llanto. A la auscultación presenta corazón rítmico a buena frecuencia (>100 lpm), MV bilateral sin ruidos patológicos.
- Madre: hipotermia (32°C), TA 120/65 mmHg. ACP rítmica sin soplos ni extratonos, MVC sin ruidos sobreañadidos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Parto extrahospitalario.

Depresión severa de RN.

## Tratamiento, planes de actuación

En la ambulancia se canaliza VP y se le administran 600cc de suero templado con temperatura a 36°C. Se facilita el contacto piel con piel. En el trayecto al hospital se produce el expulsivo de la placenta con retención de membranas, manteniendo la paciente buenos controles tensionales. No se administró oxitocina por falta de disponibilidad.

## Evolución

La paciente pasa a paritorio para la extracción manual de membranas y la revisión de la cavidad uterina bajo cobertura antibiótica y sutura de desgarro vaginal. Tras constatar la buena evolución de la paciente, se deriva al alta. El neonato es ingresado en la UCI neonatal por TCE y hematoma epidural. Finalmente no se requirió intervención quirúrgica. El recién nacido evoluciona favorablemente.

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

Aunque la atención de partos extrahospitalarios es infrecuente, los profesionales sanitarios debemos estar preparados para atenderlos y gestionar los eventos adversos que puedan aparecer. Para ello se requiere de guías claras que asesoren a los médicos no obstetras en el manejo del parto. Actualmente, se está produciendo un auge de los partos domiciliarios conllevando importantes riesgos para el recién nacido y su madre.

## Palabras clave

Labor pain, out of hospital.

# "De la explosión al pronóstico"

Acosta Urbano L<sup>1</sup>, Linares Toro D<sup>1</sup>, Villegas Cáceres J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Móvil Condado Campiña. Huelva

<sup>2</sup> Enfermero DCCU Móvil Condado Campiña. Huelva

## Ámbito del caso

Urgencias prehospitalarias.

## Motivos de consulta

Paciente de 17 años que consulta tras sufrir una amputación traumática de los dedos 3º y 4º de la mano izquierda debido a la explosión de un artefacto pirotécnico mientras lo manipulaba. Presenta hemorragia activa, dolor intenso y deformidad evidente en la extremidad afectada.

## Historia clínica

No antecedentes personales o familiares relevantes ni tratamiento habitual. Durante una celebración, manipuló un artefacto pirotécnico casero resultando en la amputación traumática de los dedos mencionados y daño extensivo de los tejidos blandos circundantes.

## Enfoque individual

En urgencias, se realiza una evaluación primaria XABCDE con control de hemorragia con compresión directa y torniquete, administrando analgesia iv. Se estabiliza hemodinámicamente con cristaloides endovenosos y se conserva el segmento amputado en un apósito estéril enfriado. A pesar de que el Hospital Virgen del Rocío es el centro útil especializado, el paciente es rechazado debido a la saturación y se deriva al Hospital Juan Ramón Jiménez, hospital de referencia.

## Enfoque familiar y comunitario

La prevención de este tipo de lesiones debe ser prioritaria, sensibilizando a la comunidad sobre los peligros del manejo inadecuado de artefactos pirotécnicos. Además, como médico de familia, es fundamental asegurar un seguimiento postraumático integral, tanto físico como psicológico, tras la estabilización inicial del paciente.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial incluyó traumatismo por arma de fuego o lesión por explosivos, pero la historia y presentación clínica confirmaron la amputación traumática por artefacto pirotécnico.

## Tratamiento, planes de actuación

Control de hemorragia, analgesia, conservación del tejido amputado y traslado a hospital adecuado. Intervención quirúrgica para desbridamiento y tratamiento postquirúrgico con abordaje integral psicosocial.

## Evolución

Aunque el tratamiento en el hospital de referencia permitió una intervención quirúrgica adecuada con desbridamiento quirúrgico de la herida el rechazo inicial por parte del Hospital Virgen del Rocío limitó las opciones de reimplantación y cirugía reconstructiva avanzada, lo que impactó en la funcionalidad a largo plazo de la mano.

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

Este caso subraya la importancia de la intervención temprana y la derivación a centros útiles especializados, para el manejo de amputaciones traumáticas y la mejora del pronóstico funcional. La coordinación entre los Servicios de Prehospitalaria y los Hospitales Especializados es crucial.

## Palabras clave

Amputation, traumatic, reconstructive surgical procedures, primary health care.

# El estetoscopio pulmonar

Sarmiento Jiménez F<sup>1</sup>, Sarmiento Acosta M<sup>2</sup>, Ramos Alonso S<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Málaga

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

## Ámbito del caso

Consulta médica de Atención Primaria.

*Diagnóstico diferencial:* infección respiratoria no condensante, viriasis, TEP, etc.

## Motivos de consulta

Varón de 37 años que acude por fiebre, tos y dolor de costado izquierdo.

## Tratamiento, planes de actuación

En Urgencias se confirma diagnóstico, en analítica destacaba 24,700 leucocitos con 88% neutrófilos, creatinina 1,37 con FG 65, PCR de 26,3, con *Streptococcus pneumoniae* positivo en orina. Se mantuvo en observación varias horas porque se mareaba al levantarse.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* intolerancia a amoxicilina-clavulánico. No fumador, no otros FRCV. Desde hace 4 días presentaba febrícula, en último mes tos y mocos intermitentes. Hace 24 horas fiebre de hasta 39° acompañado de mareos constantes, malestar general, dolor torácico basal izquierdo que aumenta al inspirar y con tos. No síntomas gastrointestinales.

*Exploración clínica:* buen estado general, no distres respiratorio, afebril, Sat O<sub>2</sub> 97 %, FC 90 lpm, TA 90/60. tonos cardíacos rítmicos sin soplos, buena ventilación con crepitantes en base izquierda. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. No edemas, no signos de TVP. Exploración con sonda abdominal de campos pulmonares, apreciándose en región torácica anteroinferior y paracardiaco condensación pulmonar con líneas B (más de 3) perilesionales. No derrame pleural.

## Evolución

Alta domiciliara con vigilancia.

## Enfoque individual

Derivación a Urgencias porque se mareaba e hipotensión.

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

La ecografía es una técnica segura y fiable que aumenta la capacidad diagnóstica, agiliza y mejora la toma de decisiones de los profesionales de la medicina en cualquier ámbito, y desde la cabeza hasta los pies. En este caso confirma la sospecha clínica clara de probable neumonía, durante la misma consulta y sin salir de la consulta. Si el estado general lo hubiera permitido, podríamos haber evitado Rx y derivación a Urgencias.

La formación en ecografía clínica beneficia claramente al médico de familia por lo que debe ser accesible y por tanto ser parte de los contenidos de su formación, pensamos que la ecografía pulmonar por su sencillez y rápida progresión en su conocimiento debería de formar parte de la exploración habitual.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su pareja (lo acompaña), monitor deportivo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neumonía adquirida en la comunidad.

## Palabras clave

Ecografía clínica, atención primaria, ecografía pulmonar.

# Más allá de una otitis

Adame Herrojo M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria en un centro de salud urbano.

## Motivos de consulta

Paciente que acude por otitis sin respuesta a tratamiento tópico desde hace 2 meses.

## Historia clínica

**Antecedentes personales:** DMII, dislipemia, HTA y asma bronquial. Paciente que acude por secreciones de oído derecho, dolor intermitente, prurito, nunca fiebre. A la exploración: oído derecho sin hallazgos, oído izquierdo dolor leve a la movilización del cono, CAE enrojecido con secreciones que impiden visualizar el tímpano. Es tratado inicialmente con antibioterapia tópica y posteriormente vía oral, ante la persistencia de los síntomas se realiza cultivo ótico y se deriva a ORL. Cultivo: *Pseudomona aeruginosa* resistente a quinolonas y sensible a ceftazidima y cefepima.

## Enfoque individual

Se realiza interconsulta con Infectioso, realizando cambio de antibiótico y solicita TC. El paciente continúa sin respuesta al tratamiento. Se comenta el caso con ORL vía telefónica, indica analítica y levofloxacino y derivar a Urgencias si no mejoría ante sospecha de otitis externa maligna en paciente diabético.

## Enfoque familiar y comunitario

Finalmente ingresa para manejo antibiótico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Otitis externa maligna (OEM). Principales diagnósticos diferenciales: otitis externa aguda (OEA), otitis media aguda (OMA). Principales

complicaciones: daño en los nervios craneales, meningitis, absceso cerebral, osteomielitis, celulitis facial, mastoiditis, tromboflebitis de los senos venosos y necrosis óseas.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento antibiótico iv y limpieza diaria de oído bajo otomicroscopio. Al alta cefixima y Cetraxal plus®. Control DMII.

## Evolución

Buena evolución tras tratamiento tópico e iv. Durante su ingreso se realiza exploración neurológica a diario y TC de peñascos y gammagrafía ósea, descartándose en ambas complicaciones locales e intracraneales.

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

La OEM o necrotizante, es una infección grave y potencialmente fatal que se extiende al hueso y tejidos blandos. Principalmente afecta a diabéticos o inmunodeprimidos, y suele ser causada por la *Pseudomonas aeruginosa*. La sospecha de OEM se debería establecer con prontitud, ante una OEA que no mejora con los tratamientos habituales. No habiendo un criterio patognomónico, el diagnóstico definitivo es complejo y requiere estudios complementarios. La similitud de síntomas entre la OEA y la OEM, favorece el que en Atención Primaria se utilicen distintos tratamientos, que promueven la aparición de resistencias, dificultan el diagnóstico y retrasan su curación.

## Palabras clave

Otitis externa maligna, otitis.

# Detectar, acompañar, cuidar: la mirada integral en Medicina de Familia

Ruiz Jiménez A<sup>1</sup>, Pérez Craviotto J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Morche. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Vélez-Málaga (Málaga)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Tumoración en cuello.

## Historia clínica

Mujer de 15 años que acude por tumoración en cuello que se ha notado al despertar en región anterolateral. Niega fiebre. No clínica infecciosa odontogénica ni respiratoria. No ha tenido sudoración en días previos. Niega pérdida de peso. No presenta disfagia a líquidos ni a sólidos.

Se realiza ecografía clínica en consulta, donde se aprecia tumoración de aspecto heterogéneo en zona laterocervical izquierda, con zona central más hipoecogénica e incluso unas zonas anecoicas. Presenta bordes bien definidos. Estos hallazgos son sospechosos de adenopatías con signos de malignidad.

## Enfoque individual

Sin AP de interés.

## Enfoque familiar y comunitario

Nacionalidad marroquí. Vive con sus padres y 3 hermanos. Cursa educación secundaria.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* linfoma.

*Diagnóstico diferencial:* adenopatía metastásica, quiste branquial complicado, adenopatías reactivas a proceso infeccioso.

## Tratamiento, planes de actuación

Se solicita ecografía de cuello reglada de forma preferente y analítica sanguínea.

## Evolución

En el estudio analítico destacó una hemoglobina 10.9 con VCM normal, así como una leve monocitosis y eosinofilia. Ante la demora en el estudio ecográfico reglado, la paciente acude en múltiples ocasiones a Urgencias, hasta que se realiza en una de ellas ecografía de cuello, confirmándose la sospecha con más adenopatías afectadas. Se realizó ingreso en planta para completar estudio con: Body-TC, donde se apreció adenopatías afectadas solo a nivel de cuello; biopsia quirúrgica con resultado de Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular. Posteriormente, es derivada a Hematología donde se continúa el estudio, y también se deriva a Unidad de Reproducción para recogida de óvulos. Esto último, genera una intranquilidad y dudas en la paciente y su familia, acudiendo de nuevo a su consulta para resolver dudas, donde se trabaja a nivel emocional y familiar.

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

La ecografía clínica en Atención Primaria permitió orientar de forma precoz un diagnóstico grave, mostrando el potencial del médico de familia para integrar habilidades clínicas y tecnológicas en beneficio del paciente. Además, se refuerza su papel como referente para el paciente y su familia, no solo en la atención médica, sino también en el acompañamiento emocional, facilitando un proceso asistencial más humano, cercano y continuo, clave en situaciones de especial vulnerabilidad.

## Palabras clave

Linfoma de Hodgkin, relaciones médico-paciente, ecografía.

# Presíncope y taquicardia en joven deportista: la ecografía clínica cambia el curso asistencial

Carrión Maruny M<sup>1</sup>, Chávez Gata L<sup>2</sup>, Márquez Gómez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mentidero. Cádiz

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Presíncope durante el ejercicio.

## Historia clínica

La paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* No presenta.

*Anamnesis:* mujer de 22 años que consulta tras episodio presíncopal durante ejercicio físico, en contexto de menstruación. Refiere palpitaciones ocasionales sin dolor torácico ni otros síntomas.

*Exploración:* Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica a 120 lpm sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Tiroides: sin bocio ni nódulos palpables, sin dolor. Neurológica y abdominal: normales.

*Pruebas complementarias:* ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm. Analítica: TSH suprimida, T3 y T4 libres elevadas. Ferrocínica normal. Ecografía clínica en consulta: tiroides con ligero aumento de tamaño de ambos lóbulos, hipervascularización bilateral y en el lóbulo derecho pequeño quiste anecoico con estructura conservada y uniforme. Eco-Doppler: hipervascularización en ambos lóbulos.

## Enfoque familiar y comunitario

Se investigan antecedentes familiares de disfunción tiroidea y se valora el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento. A nivel comunitario, se consideran factores como la prevalencia de alteraciones tiroideas asociadas a déficit de yodo y la utilidad de la ecografía clínica en Atención Primaria para agilizar el diagnóstico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* tirotoxicosis.

*Diagnóstico diferencial:* Anemia ferropénica, taquiarritmias, otras causas de hipertiroidismo.

*Identificación de problemas:*

- Episodio de presíncope asociado a taquicardia.
- Alteraciones analíticas compatibles con tirotoxicosis.
- Hallazgos ecográficos sugestivos de disfunción tiroidea.
- Necesidad de control sintomático y confirmación etiológica.
- Riesgo de evolución clínica adversa si no se instaura tratamiento precoz.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pauta propranolol 10 mg y carbimazol 15 mg. Se solicita determinación de receptores tiroideos. Se deriva a endocrinología y se programa seguimiento en dos semanas.

## Evolución

La paciente evoluciona favorablemente. Se realiza analítica de control tras instauración de tratamiento con normalización de hormonas tiroideas.

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

*Conclusiones:* la ecografía clínica realizada por médicos de familia mejora la capacidad resolutoria en Atención Primaria, permitiendo diagnósticos más rápidos, tratamientos precoces y mejor coordinación con atención especializada.

*Prospectiva:* este caso ilustra la transformación asistencial que supone formar a médicos de familia en ecografía clínica, abriendo líneas de mejora centradas en ampliar su uso sistemático, midiendo su impacto en la reducción de derivaciones y explorando nuevas aplicaciones diagnósticas en Atención Primaria.

## Palabras clave

Ultrasonografía, atención primaria de salud, hipertiroidismo.

# ¿Y si tu próxima segunda opinión fuera una inteligencia artificial?

Ruiz Jiménez A<sup>1</sup>, Pérez Craviotto J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Morche. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Vélez-Málaga (Málaga)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Tumoración en cuello.

## Historia clínica

Hombre de 46 años que acude por tumoración submandibular derecha de días de evolución, sin ninguna sintomatología acompañante. Se hace ecografía clínica, apreciando en zona de tumoración una adenopatía sin signos de malignidad. Se amplía estudio a tiroides, apreciando dos nódulos: uno sólido-quístico de bordes bien definidos y avascular y otro más heterogéneo, con calcificaciones periféricas, ovalado. Se hace una consulta con las imágenes a ChatGPT, que aporta la siguiente información: Podríamos clasificarlo como un TIRADS 3 o 4 dependiendo de algún matiz: TIRADS 3 (bajo riesgo): nódulo sólido, isoecoico o levemente hipoecoico, sin bordes irregulares, sin microcalcificaciones, forma más ancha que alta. TIRADS 4 (riesgo moderado): si la hipoecogenicidad es moderada y hay algún borde irregular leve, sube la categoría.

Se le corrige añadiendo que si existe calcificaciones periféricas, concluyendo que el nódulo se clasificaría más apropiadamente como un TIRADS 4. Además, nos prepara un esquema visual con el plan de actuación según la clasificación TIRADS.

## Enfoque individual

Sin AP de interés.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* nódulo tiroideo de moderado riesgo.

*Diagnóstico diferencial:* adenoma folicular, carcinoma papilar tiroideo, quiste tiroideo complicado.

## Tratamiento, planes de actuación

Se solicita ecografía de tiroides reglada preferente y analítica sanguínea.

## Evolución

La ecografía de tiroides reglada es informada como nódulo clasificado TIRADS5 y se plantea seguimiento al año por el tamaño de la lesión. El análisis realizado presenta una tirotropina normal. Por mi parte, acuerdo un nuevo estudio ecográfico en consulta ante el largo periodo planteado por radiología.

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

La Inteligencia Artificial Generativa (IAG) se perfila como una herramienta de apoyo en Atención Primaria, también en la interpretación preliminar de hallazgos ecográficos. En este caso, el uso de ChatGPT facilitó una primera aproximación a la clasificación TIRADS de un nódulo tiroideo, orientando la decisión clínica y la solicitud de pruebas complementarias. No obstante, es importante señalar que los modelos actuales de IAG no están entrenados específicamente para la interpretación de imágenes médicas, basándose únicamente en la información textual proporcionada por el clínico. Algunas publicaciones destacan que la precisión de la IA en imagen médica es prometedora, pero su uso real aún requiere supervisión profesional y como herramienta de apoyo.

## Palabras clave

Ultrasonografía, inteligencia artificial, atención primaria de salud.

# El enigmático caso de un joven buzo

Ríos Pérez L

CS Algeciras Sur-Saladillo. Cádiz

## Ámbito del caso

Varón de 28 años.

**Antecedentes personales:** ocupación profesional: buzo profesional recreativo en Tarifa. Inmersiones realizadas con equipos correctos, sin incidentes de descompresión conocidos. No enfermedades médico-quirúrgicas de interés. Ni hábitos tóxicos.

## Motivos de consulta

Hipoacusia súbita unilateral.

## Historia clínica

Paciente varón de 28 años, buzo profesional recreativo que acude al centro de salud por hipoacusia unilateral izquierda de inicio 24 horas después de una inmersión a 20 metros. Refiere además acúfeno pulsátil en dicho oído acompañado de sensación de taponamiento. Además, refiere episodio vertiginoso leve. Afebril, sin otorrea. No otra sintomatología por O/A. Otoscopia OI: membrana timpánica izquierda con leve hemorragia subepitelial, sin perforación. Rinne negativo en OI, Weber lateralizado a la izquierda. No signos meníngeos ni focalidad neurológica.

## Enfoque individual

Realizar diagnóstico y manejo clínico oportuno, incluyendo reposo absoluto, manejo sintomático del vértigo e hipoacusia, y evaluación otorrinolaringológica especializada para determinar la necesidad de intervención quirúrgica. Es fundamental asegurar la adherencia al tratamiento, monitorear signos de progresión o complicación, y realizar seguimiento audiológico. Además, se debe brindar orientación sobre la suspensión temporal o definitiva de actividades de buceo, así como apoyo psicológico ante posibles repercusiones físicas y emocionales.

## Enfoque familiar y comunitario

Considerar el impacto emocional, económico y social en su entorno. A nivel familiar, es clave brindar apoyo emocional, educación sobre el

cuidado del paciente y evaluar la posible pérdida de ingresos. En el ámbito comunitario, se requiere fortalecer la prevención mediante educación sobre riesgos del buceo, mejorar las condiciones laborales, asegurar acceso a atención especializada y promover la rehabilitación e inclusión laboral si hay secuelas permanentes. Este enfoque integral favorece la recuperación y el bienestar del paciente dentro de su contexto.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Fístula perilinfática espontánea post-barotrauma.

## Tratamiento, planes de actuación

Reposo absoluto. Corticoides sistemáticos: prednisona 1mg/kg/día durante 10 días. Oxigenoterapia hiperbárica (3 sesiones). Intervención quirúrgica con cierre de ventana redonda con injerto de fascia temporal.

## Evolución

Tras pauta de tratamiento intramuscular de corticoides y derivación inmediata al hospital, al paciente se le realiza RMN de urgencias donde se objetivó la lesión. Tras el buen abordaje clínico y quirúrgico, se logró recuperar la audición.

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

Este caso ilustra una causa poco común pero crítica de hipoacusia súbita en contextos de barotrauma. Las fístulas perilinfáticas pueden pasar desapercibidas si no se sospecha, y un diagnóstico y tratamiento oportuno pueden marcar la diferencia entre la recuperación auditiva y una sordera permanente. La clave está en una buena Historia clínica y una imagen que oriente a tiempo.

## Palabras clave

Barotrauma, sordera súbita.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# ¡El que busca, halla!

Mateos Gómez A<sup>1</sup>, Moguer Galán M<sup>2</sup>, Gámez Navarro M<sup>1</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Solicita analítica de control.

## Historia clínica

Varón 47 años, *antecedentes personales* de hipertrigliceridemia sin tratamiento y sin hábitos tóxicos, que acude a consulta solicitando analítica de control.

## Enfoque individual

En analítica sanguínea presenta Filtrado Glomerular (FG) 80,97 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (FG previo 87,13 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), sin microalbuminuria. Ante Enfermedad Renal Crónica (ERC) G2 A1, solicitamos ecografía abdominal para poder filiar etiología, apreciándose en riñón izquierdo imágenes anecoicas en seno que podría corresponder a quistes simples o dilatación del sistema colector. Solicitamos TAC abdominal objetivándose en riñón izquierdo quistes centrales y lesión cortical de dudosa filiación. Se deriva a Urología.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer y es independiente para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Buen apoyo familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lesión renal a filiar. Neoplasia renal, quiste simple, angiomiolipoma.

## Tratamiento, planes de actuación

Desde Urología solicitan TAC dinámico, apreciándose imagen nodular con realce en

pared posterior, compatible con oncocitoma o carcinoma de células renales.

## Evolución

Se realiza tumorectomía, confirmando en biopsia de pieza quirúrgica carcinoma renal de células claras y normalizando cifras de FG en analítica posterior.

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

La diabetes y la hipertensión son las 2 causas más comunes de ERC. Otra posible causa son lesiones renales que puedan generar obstrucción. Por ello solicitamos a nuestro paciente una ecografía para valorar aparato urinario. El carcinoma de células renales supone aproximadamente un 2% de los tumores a nivel mundial. Es la lesión maligna renal más frecuente. Puede llegar a ser un tumor de alto riesgo, pero curable si se trata precozmente. Para ello, un diagnóstico rápido es clave. Actualmente, el diagnóstico suele ser un hallazgo casual en prueba de imagen, aunque previamente solía deberse a la presentación clínica de tríada clásica de Guyon: hematuria, masa renal palpable y dolor en flanco. Este cambio se debe probablemente al mayor empleo de la ecografía. En nuestro paciente el diagnóstico fue incidental al estudiar la ERC que presentaba en analítica sanguínea, por lo que se logró diagnosticar y tratar precozmente un tumor superficial y, por consiguiente, un buen pronóstico. Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a normativa vigente.

## Palabras clave

Glomerular filtration rate, carcinoma renal cell, renal insufficiency chronic.

# ¡Bandera roja: parece que palpo una masa abdominal, voy a por el ecógrafo!

Moguer Galán M<sup>1</sup>, Mateos Gómez A<sup>2</sup>, Espinal Sánchez M<sup>1</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 distensión abdominal.

## Historia clínica

Mujer 52 años, acude por dolor abdominal tipo cólico, de predominio periumbilical, de dos semanas de evolución, acompañado de distensión abdominal, reflujo y dispepsia. Niega vómitos, diarreas y síndrome constitucional. Antecedente personal de interés, útero miomatoso en seguimiento por Ginecología.

## Enfoque individual

Presenta abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en hemiabdomen inferior, objetivando sensación de masa de consistencia gomosa, sin peritonismo. Timpanismo a la percusión.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. Independiente para Actividades Instrumentales de Vida Diaria.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Masa abdominal a filiar. Neoplasia digestiva, neoplasia ginecológica (uterina u ovárica). Mioma. Quiste ovárico o uterino. Absceso.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza ecografía clínica, apreciando en hipogastrio masa heterogénea sospechosa de malignidad. Derivamos a hospital para completar estudio.

## Evolución

Solicitan TAC abdominal visualizando masa abdominopélvica, aparentemente dependiente

de útero, heterogénea, leve cuantía de líquido libre y masas peritoneales. En biopsia endometrial se confirma Leiomioma uterino.

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

Una masa abdominal es cualquier lesión ocupante de espacio localizada en cavidad abdominal. Puede manifestarse como hallazgo casual en prueba de imagen o como lesión palpable en exploración abdominal. Si es palpable, constituye un importante signo clínico y normalmente representa un trastorno grave, por lo que es necesario completar estudio e intentar filiar dicho hallazgo. La ecografía abdominal es una prueba inocua, de bajo coste, fácil de realizar y aporta mucha información al diagnóstico clínico y toma de decisiones. Esto la convierte en la primera exploración a realizar después de anamnesis y exploración física ante la sospecha de enfermedad abdominal, constituyendo una técnica de rutina en práctica médica diaria. En Atención Primaria se le conoce como "ecografía clínica" y se emplea en gran variedad de escenarios clínicos en los que, realizada por el mismo médico que atiende al paciente, establece de modo inmediato y orientado la correlación clínica de los hallazgos e incrementa enormemente la capacidad de manejo. En caso de enfermedades susceptibles de derivación, nos permite establecer prioridad de derivación en función de gravedad del diagnóstico de sospecha optimizando circuitos de derivación. Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a normativa vigente.

## Palabras clave

Abdominal pain, neoplasia, ultrasonography.

# Adenopatía ¿reactiva?

Jarabo Tévar B<sup>1</sup>, Alargunso Maitzegui L<sup>2</sup>, García de Haro M<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Bulto doloroso en cuello.

## Historia clínica

Varón de 30 años, con antecedentes de linfadenitis tuberculosa tratada, dado de alta por Medicina Interna en octubre de 2024. Al inicio del tratamiento, error en posología al no entender las instrucciones, pero tras explicación en consulta realiza correctamente tratamiento. Acude por reaparición de tumoración laterocervical derecha asociando síntomas gastrointestinales. No otra clínica. No prácticas sexuales de riesgo.

## Enfoque individual

A la exploración tumoración de 4 cm, sin eritema ni aumento de temperatura, dura, inmóvil y dolorosa a la palpación. Se realiza ecografía visualizando 6 adenopatías laterocervicales, redondeadas, heterogéneas, la mayor de con eje corto >10 mm.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente es originario de Colombia, habita en España en un municipio rural con su pareja, quien se ha realizado test Mantoux e IGRA negativos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial incluye etiología infecciosa (linfadenitis aguda, adenitis tuberculosa y enfermedad por arañazo de gato) y neoplásica (carcinoma metastásico, glandular o linfomas). Sospechamos adenitis tuberculosa.

## Tratamiento, planes de actuación

Interconsultamos a Medicina Interna con las imágenes ecográficas, que consideran adenopatías reactivas. Posteriormente, ante aumento progresivo de tamaño, solicitamos

ecografía con PAAF y cita con Medicina Interna, manteniendo seguimiento estrecho por nuestra parte. En siguiente revisión, empeoramiento con eritema, aumento de temperatura y supuración. Extraemos cultivo e iniciamos antibioterapia, solicitando valoración en Urgencias, que realizan analítica sin afectación sistémica. Continuamos seguimiento del paciente cada 48 horas.

## Evolución

En cultivo crece *Mycobacterium tuberculosis* confirmando nuestra sospecha clínica. Se pautan antituberculostáticos. Tratándose de una reinfección de tuberculosis precisa estudio de resistencias.

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

Se nos plantean varias cuestiones:

- Falta de formación intercultural en la profesión sanitaria sobre el abordaje de las diferentes maneras de entender la enfermedad, influenciadas por la cultura de origen en contraposición con la cultura del país hospedador. En este caso, encontramos una actitud tranquila ante una evolución que nosotras considerábamos alarmante, sin consultar por la misma.
- También, la condición de persona migrante puede suponer una barrera en el acceso a la sanidad de la que debemos de ser conscientes para una adecuada atención sanitaria.
- Importancia de explicar correctamente la posología del tratamiento y asegurar su comprensión.
- Consentimiento informado firmado.

## Palabras clave

Linfadenopatía, mycobacterium tuberculosis, comunicación.

# (Dis)continuidad asistencial

Jarabo Tévar B<sup>1</sup>, Vidal I Grivé C<sup>1</sup>, García de Haro M<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor en pierna derecha.

## Historia clínica

Varón de 38 años, procedente de otra provincia de Andalucía. Como antecedentes personales constan isquemia frontal anterior con 23 años, sin informes en Diraya; y HTA a los 26 años. No toma tratamiento actualmente. No fumador. Refiere molestia en miembro inferior derecho (MID) a nivel femoropoplíteo, de 9 meses de evolución, que inicia cuando realiza actividad física ligera y cede al detener actividad.

## Enfoque individual

A la exploración no dolor de características mecánicas, no apofisalgia, Lasegue y Bragard negativos, palpamos pulsos pedios y tibial posterior bilaterales, no lesiones cutáneas. TA elevada. Realizamos índice tobillo-brazo, sin detectar señal en MID, sí en el izquierdo.

## Enfoque familiar y comunitario

Convive con su pareja en entorno rural. Previamente contacto y seguimiento intermitente en sanidad privada, contacto errático con sanidad pública. No disponemos de informes.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial sería etiología mecánica, neurológica o vascular. Como principal sospecha clínica planteamos claudicación intermitente grado IIa.

## Tratamiento, planes de actuación

Solicitamos estudio de riesgo cardiovascular y despistaje de causas de hipertensión secundaria, iniciamos estatinas de alta potencia, antiagregación con AAS 100 mg y realizamos interconsulta con cirugía vascular. Acordamos facilitarnos los informes de Neurología privada.

## Evolución

Despistaje de causas de hipertensión secundaria negativo. En informes entregados: RMN que informa de infarto lacunar isquémico crónico adyacente a la cabeza del núcleo caudado derecho. Revisión por neurólogo privado que determinaba episodio de síncope sin iniciar tratamiento de prevención secundaria. Antecedente familiar de padre con infarto agudo de miocardio a los 50 años. Solicitamos estudio de trombofilia y continuamos control de factores de riesgo cardiovascular.

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

Con este caso quería remarcar la importancia de la longitudinalidad y de la construcción de una relación médica-paciente. La falta de registros sobre la historia previa del paciente, así como el seguimiento intermitente por parte de la sanidad privada, a cuyos informes no tenemos acceso, y la ausencia de tratamiento del paciente ante enfermedades potencialmente graves, pueden suponer un incidente de seguridad cuya causa es la falta de accesibilidad a la historia clínica del paciente, así como de seguimiento por parte de una única persona.

## Palabras clave

Seguridad del paciente, continuidad de la atención al paciente.

# Doctor, ¿ya que estoy, y este bulto?

Sánchez Soto M<sup>1</sup>, Agüera Díaz E<sup>2</sup>, Pérez de Zabalza Freire R<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

## Ámbito del caso

La paciente acude a la consulta del centro de salud.

## Motivo de consulta

Acude por bultoma a nivel del músculo aductor derecho.

## Historia clínica

Se trata de una mujer de 77 años con AP de HTA en tratamiento, fibroma en mama e histerectomía simple en 2002. Refiere aparición de masa a nivel de músculo aductor de pierna derecha, de un mes de evolución, que ha estado creciendo, no es doloroso, sin supuración. No ha presentado fiebre ni pérdida de peso ni de apetito.

## Enfoque individual

Se realiza exploración básica, a la palpación masa móvil, consistencia indurada, profunda, dolorosa a la palpación, sin adherencia a hueso. No rubor, ni calor, ni eritema. No se palpan adenopatías inguinales, ni en otras localizaciones.

Se le realiza ecografía en consulta, donde se observa masa de partes blandas localizada en aductor de miembro inferior derecho de aproximadamente 5x7cm, mal definida, heterogénea, hipervascularizada, profunda al tejido celular subcutáneo, hipoecogénica. No adenopatías reactivas.

## Enfoque familiar y comunitario

Se solicita a la paciente RMN para definir la etiología y determinar tamaño de la masa de partes blandas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sarcoma de partes blandas vs lipoma vs quiste epidermoide.

## Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con el servicio de radiología y se pauta analgesia.

## Evolución

La paciente se realiza una RMN privada por la demora de la citación donde se aprecia amplia lesión focal subfascial del aductor menor derecho de 10.4 cm de morfología redondeada, bordes bien delimitados, con señal intermedia en secuencias T1 y alta señal en T2, compatible con lesión agresiva tipo sarcoma.

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

Las masas o lesiones en partes blandas son uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Por supuesto requieren de una buena historia clínica y exploración física, sin embargo, en caso de disponer de un ecógrafo en el centro y de tener conocimientos básicos para el manejo e interpretación de las imágenes, puede suponer un importante salto en la aproximación diagnóstica. Con este caso queremos recalcar cómo el estar continuamente en formación al ritmo de los avances actuales, nos puede llevar a una mayor resolución de la consulta y una mejor calidad asistencial al paciente.

## Palabras clave

Ecografía, sarcoma, partes blandas.

# Taponamiento cardiaco: debut de estudio de cáncer desde Urgencias

Chica Vicente A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carlos Sierra. Baeza (Jaén)

## Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal.

## Historia clínica

Hombre de 64 años presenta tos seca, fiebre y disnea hace 1 semana mejorando con tratamiento ambulatorio, tras recuperarse refiere dolor abdominal cólico, astenia, algias generalizadas, pérdida de apetito y peso. En los tres últimos días requiere atención domiciliaria y asiste por dos ocasiones a Urgencias manifestando escasa mejoría.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* osteocondrosis, discopatía L5-S1, Dislipidemia. APF: IAM: padre. *Hábitos:* alcoholismo, tabaquismo IPA 69 paquetes/año. *Tratamientos:* analgesia, relajantes musculares, ezetimiba 10 mg.

## Enfoque familiar y comunitario

Extranjero, agricultor, cabeza de familia.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Exploración física:* MEG, taquicárdico, hipotenso. Adenopatías no dolorosas/móviles, pétreas: inframandibular izquierda, cervicales bilaterales, supraclaviculares derechas. Abdomen: hepatomegalia, bultoma en epigastrio.

*Complementarios:* elevación PCR, EKG normal, radiografía tórax: radiopacidad ovalada LSD, TAC abdominal: derrame pericárdico 2.35 cm, ETT: derrame pericárdico 40 mm, pericardiocentesis (840 ml).

## Tratamiento, planes de actuación

Tras pericardiocentesis se continua: tratamiento de soporte, ATB empírico y estudios:

laboratorio, imagen, PAAF adenopatía cervical izquierda y biopsia supraclavicular derecha.

## Evolución

Paciente cumple un mes de hospitalización: tras taponamiento cardiaco, continua con fiebre, deterioro respiratorio y disnea en reposo, corroborando segundo derrame pericárdico (1100 ml). Los resultados de laboratorio descartan etiología infecciosa/autoinmune, la citología pericárdica sugiere malignidad/adenocarcinoma, los estudios de imagen revelaron: meningioma, nódulo supraglótico y LSD pulmonar, micronódulos pulmonares y subpleurales bilaterales, derrame pleural, diseminación ganglionar, suprarrenal, peritoneal, ósea e intramuscular, se continua con PAAF que no es diagnóstica, la biopsia se retrasa por empeoramiento clínico con rescates mórnicos, se completa dos días previos a hemoptisis, disnea refractaria, y sedación sintomática con el posterior fallecimiento.

El resultado reporte: adenocarcinoma, positivo: CK AE1/3 y negatividad: TTF1, sinatopfisina, CD56, p63. Según directrices de SEOM se podría considerar como un tumor de origen desconocido filiado a adenocarcinoma de pulmón.

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

Pese a mal pronóstico del paciente se debe continuar con las pruebas recomendadas para conseguir el diagnóstico oportunamente e iniciar una terapéutica dirigida, en atención primaria se debe incidir constantemente en el cese del tabaquismo, autocuidado de la salud y modificación de hábitos de vida para reducir la morbimortalidad por enfermedades crónicas.

## Palabras clave

Taponamiento cardiaco, neoplasias primarias desconocidas, tabaquismo.

# Síntomas sutiles, consecuencias mayores

Pons Villarta I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe Ciudad Expo. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 52 años que acude a consulta por astenia persistente y pérdida de peso no intencionada en los últimos tres meses.

## Historia clínica

Paciente sin antecedentes de patología crónica relevante, no fumadora, sin consumo de alcohol. Consulta por fatiga progresiva, asociada a leve disnea de esfuerzo y epigastralgia intermitente. Refiere pérdida de 5 kg en tres meses sin cambios en su dieta ni aumento de actividad física.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no patologías relevantes previas. No antecedentes familiares de patologías digestivas o neoplásicas.

*Anamnesis:* dolor abdominal inespecífico, sin alteraciones en el tránsito intestinal. No fiebre ni sudoración nocturna.

*Exploración física:* paciente consciente y orientada, IMC 22 kg/m<sup>2</sup>. Mucosas húmedas, sin adenopatías palpables. Auscultación cardiopulmonar normal. Dolor leve a la palpación epigástrica sin signos de irritación peritoneal.

*Pruebas complementarias:* analítica sanguínea con anemia microcítica (Hb 10.5 g/dL, VCM 74 fL). Test de sangre oculta en heces positivo. Ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Solicitud de endoscopia digestiva alta y colonoscopia.

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente con nivel socioeconómico medio, sin

factores de riesgo psicosociales identificados.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Diagnóstico diferencial:* enfermedad celiaca, gastritis atrófica, neoplasia digestiva, malabsorción.

*Diagnóstico final:* adenocarcinoma de colon derecho confirmado por biopsia en colonoscopia.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a Unidad de Digestivo y Oncología.

Tratamiento quirúrgico programado.

Manejo del soporte nutricional y tratamiento de la anemia ferropénica.

## Evolución

Paciente intervenida con resección de la lesión tumoral. Actualmente en seguimiento por Oncología y Medicina de Familia para control de efectos secundarios y soporte emocional.

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

Importancia del médico de familia en la detección precoz de signos de alarma de patología neoplásica.

Papel clave en la coordinación entre niveles asistenciales.

Necesidad de vigilancia activa en pacientes con síntomas inespecíficos.

Importancia de potenciar el cribado precoz en Atención Primaria.

## Palabras clave

Neoplasias colorrectales, diagnóstico precoz, atención primaria de salud.

# El orden de los factores sí altera el producto: comunicación de malas noticias

Hassan Querol S, Tocino Carmona J, Crespo Sanz A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz

## Ámbito del caso

Allá donde llegue nuestra asistencia.

## Motivos de consulta

Incertidumbre, miedo o angustia de una noticia mal comunicada

## Historia clínica

Una "mala noticia" es aquella que impacta negativamente la perspectiva de vida de una persona, y será el paciente quien la determine como tal.

## Enfoque individual

No solo recibe información, sino que la integra en su historia, entorno e identidad.

## Enfoque familiar y comunitario

Su familia y entorno también se ven afectados.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

No es solo la noticia, sino cómo se informa. Una comunicación inadecuada produce confusión, desconfianza y sufrimiento. Falta de confidencialidad, frases ambiguas o la ausencia de un plan, aumentan la ansiedad y dificultan la adaptación. Es un reto para el médico, la carga emocional, el miedo a la reacción y la incertidumbre, generan estrés y desgaste profesional.

## Tratamiento, planes de actuación

Aprendiendo desde la deconstrucción del protocolo SPIKES:

Empezar creando un entorno adecuado (*setting*). María con esclerosis múltiple supo su diagnóstico cuando su entorno ya lo sabía. Debó recibir la información primero y un

ambiente de confianza. Posteriormente la percepción sobre su situación. Juan con edema en esclavina ingresó sin saber la razón. Al preguntarle directamente qué sabía y qué quería conocer, recibió la información adecuada. La invitación a recibir información. Belén intervenida por miomas, citada para resultados. Al llegar: "La cosa es seria: es cáncer". Fundamental explorar qué nivel de información desea saber. Continuando, *knowledge* (conocimiento). Informar de manera clara y estructurada. Angelines, estudio por mieloma múltiple dedujo su diagnóstico al recibir una cita en oncología. Explicar la sospecha habría evitado angustia. Sin olvidar la empatía. Isabel, costurera, perdió la visión tras una cirugía oftalmológica. No se consideró la repercusión en su vida. Validar sus sentimientos facilita la adaptación. Finalmente, la Estrategia. Germán con insuficiencia renal avanzada afrontó mejor su diagnóstico cuando se le presentaron opciones de tratamiento.

## Evolución

Comunicar una mala noticia es más que un diagnóstico. No solo impacta el momento de la noticia, sino todo lo que sigue.

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

Es cuidar cada detalle: el entorno, las palabras y el acompañamiento. Un enorme desafío, pero también una oportunidad de fortalecer la relación médico-paciente, mejorar adherencia al tratamiento y mayor confianza en nuestro sistema sanitario.

## Palabras clave

Comunicación afectiva, impacto, empatía.

# Hiponatremia severa secundaria a diuréticos: importancia del control en Atención Primaria

Morán Marín S<sup>1</sup>, Meléndez Barrero M<sup>2</sup>, Pérez Juárez C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

## Motivos de consulta

Malestar general, debilidad, náuseas y caída.

## Historia clínica

Mujer de 77 años hipertensa, dislipémica y con enfermedad de Graves-Basedow presenta desde hace semanas debilidad generalizada que ha propiciado caídas desde su propia altura.

## Enfoque individual

Nuestra paciente realiza tratamiento con eutirox, amlodipino, rosuvastatina, losartán/HCT y furosemida sin prescripción médica. Consulta en AP por malestar general, debilidad, náuseas y caída. No refiere fiebre, vómitos ni síntomas neurológicos focales.

En la exploración, se encuentra eupneica, deshidratada y bien perfundida, sin signos de focalidad neurológica ni hallazgos relevantes en la auscultación y palpación abdominal. Se realiza analítica, que evidencia hiponatremia severa (Na 111 mEq/L) e hipoosmolaridad plasmática (235 mOsm/kg). Se decide su ingreso en Medicina Interna para estudio y tratamiento. En las analíticas regladas se corrobora una función renal normal, con sodio en orina alto 37 mEq/l y un estudio de hormonas (cortisol y función tiroidea) sin alteraciones significativas. En su estancia hospitalaria sufre estatus epiléptico secundario a mielinosis pontina en contexto de corrección rápida de la natremia.

## Enfoque familiar y comunitario

No se detectan factores fuera del tratamiento farmacológico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico más probable es hiponatremia hipovolémica hipoosmolar secundaria al uso de diuréticos (tiazidas y furosemida), debido a las pérdidas renales de sodio y agua. Se descartan otras causas por la ausencia de edemas, hiperglucemia y alteraciones hormonales significativas. El diagnóstico diferencial debe centrarse en determinar la causa de la hiponatremia en función del estado del volumen extracelular (VEC) y la concentración de sodio urinario (Na<sup>+</sup>u). Identificación de problemas: uso indebido de diuréticos sin supervisión médica. Falta de seguimiento de efectos adversos del tratamiento antihipertensivo. Corrección rápida de hiponatremia.

## Tratamiento, planes de actuación

Rehidratación con fluidoterapia en medio hospitalario y control de diuréticos por parte de AP.

## Evolución

Este caso destaca la importancia del control farmacológico en AP, especialmente en pacientes polimedicados.

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

La hiponatremia inducida por diuréticos es la alteración hidroelectrolítica más frecuente. La morbimortalidad relacionada con dicha alteración hace relevante su diagnóstico y tratamiento, por lo que se debe reforzar la educación sobre el uso adecuado de fármacos y el seguimiento electrolítico en pacientes de riesgo.

## Palabras clave

Hiponatremia, diuréticos, mielinosis pontina.

# Doctora, no puedo dormir... ¿me receta algo?

Lozano Díez V

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Insomnio de meses de evolución y ansiedad persistente.

## Historia clínica

Mujer de 56 años, jefa de sección de fábrica de productos químicos, que trabaja a turnos rotatorios de 8 horas. Consulta por insomnio de meses de evolución, que cursa con despertares nocturnos y fatiga diurna, que le impide tener un descanso completo. Además, refiere ansiedad persistente y sensación de estar "siempre en alerta" ya que tiene que tener el teléfono disponible, por si surge alguna incidencia en su trabajo. Durante la entrevista, la paciente solicita prescripción de medicación psicotrópica, comentando que no puede conciliar el sueño por imposibilidad de desconectar del trabajo, confesándonos que tanto la responsabilidad como la irregularidad horaria de su jornada laboral le impiden tener una adecuada conciliación familiar, creándole conflictos con su pareja y sintiéndose aislada por no pasar tiempo con sus hijos.

## Enfoque individual

Como antecedente de interés, presenta HTA, tratada farmacológicamente con inhibidor del receptor de la angiotensina II. No consumidora de cafeína. No otras patologías ni enfermedades.

## Enfoque familiar y comunitario

Su unidad familiar está formada por su esposo y sus dos hijos.

La paciente únicamente se junta con su familia, no se relaciona con amigos ni vecinos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Z72.82 Problemas relacionados con el sueño.  
G47 Trastornos del sueño.

## Tratamiento, planes de actuación

Educación y técnicas de regulación emocional y afrontamiento del estrés, fundamentalmente orientadas al entorno laboral.  
Seguimiento semanal para valoración del estado psicológico.

## Evolución

Tras 4 meses de aplicación del plan terapéutico consensuado con la paciente y seguimiento semanal, ha presentado una mejoría significativa de los motivos por los que consultó.

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

La jornada laboral es determinante clave en los trastornos del sueño.

La medicina de familia permite un abordaje integral, identificando los factores psicosociales subyacentes y tratándolos.

Las estrategias de afrontamiento del estrés pueden ser efectivas en el manejo del insomnio crónico, sin necesidad de fármacos psicotrópicos.

## Palabras clave

Insomnio, estrés laboral, ansiedad.

# Disnea e insuficiencia respiratoria: no todo es neumonía

Carmona García M<sup>1</sup>, Becerra Serrano A<sup>1</sup>, Flores Soler O<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas Dr. Rafael Flores Crespo. Córdoba

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea.

## Historia clínica

Paciente de 93 años con AP: FA anticoagulada, HTA, IABVD, acude por presentar aumento de su disnea habitual de una semana de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Asocia ortopnea y dolor en hemitórax derecho a punta de dedo. Afebril. Leves edemas en MMII. No síndrome constitucional. Un mes antes acudió a urgencias por un traumatismo en costado derecho donde dieron de alta con refuerzo de analgesia.

## Enfoque individual

Normotenso. Sat O<sub>2</sub>: 93% basal. Afebril. ACR: arrítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado en campo pulmonar izquierdo y disminuido en derecho en base con crepitantes en bibasales, predominantemente en lado derecho. MMII: Edemas bilaterales con fóvea perimaleolar. Rx tórax: se aprecia condensación basal derecha junto con pinzamiento de senos costofrénicos, más acusado en hemitórax derecho.

## Enfoque familiar y comunitario

Se acordó con la familia revisión a las 48h.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neumonía adquirida en la comunidad con derrame pleural asociado. Se pautó tratamiento

antibiótico y se citó en consulta a las 48h. Acudió con empeoramiento de la disnea, por lo que realizamos una ecografía clínica pulmonar donde objetivamos un derrame pleural de gran cuantía con septos en su interior. Ante no mejoría del cuadro derivamos a Urgencias hospitalarias donde drenaron dicho derrame y realizaron análisis del líquido pleural. Finalmente, el análisis indicó que el líquido pleural era de contenido serohemático en relación al traumatismo que tuvo el paciente, *Diagnóstico diferencial*: tumoral o empiema.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento inicial: antibioterapia y diuréticos hasta revisión. Posteriormente, en el hospital, drenaje del derrame pleural con tratamiento depletivo asociado.

## Evolución

El paciente evolucionó favorablemente durante el ingreso en el que disminuyó la disnea al mismo tiempo que la cuantía de derrame pleural. Pudo ser dado de alta con control de los síntomas.

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

Una buena anamnesis es esencial para el abordaje de los pacientes en Atención Primaria. La ecografía clínica se está convirtiendo en una herramienta más en Atención Primaria y puede cambiar el diagnóstico inicial de muchas patologías, así como su abordaje.

## Palabras clave

Disnea, neumonía, ecografía clínica.

# Visión global del paciente: un paso hacia el éxito diagnóstico

Jiménez Arteaga C, González Mata A, Guerrero Pérez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Crisis hipertensiva.

## Historia clínica

Paciente de 43 años, natural de Colombia, atendido en urgencias por crisis hipertensiva. Niega dolor torácico, no palpitations ni disnea. El paciente refiere episodios de hipertensión desde los 18 años. Comenzó estudio por medicina interna en Sevilla en 2010 por misma sintomatología asociada a hipopotasemia. Además, refiere hallazgo de masa suprarrenal izquierda, que no se completó porque el paciente regresó a su país y perdió seguimiento. Se realiza analítica y se objetiva hipopotasemia. Ante los hallazgos de HTA + hipopotasemia + masa suprarrenal izquierda, se decide ingreso para estudio de sospecha de hiperaldosteronismo primario. En ingreso de medicina interna, se realiza cociente aldosterona/ARP siendo mayor de 750. Posteriormente, se realizó sobrecarga salina siendo positiva y angio-RMN de suprarrenales que confirmó adenoma suprarrenal izquierdo típico de 25 x 29 x 26 mm.

## Enfoque individual

Natural de Colombia con los siguientes antecedentes de interés:

Personales:

- No RAMc.
- Niega hábitos tóxicos.
- Factores de riesgo cardiovascular: HTA en tratamiento, dislipemia. Obesidad.
- IQ: amigdalectomía.

Familiares: HTA en padre y abuelo paterno.

## Enfoque familiar y comunitario

En Colombia tiene buen soporte familiar, reside en una zona urbana.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hiperaldosteronismo primario, hipertensión esencial.

## Tratamiento, planes de actuación

Se da de alta con juicio clínico de hiperaldosteronismo primario, pendiente de realización de gammagrafía suprarrenal y posterior cita con cirugía.

Se ajusta tratamiento domiciliario, espironolactona 100 mg, enalapril 20 mg, amlodipino 5 mg, bol K.

## Evolución

Posteriormente, se realiza gammagrafía de corteza adrenal bajo frenación con dexametasona y se observa foco de hipercaptación sobre la glándula adrenal izquierda.

Se concluye estudio compatible con sospecha de adenoma de Conn en glándula adrenal izquierda.

Por último, se decide suprarrenalectomía izquierda.

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

Destaca la importancia de intentar unificar todos los signos/síntomas de un paciente, teniendo una visión integral o global del mismo. Este tipo de práctica nos lleva a un diagnóstico más preciso (en medida de lo posible) y a un tratamiento efectivo.

Al tener en cuenta todos los síntomas de forma conjunta, es posible identificar patrones que podrían pasar desapercibidos si se consideran de manera aislada.

## Palabras clave

Hiperaldosteronismo primario, suprarrenal, hipertensión.

# "El estetoscopio abdominal"

Sarmiento Acosta M<sup>1</sup>, Ramos Alonso S<sup>2</sup>, Sarmiento Jiménez F<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Norte. Málaga

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Norte. Málaga

## Ámbito del caso

Medicina de familia.

## Motivos de consulta

Recogida de analítica.

## Historia clínica

Masculino 62 años acude a consulta para recogida de analítica para astenia de meses de evolución sin síndrome constitucional.

## Enfoque individual

Fumador 20 cigarrillos diarios, bebedor de 2 UBE diarias. NAMC, sin FRCV, hiperuricemia, trastorno mixto depresivo ansioso, Déficit de vitamina B12. En analítica destacaba GGT 2148, AST 349, ALT 495, Fosfatasa alcalina 392. No dolor abdominal, pérdida de peso, alteración del HI, ictericia, acolia, coluria. BEG, CyO, eupneico, rítmico a 90 lpm sin soplos, MVC, abdomen blando, depresible no doloroso a palpación no masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. No edemas. Ecografía clínica: hígado de ecogenicidad y tamaño normal sin LOES, vesícula muy distendida de 11 x 4,4 cm con barro biliar en su interior y pared normal. Murphy ecográfico negativo. Dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Venas suprahepáticas y porta normales. Bazo de ecogenicidad y tamaño normal. Ambos riñones normales. Vejiga normal. No líquido libre. En área pancreática se aprecia formación nodular sólida en cabeza de unos 3,5 cm hipoecogénica, no capta Doppler. No adenopatías.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive solo, 2 hijas (una estudia fuera y la otra trabaja en Vélez).

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Dilatación de vía biliar intra y extrahepática y marcada dilatación vesicular con barro con pared normal en probable relación a proceso neoplásico pancreático en paciente asintomático. Colecistitis aguda, colelitiasis obstructiva, coledocolitiasis, esteatosis hepática, hepatitis, neoplasias hepáticas.

## Tratamiento, planes de actuación

Se envía a urgencias.

## Evolución

Se confirma diagnóstico y Se ofreció ingreso que rechazó para estudio ambulatorio e ingreso posterior.

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

La ecografía es una técnica segura y fiable que aumenta la capacidad diagnóstica, agiliza y mejora la toma de decisiones en cualquier ámbito. Ante un paciente con clínica inespecífica y poco llamativa y exploración anodina, fue capaz de identificar una lesión neoplásica en estadios preclínicos, permitiendo un abordaje rápido en tiempo y a tiempo. Fue el auténtico estetoscopio abdominal ("ver dentro" cuando la exploración habitual no aportaba nada). La formación en ecografía clínica por su fiabilidad, utilidad, bajo coste, reproducibilidad beneficia claramente al médico de familia por lo que debe ser accesible y ser parte de su formación.

## Palabras clave

Ecografía, medicina de familia, utilidad.

# Diagnóstico diferencial en Atención Primaria: "Cuando una contractura cervical oculta un cáncer pulmonar"

Ruiz Ortiz A<sup>1</sup>, Barón Alarcón A<sup>2</sup>, González Ramírez A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. CS Isla chica. Huelva

<sup>2</sup> HU Juan Ramón Jiménez. CS Huelva centro. Huelva

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Juan Ramón Jiménez. CS Molino De la Vega. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio Urgencias.

## Motivos de consulta

"Dolor de cuello".

## Historia clínica

Varón de 72 años asiste el (04/06/24) a centro de salud por contractura cervical tratado con diazepam. La siguiente semana inicia con edema palpebral y cuello, ligera disfonía y disnea de moderados esfuerzos consultando al SUH (09/06/24) y dan alta con posible reacción alérgica al diazepam dejando tratamiento con corticoides orales y suspenden diazepam. Asiste de nuevo al centro de salud (13/06/24) por persistencia de clínica y ortopnea además tos expectorante blanquecina que refiere habitual y se deriva a SUH para valoración. Niega fiebre, hemoptisis, síndrome constitucional, dolor torácico, palpitaciones y semiología de insuficiencia cardíaca.

## Enfoque individual

RAM: ¿Diazepam? Hábitos tóxicos: fumador activo (paquete diario desde adolescencia). HTA. DLP. Hipertiroidismo. BEG. Leve edema palpebral. TA: 145/83, FC 99, Sat O<sup>2</sup> 97% a/a. Faringe eritematosa, sin edema de úvula. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. MVC con subcrepitantes bibasales. Abdomen varices superficiales vs circulación colateral en tórax. MMII no edema ni datos de TVP. Analítica DD 2134, Gluc 254, PCR 12.8, proBNP 148. Resto normal. Rx tórax Engrosamiento hilar con masa suprahiliar derecha, lesión satélite en LSD con infiltrado intersticial bilateral y redistribución a vértices. Angiotac Tórax Neoplasia pulmonar estadio avanzado + Síndrome de vena cava superior sin trombosis.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su esposa y 2 hijos. IABVD. Funciones cognitivas superiores conservadas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de vena cava superior asociado a Neoplasia pulmonar.

*Diagnóstico diferencial:* reacción alérgica a medicamento. ICC descompensada. TEP.

## Tratamiento, planes de actuación

En urgencias se realiza tratamiento con dexametasona + furosemida. Se ingresa en Neumología para estudio de extensión.

## Evolución

Durante estancia en planta con buena respuesta a tratamiento sintomático, es valorado por oncología confirmando estadio IV por metástasis óseas, realizan primer ciclo de QT con Cisplatino + etopósido con adecuada evolución. Se realiza RMN cerebral con Ictus asintomático, es valorado por neurología con tratamiento dirigido. Tras dos semanas de hospitalización, buena evolución, dan alta con control ambulatorio en CCEE.

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

La valoración integral es clave para detectar patologías graves. Mejorar el cribado, algoritmos de alerta y capacitación facilitarían el diagnóstico temprano de cáncer pulmonar y optimizaría el manejo de síntomas en Atención Primaria.

## Palabras clave

Disnea, cáncer pulmonar, fumador.

# "Doctora vengo por resultados de mi analítica"

Pérez Juárez C<sup>1</sup>, Meléndez Barrero M<sup>2</sup>, Morán Marín S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Resultados analítica alterados.

## Historia clínica

Varón de 55 años con AF: madre HTA. AP dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, alergia primaveral, hipogonadismo. Exfumador hace 20 días (15 paq./año). En tratamiento con metformina 1 g/dapagliflozina 5 mg, rosuvastatina 10 mg/ezetimiba 10 mg, testosterona 1000 mg/4 ml. Acude por resultados control analítico de su diabetes y control TA de 15 días ya que había presentado TA alta en últimas visitas. EF: BEG, C y O, BH Y BP. Rubefacción. TA: 160/100 mmHg FC 77 lpm. ACP: mvc sin ruidos patológicos, rítmico sin soplos. Abdomen anodino. No edemas. En analítica solicitada Hb 18.5, hematocrito 58%, plaquetas 140000, leucocitos 13630. HbA1c 6.3%. Resto dentro de la normalidad.

## Enfoque individual

Solicito analítica control en 1 mes ante la sospecha de policitemia vera.

## Enfoque familiar y comunitario

Acude solo a recogida de resultados. Realizamos toma de constantes y explicamos plan de actuación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipertensión arterial. Policitemia *diagnóstico diferencial* en este caso: policitemia primaria (policitemia vera) o secundaria (efecto adverso tratamiento testosterona a largo plazo).

## Tratamiento, planes de actuación

Losartán 50 mg /24h. Control de TA. Analítica en 1 mes.

## Evolución

Aporta buenos controles de la TA con Losartán. Hemograma: leucocitos 9.16, hematíes 6.59, hemoglobina 19.2 (previa 18.5), hematocrito 59.1%, plaquetas 112.000 (previa 140). Bioquímica: normal salvo: hierro 160. Id sat. transferrina 40.8. resto de perfil férrico normal, (ferritina 44.6, transferrina 281). Ácido Fólico y Vit B12 normal. Dados los hallazgos analíticos se deriva a servicio de hematología, mientras se suspende tratamiento con testosterona im para realizar los próximos controles analíticos. Para la confirmación del diagnóstico de la policitemia vera se solicitan pruebas genéticas JACK2 V617F.

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

La policitemia vera es un trastorno mieloproliferativo crónico caracterizado por la producción excesiva de glóbulos rojos en la medula ósea. En el 95% de los casos se detecta la mutación JACK2 V617F. Por lo que diagnosticar de manera temprana es fundamental, ya que nos permite prevenir complicaciones trombóticas, controlar síntomas (cefalea, mareos, visión borrosa...), reducir el riesgo de transformación a mielofibrosis o incluso LMA, así como, evitar el daño de órganos vitales y establecer tratamiento adecuado como es la flebotomía terapéutica.

## Palabras clave

Policitemia vera, flebotomías.

## “Doctora, me siento hinchada”

Pérez Juárez C<sup>1</sup>, Meléndez Barrero M<sup>2</sup>, Morán Marín S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

### Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Edemas en MMII.

### Historia clínica

AF: No. AP: NAMC. Ac anti receptor fosfolipasa A2 +. Mujer de 43 años que refiere edemas en miembros inferiores de 2 meses de evolución. No edemas en párpados. Aumento de peso 6kg. No fiebre. Orina clara. EF: BEG, normohidratada. TA: 100/60 mmHg FC 77 lpm Afebril. ACP: mvc sin ruidos patológicos. Rítmico sin soplos. Abdomen: anodino. PPR negativa. MMII: edemas en ambos MMII hasta zona inguinal con fóvea ++, no signos de TVP; pulsos pedios conservados, alguna varícula. Se solicita Comburtest: proteinuria +++.

### Enfoque individual

Se solicita analítica ante la sospecha de síndrome nefrótico: Hemograma y coagulación dentro de la normalidad. Bioquímica: glucosa 83, Cr 0.74 FG mayor de 90%, urea 24, colesterol total 300. Na 141, K 3.6. Sistemática orina: proteínas 600 mg/dl, hematíes 150 x1/ul, sedimento 4-6 h/c. Ac antipla2R +.

Ecografía renal: Ambos riñones tamaños, morfología y ecoestructura normales, grosor parenquimatoso conservado (hipertrofia columna de Bertin RI). Ausencia de dilatación del sistema excretor, no colecciones intra ni extrahepáticas.

### Enfoque familiar y comunitario

La paciente acude sola a la recogida de los resultados. Es madre de dos hijos y está casada.

Realizamos control de peso en consulta para ver evolución.

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

Síndrome nefrótico.

### Tratamiento, planes de actuación

Dieta sin sal. Limitación ingesta de agua medio l/día por edemas. Paracetamol si dolor. Prednisona 30 mg desayuno. Simvastatina 20 g. Omeprazol 20 mg, Sulfametoxazol 800 mg/trimetoprima 160 mg 1 comprimido L, M y V. Calcio carbonato 1.5 g/colecalciferol 400 UI 1 comp. /24h. Realizar glucemia antes desayuno y cena (durante esteroides) se administrará pauta insulina rápida.

### Evolución

Inicia pauta Ponticelli bolos 1 g MP x 3d seguido de prednisona 0.5 mg/kg/día, meses 1-3-5. Ciclofosfamida oral 2-2.5 mg/kg/día meses 2-4-6. En sexto mes tratamiento con ponticelli Antipla2R negativo. Remisión completa y recupera su peso desapareciendo los edemas. En seguimiento semestral.

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

Diagnosticar de forma precoz el síndrome nefrótico, determinar causa subyacente primaria o secundaria nos permite brindar un manejo adecuado, reducir riesgos de trombosis, controlar dislipemia, y prevenir progresión a insuficiencia renal crónica.

### Palabras clave

Edemas, síndrome nefrótico.

# PSA en 900 y masa pulmonar, ¿pensarías solo en neoplasia?

Guerrero Pérez C<sup>1</sup>, López Clavijo M<sup>2</sup>, González Mata A<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

Malestar general.

## Historia clínica

Paciente de 59 años, sin antecedentes de interés salvo gran fumador y bebedor habitual, que acude a consulta, tras más de 6 años de última consulta, con quejas de malestar general de dos meses de evolución, intensa astenia y dolores musculares generalizados de predominio gemelar que han llegado a impedirle la deambulación de forma autónoma y requiere andador. Además, anorexia y pérdida de peso no cuantificada de 5 meses de evolución. Niega disnea u ortopnea y presenta nicturia de 3 veces sin DPN. En la exploración física, se mantiene eupneico con Sat O<sub>2</sub> 97% A/A, presenta tinte subictérico e hiperpigmentación generalizada. Resto normal. Solicitamos ECG y analítica completa de la que destaca plaquetopenia y PSA 912 ng/mL. Solicitamos radiografía de tórax en la que se visualiza masa en LSD por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias. Aunque la sospecha inicial era de cáncer de próstata metastásico, finalmente el paciente es diagnosticado de tuberculosis pulmonar cavitada y con biopsia de próstata negativa para malignidad.

## Enfoque individual

AP: NAMC. Fumador de 1 paq./día (IPA 40). Consumidor de alcohol de 1l de cerveza diario. Tratamiento actual: metamizol 575 mg a demanda.

## Enfoque familiar y comunitario

Trabaja como limpiador de oficinas. Vive con su madre, enferma de Alzheimer, que depende de

sus cuidados. Tiene un hermano que le sirve de apoyo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* tuberculosis pulmonar cavitada. Quiste prostático en estudio sin datos de malignidad.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante la alta sospecha de cáncer de próstata, inició tratamiento con antagonistas de GnRH ante la alta sospecha de cáncer de próstata que se suspendió cuando se obtuvo biopsia negativa y comenzó con isoniazida y etambutol para tratar la tuberculosis.

## Evolución

Ha tenido que suspender isoniazida por efecto adverso ya que ha desarrollado una anemia aplásica de serie roja.

Está en seguimiento por urología y neumología de forma estrecha.

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

Aunque un PSA de 900 ng/mL es altamente sugestivo de cáncer de próstata metastásico, es fundamental considerar diagnósticos alternativos, como infecciones o procesos inflamatorios. La tuberculosis pulmonar puede simular una neoplasia. Debemos considerarla en pacientes vulnerables con contextos clínico y social particulares y estar alerta ante signos de alarma.

## Palabras clave

Prostate-specific antigen, lung neoplasms, pulmonary tuberculosis.

# Más allá de la demencia: encefalitis autoinmune LGI-1 como diagnóstico diferencial

Guerrero Pérez C<sup>1</sup>, Cascajo Delgado A<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

Fallos de memoria.

## Historia clínica

Paciente de 59 años que acude acompañado de su mujer que refiere que desde hace semanas tiene fallos de memoria reciente. Al notar que olvida cosas, da rodeos en su argumentación, no enlaza bien las frases y tiene dificultad para encontrar las palabras. Se muestra repetitivo y guarda objetos que no logra encontrar.

En la *exploración* no se encuentran alteraciones evidentes en la motricidad ni presenta alteraciones importantes en test de cognición.

Se solicita analítica amplia que incluye despistaje de demencia y evaluación de causas metabólicas o infecciosas y se programa revisión en 10 días.

En la revisión la mujer refiere que además de los problemas de memoria, está mostrando signos de agresividad verbal y física sin justificación y una marcada labilidad emocional (llora durante una comedia). Además, ha comenzado a mostrar delirios de grandeza: gasta dinero sin control, busca pisos en inmobiliarias y tiene alterado el patrón de sueño.

Seguimos indagando en la anamnesis y nos cuenta que presenta ocasionalmente automatismos facio-braquiales y que ha tenido varios episodios de "desconexión", autolimitados en segundos, sin pérdida de conciencia, pero si lleva algo en las manos, se le cae.

La analítica no muestra hallazgos significativos y derivamos a Neurología de forma preferente para continuar estudio. Realizan RNM normal, polisomnografía normal y EEG compatible con epilepsia focal y por tanto el cuadro se clasifica

como encefalopatía epiléptica. Se amplía estudio con punción lumbar con resultado positivo de LGI1 catalogando la entidad como encefalitis mediada por anticuerpos LGI-1.

## Enfoque individual

*Antecedentes familiares:* Padre y hermano con crisis comiciales.

*Antecedentes personales:* RAM a enalapril, HTA, DLP tratada, bebedor puntual.

## Enfoque familiar y comunitario

Físico de profesión jubilado. Buen soporte familiar por mujer e hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Encefalitis mediada por anticuerpos LGI-1.

## Tratamiento, planes de actuación

Se iniciaron antiepilépticos.

## Evolución

Actualmente control de síntomas.

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

La Atención Primaria juega un papel crucial en la detección temprana de signos neurológicos y psiquiátricos, realizando una primera evaluación integral del paciente. Su capacidad para identificar síntomas alarmantes y coordinar pruebas iniciales es fundamental para hacer una derivación adecuada a neurología y salud mental. Además, proporciona apoyo emocional a la familia y establece un seguimiento continuo.

## Palabras clave

Encephalitis, epilepsy, focal, cognitive dysfunction.

# Microalbuminuria como marcador de daño renal en paciente hipertenso no conocido

Suárez Sánchez R, Del Hoyo Miralles M, Chicano Villatoro I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

## Ámbito del caso

Medicina de familia, Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente varón de 52 años que consulta para solicitar un control analítico periódico.

## Historia clínica

- Varón de 52 años.
- Sin hábitos tóxicos.
- FRCV; hipertensión no conocida. Dislipemia. SCORE 4. RCV bajo-moderado.
- SAHOS grave en tratamiento con CPAP.
- IQ. Safenectomía izquierda; hernia umbilical; hallux valgus.
- Disfunción eréctil y eyaculación precoz.
- Esteatosis hepática. Incluido en el proyecto GRIP de HUVR.

## Enfoque individual

- COC, BHYP, eupneico en reposo y al habla. TA 130/70 mmHg, Sat O<sub>2</sub> 99% sin aportes. IMC 25 (86 Kg, 185 cm).
  - ACP: rítmico, sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos.
  - Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. RHA conservados. No doloroso. Sin peritonismo.
  - MMII. No edemas ni signos de TVP.
- A) Analítica: microalbuminuria positiva 42.8 mg/g; Cr 0.96; FG 91 mL/min. Colesterol 232, LDL 132, no HDL 160, HDL 63. HbA1c 5.3%.
- B) Analítica a los 3 meses: continúa con microalbuminuria 39 mg/g.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* microalbuminuria.

*Diagnóstico diferencial:* hipertensión arterial.

Diabetes Mellitus. Tabaquismo. Fiebre y ejercicio.

## Tratamiento, planes de actuación

Se iniciaron medidas higiénico dietéticas: ejercicio físico, reducción de grasas y sal (dieta DASH), pérdida de peso, abandono del alcohol y AMPA.

## Evolución

En este periodo el paciente consultó en urgencias del centro de salud por crisis hipertensiva, iniciándose tratamiento con enalapril 20 mg. En la siguiente consulta aportaba AMPA con buenos controles tensionales sin superar 140/80 mmHg en ninguna determinación. Seguía correctamente las medidas higiénico dietéticas establecidas. En el nuevo control tensional a los 6 meses no presentaba microalbuminuria, que continúa negativa actualmente.

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

Durante muchos años la hipertensión cursa de forma subclínica, siendo en este momento cuando aparece el daño en el endotelio renal, que pueden desencadenar ECV, ERC y aumento de la mortalidad. Por tanto, la presencia de microalbuminuria es el resultado de una alteración de la vascularización renal. Extraemos entonces, que la determinación de la microalbuminuria en pacientes hipertensos y en población no hipertensa es importante y sencillo para conocer un posible daño renal subclínico y prevenir la evolución a ERC.

## Palabras clave

Essential hypertension, albuminuria, angiotensin II type 1 receptor blockers (ARBs).

# Dolor de cadera en adolescente migrante sin traumatismo

Escudero Sánchez C<sup>1</sup>, Pedrosa Arias M<sup>2</sup>, Crespo Jiménez C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil. La Zubia (Granada)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil. La Zubia (Granada)

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Coxalgia izquierda.

## Historia clínica

Adam es un chico de 17 años, procedente de Marruecos, llegó a España hace tres años, no tenemos historia clínica previa. Reside en un centro de menores tutelados.

Desde su llegada a España constan múltiples consultas por dolor de tipo mecánico e infecciones virales comunes.

En octubre de 2024, por primera vez acude por molestias en zona inguinal izquierda, especialmente cuando hace ejercicio.

A la *exploración*, la movilidad de la cadera era normal, presentaba algún ganglio en ingles no sospechoso. Iniciamos tratamiento sintomático y damos revisión. Por persistencia del dolor, solicitamos radiografía de pelvis.

En noviembre de 2024 acude a Urgencias hospitalarias. Decidimos solicitar ecografía de cadera, que se realiza en enero de 2025. El radiólogo, al ver las imágenes, amplía a RM de pelvis, obteniendo como resultado: epifisiólisis femoral superior izquierda con deslizamiento posteroinferior en grado leve-moderado.

## Enfoque individual

Adam es un paciente frecuente en consulta, normalmente por clínica banal (mucosidad, tos, resfriados...). Aparte, presenta varias patologías (hipotiroidismo, hallux valgus, gonalgia...).

## Enfoque familiar y comunitario

Tenemos poca información de su familia, Adam vino solo a España. Los monitores del centro

donde reside son muy atentos y nos consta que les prestan a todos los usuarios una buena atención y nos comentan que nuestro paciente tiene buena relación con el resto de los chicos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Dolor de cadera, rotura muscular.

## Tratamiento, planes de actuación

Al ver el resultado de la RM, hacemos una TC a COT de nuestro hospital, que tardan aproximadamente en contestar de dos a cuatro semanas. A la semana de realizar, preocupadas, nos ponemos personalmente en contacto con una residente de traumatología. Es ella quien se pone en contacto con el Equipo de Traumatología Infantil. Se le cita y a los dos días es intervenido.

## Evolución

Se interviene quirúrgicamente con tornillo de fijación. Está comenzado la rehabilitación.

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

Este caso nos plantea dos conclusiones. Lo primero, es que no debemos infravalorar síntomas, por mucho que impresionen de banales. El otro punto es la necesidad de una mejor comunicación entre atención hospitalaria y primaria. ¿Debe depender la salud de nuestros pacientes de las amistades de su médica de familia?

## Palabras clave

Dolor inguinal, rotura muscular, epifisiólisis.

## “Todos a una”

Espinal Sánchez M<sup>1</sup>, Gámez Navarro M<sup>2</sup>, Mateos Gómez A<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

“Todos a una”.

### Motivos de consulta

Cefalea.

### Historia clínica

Varón de 50 años que acude a urgencias de Atención Primaria por malestar general, cefalea, náuseas, vómitos y aumento de cifras de tensión arterial (TA) desde por la mañana.

*Antecedentes personales:* sin interés.

### Enfoque individual

Ante la afectación del paciente por la cefalea, se decide paso a sala de urgencias para valoración y toma de constantes, donde pierde conocimiento, pero respira.

### Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar, acude acompañado por su mujer.

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

Emergencia hipertensiva vs Sospecha ictus hemorrágico vs Síncope cardiogénico.

### Tratamiento, planes de actuación

Ante un paciente que no responde, y respira, iniciamos valoración ABCDE:

- A) vía aérea: inconsciente, tolera cánula orofaríngea.
- B) respiración: respira con normalidad a 16 respiraciones por minuto. Sat O<sub>2</sub> 96%.
- C) circulación: corazón rítmico a 80 latidos por minuto. Relleno capilar < 2 segundos. Se canaliza vía venosa periférica y se monitoriza. Electrocardiograma sin alteraciones. TA 200/105 mmHG,

administrándose Labetalol 50 mg intravenoso (iv) por sospecha de emergencia hipertensiva.

D) estado neurológico: Glasgow 3/15. Pupilas mióticas arreactivas, administrándose naloxona 0,4 mg iv sin respuesta. Bmtest 136mg/dl.

E) exposición: sin alteraciones. Temperatura normal.

Al reevaluar, presenta parada cardio-respiratoria, con ritmo inicial de asistolia, iniciándose soporte vital avanzado (SVA). Tras cinco minutos, recupera pulso, visualizándose ritmo sinusal, iniciándose cuidados post-resucitación por equipo móvil al que se había alertado. Finalmente, es trasladado al hospital de referencia realizándose TC cráneo que identifica aneurisma de arteria cerebral anterior con sangrado subaracnoideo y tetraventricular, realizándose drenaje ventricular y tratamiento fibrinolítico.

### Evolución

Tras más de 50 días en UCI, permanece ingresado en planta, con lenta pero posible recuperación neurológica.

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

La valoración ABCDE es una herramienta muy útil para la valoración inicial del paciente en situaciones de emergencia. Permite evaluar de forma rápida y sistemática los aspectos más importantes del estado del paciente. Gracias al reconocimiento precoz de la parada y al inicio precoz de maniobras de SVA, se mejora el pronóstico y la supervivencia de pacientes.

### Palabras clave

Emergencia hipertensiva, paro cardíaco extrahospitalario, hemorragia subaracnoidea.

# Me pesan las piernas

Morán Marín S<sup>1</sup>, Meléndez Barrero M<sup>2</sup>, Pérez Juárez C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria (AP).

## Motivos de consulta

Parestesia ambos pies.

## Historia clínica

Mujer de 77 años hipertensa, dislipémica y con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de larga data con tratamiento insulínico, acude por parestesia en ambos pies hasta rodillas que le impide dormir.

## Enfoque individual

Nuestra paciente presenta desde hace un año parestesias gradual y distal "en calcetín". No presenta dolor en columna lumbar, reflejos poplíteos y aquileos conservados y presenta trastornos tróficos cutáneos. Se ha realizado prueba de sensibilidad monofilamento por parte de enfermería siendo positiva. Presenta analítica con hemoglobina glicada en 6,7% y electroneurografía-electromiografía (ENG-EMG) con polineuropatía sensitivo-motora tipo axonal leve-moderada. Ha realizado múltiples tratamientos sin ser efectivos (gabapentina, pregabalina, parches de capsaicina y duloxetina).

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente asiste habitualmente acompañada de su esposo y, en algunas ocasiones, de alguno de sus hijos. Esto evidencia un adecuado apoyo familiar, lo que facilita la comunicación y el abordaje del caso.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El cuadro clínico sugiere una neuropatía diabética. Se han descartado otras causas estructurales (como radiculopatía lumbar y

enfermedad vascular periférica), polineuropatía por otras causas (déficit vitamínico, alcoholismo, enfermedades autoinmunes o infecciosas) y se confirma la afectación neuroaxonal mediante ENG-EMG.

## Tratamiento, planes de actuación

Optimización del control glucémico con ajuste insulínico y educación diabetológica. Se introduce amitriptilina en dosis bajas con ajuste progresivo según tolerancia, asociada a manejo tópico con crema de capsaicina. Además, se ha reforzado el manejo no farmacológico con ejercicio y plantillas para mejorar la circulación y la sensibilidad.

## Evolución

La paciente refiere una leve mejoría en la intensidad de la parestesia, con mejor tolerancia nocturna, aunque persiste la afectación funcional. El ajuste de la amitriptilina ha permitido un mejor descanso nocturno sin efectos adversos relevantes. Se deriva a medicina interna para valorar nuevas opciones terapéuticas en caso de persistencia de síntomas.

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

La polineuropatía diabética es una complicación frecuente de la DM2 y puede ser difícil de manejar cuando es refractaria al tratamiento convencional. No se dispone de un tratamiento específico, aunque un control estricto de la glucemia parece mejorar el cuadro clínico. En caso de dolor se usan antidepresivos.

## Palabras clave

Polineuropatía diabética, control glucémico, enfoque multidisciplinar.

# Doctor, la ansiedad me ataca la piel

Roldán Rodríguez R<sup>1</sup>, Delgado Soto E<sup>2</sup>

<sup>1</sup> H Infanta Elena. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Varón de 56 años que inicia tratamiento con tirzepatida hace una semana para control metabólico y pérdida de peso.

## Historia clínica

Obesidad mórbida de 41. Hipertensión Arterial. Dislipemia. Fumador. Trabajador del campo en contacto con productos. Consulta por aparición a los días de iniciar tratamiento frente obesidad de ampollas flácidas de 48 horas de evolución, que se han roto dejándole erosiones dolorosas en tronco y extremidades. Molestias en mucosa oral con dificultad para la ingesta. Signo de Nikolsky positivo. Se deriva de urgencia al paciente a Servicio de Urgencias para profundizar diagnóstico ante sospecha de reacción farmacológica grave asociada a tirzepatida.

## Enfoque individual

Paciente que trabaja en el campo y maneja productos químicos. No problemas de salud mental. Sedentario y con poca implicación previa en sus hábitos de vida.

## Enfoque familiar y comunitario

Buen soporte sociofamiliar. Nivel socioeconómico vulnerable con limitación de recursos. Padre de tres hijos, divorciado.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Pénfigo vulgar. Pénfigo ampollosa. Síndrome de Steven Johnson. Reacción adversa farmacológica. Reacción autoinmune.

## Tratamiento, planes de actuación

El paciente es derivado a Medicina Interna de urgencias con derivación posterior a Dermatología, identificando con inmunofluorescencia con depósito de IgG y C3 en el espacio intercelular de la epidermis. Anticuerpos positivos para anti-desmogleína 1 y 3. Responde a manejo con corticoides.

## Evolución

El paciente evolucionó favorablemente y gracias a la colaboración conjunta y seguimiento estrecho entre Medicina Interna y Atención Primaria, este efecto adverso fue correctamente notificado y se solucionó el cuadro. A resaltar el uso cada vez más frecuente de estos nuevos fármacos para frenar la obesidad, y el desconocimiento a corto, medio y largo plazo de sus posibles efectos secundarios, siendo de especial importancia estar informado sobre su manejo en primer/segundo nivel asistencial.

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

El médico de familia representa la puerta de entrada a la patología de la mayoría de pacientes y, con una adecuada formación continuada, pueden sospechar enfermedades que requieren derivación urgente para su manejo intensivo. La actuación conjunta con Medicina Interna y la confirmación con Dermatología, fueron claves para esclarecer la sospecha desde Atención Primaria.

## Palabras clave

Penfigo, dermatitis, tirzepatida.

# Eso es la ansiedad

Cruz Briega A<sup>1</sup>, Durán García C<sup>2</sup>, Gavilán Martínez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

## Motivos de consulta

Ansiedad.

## Historia clínica

Mujer de 56 años conocida del cupo con varias consultas en contexto de síndrome ansioso-depresivo con mal control sintomático que han requerido varios ajustes de tratamiento. Consultó en días previos por clínica de palpitations y nerviosismo que se achacaron a su patología de base dado que actualmente tiene una situación familiar de conflicto. Acude posteriormente a SUAP por palpitations, náuseas y malestar general.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no RAMc. Fumadora de unos 7 cigarrillos diarios. No consume alcohol. Dislipemia en tratamiento con estatinas. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Síndrome depresivo en tratamiento con dos antidepresivos con mal control sintomático. Toma bisoprolol 2.5 mg pautado por cardiólogo privado. AQx: colecistectomizada. Ooforectomía por embarazo ectópico.

*Anamnesis:* no antecedentes cardiológicos relevantes, toma de betabloqueante pautada en clínica privada sin aportar a nuestra consulta informe. Buen control de sus FRCV. Mal control de estado de ánimo, con tratamiento farmacológico dual con buena tolerancia pero persistencia de síntomas ansioso-depresivos.

*Exploración:* mal estado general, sudorosa, mal perfundida. TA 80/40 mmHg ACP: taquicardia a unos 170 lpm. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: livedo reticularis, no se palpaban masas ni megalias, no peritonismo.

*Pruebas complementarias:* ECG rítmico, a unos 180 lpm, QRS ancho compatible con taquicardia ventricular monomorfa.

## Enfoque familiar y comunitario

Situación familiar compleja y difícil con discusiones frecuentes en domicilio. Apoyo familiar aceptable aunque banalización de sintomatología de la paciente, relacionándola con su síndrome ansioso-depresivo de base.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Taquicardia ventricular monomórfica sostenida con inestabilidad hemodinámica. Ansiedad. Shock.

## Tratamiento, planes de actuación

Cardioversión 150mV bajo sedoanalgesia, se canalizaron dos vías periféricas y se activó DCCU.

## Evolución

Salida post-CVE a ritmo sinusal a 60 lpm. Derivación en ambulancia medicalizada a SUH para ampliación de estudio. Ingreso en cardiología. Colocación de DAI en prevención de muerte súbita.

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

Pese a conocer a pacientes hiperfrecuentadores con características de somatización habitual, cuadros ansioso-depresivos como patología de base y con previos estudios dentro de la normalidad, no hay que banalizar ni infravalorar la clínica que presenten. Es fundamental realizar una anamnesis y exploración física sistemática que nos permita descartar patología grave.

## Palabras clave

Taquicardia ventricular, ansiedad, trastornos somatomorfos.

# Alerta, sarampión en la consulta. ¿Y si la prevención nos falta?

Álvarez Pérez S<sup>1</sup>, Muñoz Martínez B<sup>1</sup>, La Torre Funes F<sup>2</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 Salvador Caballero. Granada

## Ámbito del caso

Varón de 53 años que pertenece a nuestro cupo en consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Acude en dos ocasiones al centro de salud en la misma semana por cuadro de tos, fiebre, mucosidad, malestar general, disgeusia, diarrea acuosa sin productos patológicos y náuseas.

## Historia clínica

En ambas visitas la exploración física es normal y no se observan signos de deshidratación ni de alarma. Se continua con tratamiento sintomático ante la sospecha de cuadro vírico-gripal. Su mujer acude a consulta al día siguiente y nos refiere preocupada que su marido ha empeorado de forma brusca durante la madrugada, con aumento de disnea basal y aparición de un exantema en tronco. Acudimos a domicilio para valoración. Le encontramos con mal estado general, taquipnéico en reposo e hipotenso. En la exploración destacan crepitantes en base derecha y un exantema maculopapuloso no pruriginoso ni doloroso al tacto; en cara, tronco y miembros superiores.

## Enfoque individual

Antecedentes personales de microadenoma hipofisario no funcionante y SAOS con CPAP nocturna.

## Enfoque familiar y comunitario

Trabaja como celador en el hospital. Casado, vive con su mujer y tiene dos hijos escolarizados.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

dada la evolución tórpida y ante la sospecha de probable sepsis de origen respiratorio, se deriva a hospital de referencia. Destaca en radiografía de tórax una consolidación en lóbulo inferior derecho y en analítica sanguínea datos de hipertransaminasemia, insuficiencia renal aguda y aumento de reactantes de fase aguda.

## Tratamiento, planes de actuación

Precisa aumento de requerimientos de oxigenoterapia y acaba ingresado finalmente en UCI.

## Evolución

Presenta buena evolución en UCI con descenso progresivo de las necesidades de oxígeno. A los cuatro días avisan desde laboratorio por IgM positiva de virus del sarampión con IgG indeterminada y se establece el diagnóstico de neumonía por virus del sarampión con insuficiencia respiratoria parcial grave y hepatitis aguda asociada.

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

Desde el centro de salud se inicia junto a preventiva estudio de contactos y se revisa estado vacunal de cada paciente que por fecha, horario y espacio donde pudo contagiarse. El paciente fue dado de alta dos semanas después. En este periodo de tiempo una enfermera del centro de salud dio positivo en virus de sarampión.

## Palabras clave

Sarampión, neumonía viral, prevención primaria.

# A veces las manchas son más que manchas

Córdoba Pérez R<sup>1</sup>, Gavilán Martínez M<sup>2</sup>, Cruz Briega A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> HU Virgen de Valme. Sevilla

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios.(Sevilla.)

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesiones en manos.

## Historia clínica

Mujer de 59 años. NO RAM. Asma. Osteoporosis. Melanocitoma yuxtapapilar nervio óptico izquierdo. Migraña. IQ: quiste mamario. *Tratamiento:* omeprazol, calcifediol, ácido alendrónico.

Acude por lesiones cutáneas de 8 semanas de evolución. En principio las relacionó con el uso de productos de limpieza, pero a los 4 días aparecieron también en codos. Presenta placas eritematosas, palpables, no descamativas, dolorosas al tacto, en ambos codos y dorso de todos los dedos de ambas manos. Iniciamos corticoide tópico, solicitamos analítica con estudio reumatológico y teleconsulta a Dermatología. Revisión a los 7 días: PCR, VSG, antipéptido citrulinado y FR normales. Dermatología aconseja solicitar Lúes y derivar. Mantiene placas rojizas apergaminadas en dorso de metacarpofalángicas e Interfalángicas y superficie ventral de dedos, con alteración de la cutícula y eritema en región periungueal. Placas rojizas brillantes en codos. Nuevas lesiones papulosas, rojizas, de aspecto liquenoide, en cadera derecha y, a nivel facial, edema periorbitario eritematovioláceo descamativo bilateral. Artralgias. No mialgias ni debilidad muscular.

## Enfoque individual

Las lesiones típicas (pápulas de Gottron, eritema en heliotropo) hacen sospechar Dermatomiositis. Explicamos a la paciente las implicaciones de esta enfermedad. Derivación a Medicina Interna previa analítica con: marcadores tumorales, serología de VIH, hepatitis y sífilis, proteinograma, estudio de inmunidad

(complemento, anticuerpos proteinograma) y CK. Valorada en Dermatología de urgencias, realizando biopsia punch y añadiendo al tratamiento elidel, elocom y protopic. Adelantan cita de Medicina Interna.

## Enfoque familiar y comunitario

Limpiadora y cocinera. Casada con dos hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* dermatomiositis amiopática. Biopsia punch inespecífica.

*Diagnóstico diferencial:* eccema. Dermatitis de contacto. Psoriasis.

El principal problema es la asociación descrita de esta enfermedad con neoplasias subyacentes y la respuesta variable al tratamiento de las lesiones cutáneas.

## Tratamiento, planes de actuación

Medicina Interna solicita BodyTAC. Inician Dolquine (previa valoración por Oftalmología), prednisona y metotrexato + fólico.

## Evolución

BodyTAC sin hallazgos. Analíticas normales salvo TG 444, leve hipertransaminasemia y Anti Ag nuclear extraíble positivo. Mejoría leve con el tratamiento.

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

Existen enfermedades poco frecuentes pero con gran importancia clínica y pronóstica que cursan con manifestaciones dérmicas. Debemos tenerlas presentes para no dejar escapar diagnósticos relevantes.

## Palabras clave

Amyopathic dermatomyositis, neoplasm, paraneoplastic.

# Dolor generalizado y prurito en paciente con consumo crónico de alcohol

Valenzuela Navas L<sup>1</sup>, González Benítez, E<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

Dolor generalizado y prurito en paciente con consumo crónico de alcohol.

## Historia clínica

Mujer de 68 años que consulta en Atención Primaria por dolor generalizado y prurito. Se instauran distintos analgésicos convencionales sin mejoría significativa, lo que la lleva a múltiples consultas reiteradas por el mismo motivo clínico. La paciente trabaja como limpiadora, con esfuerzo físico continuo durante su jornada laboral. Su medicación habitual actualmente incluye omeprazol 20 mg y lormetazepam 2 mg cada 24 horas.

*Antecedentes personales:* hipertensión arterial (HTA). Antecedente de úlcera gástrica intervenida quirúrgicamente. Consumo habitual de alcohol: 2-3 Unidades de Bebida Estándar (UBEs) diarias.

*Antecedentes familiares:* nueve hermanos en total. Cuatro hermanos fallecidos: tres por neoplasia y uno por varices esofágicas sangrantes. Un hermano vivo con cirrosis hepática de origen viral en espera de trasplante hepático.

## Enfoque individual

Dado el curso prolongado de los síntomas, se realiza analítica de control en la que se detecta sobrecarga férrica: hemoglobina: 15 g/dL. Ferritina 813.9 ng/mL. Transferrina 102.6%. Hierro 187 µg/dL. Perfil hepático sin alteraciones. Resto normal. *Exploración física:* buen estado general, normocoloreada, eupneica. Sin lesiones cutáneas ni estigmas de hepatopatía. *Exploración cervical y lumbar:* sin hallazgos patológicos. *Cardiopulmonar:* tonos cardíacos rítmicos, sin soplos; murmullo vesicular conservado bilateralmente. Abdomen

blando y depresible, sin megalias. Extremidades sin edemas.

## Enfoque familiar y comunitario

Sus hijos deben realizarse analítica general desde Atención Primaria que incluya perfil hepático y metabolismo férrico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se deriva a Medicina Interna para estudio. Se plantea diagnóstico diferencial entre hemocromatosis hereditaria y sobrecarga férrica secundaria a hepatopatía alcohólica. Se solicita estudio genético, que confirma hemocromatosis tipo I: homocigota para la mutación C282Y (p.Cys282Tyr) en el gen HFE.

## Tratamiento, planes de actuación

Actualmente, sigue en seguimiento por Medicina Interna, pendiente de control analítico y eventual inicio de tratamiento. Revisión en 4 meses. Se mantiene recomendación de abstinencia alcohólica.

## Evolución

Actualmente asintomática, pendiente de revisión por Medicina Interna para valorar inicio de tratamiento.

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

Importancia del médico de familia en la identificación de signos inespecíficos que pueden ser clave en el diagnóstico de enfermedades sistémicas. Papel clave en la educación y prevención desde Atención Primaria. Importancia en la identificación de familias en riesgo.

## Palabras clave

Hemocromatosis, hiperferritinemia, hepatopatía.

# Caso clínico mieloma múltiple

González Benítez, E<sup>1</sup>, Valenzuela Navas L<sup>1</sup>, Contreras Gómez D<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de La Paz. San Juan de Aznalfarache (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lumbalgia no irradiada, de características mecánicas de 2 meses de evolución y pérdida ponderal no cuantificada.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* no FRCV. Fumador de 5 cigarrillos/día. Bebedor los fines de semana.

*Antecedentes quirúrgicos:* apendicectomía. Varón de 51 años consulta por lumbalgia no irradiada, atraumática y de características mecánicas de 2 meses de evolución. Además de pérdida ponderal no cuantificada por disminución de ingesta sin otra clínica acompañante.

*Exploración física:* peso 95 kg, talla 174, IMC 31.3. Limitación de la flexión, no apofisalgia, Lassegue y Bragard negativos.

## Enfoque individual

Reconsulta en otras 4 ocasiones a su MAP por persistencia de clínica. Solicitud de pruebas complementarias y posterior derivación a Hematología a los 4 meses de primera consulta ante sospecha de Gammapatía monoclonal Vs Mieloma Múltiple. *Pruebas complementarias:* Rx PA y LT de Tórax con engrosamiento de mediastino. Rx hombro izquierdo: Lesiones osteolíticas en húmero. Hemograma: hemograma sin alteraciones excepto Reticulocitos  $63,4 \times 10^3/\mu\text{L}$  / 1,52%. Bioquímica: urea 19 mg/dL, creatinina 0,78 mg/dL, calcio 8.9 mg/dL, proteinograma: alfa-2-globulina 0,9 g/dL, beta-globulina 0,7g/dL, gamma-globulina 2,4 g/dL, componente M 2,1 g/dL. Ingreso en Hematología General a los 6 meses de inicio de cuadro por REG, encamamiento y síncope vasovagal.

*Exploración física:* REG, palidez cutánea, afebril. ACP: Tonos regulares y rápidos, no soplos. BMV, no estertores. Resto de exploración sin hallazgos. *Pruebas complementarias:* CM 2.04, IgG 3138, kappa 92.65. Citología médula ósea con expresión periférica de 4% plasmocitos e infiltración medular por 14% de células plasmáticas. Citometría: 55.4% células plasmáticas patológicas. RMN: múltiples fracturas por aplastamiento en D6, D11 y L1. Lesiones líticas en todo esqueleto axial.

## Enfoque familiar y comunitario

Análisis de red de apoyo. Acompañamiento y disposición de ayuda durante proceso patológico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Mieloma Múltiple IgG kappa ISS-2, R-ISS. Proteinuria de Bence Jones.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento sintomático. Derivación a Hematología.

## Evolución

Favorable.

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

Importancia de la historia clínica en el diagnóstico de patologías hematológicas en Atención Primaria. Importancia de adecuada atención de consultas de pacientes en Atención Primaria.

## Palabras clave

Mieloma múltiple, lumbalgia, fracturas.

# “Entre diarreas y miradas: descubriendo la enfermedad de Graves en Atención Primaria”

Lopez Rodriguez M<sup>1</sup>, López Rodríguez C<sup>1</sup>, Perez-Crespo Gilabert J<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Níjar (Almería)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. HU Torrecárdenas. Almería

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 83 años con diarrea crónica de 3 meses, pérdida de apetito y peso.

## Historia clínica

Evaluada previamente por Digestivo sin hallazgos relevantes. Presenta exoftalmia, nerviosismo y cansancio generalizado.

## Enfoque individual

Se revisan antecedentes personales y se realiza una exploración física detallada, observando adelgazamiento y síntomas asociados al hipertiroidismo.

## Enfoque familiar y comunitario

La enfermedad de Graves es una forma común de hipertiroidismo autoinmunitario, caracterizada por la producción excesiva de hormonas tiroideas. Además de la exoftalmia, puede presentar síntomas como nerviosismo, palpitaciones, intolerancia al calor y pérdida de peso. La identificación temprana es crucial, ya que el hipertiroidismo no tratado puede llevar a complicaciones graves, como crisis tiroidea.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se sospecha enfermedad de Graves. El diagnóstico diferencial incluye otras causas de hipertiroidismo y trastornos gastrointestinales. *Problemas identificados:* diarrea crónica, exoftalmia y riesgo nutricional.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con metimazol y se deriva a Endocrinología para un manejo especializado. Se planifica seguimiento regular.

## Evolución

A las dos semanas, mejora en la diarrea y aumento del apetito. A las cuatro semanas, estabilización del peso y reducción de síntomas.

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

Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano en Atención Primaria. La identificación oportuna de la enfermedad de Graves permite un tratamiento eficaz y mejora la calidad de vida de la paciente.

## Palabras clave

Enfermedad de Graves, hipertiroidismo, diarrea crónica (MeSH).

# Doctora, además de tos me duele el pecho

Ramos Ontiveros M, García del Paso A, Martínez Iglesias A

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

## Ámbito del caso

Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

## Motivos de consulta

Odinofagia.

## Historia clínica

Varón de 26 años con AP de hipercolesterolemia en la infancia en seguimiento por endocrinología pediátrica con mal control, perdió el seguimiento y dejó de tomar el tratamiento.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* tos con odinofagia y mialgias generalizadas desde hace 5 días. También refiere al darle el alta, dolor centrotorácico opresivo de unas 3h de evolución ya en resolución y asociando una sensación de ardor.

*Exploración:* tonos rítmicos sin soplos con MVC. Faringe hiperémica con exudado amigdalario bilateral. ECG: taquicardia sinusal a 100lpm, QRS estrecho, ondas T negativas en cara anterolateral. Analítica: troponinas, BNP 2011, PCR 213, leucocitosis con neutrofilia y elevación discreta de enzimas hepáticas. Ecocardiografía: a destacar realce pericárdico sin derrame. Resto dentro de la normalidad.

## Enfoque familiar y comunitario

En este caso se habló con la familia para saber si tenían los informes de Endocrinología, pero no recuerdan tenerlos y comentan que dejaron el seguimiento porque era un niño y estaba bien.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* miocarditis aguda y SCASEST Killip 1. *Diagnóstico diferencial:* costocondritis,

reflujo esofágico, espasmo esofágico, pericarditis aguda.

## Tratamiento, planes de actuación

Analítica con serologías (IgG CMV y VEB +) y cultivo amigdalario (negativo). Antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. Se contacta con UCI que ingresan a su cargo y tras estabilización pasan a cargo de Cardiología donde se realiza RMN cardíaca y se confirman criterios de miocarditis. Analítica de control con colesterol: CT 226, LDL 165, HDL 47, TG 72, Apolipoproteína A 131, Apolipoproteína B 113.

## Evolución

Durante su ingreso en UCI tuvo algún pico febril con buen control con paracetamol y durante su ingreso en Cardiología con telemetría tuvo buena evolución.

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

Destaca la importancia del seguimiento médico en jóvenes con antecedentes de enfermedades crónicas para prevenir complicaciones graves. La familia debe dar una educación y apoyo emocional, promoviendo hábitos saludables y control médico regular. Se deben fortalecer los programas de prevención, acceso a controles y educación en salud cardiovascular para reducir riesgos. Un enfoque integral que abarque tanto la educación, el acceso a la atención médica y el soporte emocional puede mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de futuras complicaciones.

## Palabras clave

Dolor en el pecho, miocarditis, infarto.

# Una disfonía con sorpresa

Pedrosa Arias M<sup>1</sup>, Escudero Sánchez C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. UGC La Zubia. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

## Motivos de consulta

Disfonía.

## Historia clínica

Mujer de 57 años escasamente conocida en nuestra consulta que acude por afonía de 3 semanas de evolución acompañado de mucosidad faríngea. No tos ni clínica catarral, no fiebre. Leve dificultad para tragar y pérdida de apetito. No fumadora. No alcohol ni otros tóxicos. Se pauta tanda de corticoides, solicitamos analítica. En posterior consulta decidimos derivar a ORL tras no mejoría.

*Exploración:* faringe hiperémica, no hipertrofia ni exudado, no adenopatías cervicales. En consulta ORL se aprecia una masa en tercio superior de esternón de consistencia pétreo, y una parálisis de cuerda vocal. TAC: masa agresiva en mediastino anterior sugestiva de tumor de células germinales, infiltrando tiroides, manubrio esternal, pericardio, cayado aórtico y sus ramas rodeando vena cava superior. Múltiples metástasis pulmonares bilaterales. Broncoscopia: masa endobronquial lobar superior izquierdo.

Antecedentes personales: adenocarcinoma bronquial. Pec Tac: captación hipermetabólica en arcos costales 8º9º. Posibles fracturas patológicas en parrilla costal BI. A pesar del diagnóstico, a la paciente se le ofrece tratamiento radioterápico para disminuir el síndrome de vena cava y quimioterápico con 5 ciclos incluyendo en un ensayo clínico en otra provincia que acepta. Durante el proceso sufre fractura patológica de C2 que requiere artrodesis quirúrgica.

## Enfoque individual

Mujer de 57 años sin antecedentes personales

de interés. Limpiadora. Conocida poco en consulta. Acudía a vacuna antigripal.

## Enfoque familiar y comunitario

Casada, con una hija con la que mantiene buena relación. Ambas conocían diagnóstico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenocarcinoma pulmonar. Timoma. Carcinoma laríngeo.

## Tratamiento, planes de actuación

Inicia tratamiento radioterápico para síndrome vena cava y ciclos de quimioterapia en ensayo clínico.

## Evolución

A primeros de año por progresión de la enfermedad se decide concluir tratamiento y dar soporte paliativo falleciendo finalmente.

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

Queremos exponer este caso por dos reflexiones que se plantean:

- 1) Síntoma como disfonía que a priori podría ser banal nos indica la importancia de la anamnesis y exploración y seguir el proceso ante la no mejoría.
- 2) Nos planteamos ante el diagnóstico infausto que tenía nuestra paciente desde el principio, si hubiera sido conveniente la limitación al esfuerzo terapéutico. ¿Hubiera sido mejor no iniciar o retirar tratamientos médicos que no ofrecen beneficios significativos sobre todo ante una enfermedad irreversible?

## Palabras clave

Adenocarcinoma, cuidados paliativos.

# Zoonosis, a propósito de un caso

Rodríguez Jiménez C<sup>1</sup>, Reche Fernández I<sup>2</sup>, Maculet Rey A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva de Algaidas. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. Málaga

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Ronchas en miembro inferior izquierdo.

## Historia clínica

Paciente de 38 años que acude a consulta por ronchas en pierna izquierda que han evolucionado a úlceras de seis meses de evolución. El paciente no recuerda picaduras en la zona. Sin prurito, dolor ni fiebre. No refiere viajes al extranjero. Tiene gatos en casa y sus vecinos, perros.

A la exploración física destacan dos lesiones redondeadas en el tercio inferior de la pierna izquierda de unos 2'5 y 1'2 cm de diámetro respectivamente, con piel hiperémica y descamada sin aumento de la temperatura ni fluctuación. En el centro de ambas resalta una costra oscura.

## Enfoque individual

Sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde 2010 con un consumo acumulado de 7-8 paquetes/año. En seguimiento en Reumatología por artritis psoriásica en tratamiento activo con adalimumab y metotrexato, semanales.

## Enfoque familiar y comunitario

Madre con Cáncer de colon. Padre con melanoma.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lesiones ulcerosas a filiar compatibles con Leishmania cutánea. Diagnóstico diferencial con pioderma gangrenoso; herida tras picadura con mala evolución.

## Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con preventiva para declaración ordinaria de posible caso de Leishmania cutánea; se deriva a Dermatología donde se solicita analítica sanguínea general y serología. Se toma muestra para cultivo mediante biopsia para estudio y se pauta betametasona 0.5mg/g + gentamicina 1 mg/g dos veces al día y posteriormente cubrir con apósito de bálsamo del Perú / aceite de ricino. Se pauta clindamicina 300 mg vía oral cada 6h durante 7 días y se deriva a Infecciosas.

## Evolución

La lesión evoluciona tórpidamente y la PCR positiviza para Leishmania. Se suspende el tratamiento activo para la AP e ingresa en Medicina Interna para iniciar tratamiento con Anfotericina B liposomal iv.

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

La leishmaniasis cutánea es una histoparasitosis producida por protozoos del género Leishmania que se localizan a nivel intracelular y cuya transmisión ocurre por picadura de flebotomos hembra infectados. Existen reservorios domésticos y silvestres, por lo que se puede considerar como una verdadera zoonosis. Para un diagnóstico y un tratamiento temprano es esencial establecer un enfoque multidisciplinar así como hacer un buen diagnóstico diferencial, sobre todo cuando nos encontremos ante lesiones de tipo picaduras en las zonas rurales de nuestra comunidad.

## Palabras clave

Oriental sore, stings, infections.

## De la cistitis al FRA: Primum non nocere

Reche Fernández I<sup>1</sup>, Rodríguez Jiménez C<sup>2</sup>, Maculet Rey A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villanueva de Algaidas. Málaga

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

### Ámbito del caso

De Primaria a Urgencias hospitalarias.

### Motivos de consulta

Disuria.

### Historia clínica

Varón de 22 años sin antecedentes personales de interés. Consulta en el centro de salud por disuria sin otros síntomas. Sin RRSS de riesgo. Se diagnosticó de ITU y se prescribió ciprofloxacino y AINEs. No se tomó urocultivo. Tres días después, acudió a Urgencias hospitalarias por empeoramiento clínico: náuseas, vómitos y deposiciones acuosas autolimitadas, fiebre de hasta 38,3 °C y dolor en FID. Exploración y ecografía abdominal sin hallazgos. Analítica: Crea 2 mg/dL, FG de 40 ml/min. Sedimento urinario con proteínas, leucocitos y hematíes. Hemograma sin leucocitosis (5900), sin eosinofilia, PCR 69, Hb 13.3. En TAC abdominopélvico se descartó apendicitis; se observó leve edema perigrasa y sospecha de nefritis derecha. Se inició sueroterapia y antibioterapia con mala respuesta. Se sospechó nefritis intersticial aguda (NIA) secundaria a ciprofloxacino. Se IC con nefrología y se inició corticoterapia con buena respuesta.

### Enfoque individual

Un FeNA 2.8% nos guió a causa renal.

### Enfoque familiar y comunitario

Recordar desde primaria solicitar urocultivos en aquellos pacientes con criterios predisponentes de ITU complicada.

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

Fracaso renal agudo parenquimatoso no filiado.

Alta sospecha de nefritis intersticial aguda secundaria a infección vírica o medicación (AINE vs quinolona). Diagnóstico diferencial con FRA prerrenal por pérdidas digestivas y apendicitis aguda.

### Tratamiento, planes de actuación

Se IC con nefrología y se inicia prednisona 0.5 mg/kg con buena respuesta. Reducción progresiva de prednisona: descenso de 0.5 mg cada 5 días hasta suspensión. Se añade tratamiento con Hidroferol®. Se procede a derivación para seguimiento por parte de Nefrología.

### Evolución

Un mes después, tras finalización de tratamiento con prednisona se observa recuperación total de la función renal. Crea 0.99, FG >90.

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

El fracaso renal agudo parenquimatoso puede ser consecuencia de procesos infecciosos o reacciones adversas medicamentosas como en el caso de antibióticos tipo quinolonas. La sospecha clínica precoz de nefritis intersticial aguda permite una intervención oportuna, siendo clave la retirada del fármaco implicado y el uso de corticoides cuando esté indicado. La resolución completa del cuadro y la normalización de la función renal en este caso resaltan la importancia del papel de Atención Primaria tanto en el seguimiento como en la coordinación con especializada.

### Palabras clave

Urinary tract infections, nephritis, interstitial, quinolones.

# Un viaje, un fármaco y un derrame pleural

Peña Pérez S

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

## Ámbito del caso

Urgencias.

## Motivos de consulta

Disnea.

## Historia clínica

Mujer de 15 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Leucemia mieloide crónica en fase crónica diagnosticada en 2015 en tratamiento actual con dasatinib.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* acude a nuestra consulta por disnea desde hace 4 días coincidiendo con un viaje a Sierra Nevada. Ha asociado tos y mucosidad abundante. Febrícula de hasta 37.5°C. Astenia generalizada.

*Exploración física:* aceptable estado general. Palidez mucocutánea. Eupneica en reposo. Saturación basal de oxígeno: 97%. ACR: tonos rítmicos y regulares, sin soplos. Abolición del murmullo vesicular en mitad inferior de ambos hemitórax. Sin otros ruidos. Abdomen: blando y depresible. No se palpan masas ni visceromegalias. No signos de irritación ni defensa abdominal. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis. Se decide derivar a Urgencias para solicitar pruebas complementarias ya que se trata de una paciente con una patología hematológica compleja. Se solicita: electrocardiograma: sin alteraciones. Analítica de sangre: leucocitos 5330, plaquetas 320000, neutrófilos 3200, linfocitos 1420. PCR negativa. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral que alcanza campos superiores en ambos hemitórax. Silueta cardiaca no valorable por derrame. No se ven condensaciones.

## Enfoque familiar y comunitario

Padres y hermana sanos. Viven en ambiente

urbano. El viaje a Sierra Nevada, una zona de altitud, puede haber influido en su clínica respiratoria.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* derrame pleural bilateral probable efecto secundario adverso a dasatinib. *Diagnóstico diferencial:* neumonía, tuberculosis, pancreatitis aguda, insuficiencia cardiaca, neoplasias...

## Tratamiento, planes de actuación

Ingres a cargo de Hematología. Se suspende tratamiento con dasatinib.

## Evolución

Durante el ingreso se realizó toracocentesis evacuadora bilateral cuyo líquido resultó ser quilotórax. La paciente evolucionó favorablemente y el derrame pleural se fue resolviendo.

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

Este caso pone de relieve la importancia del enfoque integral característico de la Medicina de Familia. Ante una paciente adolescente con enfermedad crónica hematológica en tratamiento con dasatinib, el médico de familia desempeña un papel clave en la anamnesis y la exploración física detallada, para la detección precoz de efectos adversos, como puede ser el derrame pleural. El médico de familia también desempeña un papel fundamental para prestar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia al alta hospitalaria.

## Palabras clave

Leucemia mieloide crónica, derrame pleural, dasatinib.

# No todo lo que tiembla es ansiedad

Peña Pérez S

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Ansiedad.

## Historia clínica

Mujer de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 10 cigarrillos/día y sin antecedentes médicos de interés.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* acude a nuestra consulta en repetidas ocasiones refiriendo nerviosismo, inquietud constante, episodios de taquicardia y sudoración profusa desde hace 1 mes. Además, refiere insomnio, irritabilidad y dificultad para concentrarse en tareas habituales. Sin mejoría a pesar de haberle pautado propranolol 10 mg cada 8 horas para la taquicardia y sertralina 50 mg por la mañana para paliar la ansiedad.

*Exploración física:* aceptable estado general. Normocoloreada y normoperfundida. Eupneica en reposo. No alteraciones oculares evidentes a la exploración inicial. ACR: tonos rítmicos y regulares a unos 100 lpm, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Resto de exploración por aparatos sin hallazgos patológicos. Se deciden solicitar las siguientes pruebas complementarias: electrocardiograma: taquicardia sinusal. Analítica de sangre: glucosa 82, TSH suprimida (<0.03), T4I elevada (3.2), anticuerpos antirreceptor de TSH positivos.

## Enfoque familiar y comunitario

Madre con antecedentes de enfermedad tiroidea. Padre sano. Hijos sanos. Sin ingesta abundante de sal yodada.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* enfermedad de Graves Basedow (hipertiroidismo autoinmune).

*Diagnóstico diferencial:* trastorno de ansiedad generalizada, hipoglucemia reactiva, taquiarritmias primarias, otras afectaciones tiroideas (tiroiditis subaguda, tirotoxicosis gestacional...), feocromocitoma, infecciones...

*Identificación de problemas:* retraso diagnóstico inicial por solapamiento de síntomas con ansiedad primaria. Mal control del hipertiroidismo con impacto importante en la calidad de vida.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con antitiroideos y se optimiza el tratamiento con propranolol aumentando la dosis (20-40 mg cada 6 horas). Se deriva al servicio de Endocrinología para estudio. Se realiza consejo antitabaco.

## Evolución

Tras unas semanas, la paciente evolucionó favorablemente con mejoría marcada de la clínica con control de la taquicardia, disminución del nerviosismo, mejoría del insomnio y de la capacidad para concentrarse.

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

La importancia de abordar los síntomas de manera global, evitando encasillar rápidamente a los pacientes en diagnósticos psiquiátricos sin explorar causas orgánicas. El hipertiroidismo puede manifestarse predominantemente con síntomas psíquicos, lo cual puede conducir a errores diagnósticos. La identificación y tratamiento temprano del hipertiroidismo permite prevenir complicaciones y mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes.

## Palabras clave

Hipertiroidismo, ansiedad, taquicardia.

# Dolor abdominal súbito ¿por qué no mejora?

Trujillo Franco P, Sánchez-Bayton Griffin S, Manzano Vázquez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga

## Ámbito del caso

Urgencias AP y hospitalarias.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal.

## Historia clínica

Varón, 73 años. Epigastralgia intensa con náuseas, ha comenzado súbitamente tras la ingesta. Ausencia de sintomatología concomitante.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* HTA, exfumador, FA paroxística anticoagulado. Hemicolecotomía derecha por neoplasia de colon hace 6 años. Colecistectomizado hace 1 año.

*Exploración:* regular estado general, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. Inquieto por dolor. Abdomen blando y depresible, globuloso. Disminución de peristaltismo. Dolor a palpación profunda en epigastrio, signos de irritación peritoneal. Resto de exploración por aparatos anodina.

## Enfoque familiar y comunitario

Jubilado. Vive con su mujer (71 años). 4 hijos fuera del núcleo familiar pero viven en misma localidad. Buen apoyo familiar percibido.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Isquemia aguda mesentérica. Obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca, pancreatitis aguda, rotura/disección de aneurisma aórtico.

## Tratamiento, planes de actuación

Administración de petidina, morfina y metoclopramida vía intravenosa, fluidoterapia con suero salino fisiológico. Debido a persistencia de clínica, se traslada a Urgencias hospitalarias.

## Evolución

En Urgencias hospitalarias, destaca en pruebas complementarias: analítica de sangre: leucocitos 15000 neutrófilos 89%, acidosis metabólica, ácido láctico 6, CK 502, LDH 455. TC abdominal: estómago en retención, globo vesical. Ante ausencia de mejoría a pesar de tratamiento y sondaje, se contacta con Cirugía de guardia. En laparotomía exploratoria se descubre extensa isquemia mesentérica que compromete gran parte del intestino delgado. Tras hablar con familia, se acuerda sedación paliativa, confirmándose exitus horas más tarde.

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

La isquemia aguda mesentérica es una patología cada vez más prevalente debido al envejecimiento de la población, y la mayor supervivencia de pacientes cardiovasculares. Aunque clínicamente es caracterizado por dolor difuso, inicio más o menos súbito, intenso, acompañado de náuseas, vómitos y/o deposiciones líquidas con sangre; la identificación de este cuadro se basa en un enfoque de exclusión de otras causas, debido a la inespecificidad de la presentación clínica. Si bien se trata de una patología de manejo hospitalario, en Atención Primaria se ha de tener siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y tratamiento para ello (especialmente antiarrítmicos).

*Caso elaborado con consentimiento expreso de la hija del paciente, y en virtud de la protección legal de datos.*

## Palabras clave

Isquemia mesentérica, abdomen agudo, mortalidad prematura.

# Una hematuria, muchas oportunidades. La magia de la Medicina de Familia

Flores Soler O<sup>1</sup>, Lemos Pena A<sup>2</sup>, Cabello Pérez G<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Córdoba

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Córdoba

## Ámbito del caso

Atención Primaria, seguridad del paciente, nefrología.

## Motivos de consulta

Familiar de paciente acude aportando muestra de orina con hematuria franca sin coágulos. Paciente en seguimiento por Urología, con próxima revisión en mayo de 2025. A pesar de tratamiento antibiótico actual, persiste la hematuria.

## Historia clínica

Paciente en seguimiento por Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 3b, con hemoglobina de 10 g/dL y creatinina sérica aproximada de 2 mg/dL (FG estimado de 32 mL/min/1,73m<sup>2</sup>). No antecedentes documentados de cardiopatía isquémica ni enfermedad cerebrovascular.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* ERC, Diabetes Mellitus (DM), insomnio ocasional.

*Anamnesis:* persistencia de hematuria pese a tratamiento antibiótico; sin síntomas sistémicos asociados.

*Exploración física:* paciente hemodinámicamente estable.

*Pruebas complementarias:* analítica reciente compatible con anemia leve y deterioro de función renal.

## Enfoque familiar y comunitario

Revisión del botiquín domiciliario con la familia. Implicación familiar en la adherencia a nuevos objetivos terapéuticos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico principal:* hematuria persistente en paciente con comorbilidades.

*Diagnóstico diferencial:* hematuria infecciosa,

neoplásica, litiasis, fármacos anticoagulantes/antiagregantes.

*Problemas identificados:* polimedicación no indicada según criterios Stopp/Start. Prescripción crónica de aspirina sin indicación actual. Uso de furosemida sin datos clínicos que justifiquen su continuidad.

## Tratamiento, planes de actuación

Introducción de empagliflozina 10 mg/día, beneficiando la protección renal en contexto de ERC y DM. Tratamiento sintomático con ácido tranexámico para controlar hematuria aguda.

Suspensión consensuada de aspirina y furosemida tras revisión crítica de la medicación. Planificación de valoración de necesidad de betabloqueantes según electrocardiograma.

## Evolución

Ajuste terapéutico consensuado con la familia. Seguimiento estrecho en Atención Primaria y continuidad de evaluación por Urología.

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

La consulta inicial por hematuria permitió detectar una polimedicación inapropiada con riesgos potenciales para la paciente. La revisión periódica de tratamientos en pacientes crónicos polimedicados debe incorporarse sistemáticamente en Atención Primaria. *Aplicabilidad:* mejora de la seguridad del paciente y optimización del tratamiento mediante revisiones farmacológicas estructuradas. *Líneas de mejora:* fomentar programas de desprescripción activa en consultas de crónicos; favorecer la implicación familiar en el cuidado farmacológico.

## Palabras clave

Hematuria, polifarmacia, seguridad del paciente, urología, nefrología.

## ¿Un problema del pasado? La tuberculosis en primaria bajo el punto de mira

Álvarez Pérez S, Muñoz Martínez B, Martín Aguilera A

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

### Ámbito del caso

Mujer de 15 años, nacida en España pero de familia procedente de Marruecos. Seguida en nuestro centro desde edad pediátrica. Regresa de un viaje a Marruecos para visitar a su familia.

### Motivos de consulta

Cuadro de un mes de evolución que se inició en Marruecos de odinofagia junto con tos, pérdida de peso, fiebre de carácter nocturno y sudoración nocturna. El resto de convivientes del domicilio presenta clínica similar.

### Historia clínica

Acudió a Urgencias por dicho motivo de consulta pero se le dio de alta como un catarro de vías altas. Desde entonces hasta el momento de nuestra consulta la clínica se ha intensificado con aparición de esputo verdoso. En su visita a Urgencias se llevó a cabo una radiografía de tórax de la que no se describieron hallazgos. Revisándola en consulta damos con la sospecha de dos cavitaciones en polo superior de pulmón derecho y de adenopatía parahiliar derecha. Ante estos datos derivamos a la paciente de nuevo a Urgencias bajo la sospecha de tuberculosis activa. Se realiza nueva prueba de imagen. Comparando, apreciamos aumento de tamaño de las cavidades y atelectasia segmentaria en el lóbulo superior derecho. Desde neumología se realiza broncoscopia de urgencia y baciloscopia. La baciloscopia resulta negativa y se da a la paciente de alta sin tratamiento antituberculoso antes de obtener el resultado de la PCR de MTBC, que vemos como positivo al día siguiente. Realizamos teleconsulta a Enfermedades Infecciosas y se

decide instaurar tratamiento antituberculoso y seguimiento por su parte.

### Enfoque individual

No antecedentes de interés. No vacunada de BCG.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres y un hermano en el domicilio familiar. Escolarizada adecuadamente.

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

Tuberculosis activa, primoinfección, caso importado. Diagnóstico diferencial con catarro de vías altas y neumonía.

### Tratamiento, planes de actuación

Rimstar®(isoniazida+rifampicina+pirazinamida +etambutol) 4 comprimidos diarios como parte de pauta estándar.

### Evolución

Buena evolución una vez iniciado el tratamiento antituberculoso.

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

Somos contactados en el centro de salud por Preventiva para estudio de contactos y se realiza IGRA a los convivientes que resulta positivo en su madre.

### Palabras clave

Tuberculosis pulmonar, cavitación, prevención de enfermedades.

## Un latido fuera de lugar

Ramos Fernández, Á<sup>1</sup>, Martínez Reyes H<sup>2</sup>, Doncel Notario L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. HU La Línea. Cádiz

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo de Buceite. Cádiz

### Ámbito del caso

SUAP rural. DCCU. Urgencias hospitalarias. Angiología y Cirugía Vascolar.

### Motivos de consulta

Varón (65 años). Acude a las 3:00 am a SUAP rural por pico hipertensivo (175/100), dolor abdominal, vómitos biliosos y episodio sincopal 30 minutos antes.

### Historia clínica

Hipertensión arterial bien controlada con olmesartán.

### Enfoque individual

Paciente pálido, sudoroso, TA 68/40, taquicardia sinusal (125 lpm).

*Exploración:* masa pulsátil dolorosa en epigastrio y flanco izquierdo, frialdad distal y dificultad para palpar pulsos pedios. Ante signos de alarma y persistencia de dolor con fentanilo, se derivó a urgencias hospitalarias. ECO-Fast: no disección ni trombos en aorta abdominal. Trombo intramural en arteria ilíaca izquierda. TAC abdominal con contraste: aneurisma arteria ilíaca común izquierda con trombo mural de 4,9x12 cm con ulceración penetrante de pared aneurismática y hematoma retroperitoneal izquierdo sin extravasación.

### Enfoque familiar y comunitario

Independiente. Vive con su mujer. Buena adherencia terapéutica.

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

Shock hipovolémico por aneurisma de ilíaca común izquierda con rotura contenida y hematoma retroperitoneal. Rotura de aneurisma de aorta abdominal o disección aórtica con extensión a ramas ilíacas. Tumor retroperitoneal con compresión vascular secundaria y

trombosis. Colitis isquémica con hemorragia digestiva y trombosis de arterias mesentéricas.

### Tratamiento, planes de actuación

Resucitación con suero salino (0,9%) y perfusión de fentanilo, priorizando la monitorización continua y estabilización hemodinámica. Se activó 061 para traslado al hospital regional. Intervención inmediata por Cirugía Vascolar, con resección de aneurisma ilíaco y bypass ilio-femoral izquierdos utilizando prótesis de Dacrón 8 mm.

### Evolución

Ingresó en UCI con soporte vasoactivo (noradrenalina y vasopresina), antibioterapia con piperacilina-tazobactam y politransfusiones de hemoderivados. Se estabilizó hemodinámicamente tras 2 días, procediendo a la reducción escalonada de fármacos. A los 4 días, presentó mejoría analítica, inició dieta oral y se retiraron los drenajes. Alta tras 5 días con revisión a los 3 meses, sin hallazgos patológicos en ecografía de control.

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

Signos de alarma, como la masa pulsátil en el abdomen, la hipotensión severa y la taquicardia, son indicativos de un posible aneurisma de la arteria ilíaca con rotura contenida. La importancia de una exploración física minuciosa y la capacidad para reconocer patrones clínicos en Atención Primaria permiten anticipar situaciones clínicas que, sin intervención rápida, pueden llevar a un desenlace potencialmente mortal.

### Palabras clave

Aneurisma ilíaco, shock hemorrágico, atención primaria.

# Cuando la hipertensión deja huella

Ramos Fernández Á<sup>1</sup>, Martín Oliva M<sup>2</sup>, Pérez López R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)

## Ámbito del caso

Centro de salud. Atención domiciliaria. Enfermería. Cirugía vascular.

## Motivos de consulta

Paciente (92 años), traída por sus familiares a su médico de familia, por edemas dolorosos y úlcera en pierna izquierda desde hace 2 semanas, con mala evolución, a pesar de curas domiciliarias por enfermería. Ha presentado varios picos hipertensivos.

## Historia clínica

Hipertensión arterial. Insuficiencia cardíaca. Poliartrosis. Hernioplastia umbilical.

## Enfoque individual

En región supramaleolar externa de pierna izquierda, se observó placa cutánea purpúrica-violácea (5 cm), que no desaparecía a la digitopresión, con induración subyacente y dolor desmesurado a la palpación. En su centro, presentaba úlcera de 3,5 cm de bordes irregulares y necróticos, con fondo fibrinoso y exudado seropurulento moderado. Edemas bilaterales con fóvea hasta tercio inferior de ambas extremidades. Pulso pedio izquierdo débil. TA 175/95. FC 86 lpm. Leucocitosis (14.700). Neutrofilia (12.348). PCR 45. Resto anodino. Cultivo exudado: *Staphylococcus aureus*.

## Enfoque familiar y comunitario

Deterioro cognitivo. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Cuidadora principal: hija. Buena adherencia terapéutica.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Úlcera de Martorell. Úlcera vascular. Úlcera neuropática. Vasculitis. Púrpura infecciosa.

## Tratamiento, planes de actuación

Se retiró amlodipino por posible factor agravante del edema, manteniendo enalapril y añadiendo furosemida y sulodexida para mejorar el edema y la microcirculación. Inicio de amoxicilina-clavulánico. Se estableció un plan de curas domiciliarias con apósitos y sulfadiazina argéntica cada 48h. Recibió valoración por Cirugía Vascular, confirmando la sospecha clínica y recomendando manejo conservador por edad. Control tensional con revisión semanal por su médico.

## Evolución

A los 10 días, la paciente muestra mejoría clínica, con reducción del dolor y los edemas y mejor control de cifras tensionales. Se observa evolución favorable de la úlcera con menor necrosis y progresiva granulación. Se mantiene seguimiento por enfermería, sin nuevas complicaciones.

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

Toda úlcera dolorosa y de mala evolución en un hipertenso debe hacer sospechar una úlcera de Martorell. El dolor desproporcionado es su firma clínica. En el paciente anciano, frágil y vulnerable, estas lesiones pueden ser el inicio de complicaciones graves si no se reconocen a tiempo. Desde Atención Primaria, detectar signos de alarma, controlar adecuadamente la hipertensión y coordinar un plan de cuidados con enfermería, permite prevenir la progresión del daño y evitar el deterioro funcional.

## Palabras clave

Úlcera cutánea, isquemia, hipertensión.

## ¿De dónde viene ese absceso?

Trujillo Franco P, Sánchez-Bayton Griffin S, Manzano Vázquez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga

### Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

### Motivos de consulta

Odinofagia.

### Historia clínica

Mujer, 53 años. Odinofagia de 7 días de evolución con irradiación a ambos oídos, dificultad para la deglución y habla, y sensación distérmica no termometrada autolimitada. Valorado previamente por dentista, sin encontrar patología. Tratamiento sintomático con paracetamol e ibuprofeno hasta el presente.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* HTA tratada con enalapril. Fumadora.

*Exploración:* aceptable estado general. Dificultad a la apertura y valoración bucal. Orofaringe eritematosa y parcialmente ocluida, sin comprometer vía aérea. Se palpa tumoración submandibular izquierda, dolorosa, blanda, no adherida a planos profundos. Resto de exploración por aparatos anodina.

### Enfoque familiar y comunitario

Limpiadora. Vive con su marido (55 años).

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

Absceso periamigdalino. Faringoamigdalitis, absceso periodontal, angina de Ludwig, parotiditis viral/bacteriana, patología tumoral orofaríngea, patología de glándulas salivales.

### Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a Urgencias hospitalarias para pruebas complementarias.

### Evolución

En Urgencias se realizan pruebas complementarias, donde destacan: analítica de

sangre: leucocitos 19600, neutrófilos 85%. PCR 143.5. TC cuello: colección de probable origen odontogénico localizada en espacio submandibular izquierdo con cambios inflamatorios laterocervicales, condicionando esteatosis de luz faríngea y desplazamiento contralateral de la misma. Ante los hallazgos, se contacta con Cirugía Maxilofacial de guardia, quien cursa ingreso para intervención quirúrgica. Se confirma absceso parafaríngeo izquierdo, se aísla en cultivos *Streptococcus gordonii*.

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

La faringoamigdalitis aguda remite espontáneamente en el 85% de ocasiones. El tratamiento antibiótico (cuando está indicado) va dirigido a la prevención de complicaciones supurativas (otitis, sinusitis y abscesos) y sistémicas (fiebre reumática, glomerulonefritis). Aquí se trataba de una sospecha de absceso periamigdalino, aunque las pruebas complementarias revelaron un posible origen odontogénico. En ocasiones, los abscesos periodontales pueden complicarse a cuadros potencialmente graves: osteomielitis, mediastinitis y celulitis cervicofacial.

La exploración física es imprescindible para confirmar el origen infeccioso, ya que en numerosas ocasiones los pacientes no saben precisar la localización por la irradiación del dolor y la dificultad de la autoexploración. Entre las medidas no farmacológicas, se ha de insistir en un cepillado dental correcto y abandono del hábito tabáquico, junto con valoración y seguimiento por odontología. El tratamiento antibiótico se ha de reservar para enfermedad rápidamente progresiva, refractaria o recurrente.

### Palabras clave

Absceso periodontal, absceso peritonsilar, diagnóstico diferencial.

# Fiebre de origen desconocido en consultorio rural

Muñoz Gámez A<sup>1</sup>, Sánchez Martínez I<sup>2</sup>, Girón Prieto M<sup>2</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

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Fiebre de 38°C de más de dos semanas sin foco.

## Historia clínica

Mujer de 58 años que acude a consulta en varias ocasiones por persistencia de fiebre de 38°C de más de 2 semanas sin foco claro, ni síndrome constitucional. En este contexto, realizamos estudio, donde no hallamos nada concluyente. Tratamos con hasta 3 antibióticos diferentes (amoxicilina, azitromicina y levofloxacino) con leve mejoría y nueva recurrencia de fiebre. Tras esperar 8 semanas con dicha clínica y con pruebas complementarias que no aportaban mucha información, derivamos a Medicina Interna. Pero en uno de estos episodios la paciente acudió a Urgencias, donde se realizó un AngioTAC y se ingresó en Neumología.

## Enfoque individual

**Antecedentes personales:** psoriasis. Exfumadora. Sin tratamiento.

**Exploración física:** auscultación rítmica. Murmullo vesicular conservado. Sin otros ruidos. Resto sin hallazgos.

**Pruebas complementarias:** analítica: PCR 50. Cultivos negativos. Virus respiratorios negativos. IGRA negativo. Serologías negativas. RX tórax: no condensaciones. AngioTAC tórax: extensa consolidación con patrón en empedrado en LID, y lesiones en vidrio deslustrado adyacentes así como en LSD y en la periferia de LSI y LII, que sugiere proceso infeccioso agudo. Broncoscopia y citología: linfocitosis de 45%.

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente tiene buen apoyo familiar, suele

acudir a consulta con su marido.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infiltrados pulmonares alveolares con linfocitosis en LBA sugerentes de Neumonía Organizada Criptogenética (NOC). *Diagnóstico diferencial:* infecciones, neoplasias, colagenosis y vasculitis, enfermedad inflamatoria intestinal, sarcoidosis, hepatitis, FMF, feocromocitoma, fármacos...

## Tratamiento, planes de actuación

La paciente ha sido tratada con corticoterapia, presentando mejoría clínica, y está en seguimiento por nuestra parte y por parte de Neumología, por ahora ha remitido la fiebre y no ha tenido que volver a tomar tanda de corticoides.

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

La NOC puede cursar como un síndrome gripal, y tras su diagnóstico el tratamiento es la corticoterapia. Este es un claro ejemplo del manejo de la incertidumbre en Atención Primaria. Es importante valorar los criterios de gravedad de una fiebre de origen desconocido, y esperar unas 2 semanas para comenzar el estudio. La paciente estaba preocupada, ya que no había alteraciones definitorias en el estudio, por lo que tuvimos que ir explicando y acompañando de la mejor manera que pudimos.

## Palabras clave

Fiebre de origen desconocido, neumonía organizada, incertidumbre.

# Demasiado para despertar: tanta decoración acabó en desconexión

Cabello Pérez G<sup>1</sup>, Flores Soler O<sup>1</sup>, Lemos Pena A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Posadas. Córdoba

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora UGC Posadas. Córdoba

## Ámbito del caso

Atención domiciliaria (Urgencias extrahospitalarias).

## Motivos de consulta

Paciente desorientado en domicilio.

## Historia clínica

Hiperlipemia mixta, simvastatina 40 mg. Hipertensión arterial, enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg, amlodipino 5 mg. EPOC leve. SAOS con necesidad de CPAP. Espondiloartrosis, pregabalina 50 mg, etoricoxib 60 mg, fentanilo 25 mcg, morfina MST 10 mg. conducta parasuicida con intento de autolisis, vortioxetina 15 mg, olanzapina 5 mg, clonazepam 500 mcg.

## Enfoque individual

Avisan por un paciente que se encuentra solo en su domicilio y no responde al llamado de su mujer. Tras muchos intentos de contactar con el paciente y con muchas dificultades para acceder al domicilio, encontramos al paciente con una actitud aberrante, atáxico, tendente al sueño y bradipsíquico. A la exploración TA 180/110 mmHg, FC 120 lpm, Sat O<sub>2</sub> 95%, glucemia 101 mg/dl, pupilas mióticas isocóricas. Exploración neurológica: Glasgow 13/15. somnoliento, responde a estímulos verbales y táctiles, no déficit motor ni sensitivo, marcada disdiadococinesia e inestabilidad de la marcha.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive en un edificio antiguo, condiciones ambientales de oscuridad,

humedad y mala ventilación, falta de higiene y orden en el domicilio. Escala socio-familiar Gijón: 18 (problema social establecido).

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Intoxicación aguda por opioides, se descubrió el torso y brazos del paciente, descubriendo 4 parches de fentanilo 12.5 mcg + 1 parche de 25 mcg.

## Tratamiento, planes de actuación

Se canaliza vía venosa periférica, se administra naloxona 0.2mg iv y se realiza traslado medicalizado hasta el hospital de referencia.

## Evolución

Tras naloxona presentó mejoría notable del estado de conciencia, más alerta y reactivo, con ausencia de inestabilidad de la marcha y mejoría de constantes vitales.

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

Importancia de explorar completamente al paciente. Control adecuado y seguimiento en caso de fármacos estupefacientes. El caso es relevante por alta prevalencia de pacientes tratados con opioides y el desconocimiento sobre su potencial gravedad ante un mal uso.

## Palabras clave

Opioid-related disorders, house calls, drugs and narcotics control.

# Diagnóstico a pie de cama, humanidad a pie de calle

Flores Soler O<sup>1</sup>, Lemos Pena A<sup>2</sup>, Carmona García M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas Dr. Rafael Flores Crespo. Córdoba

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas Dr. Rafael Flores Crespo. Córdoba

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba

## Ámbito del caso

Atención urgente domiciliaria rural.

## Motivos de consulta

Dolor toracoabdominal en varón de 60 años. Entorno rural con calles no asfaltadas y acceso dificultoso.

## Historia clínica

Paciente previamente autónomo, gran fumador, sin otros datos de interés. Durante paseo matutino presenta dolor súbito torácico irradiado a abdomen, pálido y sudoroso a la llegada del equipo. Hipotensión arterial inicial. Ante la sospecha de abdomen agudo complicado y dada la disponibilidad de ecografía portátil, se realiza exploración en domicilio, detectándose flap de disección en aorta abdominal.

## Enfoque individual

Sin seguimiento desde 2020 ni hábitos registrados; el paciente reconoció ser fumador. Dolor torácico-abdominal e hipotensión. Ecografía domiciliaria evidenció flap aórtico compatible con disección.

## Enfoque familiar y comunitario

Las hijas completaron que fumaba 3 paquetes de tabaco al día. Comunicación clara y adaptada a la hija del paciente para explicar la gravedad del cuadro. Acompañamiento familiar autorizado durante el traslado. Precauciones extremas en el traslado por calzadas irregulares para evitar vibraciones perjudiciales.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Diagnóstico final:* disección de aneurisma de aorta abdominal. *Diagnóstico diferencial:* abdomen agudo perforativo, infarto agudo de miocardio. *Problemas identificados:* infraregistro previo en historia clínica; necesidad

de humanización del acompañamiento en situaciones críticas.

## Tratamiento, planes de actuación

Prealerta hospitalaria y traslado al Área de Críticos. Cirugía cardiovascular urgente tipo Bono-Bentall tras hallazgos de disección extendida a raíz aórtica y tracto de salida ventricular izquierdo.

## Evolución

Durante la cirugía, se constata una disección masiva que compromete la raíz aórtica, los senos de Valsalva, el anillo valvular y las coronarias. Se realiza cirugía de Bono-Bentall con perfusión cerebral selectiva, hipotermia profunda y circulación extracorpórea. Tras múltiples intentos de control hemostático en la zona posterior a la raíz aórtica, el sangrado persistente e incontrolable conduce finalmente al fallecimiento del paciente.

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

El valor de la medicina familiar en urgencias domiciliarias rurales: adaptación al entorno, diagnóstico precoz y actuación inmediata. La importancia del uso de la ecografía en domicilio como herramienta diagnóstica. La necesidad urgente de reforzar la humanización en la asistencia aguda, garantizando información clara, acompañamiento familiar y soporte emocional. La reflexión sobre los límites técnicos y humanos de la medicina actual, subrayando que la dignidad y el bienestar del paciente y su familia deben ser objetivos prioritarios incluso en situaciones de alta complejidad clínica.

## Palabras clave

Humanización de la atención, disección aórtica, abdomen agudo.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUALITATIVA: MÉDICO DE FAMILIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Violencia de pareja en adolescentes escolarizados y su relación con la estructura y la función familiar

Darwish Mateos S<sup>1</sup>, Bohórquez Ríos J<sup>2</sup>, Becerra Almazán M<sup>3</sup>, Pérez Milena A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mengíbar. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias hospitalarias. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

## Objetivo

Conocer la presencia de violencia de pareja en adolescentes y su relación con variables familiares.

## Pacientes y métodos

Estudio descriptivo mediante encuesta. Alumnado de un instituto urbano (11-18 años). Cuestionario VREP, valorando violencia física (VFIS), sexual (VSEX) y psicológica (aislamiento social-VPS-,humillación-VPH- y control-VPC-); diferencia violencia recibida, ejercida y percibida. Variables independientes: edad, sexo, estructura/función familiar (Apgar-familiar), apoyo social (Duke-UNC-11). Análisis descriptivo y regresión logística multivariante.

## Resultados

Se obtuvieron 408 encuestas (81,6% alumnado total), 50% mujeres, edad 14,7±2,1 años. 44,2% con pareja actual; primera pareja con 12,8±2,5 años; 2,1±1,8 parejas diferentes. Estructura familiar nuclear (85,3%), monoparental (10,5%), ampliada (3,2%) y reconstituida (2%). Disfunción familiar severa 3,7%; moderada 19,9%. Apoyo social adecuado 88,9%. Violencia recibida: VFIS 25,5%; VSEX 22,9%; VPS 37,9%; VPH 40,1%; VPC 55%. Violencia ejercida: VFIS 18,2%; VSEX 11,4%; VPS 21,8%; VPH 28,4%; VPC 40,4%. Un 85% perciben las conductas violentas. La mujer recibe más violencia que el hombre ( $p < 0,05$  ? 2).

Una mayor edad se relaciona con recibir VFIS (OR=2,5) pero protege de sufrir VPS y VPC (OR=0,8) y de ejercer VPC (OR=0,8). Un mayor número de parejas previas incrementa el riesgo de sufrir VSEX (OR=1,3). La disfunción familiar se relaciona con ejercer VPS (OR=2,5). Los adolescentes de familias no nucleares tienen más riesgo de recibir y ejercer VSEX (OR=2,7/8,9) así como VPS (OR=2,6/4,9), y mayor riesgo de recibir VPH (OR=3,6) y VPC (OR=2,5). Percibir los actos de VF se relaciona con familias no nucleares (OR=6,9), mientras que la VPS es detectada por adolescentes de mayor edad (OR=7,0).

VFIS: violencia física/\*VSEX: violencia sexual/\*VPS: violencia psicológica-social/\*VPH: violencia psicológica-humillación/\*VPC: violencia psicológica-control.

## Conclusión

Hay una elevada presencia de conductas violentas en parejas adolescentes, sobre todo de tipo psicológico, que se relacionan con la edad, el número de parejas y la función familiar. Las estructuras familiares no nucleares pueden transmitir experiencias vitales que favorezcan una mayor presencia de violencia de pareja.

## Palabras clave

Students, adolescent, intimate partner violence, family structure.

# Estudio cualitativo sobre las vivencias y percepciones de los adolescentes sobre la violencia de pareja

Darwish Mateos S<sup>1</sup>, Bohórquez Ríos J<sup>2</sup>, Becerra Almazán M<sup>3</sup>, Martín Cano S<sup>4</sup>, Pérez Milena A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mengíbar. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias hospitalarias. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Jaén

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP. Cádiz

## Objetivo

Describir las creencias y vivencias de violencia de pareja durante la adolescencia.

## 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.

## Resultados

48 adolescentes (6 grupos), 54% mujeres, 15,3±1,8 años, 47,2±6,8 minutos/entrevista. 1/Concepto: la violencia de pareja se entiende como una "relación tóxica", con componentes psicológicos y sociales, mientras que la violencia física o sexual se entiende como algo adulto. 2/Causas: el machismo y los celos provocan el control sobre las relaciones sociales y la restricción de espacio personal. No hay un perfil concreto de víctima, aunque influye la falta de límites y la dependencia emocional. 3/Entorno sociofamiliar: la familia (sobre todo

progenitores) educan vivencialmente, aunque reclaman más comunicación sobre emociones y sexualidad. El grupo de amigos es fundamental para normalizar o rechazar las actitudes violentas. Señalan como factores de riesgo la educación rígida o distante y la violencia familiar. 4/Educación información: reclaman más educación sobre gestión emocional y relaciones de pareja, critican el poco valor de la información ofertada en centros educativos. 5/Redes sociales: permiten diferentes formas de control (restricción de las publicaciones de la pareja, la vigilancia de seguidores y el control de lo que se publica). Los adolescentes de mayor edad son más críticos y conscientes de su riesgo.

## Conclusión

La violencia en la pareja es percibida pero en gran medida, normalizada. Los factores que la evitarían son una mayor comunicación en la familia, el apoyo del grupo de pares, una información vivencial y directa, y el adecuado control del uso de redes sociales.

## Palabras clave

Gender-based violence, social support, adolescent, qualitative research.

# Barreras a la realización de la citología percibidas por mujeres que no se realizan el cribado correctamente

Hortal-Carmona J<sup>1</sup>, Fernández Sayago Y<sup>2</sup>, Martín Moreno N<sup>3</sup>, Toral López A<sup>2</sup>, García Rodríguez S<sup>2</sup>, Garrote Sotelo H<sup>2</sup>

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

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

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina. Universidad de Granada

## Objetivo

Identificar las dificultades de acceso al cribado de cáncer de cérvix.

## Pacientes y métodos

Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo con entrevistas semiestructuradas a mujeres entre 35 y 65 años.

Muestreo mediante selección intencionada de la muestra a partir de categorías de segmentación: 1) <50 años, no migrante, bajos ingresos, 2) <50a, migrante, bajos ingresos, 3) >50a, no migrante, bajos ingresos y 4) >50a, migrante, bajos ingresos. Previstas dos entrevistas por perfil hasta saturar discurso. Resultados preliminares de 5 entrevistas. Análisis temático del contenido y por categorías de acuerdo al marco teórico de partida: las inequidades de acceso en salud. Cuestiones éticas: dictamen favorable del CEIm Granada (código 2017-N-23).

## Resultados

Detectados cuatro factores que determinan barreras:

- Falta de información: "como veinte años que no ha habido más información".
- Percepción del riesgo:
  - Baja percepción de riesgo: "tengo la suerte de que no me ha pasado nada todavía".

- Experiencia personal: "tampoco conozco gente que tenga cáncer ni que haya tenido".
- Miedo al diagnóstico: "pues ya te da miedo y dices, bueno, por prevenir, por hacérmelo".
- Aceptación del riesgo: "como que lo asimila y si me tiene que dar, pues me tiene que dar".
- -Falta de accesibilidad.
  - Disponibilidad de citas: "lo que pasa es que hay mucha espera".
  - Conciliación: "yo no puedo, que yo mi trabajo no me da tiempo".
  - Despriorización: "muchas veces ni nosotras mismas tenemos tiempo para para nosotras".
- -Incomodidad.
  - Miedo: "es como, te lo cuentan y digo, eh, vale, hasta ahí".
  - Pudor: "Pues porque soy muy pudorosa".
  - Indefensión: "nada más que pensar en el potro ese horroroso. Es que eso es una posición tan indefensa".

## Conclusión

La conversión del cribado de cáncer de cérvix de oportunista a sistemático en Andalucía debe tener en cuenta que hay más barreras para su realización que pueden ser reversibles por lo que suponen una inequidad de acceso.

## Palabras clave

Cribado, equidad, acceso a atención primaria.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA MÉDICO DE FAMILIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# ¿Cómo lo hacemos? Desempeño de actividades de los médicos de familia en los centros de salud de Andalucía

Tormo Molina J<sup>1</sup>, Moreno Corredor A<sup>1</sup>, Baena Camús L<sup>1</sup>, Quesada Jiménez F<sup>1</sup>, De La Higuera González J<sup>2</sup>, Ramos Fernández Á<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria jubilado. Grupo Seniors SAMFyC

<sup>2</sup> Asesor independiente de Innovación y Servicios de Salud. Grupo Seniors SAMFyC

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente "El Junquillo". Cádiz

## Objetivos

Conocer el grado de desempeño de actividades de los médicos de familia de los centros de salud de nuestra comunidad.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, no aleatorizado, mediante encuesta enviada por email a socios de SAMFyC que estuvieran realizando actividad asistencial en un centro de salud. Encuesta de 26 preguntas, 9 sobre variables independientes. Estudio estadístico univariante, bivariante y multivariante.

## Resultados

Obtuvimos 301 encuestas, 68% de mujeres; edad media. - 50,3 años ( $\pm 11$ ); 63% trabajaban en centros urbanos y el 59% eran tutores. Media de años trabajando en asistencia.- 21,2 años ( $\pm 10,6$ ) y 7,5 años ( $\pm 8,2$ ) en el mismo centro (longitudinalidad). 64% referían participar en la gestión de su agenda y 58% que siempre o casi siempre se le insertaban citas. 38,3% no tenían agenda programada y, de los tutores, el 95,3% no disponían en agenda de un tiempo programado con el residente. 26% de los profesionales no participaban en el proceso embarazo y 18% no

realizaban actividades de planificación familiar. 85% no realizaban genogramas, el 93,6% no se hacían entrevistas videograbadas y 62,5% no participaban en ningún programa comunitario. Visitas conjuntas con enfermería: 22% de los encuestados y actividades asistenciales conjuntas el 50%. Reuniones periódicas con su enfermera: 79%. 51% habían presentado una comunicación a congreso en los últimos cinco años y el 20% publicado un artículo.

## Conclusiones

La tercera parte de los profesionales no participan en la gestión de su agenda y más de la mitad refieren inserción de citas forzadas. Una quinta parte no participa en el proceso embarazo ni en planificación familiar. Más de la mitad no participan en programas comunitarios. La longitudinalidad y la tutorización parecen favorecer la implicación profesional y el desarrollo de actividades asistenciales, de investigación y comunitarias.

## Palabras clave

Primary health care, appointments and schedules, continuity of patient care.

# Exploración física en Atención Primaria ¿estamos dejando de realizarla?

Hernández Ocaña M<sup>1</sup>, Rodríguez Jiménez B<sup>2</sup>, Ramos Fernández, Á<sup>3</sup>, Tormo Molina J<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán, Granada

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS La Línea Poniente, 'El Junquillo', Cádiz

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar Y Comunitaria Jubilado. Grupo Seniors SAMFyC

## Objetivos

Conocer con qué frecuencia los médicos de familia refieren realizar exploración física ante consultas clínicas de sus pacientes, si ha disminuido esa frecuencia en los últimos años y, de ser así, los factores que han podido influir en ese hecho. Como objetivo secundario valorar cuántos y cuáles instrumentos de exploración utilizan.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, no aleatorizado, realizado mediante encuesta enviada por e-mail a los socios de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, de 28 preguntas; 24 relacionadas con la frecuencia de realización de exploración física, causas de posible disminución de esa frecuencia y tenencia y uso de instrumentos de exploración. Estadística univariante (medidas de frecuencia, medias y dispersión), bivariante (t de Student y Ji cuadrado) y multivariante.

## Resultados

Obtuvimos 417 encuestas, 49% tutores, 69% mujeres. Edad media 44 años ( $\pm 13$ ), Media años de experiencia.- 17 ( $\pm 12,6$ ); 86% refería realizar

exploración física "casi siempre"; 54% que "ahora se explora menos que antes". Los motivos más aducidos fueron: falta de tiempo (83%) y múltiples Motivos de consulta de los pacientes (62%). De 9 instrumentos de exploración propuestos la media de los utilizados era 3 (SD.- 1,8) y sólo el 1% usaba los 9. El referir explorar casi siempre y el utilizar más materiales de exploración era más probable en las mujeres, en los profesionales de mayor número de años de experiencia profesional y en tutores.

## Conclusiones

La mayor parte de los encuestados refieren realizar exploración física casi siempre y algo más de la mitad creen que, actualmente, se explora menos que hace años, aduciendo falta de tiempo como causa principal. Las médicas de familia, el mayor número de años de experiencia profesional y el ser tutor parece asociarse a referir explorar más a menudo y utilizar mayor número de instrumentos de exploración.

## Palabras clave

Physical examination, primary health care, diagnostic techniques and procedures.

# Desigualdad de acceso al cribado de cáncer de cuello de útero según renta

Hortal Carmona J<sup>1</sup>, García Rodríguez S<sup>1</sup>, Garrote Sotelo H<sup>1</sup>, Trujillo Castro F<sup>2</sup>, Fernández Sayago Y<sup>1</sup>, De Amo García P<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Universidad de Granada

## Objetivos

Identificar una posible desigualdad de acceso al cribado de cáncer de cuello de útero en base al nivel de renta.

Para estimar la renta se ha utilizado como "proxy" la "tarjeta sanitaria individualizada" (TSI).

## Material y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo-analítico en centro de salud urbano. Población: 1593 mujeres entre 35 (10 años mínimo de cribado) y 65 años. *Cálculo muestral*: 310. Al ser la TSI una variable cualitativa politómica y presumir que algunos valores iban a estar poco representados, se decidió ampliar a toda la población. Se obtuvieron de manera anonimizada por medios informáticos las variables número de citologías y código TSI (6 códigos desde el 001 al 006). *Análisis*: comparación entre 2 variables cualitativas con Chi-cuadrado (R-Studio). Dado que no conseguimos suficiente muestra de las TSI 005 y 006, se decidió agruparlas en dos valores: renta baja (TSI 001, 002 y 003) y renta alta (TSI 003, 004 y 005). *Limitaciones*: es posible que el

cribado correcto esté infraestimado entre las mujeres de rentas altas por la realización del mismo a nivel privado. *Cuestiones éticas*: dictamen favorable del CEIm Granada (código 2017-N-23).

## Resultados

La adherencia al cribado es baja: solo el 26,75% de las mujeres entre 35-65 años tienen un cribado correcto. Las mujeres de renta alta se realizan con más frecuencia el cribado correcto (30,1%) en comparación con las mujeres de renta baja (21,8%), diferencia que es significativa ( $p < 0,001$ ). Para verificar la asociación entre TSI y renta se relacionaron los códigos de TSI con la calle de residencia: en calles de rentas bajas (información INE) es más frecuente el TSI de renta baja (50,69%) que en calles de renta (6,02%) ( $p < 0,001$ ).

## Conclusiones

Las mujeres de renta alta se realizan el cribado de forma correcta más que las de renta baja.

## Palabras clave

Equidad, cribado, acceso a atención primaria.

# Evaluación y tratamiento de la infección por VHC en población de alto riesgo

Gromyko A<sup>1</sup>, Ortega Carpio A<sup>2</sup>, Rioja Ulgar F<sup>3</sup>, Mestraitua Vázquez A<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Gerente DS Huelva-Costa y Condado-Campiña. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de Salud DS Huelva-Costa. Huelva

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora de Salud DS Huelva-Costa. Huelva

## Objetivos

La hepatitis C es un problema de salud pública que afecta al 1% de la población mundial. A pesar de los esfuerzos de la OMS y el Ministerio de Sanidad, existen muchos pacientes virémicos no diagnosticados ni tratados, y con tasas de cumplimentación mejorables. Nuestro distrito en colaboración con sus 22 centros de salud y el hospital de referencia, ha desarrollado un programa de cribado en población de alto riesgo para confirmar y tratar estos pacientes.

## Material y métodos

Se obtuvieron los listados de Microbiología de pacientes con AcVHC+ sin carga viral (CV) realizada o CV+ conocida supuestamente no tratada de los últimos 10 años. Se les localizó y solicitó consentimiento para realizar CV de confirmación. A los CV+ se les ofreció tratamiento hospitalario si tenían fibrosis avanzada (FIB-4 =3), o en su centro de salud con su enfermera (FIB-4 =2), con sofosbuvir/velpatasvir 1c/día durante 3 meses, repitiéndose seguidamente la CV para confirmar curación.

## Resultados

Se detectaron 195 pacientes candidatos, 142 varones y 53 mujeres de 50,3 y 54,4 años de

edad media. Tenían antecedente de AcVHC+ sin CV conocida 136 (69,7%) y CV+supuestamente no tratada 59 (30,3%). Tras la evaluación inicial no se localizaron 44 pacientes (22,6%); éxitus 8 (4,1%); no antecedente de VHC+ por error de registro 7 (3,6%); no consintieron en participar 26 (13,3%); no precisaron tratamiento con CV-confirmada por aclaramiento espontáneo 56 (28,7%) o por tratamiento previo desconocido 42 (21%); no consintieron tratamiento tras confirmación CV+ 3 (1,5%); iniciaron tratamiento centralizadamente 6 (3,1) y en AP 4 (2,1%). Todos los que iniciaron tratamiento lo completaron y la tasa de curación fue 100%.

## Conclusiones

La colaboración entre AP y AH aumenta notablemente la cumplimentación y la posibilidad de erradicación del VHC. Un 37,4% de los pacientes permanecen sin estudiar, lo que hace necesario implementar estrategias de captación efectivas que permitan localizarlos, diagnosticarlos y tratarlos.

## Palabras clave

Hepatitis crónica, carga viral, acciones integradas de salud.

# Comparación del uso de CPAP con presión soporte (Weinmann®) frente a CPAP tipo Boussignac® en pacientes con edema agudo de pulmón: estudio cuantitativo en urgencias y emergencias prehospitalarias

Acosta Urbano L

CES 061 Servicio Provincial Sevilla

## Objetivos

Comparar la eficacia clínica de CPAP con presión soporte (Weinmann®) frente a CPAP tipo Boussignac® en pacientes con edema agudo de pulmón en términos de mejoría respiratoria, necesidad de intubación y tiempo de asistencia ventilatoria.

## Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 40 pacientes atendidos en Urgencias entre enero y diciembre de 2024 con diagnóstico de edema agudo de pulmón. Veinte pacientes fueron tratados con CPAP tipo Boussignac® y veinte con CPAP con presión soporte mediante ventilador Weinmann®. Se analizaron variables como: tiempo de aplicación, duración del soporte ventilatorio. Se recogieron variables clínicas y fisiológicas como tiempo aplicación, duración soporte ventilatorio, Sat O<sub>2</sub>, frecuencia respiratoria, tasa de intubación, y estancia hospitalaria, a los 30, 60 y 120 minutos, así como la evolución posterior. Se aplicaron pruebas t de Student y chi-cuadrado con  $p < 0,05$  como significativo.

## Resultados

Saturación de oxígeno (Sat O<sub>2</sub>): Weinmann: aumento medio de 89% a 97% en 30 min.

Boussignac: aumento de 88% a 94% ( $p = 0,03$ ).  
 Frecuencia respiratoria: reducción media en Weinmann: 29 a 22 rpm. En Boussignac: 30 a 26 rpm ( $p = 0,04$ ).  
 Duración del soporte ventilatorio: Weinmann: 2,6 ± 1,2 horas. Boussignac: 4,1 ± 1,5 horas ( $p = 0,01$ ).  
 Intubación orotraqueal: Weinmann: 0 casos. Boussignac: 3 casos (15%) ( $p = 0,07$ ).  
 Estancia hospitalaria media: Weinmann: 4,2 días. Boussignac: 5,3 días ( $p = 0,08$ ).  
 Tolerancia al dispositivo: mejor en grupo Weinmann según escala visual análoga de confort (media 8,2 vs 6,1;  $p = 0,02$ ).

## Conclusiones

La CPAP con presión soporte mostró mayor eficacia en la mejoría clínica precoz, con menor duración del soporte, mejor tolerancia y tendencia a reducir la necesidad de intubación. La CPAP tipo Boussignac continúa siendo útil por su rapidez de aplicación, especialmente en entornos extrahospitalarios o sin disponibilidad de ventiladores.

## Palabras clave

Edema agudo de pulmón, CPAP, Boussignac, presión soporte, ventilación no invasiva, prehospitalaria.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Uso de antibioterapia durante las cinco primeras olas de la pandemia por COVID-19 y variables clínicas y sociales relacionadas. Proyecto GASAP-COVID

Rodríguez Castilla F<sup>1</sup>, Leal Helmling F<sup>2</sup>, Mengíbar Cabrerizo P<sup>3</sup>, Darwish Mateos S<sup>4</sup>,

Zafra Ramírez N<sup>5</sup>, Pérez Milena A<sup>1</sup>

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

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

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

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mengíbar. Jaén

<sup>5</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UD Jaén-Jaén Sur,

## Objetivos

Conocer la prescripción de antibioterapia a pacientes con COVID-19 en las primeras cinco olas de pandemia y las variables relacionadas.

## Material y métodos

*Diseño:* estudio de cohortes retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas.

*Ámbito de realización:* centro de salud urbano.

*Criterios de selección:* pacientes  $\geq 18$  años con síntomas sugerentes de COVID-19 (1<sup>a</sup> ola) o infección confirmada por COVID (2<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> ola).

*Tamaño muestral* mínimo 189 pacientes (prevalencia 4,1% -ENE-COVID19 nivel de confianza 95%, precisión 3%, pérdidas 5%).

*Variable dependiente:* uso de antibióticos.

*Variables independientes* sociodemográficas (sexo, edad, estructura familiar), clínicas (otros fármacos, vulnerabilidad, sintomatología, pruebas complementarias, ingreso hospitalario y desenlace) y asistenciales (tipo de atención y seguimiento médico, frecuentación).

*Análisis descriptivo y multivariante* mediante regresión logística binaria. Aprobado por CEI, datos anonimizados.

## Resultados

1083 pacientes, edad media  $45 \pm 19,4$  años y 55% mujeres, 25% vulnerables. 89,4% consultaron de

forma inicial en Atención Primaria (telefónico 57,9%, presencial 29,3% y domicilio 2,2%), con un 6,9% de criterios clínicos de gravedad. 18,6% tomaron antibióticos: azitromicina (10,2%), cefditoreno (8,7%), amoxiclavulánico (5,1%), levofloxacino (2,2%) y amoxicilina (1,3%). Un 56,9% tomaron 1 antibiótico, el 40,2% dos antibióticos diferentes y un 2,9% =3 antibióticos. Fueron más prescritos en las dos primeras olas ( $p=0,032$  test  $\chi^2$ ). El modelo multivariante final encontró relación entre la prescripción de antibioterapia con la edad (OR [1,01-1,05]) y el número de contactos del enfermo con los servicios médicos (OR 1,06-1,46). Por el contrario, el no realizar pruebas complementarias (OR 0,07-0,49) y el diagnóstico de infección respiratoria de vías altas (0,008-0,218) se relacionaron con menor uso de antibióticos.

## Conclusiones

Se prescribieron antibióticos para el COVID-19 en pocas ocasiones, en relación con edad avanzada, mayor frecuentación médica y mayor gravedad clínica.

## Palabras clave

Anti-bacterial agents, COVID-19, drug treatment, drugs for primary health care.

# Evaluación de la eficacia de las infiltraciones en Atención Primaria. Estudio descriptivo

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

## Objetivos

1º: Análisis de la eficacia de las infiltraciones en la reducción del dolor mecánico en atención primaria.

2º:

- Análisis descriptivo de la evolución clínica de los pacientes tras recibir infiltraciones en el último año.
- Análisis de la relación entre las características del paciente y la efectividad de tratamiento.
- Análisis de la presencia de efectos adversos atribuibles a la infiltración.

## Material y métodos

*Diseño:* estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo.

*Ámbito:* Atención Primaria.

*Criterios de selección:*

- >18 años.
- Adscritos al centro.
- Indicación médica.
- Consentimiento informado firmado.
- Registro de la realización de la técnica en historia clínica.

Población total: 93

*Variables:*

- Demográficas.
- Localización anatómica del dolor/zona de infiltración.
- Presencia de reinfiltración de la misma localización.
- Evolución clínica (no vuelve a consultar por el dolor, reconsulta por persistencia clínica o

se registra mejoría en su historia clínica).

- Efectos adversos en relación con la técnica.

*Análisis estadístico:* representación de variables mediante estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje) y gráficos acompañantes. Análisis comparativo de variables.

## Resultados

La edad media de estos pacientes es 59 años. El 74,2% son mujeres. La zona anatómica donde se ha utilizado más esta técnica es en el tobillo-pie. La mayoría de los pacientes (77,4%) recibieron una única infiltración. Un 18,3% recibió una segunda. un 46,2% no vuelve a consultar por dolor. Un 26,9% describe mejoría tras técnica. Sólo un 3,2% presentaron efectos adversos, de ellos todos de carácter leve. Existe relación con la edad y el sexo en cuanto a la evolución clínica tras la técnica. No existe relación entre la edad y la aparición de complicaciones.

## Conclusiones

La infiltración de corticoides es una técnica de uso frecuente en Atención Primaria. Puede ser una alternativa terapéutica útil, segura (baja incidencia de efectos adversos) y capaz de reducir el número de consultas por dolor y evitando su cronificación y abuso de analgésicos reduciendo la aparición de complicaciones atribuibles.

## Palabras clave

Dolor musculoesquelético, corticoesteroides, artrosis.

# Desigualdad de acceso al cribado de cáncer de cuello de útero según país de origen

García Rodríguez S<sup>1</sup>, Garrote Sotelo H<sup>1</sup>, Toral López A<sup>1</sup>, Trujillo Castro F<sup>2</sup>, Hernández Hernández B<sup>1</sup>, Fernández Sayago Y<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Universidad de Granada

## Objetivos

Identificar posibles desigualdades de acceso al cribado de cáncer de cuello de útero en función del país de origen.

## Material y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo-analítico en centro de salud urbano. *Población:* 1593 mujeres entre 35 (10 años mínimo de cribado) y 65 años.

*Cálculo muestral:* 310. Al ser el país de origen una variable cualitativa politómica con hasta 58 nacionalidades distintas se presumió que algunos valores iban a estar poco representados y se decidió ampliar a toda la población.

Se obtuvieron de manera anonimizada por medios informáticos las variables número de citologías y nacionalidad.

*Análisis:* comparación entre 2 variables cualitativas con Chi-cuadrado (R-Studio). Dado que no conseguimos suficiente muestra para ninguna de las nacionalidades se decidió agrupar nacionalidades en función de áreas socioeconómicas o culturales relacionadas.

*Limitaciones:* la población de origen extranjero puede estar infraestimada dado que hay mujeres para las que no se registra nacionalidad en la historia digital.

## Aspectos éticos-legales

Dictamen favorable del CEIm Granada (código 2017-N-23).

## Resultados

La población extranjera atendida en el centro de salud es del 21,23%.

El cribado correcto es:

- Más frecuente entre mujeres españolas (29,12%) que entre extranjeras (18,03%) ( $p < 0,001$ ).
- Más frecuente entre españolas (29,12%) que entre mujeres originarias de países de tradición mayoritaria musulmana (11,91%) ( $p < 0,05$ ).

Se aprecian diferencias también entre españolas (29,12%) y mujeres de origen marroquí (14,29%) y de origen latinoamericano (23,26%) pero ninguna es significativa dada la escasez de muestra.

## Conclusiones

La adherencia a un cribado correcto es menor entre las mujeres extranjeras que entre españolas. El resultado sugiere la necesidad de estudios cualitativos que determinen si esta desigualdad es una inequidad en salud.

## Palabras clave

Equidad, cribado, acceso a atención primaria.

# Relación entre el cribado de cáncer de cuello de útero y la frecuentación en un centro de salud urbano

Toral López A, Fernández Sayago Y, Hernández Hernández B, De Amo García P, Garrote Sotelo H, Sánchez García C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

## Objetivos

Identificar desigualdades de acceso al cribado del cáncer de cuello de útero (CCU) en un centro de salud (CS) urbano en relación a la frecuentación.

Para ello se evaluó la asociación entre la realización correcta o no del cribado y las variables que pueden capturar la frecuentación al CS. La hipótesis es que una mayor frecuentación determina una mayor adherencia al cribado.

## Material y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo-analítico en CS urbano.

*Población:* 1593 mujeres entre 35 (10 años mínimo de cribado) y 65 años.

*Cálculo muestral:* 310. Por otros objetivos con variables cualitativas politómicas, se decidió ampliar a toda la población.

*Se obtuvieron las variables:* citologías, citas en el CS\*, derivaciones\*, analíticas\*, fármacos en uso, fármacos psicotrópicos en uso, número de citologías (10 años), padecimiento de hipertensión y diabetes (\*últimos 5 años).

*Análisis:* comparación entre variable cualitativa y cuantitativa discreta con t-Student y entre variables cualitativas, con Chi-cuadrado (R-Studio).

## Aspectos éticos-legales

dictamen favorable del CEIm Granada (código 2017-N-23).

## Resultados

Las mujeres con un cribado correcto:

- Van más a consulta, media de 36,13 citas médicas en los últimos cinco años, frente a 22,98 citas en mujeres con cribado incorrecto ( $p < 0,001$ ).
- Se derivan más, 4.58 vs 2.91 ( $p < 0,001$ ).
- Tienen más analíticas, 15,15 vs 9,91 ( $p < 0,001$ ).
- Consumen más fármacos, 2,11 vs 1,66 ( $p < 0,05$ ).
- Consumen más fármacos psicotrópicos, 0,40 vs 0,28 ( $p < 0,05$ ).
- Sin asociación a diabetes e hipertensión.

## Conclusiones

Las mujeres que se realizan un cribado correcto tienen un mayor contacto con el sistema sanitario: acuden más a consulta, se derivan más, tienen más analíticas y consumen más fármacos. Esto orienta a que el contacto con el CS podría ser un facilitador de adherencia al cribado.

## Palabras clave

Equidad, cribado, acceso a atención primaria.

# Mortalidad al año de los pacientes con trastorno mental grave y multimorbilidad

Jiménez Arteaga C<sup>1</sup>, Guerrero Pérez C<sup>1</sup>, González Mata A<sup>1</sup>, Márquez Calzada C<sup>2</sup>,  
García Lozano M<sup>3</sup>, Pascual De La Pisa B<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Enfermera DSAP. Sevilla

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria UGC Camas. Sevilla

## Objetivos

Determinar la mortalidad al año de seguimiento de pacientes con trastorno mental grave (TMG) y multimorbilidad en Atención Primaria (AP).

## Material y métodos

*Diseño:* estudio descriptivo longitudinal prospectivo.

*Ámbito:* centros de salud de AP.

*Criterios de selección:* adultos con diagnóstico de TMG con presencia de una o más enfermedades no psiquiátricas en la hoja de problemas de la historia clínica electrónica Diraya.

*Criterios de exclusión:* cuidados paliativos.

*Muestra:* pacientes seleccionados por muestreo consecutivo.

*Variables:* variable dependiente: mortalidad. Variables independientes: sociodemográficas, clínicas.

*Análisis estadístico:* descriptivo uni y bivalente según naturaleza de las variables.

*Limitaciones:* falta de información de asistencia privada y registro en historia de salud digital.

## Aspectos éticos-legales

Conformidad del Comité de Ética local.

## Resultados

113 pacientes con edad media de 53 años (DE 13, 8); 53% hombres. Los TMG más frecuentes fueron 40,9% trastorno esquizofrénico y 19% trastorno bipolar. La comorbilidad asociada presentó como mediana 2 [4], siendo las más frecuentes las patologías endocrinas (42,5%), traumatológicas (32,7%) y digestivas (31,9%). El consumo de tóxicos estaba presente en el 54% de la muestra. La mortalidad al año fue del 0,9% por causa no relacionada con el TMG y sin relación estadísticamente significativa con la morbilidad asociada.

## Conclusiones

Según la literatura las personas con TMG muestran mayor morbilidad y menor esperanza de vida respecto a la población general. Sin embargo, en este estudio, la muestra pese a presentar una elevada morbilidad asociada no nos permite estudiar factores relacionados con la mortalidad, posiblemente por el breve periodo de seguimiento. Es por ello, que se amplía el seguimiento a 4 años.

## Palabras clave

Mental disorders, multimorbidity, mortality.

# Uso de recursos sanitarios en pacientes con trastorno mental grave y multimorbilidad en Atención Primaria

González Mata A<sup>1</sup>, Jiménez Arteaga C<sup>1</sup>, Guerrero Pérez C<sup>1</sup>, Márquez Calzada C<sup>2</sup>, Pascual De La Pisa B<sup>3</sup>, García Lozano M<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Enfermera DSAP Sevilla,

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

## Objetivos

Analizar el uso de recursos sanitarios en pacientes con trastorno mental grave (TMG) y multimorbilidad en Atención Primaria (AP).

## Material y métodos

*Diseño:* estudio descriptivo transversal.

*Ámbito:* centros de salud de AP.

*Criterios de selección:* adultos con diagnóstico de TMG con presencia de una o más enfermedades no psiquiátricas en la hoja de problemas de la historia clínica electrónica Diraya.

*Criterios de exclusión:* cuidados paliativos.

*Muestra:* pacientes seleccionados por muestreo consecutivo.

*Variables:* variables independientes: sociodemográficas, clínicas, recursos sanitarios.

*Análisis estadístico:* descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.

*Limitaciones:* falta de información de asistencia privada y registro en historia de salud digital.

## Aspectos éticos-legales

Conformidad del Comité de Ética local.

## Resultados

113 pacientes con edad media de 53 años (DE 13, 8); 53% hombres. Los TMG más frecuentes fueron 40,9% trastorno esquizofrénico y 19% trastorno bipolar. La comorbilidad asociada presentó como mediana 2 [4]. El uso de recursos en AP en el año previo a la inclusión presentó una media de 1,23 (DE 2,1) en consulta del médico de familia de forma reglada y de urgencias 1,67 (DE 3). La asistencia en urgencias hospitalarias fue del 0,6 (DE 1,4). Dicho uso no presentó relación estadística ni con diagnóstico TMG ni con comorbilidad asociada.

## Conclusiones

La gestión clínica de la comorbilidad en las personas con TMG presenta una gran complejidad por el infradiagnóstico de patologías físicas y la demora diagnóstica de muchas entidades predisponentes de malos resultados en salud, en parte pudiendo ser justificadas por el menor uso de servicios sanitarios de forma reglada en AP.

## Palabras clave

Mental disorders, multimorbidity, primary health care.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA OTROS PROFESIONALES  
SANITARIOS

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Estrategias para la prevención de la iatrogenia: evidencias y estrategias implementadas por el sistema sanitario

Cunalema Fernández J<sup>1</sup>, López De La Manzanara Pérez J<sup>2</sup>, Verdugo Revigliono G<sup>3</sup>, Villalobos Escalante P<sup>3</sup>, Lorenzo Santamaría B<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermero. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

## Objetivos

i) Identificar guías y protocolos sobre abordaje, detección y/o gestión de la iatrogenia en adulto mayor (atención primaria y hospital) en el sistema sanitario. ii) Identificar evidencias sobre intervenciones en iatrogenia farmacológica y dependencia iatrogénica en personas mayores.

## Material y métodos

*Fase 1:* búsqueda de guías, protocolos, directrices y programas del sistema sanitario, asociaciones profesionales y pacientes sobre detección, manejo, gestión y prevención de iatrogenia, y optimización terapéutica a través de páginas web institucionales y buscadores genéricos (Google).

*Fase 2:* búsqueda sistemática en 4 bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane Library y Biblioteca Virtual en Salud, y literatura gris (Google Scholar). La búsqueda no delimito diseño metodológico o fecha. Idiomas: inglés, español. Términos utilizados (tesauros y lenguaje libre): "iatrogenic disease", "patient safety", "aged".

## Resultados

Búsqueda de guías y protocolos: se identificaron 25 elementos, 3 a nivel nacional, 12 a nivel Andalucía, 9 sociedades científicas y 1 observatorio de pacientes; 22 documentos normativos y 3 aplicaciones digitales. En la revisión bibliográfica se encontraron 16.372

estudios y se seleccionaron 37: 1 caso clínico (3%), 1 capítulo de libro (3%), 3 estudios cualitativos (8%), 4 cartas editoriales (11%), 4 estudios transversales (11%), 5 estudios sobre intervenciones (14%), 5 revisiones (14%), 7 estudios de cohortes (19%) y 7 documentos normativos (19%), con enfoque principal en atención primaria (56%) y atención clínica (87%). Contenidos temáticos convergentes sobre fragilidad, cronicidad, uso seguro de medicamentos, polifarmacia y tecnologías sanitarias. Estrategias para prevenir la iatrogenia: mejora prescripción inadecuada con criterios Stopp/Start, inclusión de farmacéuticos en equipos asistenciales (hospital), prescripción informatizada y colaboración farmacéutico comunitario. Estas estrategias demostraron reducir ( $p < 0,05$ ) la polifarmacia y mejorar la adecuación de prescripciones.

## Conclusiones

Se identifican guías, recomendaciones y herramientas digitales destinadas a prevenir dependencia iatrogénica y iatrogenia medicamentosa. Existen evidencias sobre la efectividad de intervenciones en aspectos relacionados con la iatrogenia.

## Palabras clave

Iatrogenic disease, therapeutics, aged.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:  
MÉDICO DE FAMILIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Dispositivos no invasivos para sistemas de monitorización inteligente en salud

Polo Rodríguez A<sup>1</sup>, Medina Quero J<sup>1</sup>, Martín Fernández A<sup>2</sup>, Díaz García R<sup>3</sup>, Montes Vázquez M<sup>4</sup>, Valenzuela López I<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS AP Granada Metropolitano. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Caleta. DS AP Granada Metropolitano

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana. DS AP Granada Metropolitano

<sup>5</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS AP Granada Metropolitano. Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA

## Objetivos

Evaluar en personas con discapacidad cognitiva y cuidadores la utilidad y pertinencia de los dispositivos vestibles y ambientales en el ámbito domiciliario para conocer parámetros biométricos, de movilidad, autonomía, interacción relacional, descanso y actividad en el hogar.

## Material y métodos

*Diseño:* estudio piloto observacional en ámbito domiciliario.

*Lugar de realización:* dos centros de salud urbanos.

*Marco de atención sanitaria:* atención domiciliaria y seguimiento remoto a través de la plataforma AMALTEA, con el objetivo de fortalecer el acompañamiento continuo y la personalización de los cuidados.

*Criterios de selección:* personas con discapacidad cognitiva leve o moderada sin deterioro de la movilidad que residan en su hogar.

*Muestreo:* selección intencionada de 3 participantes con discapacidad cognitiva leve o moderada y sus cuidadores realizada por su médico de familia.

*Intervenciones y variables:* se instalarán durante 2 semanas sensores ambientales de bajo impacto en los hogares para monitorizar actividades diarias (movilidad, descanso, higiene) y los participantes y cuidadores llevarán un dispositivo vestible (smartwatch) que registrará métricas biométricas (frecuencia cardíaca, actividad física y movilidad).

*Las variables de estudio son:* adherencia a intervenciones de salud. Autonomía en el hogar e interacción relacional. Patrones de movilidad y rutinas. Indicadores biométricos (frecuencia cardíaca, nivel de actividad y descanso).

*Análisis descriptivo* para identificar patrones de comportamiento y variabilidad biométrica con seguimiento remoto a través de la plataforma AMALTEA.

*Limitaciones del estudio:* número limitado de participantes en pilotaje, colaboración para utilizar los dispositivos, correcta instalación de los sensores e influencia de los mismos en el comportamiento habitual.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera aportar una experiencia pilotaje de transferencia y utilidad de la tecnología electrónica con dispositivos vestibles y ambientales en ámbito domiciliario de pacientes con discapacidad cognitiva y sus cuidadores para monitorizar de manera no invasiva las variables estudiadas desde un enfoque biopsicosocial facilitando un seguimiento continuo y personalizado. Este enfoque permitirá optimizar las intervenciones sanitarias, detectando de manera temprana desviaciones en las rutinas y proporcionando información en tiempo real a los cuidadores y profesionales de la salud, lo que contribuirá a una toma de decisiones compartidas entre equipo de salud-cuidador-paciente. En un futuro próximo el uso de sensores no invasivos en el hogar podrá integrarse en estrategias de atención domiciliaria y programas de salud dirigidos a personas con discapacidad cognitiva y sus cuidadores, reforzando la continuidad asistencial y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, esta monitorización permitirá un diseño más ajustado de los planes de cuidados, adaptándose a las necesidades cambiantes de cada individuo y favoreciendo un enfoque preventivo en la atención sanitaria.

## Aspectos ético-legales

Este proyecto tiene dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación. Se dispone de consentimiento informado y revocación del mismo. Se ha realizado una Evaluación de Impacto en Protección de Datos (EIPD) para asegurar los más altos estándares de seguridad y privacidad.

## Financiación

El proyecto AMALTEA está financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

## Palabras clave

Telemedicine, cognitive dysfunction, monitoring, physiologic.

# Efectividad de una intervención en deprescripción psicofarmacológica en Atención Primaria

Chávez Gata L<sup>1</sup>, Álvarez Harana L<sup>2</sup>, Torrecusa Camisón R<sup>3</sup>, Guerrero Vázquez A<sup>4</sup>,

Zapata Macias B<sup>5</sup>, Madueño Caro A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz

<sup>2</sup> Estudiante de Medicina. Universidad de Cádiz

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

<sup>5</sup> FEA Neurología. HU Puerta del Mar. Cádiz

## Objetivos

Medir la efectividad de una intervención en deprescripción de antidepresivos en atención primaria. Determinar variables asociadas a la población a estudio. Determinar el impacto de la intervención en la sintomatología psicoafectiva.

## Material y métodos

Ensayo de intervención comunitaria, antes-después, no controlado. Nivel de atención primaria. Ámbito urbano. Zona básica de salud.

*Población a estudio:* pacientes que consuman o hayan consumido algún antidepresivo en el año 2023.

*Criterios de inclusión:* más de 18 años, capacidad física para desplazarse al centro y capacidad mental para consentir el estudio.

*Criterios de exclusión:* menores de edad, incapacitados para participar en el estudio (deterioro cognitivo severo o pacientes hospitalizados).

*Cálculo del tamaño muestral:* se calcula el tamaño muestral para una proporción. Nivel de confianza del 95%, precisión 5% sobre una población total de 516. Se considera que un 10 % en deprescripción total o parcial para con los antidepresivos prescritos tiene relevancia clínica. El tamaño muestral alcanza los 110 pacientes (n= 110). La muestra final tendrá en cuenta la posibilidad de hasta un 10% de pérdida por cualquier causa (n=121). Selección mediante muestreo aleatorio simple.

*Recogida de datos:* el investigador principal obtendrá desde historia clínica variables universales, sociodemográficas, comorbilidades y/o potenciales interacciones medicamentosas. Suministrará al sujeto los cuestionarios de Hamilton ansiedad y depresión de Beck. Se realizarán tres visitas durante 60 días en las que realizará reevaluación de diagnóstico y síntomas, detección de interacciones o reacciones adversas e iniciará deprescripción si procede.

*Variables independientes:* edad, sexo, situación familiar y laboral, tipo y número de antidepresivo, diagnóstico, prescriptor, comorbilidades, interacciones, puntuación inicial en escalas.

*Variables dependientes de resultado:* deprescripción parcial o total, puntuación final en escalas, porcentaje de no deprescripción por sintomatología por retirada o rechazo del paciente.

*Análisis estadístico:* con el programa SPSSv.24. Descriptivo de variables (tablas de frecuencia, porcentajes y prevalencias, media, mediana, desviación típica y rango). Análisis inferencial identificando relaciones entre variables y si existe asociación con la total o parcial deprescripción del tratamiento antidepresivo a través de análisis bivariante: Finalmente para examinar los efectos de las variables independientes sobre la variable dependiente (deprescripción) se determinará regresión logística binaria multivariante.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Los resultados obtenidos puedan proponer intervenciones estandarizadas en atención primaria, dentro de la práctica clínica habitual, favoreciendo adecuación y uso de la dosis mínima eficaz. Del resultado de contrastar estadísticamente la hipótesis a estudio, podría añadirse valor a la práctica clínica en atención primaria, debido a que la bibliografía no recoge evidencias en este objetivo.

## Aspectos ético-legales

El estudio se realizará siguiendo recomendaciones éticas contenidas en la Declaración de Helsinki (Fortaleza, 2013). El estudio se realizará según lo establecido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Los pacientes incluidos en la investigación serán informados previamente tanto de forma oral como por escrito de los objetivos del estudio y de los procedimientos diagnósticos que se llevarán a cabo sobre los mismos. Aceptación por Comité de Ética de la Investigación de Cádiz (Código de protocolo 2024-TFG-DEPRES. Nº Registro SICEIA-2024-001174).

## Financiación

Se declara no existencia de financiación alguna.

## Palabras clave

Antidepresivos, deprescripción, atención primaria.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:  
MÉDICO RESIDENTE

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Intervención educativa en centros de secundaria

Sánchez Soto M<sup>1</sup>, Perez De Zabalza Freire R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

## Objetivos

*Objetivo principal:* evaluar el impacto de una intervención educativa en la mejora de los hábitos alimentarios y en la reducción del riesgo de TCA en adolescentes de 3º y 4º de ESO.

*Objetivos secundarios:* detectar conductas alimentarias de riesgo y niveles de insatisfacción corporal en alumnado de 3º y 4º de ESO. Aumentar el conocimiento sobre nutrición saludable. Promover una relación sana con la comida y la imagen corporal. Identificar precozmente posibles casos con riesgo alto de TCA para su derivación.

## Material y métodos

*Sujetos de estudio:* alumnado de 3º y 4º de la ESO de los IES de nuestra zona básica de salud que haya entregado consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales.

*Criterios de inclusión:* edad entre 14 y 16 años. Estar matriculado en 3º o 4º de ESO en los IES seleccionados. Consentimiento informado firmado.

*Criterios de exclusión:* rechazo del consentimiento por parte de padres o alumnos/as. Imposibilidad de participar por razones de salud.

*Muestreo:* se realiza por conveniencia. Participarán todos los alumnos que cumplan los criterios y acepten participar, aproximadamente unos 200 alumnos.

*Mediciones e intervenciones:* 1. Antes de la intervención: aplicación anónima de cuestionarios validados: BITE (Bulimia Investigation Test of Edinburgh). EAT-26 (Eating Attitudes Test). Encuesta propia sobre hábitos nutricionales y satisfacción corporal. 2. Intervención educativa: sesiones dinámicas a cada clase de 1 hora de duración dirigidas por dos médicos residentes de MFyC y una enfermera escolar.

*Contenido:* mitos sobre alimentación, importancia del desayuno, señales de alarma de TCA, autoestima e imagen corporal,

alimentación saludable basada en la evidencia. Material visual, participativo y adaptado al nivel de comprensión. 3. A los 6 meses se volverán a aplicar los mismos cuestionarios para valorar cambios tras la intervención.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Este estudio permitirá valorar la utilidad de intervenciones educativas sanitarias breves en el entorno escolar para prevenir los TCA, además de fomentar hábitos saludables en adolescentes. Permitirá sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia de la detección precoz, detectar situaciones de riesgo para una intervención temprana, pudiendo replicarse en otros centros educativos si los resultados son positivos.

## Aspectos ético-legales

Se solicitará la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de los padres o tutores legales de los participantes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos. Se informará a los participantes y a sus familias sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los riesgos y beneficios, y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello conlleve ninguna consecuencia negativa. Se respetarán los principios éticos de la declaración de Helsinki y se cumplirá la legislación vigente sobre protección de datos y autonomía del menor.

## Financiación

Por nuestros propios medios

## Palabras clave

Trastorno alimentario, alimentación saludable, anorexia.

# Optimización de la salud integral en pacientes inmovilizados mediante atención multidisciplinar

Gutiérrez Reyes R<sup>1</sup>, García García J<sup>1</sup>, Marín Ruiz M<sup>2</sup>, Vicente Hernández M<sup>3</sup>, Galache Re A<sup>1</sup>, Ruiz Pérez F<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Málaga

<sup>2</sup> Enfermera/o de MFyC. CS Antequera Estación. Málaga

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

## Objetivos

Realizar un plan asistencial dirigido al paciente que por diferentes motivos no puede acudir a las consultas, centrado en cuidados para mejorar la salud integral así como la atención a su cuidador y familiares por medio de un equipo multidisciplinar, integrado por: Responsable de la Unidad de Gestión Clínica, Supervisor de Recursos Humanos, Facultativos Equipos de Soporte Domiciliario, Enfermeros Equipo de Soporte Domiciliario, Enfermeros Gestores de Casos, Consultores de Medicina Interna, Trabajadores Sociales. Mejorar la exactitud diagnóstica atendiendo a las cuatro esferas de la salud. Detectar problemas no diagnosticados previamente y potencialmente tratables. Adecuar tratamiento a las necesidades del paciente inmovilizado. Mejorar el estado funcional y cognitivo del paciente inmovilizado. Conocer los recursos familiares de los que dispone el enfermo y sus familiares. Involucrar al paciente y a la familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento, fomentando la autonomía del mismo. Controlar el cumplimiento terapéutico. Educación para el paciente y la familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud. Disminuir la mortalidad.

## Material y métodos

Estudio prospectivo transversal de 12 meses de duración realizado en pacientes inmovilizados con participación de los centros de salud implicados.

*Población:* inmovilizados mayores de 65 años asistidos desde Atención Primaria.

*Muestra:* 10 pacientes procedentes de cada cupo de cada profesional sanitario del centro de salud, en total 200 inmovilizados. Criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

*Intervenciones:* revisión de historias clínicas de los pacientes incluidos en el proceso "Atención a personas inmovilizadas" desde el 01/02/2025 al 28/02/2025. Se realizará recogida de datos y se expondrán de forma conjunta en una base de datos para su análisis.

*Variables de estudio:* edad, sexo, comorbilidades, patologías previas, adherencia al tratamiento, apoyo sociofamiliar, tiempo de inmovilización, ingresos hospitalarios, escalas (Barthel, Norton, Pfeiffer).

## Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera una disminución de la morbimortalidad y de la tasa de ingresos hospitalarios. Los pacientes inmovilizados candidatos a recibir una atención más integral en domicilio precisarán unos cuidados acordes a la complejidad de su patología pudiendo prescindir de la estructura física del centro de salud y pudiendo recibir apoyo multidisciplinar. Asimismo, podría justificarse el traslado de herramientas de apoyo al domicilio tales como electrocardiograma o ecógrafo portátil para favorecer el proceso asistencial sin recurrir al desplazamiento del paciente.

## Aspectos ético-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Para llevar a cabo este proyecto se solicitará la aprobación al comité de ética correspondiente y se seguirán las recomendaciones pertinentes. La base de datos será custodiada por el investigador principal del proyecto y estará anonimizada, sin datos de carácter personal que puedan identificar al paciente.

## Financiación

Pactado con Dirección Médica del Área de Gestión Sanitaria.

## Palabras clave

Atención primaria de salud, atención domiciliaria de salud, práctica integral de atención.

# Prevalencia de toma de benzodiazepinas en Atención Primaria

García Medero S<sup>1</sup>, Gil Muñoz J<sup>2</sup>, Barrera Martínez Y<sup>3</sup>, Medero Canela R<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Ejercicio privado. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UD Huelva-Costa-Condado-Campiña. Huelva

## Objetivos

Las benzodiazepinas son fármacos psicotrópicos prescritos para el tratamiento de patologías muy frecuentemente atendidas en atención primaria, como trastornos de ansiedad e insomnio. Son medicamentos con buena eficacia a corto plazo, pero su uso prolongado se asocia a trastornos de dependencia, deterioro cognitivo y aumento del riesgo de caídas, especialmente en personas mayores. Últimamente, ha aumentado la preocupación por la elevada prevalencia de consumo, que en muchas ocasiones no tienen adecuada reevaluación médica. En Andalucía se estima una prevalencia de consumo crónico de benzodiazepinas del 10%, la mitad son mayores de 65 años, y alrededor del 70% son mujeres. En atención primaria, la prescripción de benzodiazepinas es frecuente, lo que hace importante conocer su prevalencia y el perfil de paciente que las consumen, para desarrollar intervenciones que fomenten su uso racional. *Objetivo principal:* determinar la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en mayores de edad de un centro de salud. Describir las características sociodemográficas de los pacientes que consumen benzodiazepinas. Identificar las principales indicaciones clínicas asociadas a la prescripción de benzodiazepinas.

## Material y métodos

*Tipo de estudio:* estudio observacional descriptivo de prevalencia en Atención Primaria.

*Población:* pacientes de un centro de salud, mayores de 18 años, que hayan sido atendidos en el centro de salud en el último año.

*Criterios inclusión:* pacientes con prescripción activa de al menos una benzodiazepina en la receta electrónica durante los últimos 6 meses.

*Criterios exclusión:* pacientes con enfermedades mentales graves que requieran tratamiento psiquiátrico específico, institucionalizados, o en situación terminal.

*Tamaño muestral:* se ha calculado asumiendo una prevalencia del 10%, con una precisión del 5% y sumando un 10% adicional por posibles pérdidas, con una muestra final de 153, se seleccionará una muestra aleatoria.

*Variables: principal:* tener prescripción activa de benzodiazepina/s.

*Secundarias:* variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil), clínicas (diagnóstico, sintomatología), relacionadas con los fármacos (nº de benzodiazepinas con prescripción activa, nº de benzodiazepinas distintas consumidas en los últimos 6 meses, tiempo de prescripción de benzodiazepinas).

*Análisis:* medidas descriptivas para estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o test de t Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivalente. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05.

*Limitaciones:* podría ser la dificultad para alcanzar el tamaño muestral en el centro de estudio, en ese caso se realizaría muestreo consecutivo añadiendo a todos los participantes que aceptasen y cumplieren los criterios de inclusión.

## Resultados esperados y aplicabilidad

El estudio permitirá detectar posibles patrones de prescripción inadecuada o crónica de benzodiazepinas en la población estudiada, que puede ayudar a planificar estrategias de desprescripción, sensibilizar a profesionales sanitarios y fomentar intervenciones educativas.

## Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación clínica, así como Consentimiento Informado a los participantes. Se garantiza confidencialidad y anonimato de los datos. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la Ley de Protección de datos y la Ley de Autonomía.

## Financiación

No

## Palabras clave

Benzodiazepinas, prescripción de medicamentos.

# Efectividad del uso del dispositivo de monitorización continua de la glucosa en el control de los pacientes diabéticos

Cobos Boza A, Ortega Blanco J

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS molino de la vega. Huelva

## Objetivos

*Principal:* evaluar la efectividad del dispositivo de MCG en el control de los pacientes con DM2, en términos de reducción de la variable HbA1c tras 12 meses de uso del dispositivo. *Específicos:* describir el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con DM2 que utilizan el dispositivo de MCG. Evaluar el impacto del dispositivo en el absentismo laboral. Estudiar la evolución clínica de los pacientes según la aparición de complicaciones crónicas de la diabetes. Valorar la relación entre el grado de control glucémico y el cumplimiento del tratamiento. Examinar cómo influye la situación sociocultural en el control de la diabetes.

## Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en el ámbito de la Atención Primaria, que incluye a 94 pacientes con DM2, en tratamiento con insulina o con insulina más antidiabéticos orales, usuarios del sistema de monitorización continua de glucosa MCG durante al menos 12 meses.

El objetivo principal es analizar los valores de HbA1c 12 meses antes y 12 meses después de la implantación del dispositivo.

*Criterios de inclusión:* pacientes con DM2 en tratamiento con insulina o insulina más antidiabéticos orales. Uso del dispositivo de MCG durante =12 meses. Consentimiento informado firmado.

*Criterios de exclusión:* diabetes tipo 1. DM2 sin tratamiento insulínico.

*Variables recogidas:* sociodemográficas (incluido el nivel de estudios).

*Clínicas:* HbA1c antes y después del uso del dispositivo, complicaciones agudas y crónicas durante el periodo de uso, y otras relacionadas con la salud.

*Análisis estadístico:* Se usará el programa SPSS v21.

*Descriptivo:* media y desviación típica para variables cuantitativas; porcentajes y riesgo relativo para cualitativas.

*Inferencial:* intervalos de confianza al 95%. Comparación de cualitativas con chi-cuadrado y

cuantitativas con t de Student. Para comparaciones antes-después: test de McNemar (cualitativas) y t de Student para datos apareados (cuantitativas). En caso de no cumplir supuestos, se usarán pruebas no paramétricas. Se realizará regresión logística binaria para análisis multivariante, tomando como variable dependiente el grado de control glucémico.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera observar una disminución en los niveles de HbA1c tras 12 meses de uso del dispositivo de MCG indicando un mejor control glucémico en los pacientes con DM2. Asimismo, se anticipa una reducción del número de ingresos por complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, así como una disminución en los episodios de incapacidad temporal relacionados con la enfermedad. También se espera una correlación positiva entre el grado de control glucémico y el cumplimiento terapéutico, así como diferencias en el control en función del perfil sociocultural del paciente. Los resultados de este estudio pueden tener un impacto directo en la práctica clínica de atención primaria, aportando evidencia real del beneficio del uso de sistemas de MCG en pacientes con diabetes tipo 2. La mejora del control glucémico y la reducción de complicaciones podrían justificar la ampliación del uso del dispositivo en perfiles seleccionados, optimizando los recursos sanitarios.

## Aspectos ético-legales

El protocolo presentado al Comité Ético de Investigación con Medicamentos y realizado de acuerdo con lo indicado en el Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre, por el que se regulan los estudios observacionales con medicamentos de uso humano. Dictamen favorable emitido por el CEIm.

## Financiación

NO

## Palabras clave

Diabetes mellitus tipo 2, monitorización continua de glucosa (MCG), hemoglobina glicosilada (HbA1c).

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES ORALES  
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:  
OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Iniciar la optimización de los tratamientos y prevenir la iatrogenia en personas mayores: Proyecto STOP IATRO

Cunalema Fernández J<sup>1</sup>, Villalobos Escalante P<sup>2</sup>, Verdugo Revigliano G<sup>2</sup>, Castillo Jimena M<sup>3</sup>, Fuentes Ruiz J<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermero. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFyC DS AP Málaga Guadalhorce. Málaga

## Objetivos

1. Implementar estrategias colectivas según recomendaciones de Organización Mundial de la Salud y mejores evidencias disponibles para prevención de iatrogenia medicamentosa y pérdida de autonomía en adultos mayores.
2. Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre riesgos de la iatrogenia en personas mayores, promoviendo la identificación y prevención de efectos adversos asociados a la atención y cuidados.

## Material y métodos

Estudio de implementación a 3 años basado en modelo KTA (Knowledge-To-Action); consorcio de 6 entidades de 3 países europeos (Francia, Portugal y España). En España participan Andalucía y Cataluña. *Ámbito:* hospital y atención primaria.

*Población del estudio:* profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, farmacéuticos, auxiliares de enfermería), adultos mayores de 65 años. Proyecto en 3 fases, con métodos específicos en cada una de ellas. *Fase 1:* Diagnóstico y análisis de obstáculos y facilitadores a la implementación de acciones preventivas:

1. Localización de evidencias científicas nacionales, guías y protocolos vigentes en sistema sanitario con análisis documental transnacional, encuesta online (diseñada ad-hoc por consorcio), entrevista semiestructurada y grupo focal en los 4 perfiles profesionales, para evaluar conocimientos y prácticas sobre iatrogenia medicamentosa, dependencia iatrogénica y optimización terapéutica.
2. Elaboración de mapa de procesos sobre organización territorial e itinerarios asistenciales a pacientes mayores (hospital, atención primaria, y transiciones).
3. Realización de talleres de co-creación con pacientes y profesionales sanitarios (con métodos de inteligencia colectiva), para identificar barreras, diseñar y priorizar estrategias de mejora implementables en atención primaria y hospitalaria.

*Fase 2:* Programas de formación y capacitación: Desarrollo de actividades formativas y de sensibilización para profesionales y pacientes (talleres presenciales –hospital, centros de salud urbanos y rurales–, charlas en asociaciones de pacientes, nuevos módulos añadidos a curso online

“eMULTIPAP” previamente desarrollado). Evaluación de actividades (formativas, capacitación) mediante modelo de Kirkpatrick:

- Nivel 1 (Reacción -control de asistencia, participación, cuestionario de satisfacción- en todas las actividades);
- Nivel 2 (Aprendizaje -cuestionario de conocimientos antes-después; solo en actividades formativas).

*Fase 3:* Implementación y evaluación de acciones piloto: Implementación de acciones piloto identificadas en actividades de co-creación (atención primaria, hospital), para profesionales sanitarios y adultos mayores; centradas en prevención de la iatrogenia y promoción del envejecimiento saludable. Estas iniciativas serán evaluadas mediante indicadores de mejora continua a partir de las historias clínicas (evaluación de autonomía y riesgo de deterioro funcional en atención primaria y hospital, conciliación terapéutica, adherencia, perfiles clínicos y sociodemográficos), validando y consolidando prácticas innovadoras para su posible integración en la atención sanitaria de manera sostenible.

## Resultados esperados y aplicabilidad

1. Armonización de recomendaciones sobre prevención de dependencia iatrogénica y optimización terapéutica en personas mayores.
2. Implementación (cada entidad del consorcio), de recomendaciones vigentes en cada sistema sanitario (autoridades sanitarias, sociedades científicas).
3. Experimentación de soluciones co-creadas para entornos asistenciales (hospital y atención primaria) en cada país participante. iv) Fortalecimiento de las capacidades y relaciones institucionales.

## Aspectos ético-legales

Aprobado por Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Málaga (CEIm); desarrollado según Reglamento Europeo 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, garantizando la protección de datos y derechos digitales.

## Financiación

Programa Interreg SUDOE de la Unión Europea. Código: [S1/4.5/F0063]

## Palabras clave

iatrogenic disease, therapeutics, process optimization.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTER  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# La gravedad del dolor en el costado

Tena Santana G<sup>1</sup>, Linares Canalejo A<sup>2</sup>, Santos Estudillo M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## Motivos de consulta

Cólico nefrítico resistente a tratamiento.

## Enfoque individual

Paciente de 57 años de edad sin antecedentes personales de interés ni factores de riesgo cardiovascular.

Ha sido valorada en urgencias hospitalarias en varias ocasiones por cuadro de dolor en fosa renal derecha con diagnóstico etiológico de cólico nefrítico y presentando escaso alivio del dolor.

Valorada en nuestra consulta de Atención Primaria y con exploración abdominal normal, realizamos ecografía clínica describiendo masa en polo superior de riñón derecho que mide aproximadamente 6,8 x 6,9 cm de tamaño con vascularización intermedia, heterogénea en su interior compatible con neoformación.

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente joven sin patologías previas ni antecedentes familiares de tumores de urotelio.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cólico nefrítico/dolor pleural/diagnóstico de tumor renal derecho.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivamos a urgencias hospitalarias de nuestra área con el informe de las imágenes valoradas, donde realizan ecografía reglada reconfirmando los hallazgos. A continuación se realiza TAC de abdomen con contraste intravenoso

describiendo "masa sólida de 7,4 x 6,6 cm en polo superior renal derecho, con focos internos parcheados de degeneración quística y calcificaciones en su margen posterior, compatible con carcinoma renal". El estudio de extensión es negativo para enfermedad a distancia.

## Evolución

Dados los hallazgos en las pruebas de imagen se cita para quirófano preferente y se procede a nefrectomía radical derecha laparoscópica programada. Seis meses después, la paciente está libre de enfermedad tras las pruebas de imagen de control, han desaparecido los dolores que padecía y realiza vida normal.

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

Aunque la sintomatología de la paciente fuera sugestiva de cólico nefrítico y no hubiera debutado con otra clínica cardinal como hematuria franca sin cistitis, debemos adecuar nuestra práctica clínica a los recursos de los que disponemos y si contamos, por ejemplo, con la posibilidad de realizar ecografía clínica en nuestro centro, sería recomendable realizarla dado que como comprobamos, existe variabilidad clínica. Si en este caso nos hubiéramos dejado llevar por la inercia del diagnóstico clínico o hubiéramos demorado el diagnóstico con la lista de espera de unas consultas externas de urología, el desenlace podría no haber sido tan feliz.

## Palabras clave

Renal colic, diagnostic imaging, ultrasonography.

# A propósito de un caso. Eritema pernio primario

Pérez Benítez M, Chacón Reche F, Cano García M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Albox. H La Inmaculada. Almería

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 22 años, que acude por lesiones eritematosas en dedos de manos y pies de reciente aparición.

## Historia clínica

Paciente de nacionalidad española, actualmente residiendo en Dublín que refiere aparición súbita hace una semana de lesiones eritematosas en dedos de manos y pies. Posteriormente, presento coloración violácea, edematización y disminución de la temperatura, así como dolor, el cual se exacerbaba con la exposición al frío.

## Enfoque individual

*Examen físico:* dermatosis diseminada en manos y pies con afectación asimétrica, caracterizada por máculas y pápulas violáceas, irregulares y mal delimitadas, así como placas queratósicas y violáceas en el dorso y maculas eritematosas puntiformes en las puntas de los dedos. Cianosis en manos y pies, disminución de la temperatura y retraso del llenado capilar. Los pulsos distales se palpaban con intensidad adecuada y la saturación periférica de oxígeno era de 98%.

*Dermatoscopia:* distrofia, eritema en pliegue ungueal proximal, onicomadesis y hemorragias en astilla.

*Estudios solicitados:* bioquímica, hemograma, coagulación, perfil hepático, anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anti DNA doble cadena y niveles de complemento, resultados dentro de la normalidad.

*Biopsia cutánea:* epidermis con acantosis regular y algunos queratinocitos necróticos. Dermis papilar con capilares dilatados con formación de telangiectasias e infiltrado perivascular compuesto por linfocitos e histiocitos.

## Enfoque familiar y comunitario

Madre con artritis reumatoide.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Perniosis primaria o idiopática.

*Diagnóstico diferencial:* acrocianosis, lesiones por congelación, urticaria asociada al frío, eritromegalia, fenómeno de Raynaud, vasculitis y criofibrinogenemia.

## Tratamiento, planes de actuación

Corticoide tópico de alta potencia, urea 10% y uso de guantes de algodón.

## Evolución

Al mes, la paciente mostro mejoría completa.

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

La perniosis es una enfermedad inflamatoria superficial de la piel que resulta de una respuesta vascular inadecuada al frío. Afecta principalmente a mujeres jóvenes. Se presenta con máculas, pápulas y nódulos eritematovioláceos, dolorosos y pruriginosos, cianosis y edema acral de manera simétrica. Puede ser primaria o secundaria a trastornos subyacentes. La asociada a lupus eritematoso es la principal causa de perniosis secundaria. Nuestra paciente presentó mejoría con el uso de guantes y con esteroides tópicos. Como tratamiento de segunda línea se utilizan los bloqueadores de canales de calcio.

Es importante dar seguimiento a los pacientes, ya que puede ser la manifestación inicial de alguna patología subyacente.

## Palabras clave

Perniosis, dermatosis, corticosteroide.

## Algo más que un golpe

Linares Canalejo A<sup>1</sup>, Tena Santana G<sup>2</sup>, Santos Estudillo M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Isla Chica. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS. La Orden. Huelva

### Ámbito del caso

Pediatría Atención Primaria/Hospitalaria.

### Motivos de consulta

Traumatismo en hombro izquierdo.

### Historia clínica

Niño de 4 años que acude a Urgencias por dolor en hombro izquierdo mientras jugaba con el patinete. Es valorado en nuestra consulta objetivando dolor y hematoma del hombro izquierdo, difícil colaboración del paciente con negación para la movilización. No alteración vasculonerviosa. Se coloca cabestrillo y se deriva Urgencias del hospital de referencia donde se solicita radiografía simple de hombro izquierdo, diagnosticándose al paciente de una fractura patológica de húmero proximal izquierdo con lesión blástica en la zona de fractura, compatible con posible quiste óseo.

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

*Juicio clínico:* fractura desplazada humero izq. Quiste óseo simple humero izq.

*Diagnóstico diferencial:* tendinitis hombro, fractura de hombro.

### Tratamiento, planes de actuación

Se coloca férula e inmovilización durante 3 semanas. Meses después se confirma lesión tumoral de quiste simple por resonancia magnética.

### Evolución

Resolución y consolidación de fractura. Seguimiento por Traumatología semestral.

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

El quiste óseo infantil es un tumor benigno que afecta más frecuentemente a niños entre los 2 y los 10 años. Se localiza en la metáfisis de los huesos largos y representa el 3 % de las lesiones óseas primarias. Suelen ser asintomáticos, aunque el debut más típico es la fractura patológica (50 %). Su tratamiento depende del riesgo de fractura (observación) pero si se produce fractura ósea normalmente consolida sin necesidad de cirugía (15% casos). En casos severos, la cirugía es de elección.

### Palabras clave

Fracturas óseas, neoplasias óseas, pediatría.

# Hipertiroidismo secundario a amiodarona

Cano García M, Pérez Benítez M, Chacón Reche F

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Albox. H La Inmaculada. Almería

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Recogida de resultados de analítica rutinaria en paciente crónico.

## Historia clínica

Paciente 74 años que acude a consulta para recoger resultados de analítica realizada por control anual donde se objetiva hipertiroidismo no conocido previamente, el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista clínico de hipertiroidismo (palpitaciones, temblor, pérdida de peso...).

## Enfoque individual

*Antecedentes Personales:* diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, hipercolesterolemia, hiperuricemia, SAHS grave, temblor esencial.

*Tratamiento habitual:*

Metformina/dapagliflozina, gliclazida, eplerenona, furosemida, apixaban, omeprazol, valsartán/sacubitrilo, amiodarona, alopurinol.

*Exploración física:* no se palpan nódulos tiroideos.

*Pruebas complementarias:*

Analítica de sangre: 1ª determinación TSH:0.278 (N: 0.380 - 5.330) T4: 2.35 (N: 0.54-1.24) Ac anti receptor de TSH: <0.8 (N: 0-1.75) 2ª determinación 1 mes después: TSH <0.005, T4: 3.99, Ac antitiroglobulina 1.4 (N: 0.9-4) Ac anti peroxidasa tiroidea 0.5 (N: 0.2-9).

Ecografía de tiroides: tiroides con aumento asimétrico de tamaño a expensas de lóbulo derecho y ecogenicidad homogénea, sin quistes ni nódulos, con vascularidad normal en Doppler color.

Gammagrafía de tiroides: estudio con tiroides discretamente hipocaptante a expensas del LTI, sin componente intratorácico, a valorar tiroiditis en fase de recuperación/resolución.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipertiroidismo secundario a amiodarona tipo 2. *Diagnóstico diferencial:* hipertiroidismo secundario a amiodarona tipo 1, hipertiroidismo secundario a amiodarona tipo 2, hipertiroidismo secundario a amiodarona mixto.

## Tratamiento, planes de actuación

Suspender amiodarona.

Evitar sal yodada.

Comenzamos con tratamiento antitiroideo carbimazol 5mg a dosis de hasta 20 mg/8h junto con corticoides (prednisona 30 mg/24h) realizando controles analíticos mensuales, reduciendo dosis del tratamiento según evolución hasta suspender y solicitamos ecografía tiroidea desde Atención Primaria y se interconsultó a Endocrino para continuar estudio donde le realizaron gammagrafía.

## Evolución

Tras suspender amiodarona e iniciar tratamiento con corticoides y antitiroideos la función tiroidea se normalizó.

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

La amiodarona es un tratamiento antiarrítmico que proporciona al paciente dosis elevadas de yodo más elevadas a sus necesidades diarias por lo que uno de sus efectos secundarios es un hipertiroidismo. Tras suspenderlo no tiene efecto inmediato (8 semanas) por lo que hay que realizar un control pasado este tiempo para confirmar diagnóstico. Ante un paciente que presenta alteración tiroidea debemos primero descartar causas exógenas y el papel del médico de atención es fundamental para un diagnóstico diferencial inicial.

## Palabras clave

Hipertiroidismo, amiodarona, tiroiditis.

# Diseción de arteria poplítea, no todo es por la enfermedad rara

Díaz Lozano E<sup>1</sup>, Gil Domínguez H<sup>1</sup>, Cubero Vargas M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

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

## Ámbito del caso

Consulta de medicina de familia en un entorno rural.

## Motivos de consulta

Dolor y parestesias en miembro inferior derecho.

## Historia clínica

Mujer de 56 años, sin RAMc, con los siguientes antecedentes personales:

- Distrofia muscular de Emery-Dreifuss (2010) en seguimiento por Neurología.
- DAI implantado en 2010 (por TVSN) en seguimiento por Cardiología.

Tratamiento con bisoprolol 5 mg cada 24h

*Antecedentes Familiares:* padre y hermano fallecidos antes de los 60 años (debilidad en miembros inferiores e historia de ictus y arritmias) que portaban mutación genética.

Situación basal: independiente para las ABVD. Funciones superiores conservadas. En activo a nivel laboral.

Acude a consultas por dolor en MID de una semana de evolución asociado a parestesias ocasionales. No traumatismo.

Exploración de MID con palidez cutánea en planta del pie en relación al miembro contralateral y temperatura más fría, no tumefacción ni aumento de diámetro, pulso pedio débil.

## Enfoque individual

La paciente, con enfermedad rara, presentaba debilidad en miembros inferiores desde hace años debido a su enfermedad y en múltiples ocasiones, había tenido misma sintomatología.

## Enfoque familiar y comunitario

Hijos portadores de la enfermedad.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante la sospecha de isquemia arterial, se deriva de forma urgente a hospital útil, con cirugía vascular ya que el hospital de referencia carece de dicha especialidad.

Se realiza diagnóstico diferencial con otras patologías de origen vascular, enfermedades autoinmunes o relacionadas con su mutación genética (Emery-Dreifuss).

Se realiza AngioTAC de MMII con sospecha de diseción de arteria poplítea derecha en la imagen y con permeabilidad a nivel infrapoplíteo (aunque con dudas de que sean artefactos).

## Tratamiento, planes de actuación

En un primer momento se pautó enoxaparina 1.5 mg/kg/día hasta descartar trombosis. Tras esto, se retiró enoxaparina y se sustituyó por cilostazol cada 12 horas.

CHADSVa de 0.

Seguimiento por Cirugía Vascular.

Control de FRCV por su médico de Atención Primaria.

## Evolución

Buena evolución. Seguimiento estrecho de factores de riesgo.

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

Con este caso quiero resaltar la importancia de la longitudinalidad del médico de familia que, conoce al paciente y a su entorno. No todo es la enfermedad rara que presenta el paciente. Si, puede ser un gran condicionante por la misma enfermedad en sí como por el sedentarismo que le provoca.

## Palabras clave

Diseción, palidez, distrofia muscular, emery-dreifuss.

# Síndrome de Sjögren, a propósito de un caso

Chacón Reche F, Cano García M, Pérez Benítez M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Albox. H La Inmaculada. Almería

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente con sequedad ocular y bucal.

## Historia clínica

Mujer, de 49 años, que consulta a su médico de Atención Primaria porque desde hace 5 meses presenta enrojecimiento ocular, sensación de arenilla, raspeo y picor, así como sequedad bucal que le produce dificultad para hablar y tragar, teniendo que recurrir a la ingesta frecuente de agua. Además, sequedad vaginal con frecuentes candidiasis y dispareunia. Ha acudido en tres ocasiones a Urgencias por epistaxis, sin causa aparente. No fiebre, erupciones cutáneas ni síntomas articulares nuevos, salvo dolor en muñecas.

## Enfoque individual

Antecedentes personales: artritis reumatoide.

Tratamiento: metotrexato s/c + Ác.Fólico.

Exploración física: TA 125/84, FC 75, SatO<sub>2</sub> 98%, T<sup>a</sup> 36.2. A nivel ocular, hiperemia conjuntival bilateral, sequedad evidente y secreción espesa en canto palpebral interno.

Fisuras labiales, mucosa oral reseca y pegajosa y saliva turbia. Mucosa nasal hiperémica, friable al tacto. Xerosis cutánea. Atrofia genital, mucosa vaginal seca y dolorosa a la exploración. No signos de artritis, hepato-esplenomegalia ni adenopatías.

*Pruebas complementarias:*

Analítica: discreta linfopenia. ANA (+), Ac. anti-Ro/SSA y Ac. anti-La/SSB (+), VIH Ac (-), FR (+), VSG ligeramente elevada (35). Tinción con fluoresceína y rosa de bengala: queratitis puntiforme. Test de Schirmer: <5 mm en 5 minutos (patológico). Ecografía de glándulas salivales: aumento de tamaño, con áreas hipoecoicas, compatibles con inflamación crónica. Biopsia labial: infiltrado linfocítico característico.

## Enfoque familiar y comunitario

Casada, dos hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de Sjögren secundario asociado a artritis reumatoide.

*Diagnóstico diferencial:* Conjuntivitis crónica. Úlceras corneales traumáticas. Trastornos funcionales palpebrales o de las glándulas lagrimales. Síndrome de Stevens-Johnson. Hipovitaminosis A. Toxicidad farmacológica. Perimenopausia. Parotiditis. VIH. Amiloidosis/sarcoidosis.

## Tratamiento, planes de actuación

Sintomático.

-Xeroftalmía: evitar tabaquismo y ambientes secos; lágrimas artificiales, suero autólogo; Pilocarpina; obstrucción del conducto nasolagrimal.

-Xerostomía: higiene bucal; estimulación salival; ingesta de agua.

-Sequedad rinofaringotraqueal: lavados nasales; corticoide tópico; acetilcisteína.

-Sequedad vaginal: lubricantes.

-Artritis: AINEs; hidroxicloroquina, metotrexato + prednisona vo.

## Evolución

Revisión en 3 meses para evaluar control de síntomas, anticuerpos y función hepato-renal.

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

El síndrome de Sjögren es la segunda enfermedad autoinmune sistémica más frecuente tras la artritis reumatoide. El papel del médico de familia es fundamental tanto en el diagnóstico de sospecha ya que somos la primera vía de atención al paciente como en conseguir un adecuado manejo de sus síntomas que mejore su calidad de vida y llevar a cabo un estrecho seguimiento para detectar posibles complicaciones.

## Palabras clave

Sjögren, ojo seco, artritis reumatoide.

# Leishmaniasis visceral: el papel clave de la Atención Primaria en el diagnóstico precoz y manejo integral

Marín Relaño J<sup>1</sup>, Peña García E<sup>2</sup>, Relaño Mesa A<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> FEA Anestesiología y Reanimación. H de Montilla. Córdoba

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Avenida de Aeropuerto. Córdoba

## Ámbito del caso

Paciente de 51 años que acude en varias ocasiones a la consulta por malestar general inespecífico.

## Motivos de consulta

Paciente de 51 años, refiere astenia y mialgias generalizadas desde hace 3-4 semanas, fiebre intermitente de predominio vespertino de hasta 38°C asociando molestias abdominales inespecíficas. Pérdida de peso de unos 4 kg en las últimas semanas.

## Historia clínica

Fumadora activa de 1 paquete diario.

Niega picadura de insecto.

No tiene animales domésticos.

No ambiente epidémico familiar.

*Exploración:* aceptable estado general, palidez mucocutánea, ictericia en conjuntivas.

Auscultación cardiorrespiratoria: sin hallazgos.

Abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en epigastrio, hepatomegalia.

## Enfoque individual

Ecografía clínica realizada en centro de salud: hepatoesplenomegalia, vesícula normal.

Se solicita analítica donde destaca:

Hemograma: leucocitos 3250, neutrófilos 2480, hemoglobina 9.4, VCM 74.1, plaquetas 67000.

Bioquímica: BT 6.05 (directa 4.72) GGT 1112, AST/ALT 271/197, fosfatasa alcalina 1388.

## Enfoque familiar y comunitario

Hermano fallecido a los 27 años por enfermedad granulomatosa crónica

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Leishmaniasis visceral de presentación grave.

## Diagnóstico diferencial:

- Pancreatitis.
- Hepatitis.
- Colelitiasis.
- Coledocolitiasis.
- Proceso tumoral.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades hematológicas (leucemia, linfoma, síndromes mielodisplásicos).
- Enfermedades autoinmunes.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante los hallazgos obtenidos en las pruebas complementarias de deriva a urgencias hospitalarias para valoración. Tras ampliar estudio se diagnostica de Leishmaniasis visceral que precisó de ingreso prolongado y respondió a tratamiento con anfotericina B liposomal.

## Evolución

Durante su ingreso hospitalario la paciente evoluciona lenta pero favorablemente precisando ciclo completo de anfotericina B.

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

En los pacientes que vemos a diario en nuestra consulta con cuadros inespecíficos es muy importante realizar una anamnesis y exploración completa ya que hay cuadros que se pueden catalogar de inespecíficos en la que una toma de decisiones a tiempo puede cambiar drásticamente el pronóstico de la enfermedad.

## Palabras clave

Leishmaniasis visceral, ictericia, dolor abdominal.

# Si es 'natural' no puede hacerme daño, ¿no?

Daga Navarta G<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 (AP).

## Motivos de consulta

Hallazgo analítico.

## Historia clínica

Acude a resultado de analítica hecha de forma rutinaria. Objetivo hipertransaminasemia modera: GGT 518, ALT 410, AST 456. No síntomas. No constan medicación activa en receta electrónica. Está acudiendo a un 'naturópata' por los síntomas digestivos que presentaba y tomando unas capsulas e infusiones a base de plantas.

A la exploración: buena coloración de piel y mucosas. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, algo timpánico en epigastrio y mesogastrio. No masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo.

## Enfoque individual

Mujer de 41 años. Desde hace meses presenta síntomas de dispepsia que no mejora con IBP, procinéticos ni antidepresivos tricíclicos. Estudio disponible en Atención Primaria normal incluyendo *Helicobacter pylori* negativa y celiacía negativa. La paciente fue derivada a Digestivo hace 8 meses.

## Enfoque familiar y comunitario

Natural de un pueblo. Pareja estable, sin hijos. Trabaja en hostelería en temporada estival. Estrés laboral. En los meses que trabaja 'mal come' por falta de tiempo. Intenta cuidarse en los meses de invierno.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: hipertransaminasemia a estudio.

*Diagnóstico diferencial:* hepatitis infecciosa, hepatitis autoinmune, toxicidad secundaria a fitoterapia.

*Identificación de problemas:* lista de espera prolongadas, sobrecarga laboral estacional, creencia de inocuidad de la fitoterapia.

## Tratamiento, planes de actuación

Recomendé la suspensión de la fitoterapia, solicité ecografía clínica preferente y repetí analíticas seriadas. Evitar alcohol.

## Evolución

La ecografía de abdomen, que se realizó en el centro de salud, fue normal y las analíticas marcaron una tendencia a la baja de las transaminasas. Tras 1 mes se normalizaron.

Mantuvo los síntomas de dispepsia. Continúa esperando la cita con Digestivo.

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

Es cierto que la fitoterapia ha demostrado utilidad en muchas patologías pero no debe ser usada sin controles analíticos ya que sí que puede generar reacciones adversas.

Las listas de espera prolongadas y la limitación en la solicitud de pruebas complementarias en AP están generando un aumento en la morbilidad.

La sobrecarga laboral que genera en muchas ocasiones el sector terciario en zonas turísticamente explotadas afecta a la salud de los trabajadores de forma evidente.

## Palabras clave

Fitoterapia, sistemas de salud, determinantes sociales de la salud.

# Un caso sobre duelo perinatal

Daga Navarta G<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

Alta hospitalaria tras ingreso: muerte fetal intraútero. Cesárea.

## Historia clínica

Acude acompañada de su hermana. Rota. Nos abrazamos.

Había acudido días antes por sensación de dureza abdominal no dolorosa, fluctuante, "nunca he tenido contracciones porque mi anterior hijo fue por cesárea programada". Me alarmé. De ahí a la matrona y de la matrona al hospital. El feto no tenía latido.

¿Cómo se consuela eso? No tengo la respuesta.

## Enfoque individual

Mujer de 41 años. Embarazo actual (30+3) a través de FIV.

## Enfoque familiar y comunitario

Natural de un pueblo. Casada, un hijo vivo de 4 años. Soporte social adecuado. Comercial en empresa automovilística.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* duelo perinatal.

*Diagnóstico diferencial:* trastorno de estrés postraumático, episodio depresivo.

*Identificación de problemas:* desinformación administrativa, malestar emocional como profesional.

## Tratamiento, planes de actuación

Escucha activa. Facilitar lo facilitable.

Entrego 'informe de maternidad'. Las mujeres que tienen abortos a partir de las 28 semanas

tienen derecho a prestación por maternidad, exactamente de la misma duración y características que una madre con hijo vivo. También su marido la tiene.

Búsqueda de recursos comunitarios que apoyen en el duelo perinatal, gestacional y neonatal en Andalucía.

Desde el hospital habían solicitado valoración por Salud Mental.

## Evolución

He visto a la paciente en la consulta frecuentemente, siempre mostrando empatía y escucha activa.

Cuando acabó la prestación, no se encontraba lo suficientemente bien para incorporarse al trabajo por lo que expedí una IT.

Ha sido un proceso largo y duro. Con ayuda de la psicóloga de la asociación ha trabajado la culpa, la autoestima y la gestión del estrés. La paciente en un periodo inferior a 1 año ha podido superarlo y reincorporarse al trabajo.

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

El duelo perinatal, más aún si sucede en el tercer trimestre, es complicado por definición. El dolor es indescriptible. La invisibilización del mismo y el abordaje de las mujeres que lo sufren es una asignatura pendiente para los profesionales, y me atrevería a decir que para la sociedad también.

Me siento agradecida como profesional y como mujer por los recursos comunitarios que acompañan.

## Palabras clave

Duelo, aborto, permiso parental.

## Algo más que una molestia genital

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cs San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

### Ámbito del caso

Ámbito de Atención Primaria y Ginecología.

### Motivos de consulta

Molestia y prurito genital.

### Historia clínica

Mujer de 25 años sin antecedentes personales de interés que acude por molestias y prurito genital.

Los días previos presenta cuadro de odinofagia con fiebre y cansancio que se diagnostica como amigdalitis pautándose antibioterapia oral. Posteriormente presenta prurito genital con sospecha de micosis vaginal pautándose antimicótico tópico.

Tras tratamiento acude por persistir molestia genital, apreciándose en exploración genital dos pequeñas úlceras a nivel de labios menores en zona de introito.

### Enfoque individual

Mujer en edad fértil.

### Enfoque familiar y comunitario

Pareja estable desde hace años, sin relaciones sexuales de riesgo.

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

*Juicio clínico:* úlcera genital.

*Diagnóstico diferencial:* úlcera por enfermedad de transmisión sexual (sífilis, virus herpes simple...), úlcera por virus no relacionados con enfermedad de transmisión sexual (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, *Brucella*) o úlcera no infecciosa (síndrome de Behçet, liquen escleroso, enfermedad de Crohn).

### Tratamiento, planes de actuación

Se solicita analítica con serología y muestra de úlcera.

### Evolución

Serología negativa para enfermedades de transmisión sexual. Virus Epstein-Barr IgG positivo.

Se deriva para valoración por Ginecología diagnóstico final úlcera de Lipschütz (úlcera vulvar aguda).

Resolución espontánea tras dos semanas sin presentar molestia o cicatriz posterior.

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

La úlcera de Lipschütz, es una patología característica de mujeres jóvenes sin relaciones sexuales previas o sin relaciones sexuales un tiempo previo prolongado a su aparición.

Su diagnóstico se realiza por exclusión tras descartar otras posibles causas como enfermedades de transmisión sexual, traumáticas o enfermedad autoinmune.

Su aparición suele ser aguda, como dolor a nivel de zona vulvar, tras de cuadro febril con odinofagia, astenia y mialgias. Su localización característica suele ser en zona de vulva, tercio inferior de la vagina o periné y puede ir acompañadas de adenopatía inguinal. Su incidencia es baja y suele estar infradiagnosticada. El curso de esta entidad es la resolución espontánea en 2-6 semanas.

### Palabras clave

Úlcera, vulva, enfermedad de transmisión sexual.

# "Me duele la garganta"

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cs San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Paciente que acude por erupción cutánea generalizada junto con prurito tras toma de antibiótico.

## Historia clínica

Paciente de 16 años que acude por cuadro de erupción cutánea generalizada, pruriginosa, acudiendo previamente a Urgencias pautándose metilprednisolona y antihistamínico. En los días previos el paciente ha presentado cuadro febril de hasta 39.5°C, junto con odinofagia, hipertrofia amigdalar bilateral y adenopatías cervicales, se inicia tratamiento con antibioterapia amoxicilina/ácido clavulánico.

*Exploración:* eritema facial sin edema de labios, ni mucosa oral ni de úvula, blanquea a la digitopresión, exantema en tronco.

ACR: tono rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado en todos los campos.

SatO<sub>2</sub>: 99% sin aporte. Eupnéico.

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

## Enfoque individual

Varón 16 años.

## Enfoque familiar y comunitario

Refiere que en su grupo de amigo varios has presentado cuadro de síndrome febril las semanas previas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Erupción cutánea, sospecha de infección por Virus Epstein-Barr (VEB).

*Diagnóstico diferencial:* reacción alérgica a antibioterapia.

## Tratamiento, planes de actuación

Se mantiene tratamiento con antihistamínico.

Se solicita analítica con serología VEB y Citomegalovirus (CMV).

## Evolución

Resolución del cuadro pasado 4 días, se realiza analítica con hemograma, bioquímica y perfil hepático dentro de la normalidad, serología IgG e IgM negativas para CMV, serología IgG (Ag VCA) e IgM VEB positivo.

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

Un elevado número de consultas en Atención Primaria en los meses de inviernos son las infecciones respiratorias.

Es preciso realizar un correcto diagnóstico diferencial de las amigdalitis, ya que un gran número suelen ser de causa vírica sin necesidad de prescribir antibioterapia. Una de las entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es la mononucleosis infecciosa que puede cursar como cuadro de faringitis, con adenopatías y fiebre elevada, por eso es importante usar las herramientas a nuestro alcance como prueba de estreptococos del grupo A o la escala modificada de McIsaac de los criterios de centro y así establecer un correcto uso de antibióticos. Ante la aparición de exantema tras una semana de inicio de cuadro o tras toma de antibioterapia (entre ellos amoxicilina) debe hacernos pensar en una posible infección por VEB.

## Palabras clave

Mononucleosis infecciosa, antibióticos, exantema.

# Duelo e incertidumbre ante la muerte post natal

Poyato Zafra I<sup>1</sup>, Marín Relaño J<sup>1</sup>, López Lario B<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> FEA Aparato Digestivo. H Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer 32 años que consulta a su médico de familia por tristeza y crisis de ansiedad tras diagnóstico al parto de bebé con epidermólisis ampollosa grave (conocido como "Alas de mariposa").

## Historia clínica

Paciente que en el momento del parto tras un embarazo completamente normal se descubre bebé con descamación total de la piel y tras pruebas genéticas se diagnostica de Epidermólisis ampollosa grave con esperanza de vida no mayor de 1 año.

## Enfoque individual

Abordaje de la paciente y su estado de ansiedad por la situación acaecida. Ayudarle con acompañamiento y explicando los diferentes recursos que disponemos para este tipo de situaciones (enfermera domiciliaria para iniciar las curas post alta hospitalaria, recursos del SSPA...).

## Enfoque familiar y comunitario

Abordaje del marido de la paciente así como padre de ésta, haciéndoles partícipes en todo momento de la toma de decisiones y dotándoles de la importancia que tienen como núcleo familiar más cercano para ofrecer un apoyo y acompañamiento a la paciente en estos momentos de dolor e incertidumbre.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Duelo patológico postnatal.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a salud mental para valoración y seguimiento.

Derivación a trabajadora social para que pueda explicarle los recursos disponibles por el sistema sanitario.

Seguimiento programado en consulta de medicina de familia de manera programada.

## Evolución

Tras 6 meses de ingreso en Unidad Especializada de Hospital La Paz de Madrid el bebé fallece. La ansiedad de la paciente se incrementa unido al cansancio tras tanto tiempo viviendo en el Hospital realizando curas horarias del bebé. A pesar de su inmenso dolor, nos comenta posibilidad que le ofrecen desde La Paz de realizar fecundación in vitro evitando la expresión genética del gen que codifica la enfermedad. Esto anima a la paciente a volver a intentarlo. Mejora su ánimo. Ha dejado antidepresivo y ansiolítico pautado desde Salud mental.

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

Es necesaria la conexión Atención Primaria-Especializada, así como con trabajo social en casos tan graves como este donde el tiempo es un factor fundamental y donde hay que evitar a toda costa que la paciente pueda sentirse abandonada por parte del sistema. Debemos acompañar y arropar al paciente en cada etapa de este duelo con el fin de evitar que se vuelva patológico.

## Palabras clave

Duelo, epidermólisis, enfermedad.

# Detección de quiste ovárico gigante en paciente obesa: papel fundamental del diagnóstico precoz en Atención Primaria

Marín Relaño J, Poyato Zafra I

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aguilar de la Frontera. Córdoba

## Ámbito del caso

Quiste de ovario gigante en paciente obesa.

## Motivos de consulta

Paciente de 77 años AP SAOS, hipertensión arterial, obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2, colecistectomizada, acude a consulta por dolor; molestias inespecíficas a nivel abdominal acompañado de náuseas ocasionales.

## Historia clínica

La paciente acude a consulta en 2 ocasiones por el mismo motivo.

En una primera consulta refiere dolor abdominal inespecífico que se inicia en hipocondrio derecho y se irradia hacia hipogastrio.

*Exploración física:* abdomen muy globuloso, blando y depresible sin palpar masas. Puñopercusión renal derecha dudosa.

Se pauta tratamiento analgésico con diagnóstico de sospecha de cólico renal derecho.

A la semana acude de nuevo por no mejora clínica a pesar de tratamiento analgésico pautado. Exploración sin cambios respecto a previa.

Solicitando pruebas complementarias y tras hallazgos se deriva a urgencias hospitalarias para valoración.

## Enfoque individual

La exploración y diagnóstico de esta paciente se ve muy limitada por su obesidad.

## Enfoque familiar y comunitario

En el caso de esta paciente, una vez solucionado este episodio, debemos insistir en la promoción de hábitos de vida saludable involucrando tanto a la paciente como a su familia.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* quiste ovárico gigante.

## Diagnóstico diferencial:

- Cólico renal.
- Proceso tumoral.
- Biomás uterinos.
- Abdomen agudo.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza ecografía en consulta donde se objetiva una gran masa abdominal (exploración limitada por obesidad de la paciente).

Se realiza Rx en decúbito supino y bipedestación donde se objetivan niveles hidroaéreos.

## Evolución

En urgencias hospitalarias se realiza TC abdominal con contrastes donde se objetiva lesión quística de 23 x 16 x 18 cm subjetiva de quiste ovárico. Siendo intervenida de forma urgente y presentando un postoperatorio adecuado.

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

En este caso podríamos llegar a las siguientes conclusiones:

1- Importancia del diagnóstico precoz: la identificación de un quiste ovárico de gran tamaño en Atención Primaria evita complicaciones graves, como torsión ovárica, ruptura o compresión de órganos vecinos, mejorando el pronóstico y manejo de este.

2- La exploración clínica, la sospecha diagnóstica y la solicitud de pruebas complementarias son esenciales para orientar el caso y enfocarlo adecuadamente, especialmente en este caso en el que por la obesidad de la paciente la exploración física se ve muy limitada.

## Palabras clave

Ovario, neoplasia, dolor abdominal.

# ¿Qué es ese bulto que usted tiene en el cuello?

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cs San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

La paciente acude a consulta por catarro de vías altas. Se observa en la exploración bultoma en zona lateral cuello derecho.

## Historia clínica

Se observa que la paciente presenta un bultoma de grandes dimensiones en zona maxilar-mandibular y cuello del lado derecho. La paciente, sin darle mucha importancia, refiere que lo nota desde hace 3 o 4 meses, que le está creciendo de forma progresiva y que no le duele, por eso no lo ha comentado ni se ha preocupado por ello.

## Enfoque individual

*Exploración física:* masa de consistencia dura, de 5 cm de diámetro, adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación en zona maxilar-mandibular, sospechándose neoplasia de parótida.

Se solicita ecografía preferente con diagnóstico: lesión intraparotídea sólida de carácter heterogéneo y contornos imprecisos, de morfología ovalada que sugiere etiología maligna primaria (carcinoma) a expensas de confirmación histológica.

Se deriva de forma preferente a Maxilo-facial y se realiza PAAF diagnóstica con hallazgos de neoplasia benigna: hallazgos compatibles con tumor de Warthin/oncocitoma.

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente no le daba importancia a una

patología que, a priori, parecía de naturaleza maligna y tenía repercusiones graves sobre su salud.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tumor de Whartin u oncocitoma.

*Diagnóstico diferencial:* carcinoma de parótida, obstrucción de parótida por litiasis, metástasis linfática, linfoma, parotiditis.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras descartar patología maligna, la paciente se encuentra en este momento pendiente de intervención quirúrgica.

## Evolución

En este caso es buena, habiéndose descartado proceso maligno de la lesión.

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

La importancia de observar y explorar en consulta, aun no siendo el motivo de consulta real, cuando se evidencian datos de alarma. En este caso, se pensó en un inicio que podría ser un proceso tumoral. Se inició estudio, en poco tiempo teníamos una orientación diagnóstica que nos decía que podía ser de naturaleza maligna. Al final, se pudo descartar malignidad y sabiendo el diagnóstico correcto a día de hoy, se puede valorar el tratamiento más correcto.

## Palabras clave

Adenolinfoma, neoplasias de la parótida, región parotídea.

# Obstrucción biliar: aporte de ecografía en la consulta

Vázquez Alarcón R<sup>1</sup>, Conforto López P<sup>2</sup>, Gonzalez Comez T<sup>3</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

<sup>3</sup> CS Carranque. Málaga

## Ámbito del caso

Consulta en centro de salud de Atención Primaria (AP).

## Motivos de consulta

Dolor de abdomen a modo de "calambre" en hipocondrio dcho. y zona epigástrica desde hace unos días, con reflujo, no náuseas ni vómitos, no diarrea ni fiebre. Hiporexia.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:*

- AM: síntomas tracto urinario inferior de llenado.
- IQ: hernia inguinal, apendicetomía, prótesis cadera derecha.
- Tto habitual: telmisartán/HCTZ; lercanidipino; dutasterida/tamsulosina; atenolol; cinitaprida.
- IABVD.

*Exploración:*

ACP: tonos rítmicos, no soplos MVC.

ABD, blando, depresible, dolor en hipocondrio derecho, con Murphy pos. RHA presentes de timbre normal. Defensa abdominal.

En ecografía en consulta se aprecia la vesícula agrandada, con imagen hiperecogénica de unos 4 cm con sombra posterior en una de las imágenes adherida a pared vesicular posterior, no colelitiasis conocida.

Ictericia mucocutánea.

Analítica: bilirrubina 4.55 (BD 3.01), GOT 112U/L, GPT 148U/L, Amilasa 685 U/L, Lipasa 600 U/L.

Eco ABD.: leve dilatación vía biliar intrahepática a expensas de LHI y dilatación del colédoco de

8.3 mm sin evidenciar claramente causa de obstrucción, a valorar realización de colangiograma de forma programada.

## Enfoque individual

El paciente vino a consulta, por sintomatología de cólico biliar, al observar la ictericia, pudimos realizar eco abdominal, afinando el diagnóstico, fue derivado a Urgencias, y se ingresó a cargo de Digestivo.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* pancreatitis aguda por obstrucción biliar. Colelitiasis.

*Diagnóstico diferencial:* ca. biliar, GEA, hepatitis, pancreatitis.

## Tratamiento, planes de actuación

Se derivó a urgencias hospitalarias, ingresó a cargo de Digestivo.

## Evolución

Se le intervino de colelitiasis.

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

La ecografía aportó rapidez en el diagnóstico, y cuando fue a Urgencias, el problema se pudo enfocar de una manera más precoz y directa.

## Palabras clave

Pancreatitis, colangiome, cholelithiasis.

# Tengo una herida en la lengua que no se me cura

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Lesión blanquecina y ulcerada en la lengua.

## Historia clínica

Paciente varón de 55 años. Fumador de 30 paquetes-año. Bebedor de 1 cerveza a diario.

Antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento y dislipemia.

Refiere que se nota desde hace 1 mes, lesión blanquecina y que se le ulcera y no se le cura en zona lateral izquierda de la lengua.

## Enfoque individual

Se realiza exploración con evidencia de lesión con palpación endurecida en zona lateral izquierda de la lengua, con zona ulcerada, no doloroso al tacto.

Se realiza derivación a Otorrinolaringología para valoración, donde realizan biopsia y se realiza una exploración nasal, orofaríngea y laríngea normal.

También se realiza TAC para extensión, sin objetivarse adenopatías ni lesiones metastásicas.

## Enfoque familiar y comunitario

Al ser fumador, el riesgo de desarrollar cáncer de lengua es elevado, ante ulcera bucal que no se resuelve, la principal sospecha era tumoral.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Carcinoma epidermoide de lengua.

*Diagnóstico diferencial:* leucoplasia, afta bucal, traumatismo lingual.

## Tratamiento, planes de actuación

Se indica glosectomía parcial, realizándose la intervención sin complicaciones, se realiza biopsia de ganglio centinela, siendo este negativo para la enfermedad.

Al ser un carcinoma in situ, el paciente no requirió otros tratamientos adicionales y actualmente está en remisión de la enfermedad en seguimiento por Oncología y Otorrinolaringología.

## Evolución

La evolución en este caso ha sido muy favorable, a pesar de diagnóstico maligno de la lesión.

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

Como ya se ha comentado anteriormente, el paciente presentaba factores de riesgo importantes para desarrollar cáncer bucal, el cual se confirmó. Gracias a la rápida actuación a nivel de Atención Primaria y hospitalaria, se consiguió controlar la enfermedad de forma prematura.

Desde Atención Primaria, se ha intentado trabajar posteriormente la deshabituación tabáquica, ayudando al paciente a dejar de fumar.

Requirió tratamiento para la deshabituación con vareniclina, sin efectos secundarios importantes.

Cuando acude a controles por nuestra parte, intentamos siempre reforzar la conducta de no volver a fumar.

El paciente realiza vida normal, más saludable.

## Palabras clave

Neoplasias de la lengua, enfermedades de la lengua, carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello.

# Hallazgo de aneurisma abdominal por ecografía clínica en urgencias de centro de salud

Pérez Félix R<sup>1</sup>, Álvarez Moreno C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H de Riotinto. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cortegana. Huelva

## Ámbito del caso

Servicios de urgencias del centro de salud inicialmente y posteriormente el hospital.

## Motivos de consulta

Dolor lumbar.

## Historia clínica

Varón de 60 años de edad.

No alergias medicamentosas conocidas.

*Antecedentes patológicos:* con historia de cardiopatía isquémica revascularizada hace 10 años, con implantación de 2 STENT.

Tóxicos: fumador de 2 paquetes diarios.

Tratamiento habitual: atorvastatina 80 mg /24h, ASS 100 mg c/24h, tramadol 37.5 mg/paracetamol 325 mg.

## Enfoque individual

*Enfermedad actual:* dolor lumbar desde hace 2 años que no mejora con analgesia de 2<sup>do</sup> escalón. Acude a la urgencia por dolor lumbar y abdominal muy intenso, quemante, que le impide el descanso y sensación nauseosa.

*Examen físico:* palidez cutánea con cianosis central, quejoso y que impresiona de patología grave. Hemodinámicamente estable. Abdomen: se palpa masa indurada pulsátil en mesogastrio.

*Ecografía abdominal clínica en la urgencia del centro de salud:* imagen redondeada con realce periférico en media luna, que impresiona de posible aneurisma.

*Angio-tac abdominal en hospital comarcal más cercano:* aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con signos de rotura inminente.

## Enfoque familiar y comunitario

Beneficios y utilidad del uso de ecografía clínica en urgencias de Atención Primaria.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* aneurisma disecante de aorta abdominal.

*Diagnóstico diferencial:* neoplasia abdominal.

## Tratamiento, planes de actuación

Colocación de prótesis endovascular de aneurisma disecante de aorta abdominal, en hospital de 3<sup>er</sup> nivel de referencia.

## Evolución

Alta hospitalaria tras colocación de prótesis endovascular .

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

El uso de la ecografía clínica en las urgencias extrahospitalarias, es útil no solo para diagnosticar, sino también para descartar patología urgente que precise diagnóstico inmediato. Si bien no todos los centros de salud cuentan con esta tecnología poco invasiva y sin riesgo de exposición a radiación ionizante, cada vez es más frecuente que esté disponible en este medio.

## Palabras clave

Aneurisma disecante de aorta abdominal, masa abdominal pulsátil, ecografía clínica abdominal.

# Un “feo” en Atención Primaria

Calderón Castillo D

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H Infanta Elena. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal.  
Sudoración profusa.

## Historia clínica

Paciente que inicia con *síntomas iniciales*: Dolor abdominal localizado en ingle y flanco izquierdo, continuo, sin irradiación ni cambios con movimientos corporales de 4 meses de evolución. Sudoración profusa diurna y nocturna en los últimos 2 meses.

*Historial de atención previa*: múltiples consultas a urgencias hospitalarias (hospital de referencia concertado) desde dónde se deriva a Cardiología, Digestivo y Urología. Sin acceso a informes desde Atención Primaria.

Desde nuestra consulta tras exploración física y analítica se deriva a M. Interna para estudio.

El paciente aporta tras la valoración informe impreso de M.I. dónde se indica que se trata de un policonsultador, con probable somatización. Se diagnostica fibromialgia, se prescribe duloxetine y se indica que su MAP derive a Salud Mental.

Posteriormente consulta vía urgencias en el Hospital Público comarcal con crisis hipertensiva y reagudización del dolor. Ingreso hospitalario durante 21 días.

*Estudios complementarios realizados*: Metanefrinas en orina. Angiotomografía computarizada de abdomen. Resonancia magnética. Tomografía computarizada con dopamina.

## Enfoque individual:

Hombre de 64 años. Natural de Marruecos. Barrera idiomática (Dariya).

Enfermedades previas: DM tipo II, HTA.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive solo en un entorno rural sin apoyo familiar. Trabajador agrícola actualmente en paro y sin ingresos. Paciente del cupo desde 2021 con misma médica de familia.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Feocromocitoma adrenal izquierdo con hemorragia adrenal.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a cirugía para intervención del feocromocitoma una vez resuelta hemorragia.

## Evolución

Continuara su seguimiento por cirugía, M. interna, y MAP.

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

Importancia de la longitudinalidad en la Atención Primaria.

*Desafíos*: la falta de acceso a informes y los ejes de desigualdad que atraviesan a este paciente dificultaron el proceso de diagnóstico y tratamiento.

*Mejoras*: Fortalecer la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales y el acceso a todos los informes de salud disponibles.

Enfoque interseccional en la atención sanitaria para ser conscientes de las inequidades en salud a las que se enfrenta nuestro paciente.

## Palabras clave

Feocromocitoma, atención integral, inequidad en salud.

# La farmacia en casa

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Gómez Estrella G<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> CS San Francisco. Morón de la Frontera. Sevilla.

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente que refiere desde hace dos días sequedad bucal, dificultad para hablar, sensación de temblor y mareo.

## Historia clínica

Paciente de 51 años que se encuentra con cuadros de lumbalgia desde hace dos semanas, acudiendo a urgencias por empeoramiento del dolor. Se encontraba en tratamiento con pregabalina 50 mg/12 horas, tramadol 50 mg /12 horas y sertralina 100 mg /24 horas. Aumentan medicación hasta pregabalina 50 mg /8 horas y tramadol 100 mg /8 horas, junto con prednisona 30 mg /24 h durante 5 días, acudiendo al segundo día a nuestra consulta con cuadro previo.

*Exploración:* ACR: tono rítmico, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos.

*Exploración neurológica:* no se aprecia focalidad, ni meningismo, si aumento de base de sustentación, leve temblor. Tensión: 100/70.

## Enfoque individual

Mujer mediana edad en tratamiento con antidepresivo.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido, ama de casa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha interacción de fármacos, posible síndrome serotoninérgico.

Reacción adversa medicamentosa.

## Tratamiento, planes de actuación

Se retira medicación y se deriva a urgencias ante sospecha de posible síndrome serotoninérgico por interacción de sertralina y tramadol tras aumentar este último.

## Evolución

En urgencias pautan sueroterapia y diazepam con mejoría del cuadro. La paciente acude a las 24 horas a nuestra consulta con mejoría sintomática y resolución.

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

El dolor es uno de los motivos principales de consulta en Atención Primaria y urgencias. Es preciso un correcto uso de medicación analgésica, teniendo en cuenta características y antecedentes del paciente, así como posibles interacciones de fármacos. En ocasiones el paciente acude a varios servicios pautándose medicación sin retirar previa que ya no es necesaria, pudiendo ocasionar dudas, sobre medicación o fallos a la hora de tomarla. El médico de familia toma un papel importante en la integración de tratamiento, pues somos los más accesibles y los que mejor conocemos al paciente. Una de las interacciones potencialmente grave es el síndrome serotoninérgico, es preciso tenerlo presente ya que un elevado número de pacientes se encuentra en tratamiento con un ISRS pudiendo interactuar con fármacos analgésicos como tramadol.

## Palabras clave

Interacción farmacológica, analgésico, ISRS.

# Hormonas en el escenario, la danza del caos

Cordón Dorado I, Martín Ruiz E, Guerrero Pérez M

CS Antonio Massoni Jesús. Ayamonte.(Huelva)

## Ámbito del caso

Medicina de familia.

## Motivos de consulta

Diarrea y debut diabético.

## Historia clínica

Paciente de 40 años, con antecedente de síndrome de ovario poliquístico tratado con metformina y una hermana mayor diagnosticada de sarcoidosis.

La paciente comienza en junio con un cuadro de gastroenteritis, la cual se trata con medidas generales e hidratación.

Ante la persistencia de la diarrea, se retira la metformina y se solicita coprocultivo y SOH, ambos con resultados negativos, por lo que se amplía estudio. La analítica muestra una glucemia de 230, con HbA1c de 13,7. Estudio de intolerancias y celiacía negativos. Presenta además hipertransaminasemia, dislipemia mixta y leve hiponatremia e hiperpotasemia. Se inicia tratamiento con insulina y se solicita teleconsulta al servicio de endocrinología con un diagnóstico de debut diabético.

La sintomatología persiste, sumado a una pérdida de peso de 60kg hasta la fecha, a pesar incluso de tratamiento con loperamida y levosulpirida, por lo que se solicita valoración por aparato digestivo.

## Enfoque individual

Repercusión en su vida personal; depresión, ansiedad e incertidumbre.

## Enfoque familiar y comunitario

Familiares preocupados por la situación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tras valoración por digestivo, se sospecha de un

síndrome malabsortivo, con una pancolitis en colonoscopia pendiente de anatomía patológica, y desde endocrinología se diagnostica de DM2 en remisión, ya que, durante el proceso, la paciente presenta corrección de la glucemia, con alguna hipoglucemia incluso, por lo que la insulina es retirada.

En consulta se plantea la posibilidad de un síndrome poliglandular autoinmune por lo que se amplía analítica con aldosterona y cortisol (pendientes de resultados) y se deriva a medicina interna.

Se plantean otras alternativas diagnósticas, como la insuficiencia adrenal e incluso sarcoidosis, dado sus antecedentes familiares, y que muchos de los síntomas son confluentes entre sí (posible colitis sarcóidica, dislipemia secundaria a ovario poliquístico, alteración de electrolitos...).

## Tratamiento, planes de actuación

Actualmente sintomático y de soporte hasta completar estudio.

## Evolución

La pérdida de peso parece haberse estabilizado.

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

Si bien se trata de un caso complejo, es desde medicina de familia donde se inicia el estudio, apoyando a la paciente durante el proceso por la carga emocional y su repercusión en su vida diaria, y actuando como nexo común entre todos los especialistas hospitalarios que la están siguiendo.

## Palabras clave

Diabetes mellitus, gastroenteritis, autoinmune polyglandular syndrome.

# Cosquillas en el estómago: cuando el estómago habla y la vejiga sufre

Cordón Dorado I, Martín Ruiz E, Guerrero Pérez M

CS Antonio Massoni Jesús. Ayamonte.(Huelva)

## Ámbito del caso

Medicina de familia.

## Motivos de consulta

Náuseas y epigastralgia posprandial.

## Historia clínica

Paciente de 77 años que acude a consulta por cuadro de molestias abdominales que describe como "cosquillas", dada la barrera idiomática al ser el paciente extranjero con escaso conocimiento del idioma castellano.

Describe esa sensación desde hace varios días, empeorando tras las comidas, asociadas a sensación nauseosa. No asocia otra sintomatología y la exploración física abdominal es anodina.

Realizo una ecografía clínica, poniendo de manifiesto una gran masa anecoica en el epigastrio, que, si bien impresiona un quiste hepático en primera instancia, según se explora el abdomen, se observa que es en realidad la vejiga por una gran retención de orina, la cual comprime el estómago al comer, además de una hidronefrosis bilateral. Al reinterrogar al paciente, no asocia clínica miccional, posiblemente orinando por rebosamiento.

## Enfoque individual

Incertidumbre ante la espera de consulta especializada, con afectación del estado emocional por la limitación de portar la sonda y el verse limitado por la barrera idiomática.

## Enfoque familiar y comunitario

Tiene un único familiar en España, que apenas puede acompañarlo a consultas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Insuficiencia renal, retención aguda de orina.

## Tratamiento, planes de actuación

Se coloca un sondaje vesical, con salida de 3 litros de orina. Se deriva al paciente a urgencias, donde se objetiva una insuficiencia renal de carácter obstructivo.

Se repite la analítica tras una semana para valorar si ha mejorado tras el sondaje, viéndose que persiste la insuficiencia renal, además de un PSA de 14.

## Evolución

Actualmente está en seguimiento por Nefrología, portando sonda vesical mientras espera intervención quirúrgica por parte de Urología.

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

La importancia de este caso radica en varios puntos: el primero, la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración, ya que la clínica puede no corresponderse con la patología del paciente.

Por otra parte, la importancia de entrenarse en el manejo de la ecografía clínica, pues puede dar gran información y hacer un diagnóstico in situ de la patología por la que se consulta.

Finalmente, la importancia de tener paciencia y escuchar al paciente, ya que, aunque hablemos la misma lengua, puede no saber expresar con claridad lo que le ocurre, y debemos hacer una correcta interpretación para llegar al diagnóstico correcto.

## Palabras clave

Urinary retention, kidney failure, abdominal pain.

# Nutrición parenteral domiciliaria: una realidad

Rodríguez Benítez R<sup>1</sup>, Rodríguez Jiménez B<sup>1</sup>, Morales López L<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Domiciliario.

## Motivos de consulta

Asistencia de NPD.

## Historia clínica

Paciente de 27 años derivado por Endocrinología y Nutrición a la enfermera gestora de casos, por necesitar Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD). Antecedentes personales: retraso psicomotor, hipoplasia pulmonar secundaria a hernia diafragmática. Intervenciones: vólvulo intestinal (colostomía), obstrucción intestinal por adherencias (resección de gran parte de yeyuno e íleon). En 2022 el paciente sufre traumatismo abdominal cerrado por coz de caballo, con isquemia intestinal, perforación, peritonitis y sepsis, requiriendo nueva resección intestinal amplia. En este ingreso se coloca PICC para llevar a cabo nutrición enteral, y se indica seguimiento en Atención Primaria (AP).

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se trata de un caso en el que se decide nutrición enteral por fallo intestinal, por síndrome de intestino corto tipo 1 (50 cm de Intestino delgado), resultado de resección intestinal masiva. El paciente debería ser seguido, además de por Endocrinología y Nutrición, por el equipo de AP, ya que la nutrición enteral se llevaría a cabo en domicilio, situación compleja inusual que generó incertidumbre.

## Tratamiento, planes de actuación

Por ello, se hizo revisión bibliográfica para asegurar atención completa, se elabora plan de seguimiento para mejorar peso corporal y calidad de vida. Ha sido necesario conocer los tipos de NP, recomendaciones de dieta vía oral en estos casos, recordar indicaciones y criterios para cesar soporte si llegara el caso, repasar posibles complicaciones para prevenirlas o detectarlas precozmente (2023 sufre trombosis de subclavia derecha pericatéter de NP) y medicamentos que pueda precisar.

## Evolución

Durante estos meses el paciente ha tenido variaciones de peso y ha requerido cambios en tipo y cantidad de nutrición. Se mantiene activo (monta en bicicleta) y se muestra satisfecho con la técnica y la atención recibida. En revisión bibliográfica se objetiva también satisfacción alta de pacientes y familiares con la atención prestada en domicilio por parte del equipo sanitario.

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

Se selecciona el caso por considerarlo ilustrativo de gestión de paciente que precisa NPD. Es una intervención sencilla, eficaz y segura en los pacientes indicados, que, de la mano de un adecuado apoyo multidisciplinar por profesionales formados, permite mantenerle en su entorno sociofamiliar con similares garantías, mejorando calidad y expectativas de vida.

## Palabras clave

Equipo multiprofesional, nutrición parenteral.

# Hace años que tengo suciedad en el pie

Gámez Navarro M<sup>1</sup>, Espinal Sánchez M<sup>2</sup>, Moguer Galan M<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesión en planta del pie.

## Historia clínica

Varón de 68 años que acude a consulta de enfermería para revisión de pie diabético, donde se objetiva una lesión en la planta del pie derecho, pigmentada. El paciente describe años de evolución de dicha lesión, con ligero crecimiento en los últimos meses y hace referencia textualmente a "suciedad que no termina de quitarse". Enfermería nos avisa para valoración, presentando lesión pigmentada con datos de alarma.

Antecedentes personales: profesión camionero prejubilado. SAHS grave en tratamiento CPAP. DM2 en tratamiento con antidiabéticos orales.

## Enfoque individual

A la exploración presenta en la planta del pie derecho, en zona de apoyo de 1º metatarso, mácula pigmentada irregular 7.5x4.5cm, de bordes no definidos y heterocroma. Se realiza dermatoscopia y se visualiza patrón paralelo de la cresta.

## Enfoque familiar y comunitario

Situación basal: funciones superiores conservadas, independiente para actividades básicas vida diaria. Buen apoyo familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Melanoma acral. Nevo displásico. Nevos acrales (congénitos/adquiridos). Hemorragia tras traumatismo.

## Tratamiento, planes de actuación

Desde Atención Primaria se realiza derivación a Dermatología por proceso cáncer de piel. Se realiza biopsia: nevo displásico. Se solicita BodyTAC: sin signos de diseminación neoplásica.

## Evolución

Ante la falta de correlación clínico-patológica se tramita intervención para extirpar por completo la lesión por alta sospecha de melanoma. Biopsia escisional: léntigo maligno que no alcanza márgenes.

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

Destacar cómo la detección temprana, colaboración multidisciplinar y el manejo adecuado de las lesiones pigmentadas pueden mejorar el pronóstico del paciente y evitar complicaciones graves asociadas al cáncer de piel. De esta forma, resaltar la aplicabilidad del ABCD en lesiones pigmentadas para conocer los datos de alarma y realizar una detección precoz de lesiones sospechosas de malignidad:

- A-Asimetría: al dividir en dos la lesión no es simétrica.
- B-Bordes: irregularidad, bordes mal definidos.
- C-Color: coloración heterogénea, puede existir dos o más colores.
- D-Diámetro: mayor a 6 mm.
- E-Evolución: cambios en el tamaño, color, forma o en otro aspecto.

## Palabras clave

Melanoma, skin neoplasms, dysplastic nevus.

# Fiebre sin foco persistente

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina Interna. Cirugía General.

## Motivos de consulta

Fiebre sin foco infeccioso de 5 días de evolución.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* asma bronquial. Apendicectomía por laparoscopia el 23/4/24, postoperatorio sin incidencias. Vive en zona rural. Vive con perro.

Acude por fiebre de hasta 39°C de 5 días de evolución sin foco con inicio el 16/5/24 a la exploración general nada a destacar. Se manda a urgencias hospitalarias, donde dado a la estabilidad clínica, analítica con leve elevación PCR y radiografía tórax y ecografía abdomen sin alteraciones, se deriva a consulta rápida de Medicina Interna de Enfermedades Infecciosas. En Medicina Interna el 22/5/24 piden analítica con perfil de serología infecciosa y ecografía preferente. En la analítica destaca PCR persistente elevada, resto parámetros sin alteraciones. Dado que aparece dolor de Novo en FID, junto con la febrícula y elevación de PCR persistente, se decide derivar a Urgencias de nuevo, donde realizan un TAC de abdomen donde se aprecia plastrón inflamatorio en el lecho de la intervención, decidiendo ingreso en Cirugía general.

## Enfoque individual

Se informa al paciente en todo momento de dicha situación clínica.

## Enfoque familiar y comunitario

Se informa a los familiares en todo momento de

dicha situación clínica.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* plastrón inflamatorio post-apendicectomía.

*Diagnóstico diferencial:* síndrome febril relacionado con la asistencia sanitaria. Zoonosis (descartar fundamentalmente FQ). Infección viral. Complicación postquirúrgica "tardía", como infección intraabdominal/ absceso post-apendicectomía.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pauta antibioterapia (amoxicilina-clavulánico) intravenosa durante 7 días.

## Evolución

Tras antibioterapia iv acaba desapareciendo la febrícula y la elevación PCR. TAC Abdomen de control con mejoría radiológica inflamatoria.

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

Ante una fiebre en un paciente recientemente intervenido, es importante tener en cuenta las patologías infecciosas frecuentes más comunes, pero también tenemos que tener en cuenta como posible foco de infección la intervención, sobre todo en casos de apendicetomía, donde la frecuencia de esta complicación es elevada.

## Palabras clave

Intraabdominal infection, appendectomy, postoperative complications.

# Cuida tu riñón en el Gym pero no lo machaques en el Ring

Cantero Quirós M<sup>1</sup>, Romero Granero R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ZBS Camas . Consultorio Valencina de La Concepción. Sevilla  
<sup>2</sup> Sevilla

## Ámbito del caso

Caso atendido en un centro de salud de Atención Primaria, con seguimiento integral y coordinación con servicios especializados.

## Motivos de consulta

Paciente varón de 54 años consulta por vómitos persistentes y pérdida de peso de 8 Kg en 3 meses.

## Historia clínica

Sin antecedentes renales relevantes, realizaba 4 horas semanales de ejercicio en casa y recientemente intensificó su actividad asistiendo al gimnasio 5 días/semana. En julio de 2024 inició suplementación con creatina (8 g diarios) y proteína de suero (Whey Protein, 30-40 g diarios, marca Amfit®), coincidencia temporal con el inicio de sus síntomas.

## Enfoque individual

Se evaluaron hábitos personales, régimen de suplementación y respuesta clínica, considerando la susceptibilidad individual frente a una ingesta elevada de suplementos.

## Enfoque familiar y comunitario

A nivel comunitario, se analizó la influencia de las tendencias en suplementación deportiva, resaltando la importancia de identificar y valorar el impacto colectivo de la ingesta excesiva de proteína de suero sobre la función renal de la población.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico

La reducción del filtrado glomerular, de 67 a 58 ml/min/1.73m<sup>2</sup> en 6 meses (de estadio G2 a

G3a), sugiere una posible relación con la suplementación proteica intensiva.

Diagnóstico diferencial

Se descartaron causas gastrointestinales y neoplásicas de vómitos y pérdida de peso mediante estudios metabólicos, marcadores tumorales y prueba función tiroidea.

Identificación de problemas

Disminución progresiva del filtrado glomerular. Síntomas gastrointestinales compatibles con sobrecarga sistémica.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento

Suspender o reducir la suplementación con creatina y proteína de suero, junto con educación nutricional.

Planes de actuación

Solicitar analítica complementaria con microalbuminuria y CPK, realizar seguimiento periódico de la función renal.

## Evolución

Se espera estabilización de la función renal y mejoría de los síntomas tras ajustar el régimen suplementario.

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

Este caso resalta la importancia de la detección temprana en Atención Primaria para identificar complicaciones renales derivadas de la suplementación deportiva. La educación nutricional y la coordinación comunitaria son esenciales para prevenir la progresión del daño renal.

## Palabras clave

Suplementos dietéticos, tasa de filtración glomerular, Atención Primaria.

# La importancia de buscar causas de la ansiedad

Narváez Martín A<sup>1</sup>, Rico Pereira A<sup>1</sup>, Caballero Baena M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Francisco. Morón de la Frontera (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Rancho. Morón de la Frontera (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Endocrinología.

## Motivos de consulta

Aumento de su ansiedad habitual y pérdida de peso de 1 mes de evolución.

## Historia clínica

No AP de interés salvo ansiedad en tratamiento puntual con ansiolíticos.

Refiere más ansiedad de la suya habitual con pérdida de peso, sin factores estresores y ninguna otra clínica asociada. Pido analítica con hemograma, reactantes de fase aguda, función renal, hepatobiliar, perfil tiroideo, sangre oculta en heces y de pruebas de imagen pido radiografía de tórax y ecografía abdomen. A destacar: descenso TSH, y elevación tanto de T3 y T4, así como anticuerpos antiTSH.

## Enfoque individual

Se informa de la situación clínica a la paciente.

## Enfoque familiar y comunitario

Se informa de la situación clínica a los familiares.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* hipertiroidismo primario autoinmune.

*Diagnóstico diferencial:* trastorno ansiedad generalizada. Neoplasia a filiar. Hipertiroidismo.

## Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con el hospital de día endocrinología, quien pauta tratamiento con dosis bajas de carbimazol (15mg/24h) y

propranolol 10 mg/8h. Pide analítica de control y ecografía tiroidea.

Ecografía tiroidea a destacar: hallazgos glándula tiroides aumentada de tamaño. Presenta unos contornos redondeados y una ecoestructura marcadamente heterogénea sin delimitar claras lesiones focales. Tras introducir el Doppler color apreciamos un significativo aumento de la vascularización. Ganglios laterocervicales de aspecto reactivo-inflamatorio. Se pide gammagrafía: la glándula se encuentra en su situación anatómica y presenta un ligero aumento difuso de tamaño con morfología conservada. El material radiactivo es captado con intensidad moderada-alta por ambos lóbulos y se distribuye de manera homogénea y sin alteraciones evidentes (no se aprecian áreas frías).

## Evolución

Durante el seguimiento por parte de Endocrinología: mejoría clínica y analítica. De manera que se va reduciendo dosis de carbimazol así como propranolol, hasta llegar a suspenderlo tras control clínico y analítico.

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

La importancia de buscar causas de la ansiedad, dado que aunque el síntoma sea la ansiedad, detrás de dicho síntoma puede haber distintas enfermedades que la causen como es el caso del hipertiroidismo.

## Palabras clave

Enfermedad de Graves, hipertiroidismo, ansiedad.

# No todas las anemias se tratan con hierro

Bernal Bernal R<sup>1</sup>, Álvarez Rico F<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS De Puerto Real. Cádiz

<sup>2</sup> FEA Oncología Radioterápica. H de Málaga. Málaga

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Paciente que no mejora de su anemia pese al tratamiento de hierro oral.

## Historia clínica

Paciente mujer de 28 años, antecedentes de migraña, asintomática inicialmente, que en el estudio preoperatorio para una cirugía plástica se rechaza la misma tras detectar anemia: hematíes  $3.4 \times 10^6 \mu\text{L}$ , hemoglobina 10.9 g/dl, volumen corpuscular medio 100 fL, hemoglobina corpuscular media 32 g/dL, concentración de hemoglobina corpuscular media 32 g/dL, plaquetas  $35 \times 10^9 \mu\text{L}$ , gamma-glutamyl-transferasa 9 U/L, alanina transaminasa 10 U/L, fosfatasa alcalina 51 U/L, Hierro 57  $\mu\text{g/dl}$  tirotrópina 2.7  $\mu\text{UI/ml}$ . Serie blanca, proteinograma, sistemático de orina y coagulación normales. En el hospital pautan tratamiento con sulfato de hierro (II) oral tres meses sin mejoría.

## Enfoque individual

Su médico de familia, al detectar VCM elevado sospecha de anemia megaloblástica por lo que solicita nueva analítica con determinación de vitamina B12, hierro y ferritina confirmando niveles anormalmente bajos de vitamina B12.

## Enfoque familiar y comunitario

Es importante evitar la inercia terapéutica y valorar en cada caso el tratamiento para

individualizarlo así como hacer el diagnóstico diferencial de las anemias.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Diagnóstico diferencial:* anemia perniciosa, enfermedad hepática, hipotiroidismo, deficiencia de cobre, anemia hemolítica, déficit de folato. Cuando hay pancitopenia, el diagnóstico diferencial debe incluir leucemia aguda.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento con cianocobalamina (vitamina B12) 1000 microgramos im semanal un mes.

## Evolución

Al mes le repite la analítica normalizándose los valores: hemoglobina 12.1 g/dl, volumen corpuscular medio 95.7 fL, hematíes  $3.7 \times 10^6 \mu\text{L}$ , vitamina B12 410 pg/ml. Finalmente pudo ser aceptada para cirugía.

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

Como conclusión indicar que el tratamiento de la anemia con hierro, si bien es el más habitual, pues la ferropénica es la más frecuente, hay que hacer un diagnóstico diferencial puesto que no toda anemia es ferropénica.

## Palabras clave

Anemia, megaloblastic, cyanocobalamin.

# Doctora su fonendoscopio me salvó la vida

Cantero Quirós M

ZBS Camas. Consultorio Valencina de La Concepción. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea, cansancio y malestar general.

## Historia clínica

Paciente de 73 años, acude a consulta de Atención Primaria por sensación de falta de aire desde hace 3 días acompañado de cansancio y dolor torácico atípico.

## Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial, no fumador, independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Tratamiento actual con antihipertensivos, IECAS, calcio antagonistas y betabloqueantes.

*Anamnesis:* varón de 73 años, hipertenso, dado de alta de ingreso hospitalario hace 3 días por infección urinaria con fracaso renal agudo. Acude por presentar disnea progresiva, ortopnea de sillón y DPN en las últimas noches. Describe sensación de corazón pétéreo, sudoración profusa.

*Exploración física:* no taquipnéico, constantes vitales dentro de la normalidad.

ACP rítmico, ausculto soplo sistólico en foco aórtico grado II/VI Y soplo sistólico en foco mitral II/VI no descrito en historias previas que se comprueba. Crepitantes bibasales. Edema sin fovea en tercio distal de EEII.

*Exploración complementaria:* electrocardiograma normal sin alteraciones de la repolarización.

## Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico de sospecha:* insuficiencia cardiaca aguda por insuficiencia aórtica secundaria a endocarditis sobre válvula afecta.

## Tratamiento, planes de actuación

Se traslada a hospital con ingreso hospitalario.

## Evolución

Paciente ingresa por IC de Novo, con diagnóstico de Insuficiencia aórtica severa secundaria a endocarditis sobre válvula nativa por *Aerococcus urinae*, confirmándose nuestro diagnóstico de sospecha tras pruebas complementarias realizadas de analítica con pro BNP de 12000, troponinas de 3000, radiografía de tórax con signos de insuficiencia cardiaca, ecocardiograma que confirma la rotura de velo coronario anterior de la válvula aórtica y hemocultivos seriados.

Tras completar estudio se decide tratamiento quirúrgico con implante de una prótesis aórtica biológica.

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

Describir una buena anamnesis, utilizar el fonendoscopio en exploración física exhaustiva auscultando e identificando soplos en la consulta de AP ayuda a sospechar un diagnóstico y actuar de forma emergente evitando el desenlace final de un paciente. El médico de familia debe realizar profilaxis antibiótica de endocarditis ante procedimientos invasivos

## Palabras clave

Insuficiencia aórtica, endocarditis, Atención primaria.

# ¡Doctora algo me cuelga!

Cantero Quirós M<sup>1</sup>

ZBS Camas . Consultorio Valencina de La Concepción. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesión en úvula.

## Historia clínica

Paciente de 18 años acude a consulta de Atención Primaria por lesión en úvula desde hace varios meses de evolución que ha ido aumentando de tamaño.

## Enfoque individual

Sin antecedentes personales de interés. No AMC.

Anamnesis: refiere lesión en úvula no dolorosa y que le molesta a la deglución.

Exploración física: con ayuda de luz y depresor, exploro cavidad oral y observo tumoración pediculada de aspecto quístico de localización en zona periférica de la úvula.

Exploración complementaria: se realiza resección con cauterizador de la lesión, in situ. Se envía a Anatomía Patológica para estudio histológico. Reciben dos fragmentos tisulares irregulares menores de 3mm.

## Enfoque familiar y comunitario

A nivel comunitario es importante hacer campaña de vacunación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* papiloma escamoso ulcerado con marcada colonización bacteriana compatible con actinomyces.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: doxiciclina 100 mg, 1 comprimido cada 12 horas durante 21 días.

Derivación a O.R.L

Recomendación de vacunación contra el VPH.

Consejos para prevenir ETS.

## Evolución

El paciente ha evolucionado favorablemente.

La lesión fue erradicada totalmente no recidivante.

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

El papel del médico de familia, no sólo implica una exploración de la cavidad oral para conseguir un diagnóstico precoz y prescribir un tratamiento de una patología sino aconsejar sobre las precauciones de las prácticas de riesgo sexuales, recomendar para prevenir de lesiones que puedan malignizar si dejamos evolucionar. Es importante insistir en la importancia de la vacunación del VPH, también en el varón.

## Palabras clave

VPH, vacunación, Atención Primaria.

# ¡Doctora, tengo la rodilla como una pelota!

Rodríguez Jiménez B<sup>1</sup>, Rodríguez Benítez R<sup>1</sup>, Carmona Navas Y<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Aumento de tamaño y dolor rodilla.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:*

- Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox®.
- Menopausia temprana a los 37 años.
- Migraña.
- Hábitos tóxicos: fumadora.
- Colectomizada en 2022.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* mujer, 56 años. Acude por dolor progresivo de características inflamatorias desde hace 2 semanas en rodilla derecha.

*Exploración:* rodillas de aspecto artrósico. Aumento de perímetro y edema sin eritema de rodilla respecto a contralateral. Imposibilidad flexión pasiva de rodilla. Ligamentos y meniscos anodinos. Pulsos femorales y pedios presentes y simétricos.

*Pruebas complementarias:*

- Radiografía en carga bilateral: leves signos degenerativos con pinzamiento de meseta femorotibial interna bilateral.
- Ecografía en consulta: se visualiza lesión en hueso poplíteo bien delimitada de contenido irregular con zonas isoecogénicas y anecogénicas. Doppler.
- Resonancia magnética: se confirma quiste de Baker de 37 mm aproximadamente complicado.
- Resonancia magnética: se confirma quiste de Baker de 37 mm aproximadamente complicado

## Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes familiares de interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* quiste de Baker.

*Diagnóstico diferencial:*

- Causas traumáticas: fracturas óseas, roturas ligamentosas, lesión meniscal, luxaciones...
- Causas no traumatológicas: Artritis sépticas, artritis gotosa, artrosis, condromalacia rotuliana, artritis sistémica, tendinitis, trombosis venosa profunda...

## Tratamiento, planes de actuación

Ante el hallazgo en ecografía de posible quiste de Baker que posteriormente se confirmó con resonancia, realizamos tratamiento con vendaje compresivo y AINEs. Al séptimo día revisé a la paciente con mejoría de la clínica de dolor e inflamación.

## Evolución

La paciente posteriormente acudió a traumatólogo privado para infiltración de corticoide intralesional resolviéndose el dolor residual.

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

Habitualmente el quiste de Baker es una lesión benigna y asintomática. Es fundamental descartar patologías graves posibles causantes de cuadros similares tales como TVP. La ecografía a pie de camilla en consulta es una herramienta que nos permite acelerar el diagnóstico y evitar derivaciones a ámbito hospitalario en ciertos casos.

## Palabras clave

Quiste poplíteo, rodilla, quiste de Baker.

# Parada cardiaca en la sala de espera del centro de salud como debut de enfermedad celiaca del adulto

Martínez Chaves M<sup>1</sup>, Caraballo Ramos I<sup>1</sup>, Lara Ojeda R<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 48 años sin antecedentes que inicia un cuadro de diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso de varios días por el que acude su médico. Solicita analítica, ECG, Rx de tórax. Prescribe dieta astringente y tratamiento sintomático.

## Historia clínica

Mientras está en la sala de espera comienza con dolor torácico, seguido de pérdida de conciencia y convulsiones tónico clónicas y sufre una PCR- Se inician maniobras de SVB y se solicita el carro de parada y se comprueba que está en FV, se desfibrila. Recupera respiración espontánea y pulso.

ECG muestra infarto anterolateral extenso. Traslada al hospital. Presenta nueva FV, que revierte al desfibrilarla, recuperando pulso.

## Enfoque individual

Trabajador del campo.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado, padres de dos hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Parada cardiaca extrahospitalaria por FV recuperada.

IAM anterolateral extenso.

Síndrome constitucional.

Diarrea prolongada.

## Tratamiento, planes de actuación

Reanimación cardiopulmonar avanzada.

Traslado asistido, desfibrilación in itinere.

Transferencia e ingreso en UCI.

## Evolución

A su ingreso en UCI (K 2,6, albúmina 2), Troponinas de 3.800.

ECG: ST de más de 2 mm de V4 a V6 que normalizo posteriormente.

ICP: coronarias normales.

VI con aquinesia apical y FEVI del 30%.

Ecocardiografía: miocardiopatía de estrés shock distributivo.

Angio resonancia cardiaca: normal. Pendiente de filiar el origen de la PCR.

Se amplió estudio con autoinmunidad, serología infecciosa, colonoscopia y enteroresonancia normales.

Gastroscoopia: mucosa duodenal pliegues aplanados, se toman biopsias para descartar celiaquía.

Anatomía patológica: mucosa duodenal con atrofia moderada de vellosidades, infiltrado inflamatorio crónico en lámina propia (E. Celiaca).

Con dieta sin gluten ha mejorado su estado de salud y recuperado su peso.

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

Este caso ilustra que la enfermedad celíaca en adultos puede presentarse inicialmente con manifestaciones cardíacas graves, incluyendo paro cardíaco, debido a complicaciones como desequilibrios electrolíticos severos y trastornos de la conducción cardíaca.

En la literatura revisada hay pocos casos reportados.

## Palabras clave

Enfermedad celíaca en adulto, parada cardíaca, hipopotasemia.

# Trastorno de la conducta del sueño REM, 14 años antes del parkinsonismo

Gregor D

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Sur. Málaga

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

"Pesadillas".

## Historia clínica

Varón de 58 años. Refiere "pesadillas" casi todas las noches, su mujer comenta que grita, lanza puñetazos y se tira de la cama.

## Enfoque individual

Trabajador del campo, sin antecedentes médicos de interés.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado, 2 hijas. Buen apoyo familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Inicialmente, el cuadro se interpreta como ansiedad e insomnio.

Años después, una anamnesis cuidadosa lleva al diagnóstico de un trastorno de la conducta REM, que se caracteriza por una falta de inhibición motora durante la fase REM. Claves fueron movimientos complejos en relación con lo soñado, la ocurrencia durante la segunda mitad de la noche y el inicio del cuadro después de los 50 años.

## Tratamiento, planes de actuación

Clonazepam 1 mg y melatonina 4 mg por la noche producen una leve mejoría.

## Evolución

10 años después de las primeras consultas, a la edad de 68 años, el paciente es valorado por neurología por fallos mnésicos leves y mareos.

En un DaTSCAN cerebral se observa hipocaptación en ambos putámenes. Ante una

sintomatología neurológica escasa no se realiza más pruebas ni tratamientos en ese momento. En los años siguientes, paulatinamente emergen síntomas de enfermedad neurodegenerativa: bradicinesia con marcha lenta, rigidez en miembros superiores, inestabilidad postural con frecuentes caídas, disfagia, limitación de la mirada hacia arriba. El deterioro cognitivo permanece leve.

Un DaTSCAN realizado a los 6 años del primero revela gran disminución de actividad dopaminérgica en ambos putámenes y núcleos caudados. Junto con un aumento relativo de la captación extraestriatal, estos hallazgos sugieren un parkinsonismo atípico.

Igualmente, una disminución del tamaño del mesencéfalo observada en una resonancia magnética plantea el diagnóstico de una parálisis supranuclear progresiva.

Se realiza un ensayo terapéutico con L-DOPA con escasa respuesta.

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

El trastorno de la conducta REM frecuentemente se asocia con enfermedades neurodegenerativas. Con una probabilidad del 50% por década se desarrolla hacia la enfermedad de Parkinson o parkinsonismo atípico, como la parálisis supranuclear progresiva que fue diagnosticada en nuestro paciente.

En pacientes que sufren este trastorno debemos ser vigilantes ante síntomas tempranos de la enfermedad de Parkinson. Además de los trastornos del movimiento, estos pueden ser la anosmia, obstipación e hipotensión ortostática.

## Palabras clave

REM Sleep behavior disorder, Parkinson disease, progressive supranuclear palsy.

# Un aliado que salva vidas: la longitudinalidad en Atención Primaria

Guerrero Carrasco F<sup>1</sup>, Narbona Molina G<sup>2</sup>, Prieto Benítez G<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de MIR MFyC. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Multidisciplinar.

## Motivos de consulta

Tos con mucosidad blanquecina y un esputo hemoptoico hace unos días.

## Historia clínica

Acude a consulta de urgencias de Atención Primaria. Ha realizado un viaje y presenta un catarro de días de evolución y con tos y cansancio. No tiene fiebre, pero no se encuentra bien. Pertenece a nuestro cupo y lo reconocemos al entrar en la consulta. Nos llama la atención su aspecto más demacrado.

## Enfoque individual

Varón 70 años, abogado en trabajo activo.  
*Antecedentes personales:* HTA desde hace 10 años. Exfumador desde los 30 años de menos de 10 paquetes/año.  
Subjetivamente bien de salud, vida previa muy activa, corre varios Trails al año.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado, convive con su mujer. 2 hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante el aspecto que presenta y la exploración física con roncus dispersos, acordamos solicitar radiografía de tórax, que se realiza a continuación en nuestro centro.

En radiografía tórax, se aprecia lesión en lóbulo superior derecho y se plantea el diagnóstico

diferencial de un nódulo pulmonar de reciente aparición. Comparamos una radiografía previa del paciente de hace 2 años, en la que no se aprecia dicha lesión.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pauta tratamiento sintomático para el proceso catarral. Se deriva a Neumología para valoración y estudio. Realiza TAC tórax y estadiaje, resultando un adenocarcinoma patrón bronquioloalveolar Tis N0 M0. Se realiza una lobectomía superior derecha, resultando curativa, de tal forma que oncología no realiza ninguna intervención.

## Evolución

Actualmente, ha vuelto a correr Trail con la misma intensidad que antes de la lesión.

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

Ante un paciente conocido del cupo, estamos alerta por presentar un aspecto diferente al habitual y solicitamos pruebas complementarias que confirman el diagnóstico. El "ojo clínico", la "intuición", en definitiva, la confianza mutua con el paciente, nos llevan a que la longitudinalidad en Atención Primaria, es una premisa básica en nuestro día y a día y ha demostrado aumentar la supervivencia.

## Palabras clave

Primary health care, longitudinal nature, adenocarcinoma bronchiolo-alveolar.

# Peligros de la polimedición en pacientes frágiles incluso con sertralina

Fiñana Sánchez R<sup>1</sup>, Morales García A<sup>2</sup>, López López A<sup>2</sup>

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Alcalá la Real. Jaén

## Ámbito del caso

Medicina rural.

## Motivos de consulta

Hiporexia y cefalea.

## Historia clínica

Mujer 89 años con demencia leve, vida camasiñón, independiente para ABVD. Vive sola con su hijo y cuidadora por las mañanas. Duelo por fallecimiento reciente de su marido hace año y medio.

Polimedificada por varias enfermedades crónicas como HTA, DM >30a, FA paroxística, osteoporosis con fracturas asociadas.

Desde hace 6 meses se inició Sertralina 50 mg por ánimo bajo y anhedonia. Llanto por la tarde noche.

Acude cuidadora a consulta porque desde hace una semana come poco y somnolencia. Había estado ingresada recientemente por neumonía multilobar.

## Enfoque individual

Acudimos a domicilio donde la paciente se encontraba aparentemente bien sólo aqueja xerosis y cefalea bitemporal sobre todo por las tardes que calma parcialmente con metamizol. A la exploración discretos edemas maleolares y TA algo elevada por el que se aumenta furosemida a 40 mg.

A la semana al reevaluar, la cuidadora comenta progreso de anhedonia con un vómito esta mañana, seguía con cefalea. Normotensa. Se le solicita analítica básica con VSG y PCR.

Al cuarto día se envía a urgencias hospitalarias por resultado en analítica Na 115 (anterior 126) junto empeoramiento neurológico. La paciente ingresa durante 2 días en observación hasta alcanzar Na a 125.

A la llegada de nuevo a domicilio se decide retirar de forma gradual antidepressivo, hidroclorotiazida y restricción hídrica a 3 vasos diarios. Se repite analítica a la semana con Na 135, HbA1c 9%, resto de iones, TSH y cortisol normal.

## Enfoque familiar y comunitario

Se instruye a hijo y cuidadora sobre cuidados, tratamiento y alimentación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hiponatremia euvolémica en probable relación con SIADH por ISRS.

Diabetes mellitus mal controlada.

## Tratamiento, planes de actuación

Restricción hídrica (3 vasos) y azúcar.

Supresión de serotonina 50 mg e hidroclorotiazida.

## Evolución

La paciente a día de hoy han cedido episodios de cefaleas y está más activa, aunque sí persiste sintomatología propia por duelo y por deterioro cognitivo. Cuidadora demanda otra medicación antidepressiva pero en principio se opta por algo más "relajante".

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

Pacientes ancianos hay que ser muy cautos a la hora de añadir fármacos, pese a que los ISRS suelen ser dentro de los antidepressivos los de mejor perfil de seguridad, ningún fármaco está exentos de reacciones adversas.

## Palabras clave

SIADH, hiponatremia, polifarmacia.

# Sífilis terciaria. Presentación de un caso clínico

Morales García A<sup>1</sup>, Fiñana Sanchez R<sup>2</sup>, Castillo S<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Alcalá la Real. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director ZBS Alcalá la Real. Jaén

<sup>3</sup> Enfermera de MFyC. ZBS Montefrío. Granada

## Ámbito del caso

Atención multidisciplinar: Atención Primaria, Epidemiología, Oftalmología, Medicina Interna y Neurología.

## Motivos de consulta

Visión borrosa, cefalea y lesiones en mucosa oral.

## Historia clínica

Mujer de 35 años con antecedentes de síndrome fetal alcohólico y discapacidad intelectual (43% de minusvalía), en contexto de alto riesgo social (malos tratos en la infancia, sinhogarismo, pareja toxicómana previa, fallecimiento reciente de su pareja actual). Percibe el ingreso mínimo vital y vive de alquiler.

*Antecedentes recientes:* infección vaginal por *Trichomonas* y bronquitis aguda, tratadas.

*Enfermedad actual:* cefalea holocraneal de 3 meses, visión borrosa, vértigo y lesiones en mucosa oral. Fondo de ojo con papilas elevadas y bordes difusos detectado en óptica.

*Exploración física:* lengua geográfica y lesiones palatinas sin mejoría con fluconazol. Cultivo: flora orofaríngea. Exploración neurológica sin focalidad, marcha normal.

## Enfoque individual

Remitida a Oftalmología, donde confirman edema de papila bilateral y baja agudeza visual. Inician acetazolamida. Una semana después, ingresa en Neurología por amaurosis fugaz y cefalea.

*Pruebas realizadas:* analítica completa, TC craneal, punción lumbar, electroretinograma. Potenciales evocados visuales, OCT papilar, RM cerebral y orbitaria.

*Hallazgos:* edema de papila con presión intracraneal normal (prueba alterada por inicio previo de acetazolamida). VDRL en líquido cefalorraquídeo (LCR) negativo. Leve realce de cubiertas de nervios ópticos, posible perineuritis óptica. Lesiones desmielinizantes en sustancia

blanca supratentorial, compatibles con esclerosis múltiple. Serología positiva para sífilis (TPHA/RPR; Ac. reagínico 1/128). Al alta contacto con Enfermedades Infecciosas para inicio de antibioterapia específica.

## Enfoque familiar y comunitario

Coordinación con Epidemiología. Realizamos estudio de contactos. Al tratarse de una sífilis tardía sin lesiones activas, no se considera contagiosa para parejas recientes.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sífilis terciaria sin poder descartar origen connatal vs adquirido años antes. El VDRL en LCR negativo no descarta neurosífilis.

*Diagnóstico diferencial* neuro-oftalmológico:

- Neurosífilis.
- MOGAD (Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody Disease).
- Esclerosis múltiple.

## Tratamiento, planes de actuación

Acetazolamida. Ceftriaxona 2 g endovenosos cada 24 horas durante 2 semanas. Seguimiento por Neurología, Oftalmología y Medicina Interna. Coordinación con Trabajo Social, Salud Mental y Epidemiología.

## Evolución

Asintomática durante su seguimiento. Persistencia de lesiones a nivel de papilas y sustancia blanca.

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

La sífilis terciaria y la neurosífilis deben considerarse ante síntomas neurológicos atípicos o multisistémicos, incluso sin antecedentes sexuales claros. La salud sexual no debe olvidarse en personas con discapacidad o en riesgo social. Necesidad de abordaje multidisciplinar e integral.

## Palabras clave

Sífilis, neurosífilis, papiledema, cefalea.

# Insuficiencia respiratoria hipercápnica en paciente con miopatía metabólica. Cuando la SatO<sub>2</sub> no basta

Morales García A<sup>1</sup>, Fiñana Sanchez R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Alcalá la Real. Jaén

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director ZBS Alcalá la Real. Jaén

## Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

## Motivos de consulta

Malestar general, fiebre y odinofagia en contexto de cuadro gripal familiar. Reconsulta por disnea progresiva de aparición aguda.

## Historia clínica

Varón de 53 años con Déficit de Carnitin-Palmitoil transferasa II. Antecedente de rabdomiólisis grave. Aviso domiciliario por disnea intensa. En valoración extrahospitalaria: paciente consciente, orientado, con tiraje abdominal y taquipnea. SatO<sub>2</sub> del 95% en aire ambiente, constantes normales, buena ventilación auscultatoria y ECG sin alteraciones. A pesar de la aparente estabilidad, impresiona de enfermedad grave y se deriva a hospital con sospecha de insuficiencia respiratoria restrictiva.

## Enfoque individual

Paciente con miopatía metabólica conocida, en quien infecciones virales pueden desencadenar rabdomiólisis y debilidad muscular respiratoria severa, enmascarada inicialmente por parámetros normales de oxigenación.

A destacar:

- Sensación subjetiva de enfermedad grave.
- Disociación entre SatO<sub>2</sub> y estado clínico real.
- Elevación progresiva de pCO<sub>2</sub> como signo clave de insuficiencia respiratoria hipercápnica.

## Enfoque familiar y comunitario

Cuadro gripal en entorno familiar que actuó como desencadenante de descompensación muscular. Importancia del contexto epidemiológico para detectar casos graves en pacientes con comorbilidades.

Necesidad de educación familiar sobre signos de alarma en enfermedades raras y neuromusculares.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Gasometría arterial en hospital: hipercapnia (pCO<sub>2</sub> 60 mmHg) con acidosis respiratoria. Radiografía

de tórax con pérdida de volumen por elevación diafragmática. Orina color oscuro con proteinuria importante.

*Diagnósticos:*

Insuficiencia respiratoria tipo II. Inicio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y posterior ingreso en UCI con ventilación mecánica invasiva.

Crisis de rabdomiólisis en paciente con miopatía metabólica (CPT II) con fracaso renal agudo que precisó diálisis.

## Tratamiento, planes de actuación

Ingreso urgente en UCI.

Inicio de ventilación mecánica no invasiva. Posterior necesidad de ventilación mecánica invasiva prolongada (>3 semanas) y traqueostomía temporal.

Tratamiento antimicrobiano escalado.

Soporte renal con hemodiálisis, posteriormente suspendida.

Rehabilitación respiratoria y motora activa en planta.

## Evolución

Progresiva mejoría respiratoria, cierre de traqueostomía.

Recuperación completa de función renal.

Seguimiento activo por Atención Primaria, Nefrología y Medicina Interna.

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

La insuficiencia respiratoria hipercápnica en pacientes con patología neuromusculares puede no alterar la SatO<sub>2</sub>, dificultando el diagnóstico.

La disnea sin hipoxemia debe alertar sobre posible hipoventilación.

La gasometría temprana y la VMNI precoz son clave.

En Atención Primaria, es esencial reconocer a los pacientes en riesgo y derivar ante signos de fatiga respiratoria.

## Palabras clave

Insuficiencia respiratoria, hipercapnia, miopatías.

# Reflujo gastroesofágico en paciente ostomizado por enfermedad de Crohn

Cobos Boza A<sup>1</sup>, Borrero Saavedra M<sup>2</sup>, Borrero Saavedra R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Molino de la Vega. Huelva

<sup>2</sup> Farmacia comunitaria

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Varón de 72 años que consulta por pirosis persistente, dolor torácico postprandial y disfagia, a pesar de tratamiento con pantoprazol. Refiere que algunos medicamentos orales no le hacen efecto.

## Historia clínica

Antecedentes de enfermedad de Crohn con ileostomía desde hace 6 meses. Hipercolesterolemia. Síntomas depresivos leves. Tratamiento habitual: pantoprazol 40 mg/día, simvastatina 20 mg/noche, suplementos vitamínicos. No alergias medicamentosas conocidas. En la exploración física destaca estoma con buena coloración y funcionante; abdomen sin masas ni dolor a la palpación. Constantes normales.

## Enfoque individual

Se identifican síntomas compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se sospecha una inadecuada absorción de la medicación por la modificación anatómica digestiva tras la ileostomía. El paciente muestra preocupación por la falta de respuesta a los tratamientos.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su pareja, quien le apoya en el control de su patología. Buena adherencia a los programas del centro de salud para pacientes crónicos. Buen soporte social y adherencia a seguimiento.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* ERGE en paciente ostomizado con posible malabsorción de IBP en comprimidos.

*Diagnóstico diferencial:* esofagitis por reflujo, estenosis esofágica, acalasia, dispepsia funcional.

*Problemas identificados:* ineficacia terapéutica por forma farmacéutica inapropiada, malabsorción secundaria a resección intestinal.

## Tratamiento, planes de actuación

Se sustituye pantoprazol por famotidina jarabe 20 mg cada 12 horas, mejorando la absorción. Se mantiene el resto del tratamiento. Se programa seguimiento clínico a corto plazo para valorar respuesta.

## Evolución

Mejoría progresiva: remisión de pirosis y disfagia, mejora del apetito y estado anímico. El paciente expresa satisfacción con el cambio de tratamiento.

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

Este caso refleja la necesidad de individualizar tratamientos considerando las características anatómicas y funcionales del paciente. En Atención Primaria, el abordaje integral y cercano permite detectar fallos terapéuticos y adaptar los recursos disponibles, promoviendo una atención centrada en la persona.

## Palabras clave

Enfermedad de Crohn, ERGE, ileostomía, malabsorción, atención primaria, individualización terapéutica.

## ¡Uff! Como me pica esta mancha...

Delgado Cerpa Á, Fernández Fuentes J, Barrera Gómez J

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva Centro. Huelva

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Consulta por una mancha en la espalda, ocasionalmente pruriginosa.

### Historia clínica

Mujer de 44 con años, con antecedentes personales de bruxismo, escoliosis dorsal, retrolistesis sacra y gonalgia derecha a estudio.

### Enfoque individual

A la exploración presenta una placa de unos 6x4 cm, maculosa, hiperpigmentada, en zona dorsal izquierda de 3-4 años de evolución, pruriginosa, no dolorosa, no descamativa. No se observan otras lesiones similares en otras zonas.

### Enfoque familiar y comunitario

Se descarta patología infecto-contagiosa.

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

*Juicio clínico:* Notalgia parestésica.

*Diagnóstico diferencial*

1. Radiculopatía cervical o torácica.
2. Neuropatía periférica.
3. Dermatitis de contacto o eccema.
4. Herpes zoster.
5. Fibromialgia.
6. Trastornos neuromusculares.

### Tratamiento, planes de actuación

Se inicia capsaicina tópica ante la alta sospecha clínica, presentando la paciente mejoría sintomática.

Se solicita:

- Radiografía de telecolumna.
- RNM (pendiente de realización).

Se deriva a REDDERMA para realización de fotografías y visualización con dermatoscopio para valoración por Dermatología.

La respuesta a la teleconsulta por dermatología nos confirma el diagnóstico de sospecha y pauta tratamiento con furoato de mometasona por las noches 10 días y crema hidratante a diario.

### Evolución

Se revisa a la paciente, lesión sin cambios, ante lo que se decide ampliar estudio.

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

Es crucial realizar una evaluación clínica y estudios complementarios si fuesen necesarios para diferenciar entre otras patologías y confirmar el diagnóstico.

La correlación de los síntomas con cambios degenerativos de la columna vertebral puede ser indicio de esta patología.

### Palabras clave

Pruritus, hyperpigmentation, paresthesia.

# Diagnóstico precoz y seguimiento personalizado: mejorando la evolución del paciente diabético

Martos Vargas L<sup>1</sup>, Martos Vargas Y<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carlinda. Málaga

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP DS Sevilla. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Reanudar seguimiento de diabetes.

## Historia clínica

*Antecedentes:* hipertensión, diabetes mellitus, ACV isquémico. Vive sola, analfabetismo.

Mujer de 80 años que consulta junto con su hija para realizar una analítica de control de diabetes ya que la paciente abandonó seguimiento en la pandemia. No ha consultado porque se ha encontrado bien y por temor a la insulinización. En tratamiento con metformina 850 mg/12h, linagliptina 5 mg/24h, glimepiride 1 mg/24h, espironolactona 25 mg/24h, furosemida 20 mg/24h, candesartán 8 mg/24h.

Se realiza analítica: glucosa 218, Hb glicosilada 11%, FG 24 mL/min, urato 9, no albuminuria ni proteinuria. Se deriva a enfermería para comenzar con la intervención en los hábitos de vida saludable.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Enfermedad renal crónica estadio 4A1 en diabetes mellitus.

## Tratamiento, planes de actuación

Se suspende metformina y glimepirida; dada la función renal no se puede iniciar iSGLT2 y se plantea una alternativa a la insulinización con análogos de GLP1. Además, se cita semanalmente a la paciente para educación en hábitos saludables.

## Evolución

La paciente y su familiar comienza a tomar conciencia de la enfermedad y su gravedad, objetivando mejoría de glucemias y adherencia a cambios de estilo de vida.

A los 3 meses se realiza analítica con empeoramiento del filtrado glomerular a 17 ml/min. En este momento, aceptan iniciar insulina basal y se ajusta tratamiento antihipertensivo. A los 6 meses se repite analítica apreciándose una leve mejoría: HbA1c 10,5%, FG 21 ml/min.

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

La Atención Primaria desempeña un papel esencial en el manejo integral del paciente diabético, facilitando tanto el diagnóstico precoz como el seguimiento continuo y personalizado de estos pacientes. La coordinación entre el equipo médico y enfermería permite adaptar el tratamiento a las necesidades individuales, lo que favorece una mejor adherencia terapéutica y promueve cambios sostenibles en el estilo de vida. Además, la detección temprana de la enfermedad renal crónica en personas con diabetes es clave para ralentizar su progresión y prevenir complicaciones cardiovasculares, mejorando así la calidad de vida y el pronóstico. Por tanto, fortalecer la Atención Primaria y su capacidad de seguimiento resulta fundamental para el control eficaz de la diabetes y la prevención de sus complicaciones.

## Palabras clave

Diabetes mellitus; renal insufficiency, chronic, multidisciplinary care team.

# La unión hace la fuerza

Martos Vargas Y<sup>1</sup>, Martos Vargas L<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP DS Sevilla. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carlinda. Málaga

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Tos con expectoración y disnea en paciente con EPOC.

## Historia clínica

**Antecedentes:** HTA, FA paroxística anticoagulada, fumador de 20 cigarrillos/ día, EPOC tipo enfisema FEV 21%.

Varón de 71 años que consulta por aumento de su disnea habitual y tos con expectoración que no mejora con su tratamiento habitual.

A la *exploración*, regular estado general, consciente y colaborador, Disneico en reposo con tiraje subcostal. SatO<sub>2</sub> 90% aa. Tonos rítmicos a 120lpm, hipofonesis generalizada. Se indica tratamiento con corticoides intramusculares, aerosoterapia y oxígeno en Hudson sin mejoría, por lo que se realiza traslado a urgencias de Hospital de referencia.

Analítica: 11.760 leucocitos . PCR negativa para virus. Ag en orina: neumococo positivo.

Radiografía de tórax: ICT normal, aumento trama broncoalveolar. Dudoso vidrio LSD.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive con su mujer, cuidadora principal, que presenta trastorno bipolar y gran sobrecarga. Tienen 2 hijos que viven fuera. Se ofrece apoyo e incluimos en plan de cuidados, principalmente identificando síntomas y como apoyo emocional.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Agudización de EPOC.

*Diagnóstico diferencial:* neumonía, insuficiencia cardíaca, TEP, neumotórax, derrame pleural.

## Tratamiento, planes de actuación

Se comienza con levofloxacin y tras cultivo de esputo cambio a amoxicilina clavulánico. Deflazacort en pauta descendente e inhaladores en triple terapia. Oxigenoterapia en domicilio con opción portátil.

## Evolución

Precisó ingreso en UCI con inicio de VMNI por alteración gasométrica. Tras la estabilización pasa a planta de Neumología.

Durante el año el paciente presenta varias agudizaciones, teniendo que acudir al centro de salud, tratado por diferentes profesionales. Su médico de familia, se ha jubilado y no tiene un médico fijo.

A finales de año, se asigna un cupo a un médico fijo que inicia intervenciones conjuntas con enfermería y visitas programadas. Se Establece una relación médico-paciente estable y de confianza, asegurando mejor adherencia al tratamiento. Se consigue deshabituación tabáquica y menor número de ingresos y consultas urgentes.

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

La continuidad asistencial de un paciente por su médico de familia, mejora la supervivencia y calidad de vida.

La intervención conjunta y el trabajo multidisciplinar del equipo médico-enfermería son de real importancia para el manejo del paciente y su mejoría clínica.

## Palabras clave

Chronic obstructive pulmonary disease, moking cessation, multidisciplinary care team.

# Manejo de pseudogota desde Atención Primaria a través de la teleconsulta

Chávez Gata L<sup>1</sup>, Pinto Flores L<sup>2</sup>, Akel Montes G<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La laguna. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Reumatología. HU Puerta del Mar. Cádiz

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Inflamación y dolor en mano y muñeca izquierda.

## Historia clínica

Mujer de 84 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor e inflamación de mano y muñeca izquierdas en los últimos días sin asociar fiebre ni otra sintomatología sistémica asociada. No describe traumatismo directo ni antecedentes de patología similar.

## Enfoque individual

Entre los *antecedentes personales*, la paciente no presenta factores de riesgo cardiovascular, demencia de origen vascular en estudio, hernia de hiato con enfermedad por reflujo gastroesofágico y artrosis.

A la *exploración* presenta signos de artrosis nodular avanzada en ambos miembros superiores. Destacando la presencia de edema, enrojecido y caliente desde dedos hasta muñeca izquierda, con dolor a la palpación y limitación funcional de la flexo-extensión de muñeca por dolor y edema. Ausencia de crepitación. Presencia de pulsos, con balance sensitivo conservado.

Se solicita analítica en la que destaca únicamente PCR 107.7, con hemograma, perfil hepático, perfil renal, e iones normales. Además radiografía de mano y muñeca donde se aprecian signos de artrosis avanzada con reabsorción en alas de gaviota de interfalángicas distales, pulgar en Z y se aprecia depósito de cristales en ligamento triangular de muñeca.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares de interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Artritis infecciosa, artritis reumática, artropatía por depósito de cristales, fractura.

## Tratamiento, planes de actuación

En primera consulta se inicia tratamiento de primer escalón con paracetamol y AINE.

En consulta de resultados, ante falta de respuesta y probable artritis por depósito de pirofosfato cálcico dihidratado se realiza una teleconsulta a Reumatología quienes recomiendan tratamiento con colchicina y prednisona.

## Evolución

Respuesta excelente al segundo tratamiento con resolución del cuadro.

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

El depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (CPPD) en las estructuras articulares es altamente prevalente y especialmente en las personas de edad avanzada y puede presentarse de forma asintomática o como una artritis aguda, apodada pseudogota. Tanto los posibles desencadenantes, como el tratamiento de la artritis por CPPD, son idénticos a los de las crisis por gota. Destacar la utilidad de la teleconsulta como método para coordinación interniveles y una adecuada atención a los pacientes desde Atención Primaria sin precisar derivaciones físicas a los especialistas hospitalarios.

## Palabras clave

Artritis, pseudogota, atención primaria.

# Parece encamado pero no lo es: de una disnea a un duelo complicado en un solo aviso

**Conesa Flamil V**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Lepe. Huelva

## Ámbito del caso

Visita domiciliaria en Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* HTA, EPOC, ex-fumador.

Hombre de 77 años, avisa para ir al domicilio. Refiere disnea, tos y mucosidad, afebril, junto a mucha preocupación por reagudizaciones previas.

## Enfoque individual

Aceptable estado general, encamado, consciente y orientado, eupneico en reposo. Ágil durante la exploración.

AR: MVC con roncus dispersos.

MMII: sin edemas ni signos de TVP.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer.

Tiene dos hijas y un hijo, que viven en el pueblo, a excepción una de ellas falleció joven por un cáncer de páncreas, hace un par de años.

Buen soporte familiar y económico a pesar del entorno.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Inicialmente se piensa que es un caso más de infección respiratoria de vías altas en contexto epidemiológico. Se descartan datos de alarma en la exploración y se pauta tratamiento sintomático.

Al ser cuestionado sobre la situación de encamamiento al sentir discrepancia con el encamamiento y la forma física del paciente, cuenta que está así desde el fallecimiento de su hija. Estamos ante una situación de duelo complicado.

## Tratamiento, planes de actuación

Se facilita una aproximación inicial en forma de discurso libre del paciente para la expresión emocional.

Se pacta con el paciente valoración en consulta, motivándolo a abandonar la cama y el domicilio en el que se ha confinado tras el fallecimiento, para iniciar acompañamiento y abordaje del duelo complicado.

## Evolución

El paciente está siendo valorado mensualmente en la consulta de Atención Primaria a pesar de no disponer huecos en la consulta para las consultas programadas. Esos pequeños espacios para un problema tan complejo están sirviendo para dar acompañamiento y explorar el duelo en el entorno familiar, no sólo en el paciente.

Se han identificado diferentes mediadores del duelo que han provocado dicho duelo complicado. La longitudinalidad de la Atención Primaria está siendo clave en el acompañamiento a largo plazo de un problema que todos y cada uno de nosotros vivirá en nuestra vida: el duelo.

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

Los cuidados paliativos empiezan con el diagnóstico de una enfermedad y finalizan en el acompañamiento. Nuestra consulta es un espacio seguro fundamental para el acompañamiento del duelo, así como para detectar duelo complicado y así facilitar los medios oportunos.

## Palabras clave

Grief, prolonged grief disorder, depression.

# Del "bulto" al adenoma pleomorfo parotídeo

García Dos Ramos J<sup>1</sup>, Roca Pujol J<sup>2</sup>, Cabezas Valladar E<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CS Muntanya. Marratxí (Illes Balears)

<sup>2</sup> CS Martí Serra. Marratxí (Illes Balears)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Tumoración infra auricular a estudio.

## Historia clínica

Varón de 45 años de edad sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés.

## Enfoque individual

Consulta en mayo de 2024 por tumoración infra auricular derecha no dolorosa de aproximadamente 4 cm adherida e indurada sin signos de sobreinfección.

Su médico solicita ecografía clínica y analítica. Ecografía clínica: lesión a nivel del polo inferior y posterior de la glándula parotídea derecha, de contenido heterogéneo con zonas hipocogénicas en relación al tejido circundante, mínima captación Doppler y Power Doppler, de bordes bien delimitados y de un tamaño de 20x19x20 mm compatible con adenoma pleomorfo. No aprecio adenopatías patológicas. Aconsejo completar el diagnóstico diferencial y estudio por ORL.

Analítica sin alteraciones en el hemograma con serologías: Ac. IgG(+) a Parotiditis, compatible con vacunación previa, resto negativo. Dislipemia mixta.

## Enfoque familiar y comunitario

No procede.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial incluye el quiste de Warthin, suelen ser completamente anecoicos o mostrar ecos internos y ausencia de vascularización; adenopatías intraparotídeas

reactivas, ecográficamente tienen forma ovalada, con hilio ecogénico y vascularización central, asociadas a procesos infecciosos; el linfoma suele presentarse como una masa hipocóica homogénea, sin hilio; los tumores malignos, como el carcinoma mucoepidermoide o adenoide quístico, suelen tener márgenes mal definidos, ecotextura heterogénea, hipervascularización y signos de invasión; procesos inflamatorios crónicos, como la parotiditis crónica o la sarcoidosis presentan un aumento difuso del tamaño glandular con parénquima heterogéneo y vascularización parcheada.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivado a ORL a finales de mayo de 2024.

## Evolución

ORL solicita PAAF y TAC confirmando el diagnóstico. Intervención quirúrgica en marzo de 2025, con buena Evolución posterior.

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

El adenoma pleomorfo constituye el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. Suele ser asintomático pero crecer y en ocasiones presentar transformación maligna. La ecografía clínica realizada por médicos de familia, permite una valoración inicial eficiente con capacidad para discriminar lesiones sospechosas y benignas en el mismo acto. Evita pruebas innecesarias y permite una derivación más eficiente.

## Palabras clave

Pleomorphic adenoma, ultrasonography, primary care.

# La merma de Derma: del dermatoscopio al porta

Noguera Sánchez L<sup>1</sup>, Santos Collado A<sup>2</sup>, Hermosilla Casado M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del condado. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Empeoramiento granulomas miembro inferior izquierdo tras electrocauterización.

## Historia clínica

Mujer de 57 años con AP Ca de vulva en estado Estadio III en tratamiento con radioterapia. Linfedema crónica III MID secundario radioterapia. Se ha realizado tratamiento con electrocauterización de varios granulomas piogénicos con buena evolución. Acude a centro de salud por empeoramiento de granuloma de MID. No fiebre.

Se realiza curas a diario en domicilio por enfermería. Realizo tratamiento con amoxicilina/ clavulánico con mejoría parcial pero empeoramiento posterior.

## Enfoque individual

MID: se aprecia gran linfedema. Gemelo y muslo con piel violácea y dura. Pequeñas vesículas en esa misma zona. En la parte proximal del muslo en zona lateral se aprecia granuloma con exudado blanquecino. No datos de TVP.

Se realiza analítica hemograma: 10.6 hemoglobina, linfocitos normales. Coagulación: normal. Bioquímica: glucemia 114, PCR 33.

## Enfoque familiar y comunitario

Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Divorciada. Vive sola. La paciente acude sola se explican las posibles dudas sobre el diagnóstico, se realiza seguimiento paliativo en AP y atención psicológica.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Angiosarcoma.

*Diagnóstico diferencial:* queratoacantoma, melanoma, bartonelosis, celulitis.

## Tratamiento, planes de actuación

Se ajusta tratamiento analgésico domiciliario y se comienza con tratamiento antibiótico (clindamicina). Se extrae exudado de herida y biopsia "punch" que se envía a anatomía patológica. Y se realiza IC a Dermatología.

## Evolución

La anatomía patológica del punch coincide con sospecha de angiosarcoma por lo que se acelera cita con Dermatología para biopsia escisional. Tras confirmar diagnóstico dermatología derivó a Oncología. La paciente rechaza tratamientos curativos y acepta seguimiento por paliativos. Su médico lleva seguimiento de su proceso oncológico. Se realiza seguimiento en AP con curas diarias.

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

La biopsia punch es una técnica diagnóstica y, en algunos casos, terapéutica. Es una técnica simple y sencilla que se puede realizar en Atención Primaria por lo que es necesario conocer sus indicaciones y técnica. Se realizará en caso de lesiones dermatológicas con evolución tórpida.

La patología tumoral tiene un gran impacto en la persona, el médico de Atención Primaria, debe dar soporte emocional y estar familiarizado con los fármacos para control de síntomas que la paciente puede sufrir.

## Palabras clave

Sarcoma, melanoma, bartonella.

# No todo dolor es muscular, trombosis venosa en paciente anticoagulado

Roca Pujol J, Franco Izquierdo M, Cabezas Valladar E

CS Martí Serra. Marratxí (Illes Balears)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor en el tercio medio de la pierna.

## Historia clínica

Varón de 62 años de edad con alergia a pirazolonas, accidente de tráfico a los 40 años con fractura abierta tibial pierna izquierda, rinitis alérgica acaro y olea, asma, dislipemia, apnea del sueño, esofagitis y trombosis venosa profunda en 2021 complicado con embolia pulmonar valorado por hematología y, por decisión del paciente, en tratamiento acenocumarol.

## Enfoque individual

Acudió a consulta en diciembre de 2024 por dolor localizado en tercio anterior de la pierna izquierda, tras un sobreesfuerzo en el gimnasio en días previos.

A la *exploración física*: calor, eritema y edema con empastamiento de la zona. Homans negativo.

Ecografía clínica: aumento de tamaño de vena safena mayor en 1/3 anterior de la pierna con ausencia de colapso venoso, contenido intraluminal hipoecoico con signo de la oleada negativo. Sistema venoso compresible tanto a nivel inguinal como poplíteo.

## Enfoque familiar y comunitario

No procede.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trombosis venosa safena mayor en paciente anticoagulado.

El diagnóstico diferencial incluye la trombosis venosa superficial y profunda, el hematoma, la celulitis, el absceso y las roturas fibrilares. La celulitis se manifiesta con engrosamiento hiperecogénico y aumento de vascularización, el absceso como una colección anecoica con reforzamiento posterior. La trombosis venosa superficial muestra falta de colapso venoso, material intraluminal y alteraciones características del flujo Doppler.

## Tratamiento, planes de actuación

Trombosis de la vena safena mayor sin afectación profunda, a más de 1,5 cm de su desembocadura, se mantuvo el tratamiento anticoagulante, ajustando el rango terapéutico con seguimiento clínico-ecográfico.

## Evolución

Buena evolución posterior sin recidiva.

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

La ecografía en Atención Primaria permite: un diagnóstico inmediato, reducción de la incertidumbre clínica y optimización del tratamiento. La longitudinalidad mejora la seguridad del paciente, racionaliza los recursos y refuerza el papel de la Atención Primaria en el abordaje de patologías vasculares frecuentes y graves.

## Palabras clave

Venous thrombosis, point-of-care systems, ultrasonography doppler color.

## Una manía peligrosa...

Álvarez de Cienfuegos Hernández M<sup>1</sup>, Prieto Benítez G<sup>2</sup>, Mohamed Sánchez S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor/a de MIR MFyC. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

### Ámbito del caso

Urgencias.

### Motivos de consulta

Bradipsiquia y afasia motora.

### Historia clínica

Anamnesis:

Acude a urgencias acompañada de su hija porque la ha llamado por teléfono por la mañana y la ha notado enlentecimiento al hablar y que no le salían las palabras. La paciente refiere sensación de mareo y náuseas desde esa mañana.

### Enfoque individual

*Exploración:* consciente y orientada, ligeramente bradipsíquica, afebril, exploración general y por aparatos sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservadas.

*Pruebas complementarias:*

- TAC de cráneo: sin hallazgos significativos.
- Analítica de sangre: solo destaca sodio 121 mEq/L. resto de hematimetría y bioquímica normales.
- Sedimento de orina: sin alteraciones.
- Bioquímica orina: creatina 42 mg/dL, sodio 22 mEq/L, potasio 28 mEq/L cloro 21 mEq/L.

Tras detectar hiponatremia interrogamos de nuevo a la paciente quien reconoce tomar diariamente entre 4-5 litros de agua.

### Enfoque familiar y comunitario

Psicóloga jubilada, vive sola, una hija, buena relación. Vida activa.

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

Hiponatremia 2<sup>a</sup> a potomanía, agravada por la toma de diuréticos. También puede estar favorecida por a la toma de lamotrigina que puede favorecer la hiponatremia, sobre todo si se combina con antidepresivos.

*Diagnóstico diferencial:* ictus transitorio, otros trastornos iónicos.

### Tratamiento, planes de actuación

Durante su estancia en urgencias se corrige la hiponatremia mejorando su estado general y neurológico.

### Evolución

Al alta se suspende el diurético y se cambia el antiepiléptico. Se aconseja a la paciente no ingerir más de un litro y medio al día de líquidos.

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

Este caso pone sobre la mesa la importancia de las interacciones y efectos secundarios de los fármacos que toman nuestros pacientes, que muchas veces son causa de ingreso hospitalario y de la importancia de revisar continuamente la pertinencia de tomarlos para evitar estos casos. Además, se manifiesta también la importancia de realizar una buena anamnesis para detectar posibles comportamientos que puedan relacionarse con el origen del problema, como era el caso de nuestra paciente, que padecía de potomanía.

### Palabras clave

Polydipsia, hiponatremia, drug interactions.

# Perforación septal más allá de las drogas

Noguera Sánchez L<sup>1</sup>, Rubio Carrera D<sup>2</sup>, Espada Goya A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del condado. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del condado. Huelva

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesiones eritematosas en región nasal.

## Historia clínica

Paciente de 54 años de edad con antecedentes personales de asma alérgico y herpes simple labial de repetición. Niega consumo de tóxicos. Acude por presentar lesiones eritematosas desde hace tres días con dolor a la palpación por el cual consulto a Urgencias ambulatorias donde recetaron analgésicos y antiviral tópico dado AP sin mejoría.

## Enfoque individual

Se rehistoria al paciente que refiere dolor típico quemazón. A la exploración presenta lesiones micro papulosas en punta de nariz y septo nasal. Dado alta sospecha de herpes zoster se pauta tratamiento con antiviral oral. Se deriva a oftalmología para descartar afectación ocular. Analítica con serología frente a virus: VIH negativo, VHB y VHC negativos. Hemograma normal. BQ normal. PCR normal.

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente soltero que vive en piso compartido por trabajo en la temporada de frutas y hortalizas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Herpes zoster nasal con perforación septal de tamaño medio secundario a lesiones.

Dermatitis de contacto, herpes simple, perforación nasal secundaria a drogas.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pauta tratamiento con antiviral oral y analgésico para dolor neuropático asociado. Se deriva a Oftalmología para descartar herpes ocular asociado y a infeccioso para estudio de dicho paciente.

## Evolución

Evolución tórpida de lesiones por lo que se tuvo que derivar a ORL para valoración. Se realizó teleconsulta a Infecciosos donde se descartó patología orgánica ni inmunosupresión. El paciente presentó herpes ocular asociado que continúa en seguimiento por Oftalmología. Las lesiones evolucionaron provocando perforación septal de tamaño medio secundario a lesiones. A los 6 meses se vacuno para herpes zoster.

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

La importancia de este caso es la detección precoz y la identificación del tipo de dolor asociado. Si presenta vesículas en la punta de la nariz (signo de Hutchinson) saber que suele asociarse a afectación oftalmológica por lo que debe realizarse derivación a Oftalmología para un correcto tratamiento y seguimiento. No debemos olvidar valorar si existe indicación de administración de vacuna de herpes zoster.

## Palabras clave

Herpes zoster, neuralgia, vacunas.

# Ingesta abusiva de bebidas energéticas y eventos vasculares mayores

Villalba Alcalá F<sup>1</sup>, Romero Cañadillas A<sup>2</sup>, Casal Abad L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla

<sup>2</sup> Enfermera de Pediatría. CS de Osuna. Sevilla

<sup>3</sup> Fisioterapeuta

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Centro de salud semiurbano.

## Motivos de consulta

Cefaleas e HTA.

## Historia clínica

Varón de 40 años, con una HTA refractaria, la **Historia clínica** cobra un papel fundamental. En este caso el paciente confesó el consumo de tabaco y alcohol, pero no fue hasta después de sufrir una hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma, cuando aclaró el consumo de hasta 10 latas diarias de bebidas "energéticas" ricas en cafeína que justificarían la HTA refractaria a tratamiento, puesto que el inicio de la HTA y de la ingesta de estas bebidas coincide. Ponemos en evidencia un problema sanitario actual como es la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos, no solo en lo que a fármacos se refiere sino también en los hábitos de vida.

## Enfoque individual

Importancia de recoger en la historia clínica la posible ingesta de bebidas energéticas. Con frecuencia en nuestra práctica vemos pacientes con una HTA refractaria y en estos la historia clínica cobra un papel fundamental, el consumo de tabaco, alcohol se suele recoger, pero en estos casos se hace fundamental indagar por la ingesta de otros tóxicos e incluso de bebidas "energéticas" ricas en cafeína.

## Enfoque familiar y comunitario

Instruir a los jóvenes en el consumo adecuado y equilibrado de alimentos y bebidas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma.

## Tratamiento, planes de actuación

Las crisis hipertensivas son consultas frecuentes en los servicios de Urgencias. Debemos reflexionar si un paciente que acude a Urgencias en múltiples ocasiones con cifras tensionales elevadas y cefalea, es candidato no solo al control tensional; sino llegado el momento a pruebas complementarias o incluso un ingreso hospitalario para descartar causas secundarias y evitar eventos.

Puede surgir la duda de si el aneurisma fue el origen de la cefalea e HTA, o si por el contrario las crisis hipertensivas repetidas unidas a factores genéticos y el tabaco fueron el origen del aneurisma y su rotura posterior. Habitualmente son asintomáticos hasta su rotura, aunque a veces dan cefalea. El aprendizaje es la importancia de estudiar de forma exhaustiva una hipertensión refractaria a tratamiento y más aún en un paciente joven con síntomas asociados.

# No aguanto más esta sensación de la boca

Ríos Pérez L<sup>1</sup>, Sánchez Rodríguez C<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CS Algeciras Sur-Saladillo. Cádiz

<sup>2</sup> CS Majadahonda. Madrid

## Ámbito del caso

Mujer. 27 años. Residente de primer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Vive en Algeciras. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fumadora esporádica. No alergias medicamentosas.

## Motivos de consulta

Sensación de ardor en lengua.

## Historia clínica

Acude a consulta de Atención Primaria porque refiere sensación de hormigueo en caras laterales de la lengua de un mes de evolución. Comenta que cuando comienza con el episodio, aumenta la sintomatología llegando a notar incluso sensación de quemazón en la misma zona. Es médico residente y todo comenzó cuando empezó su vida laboral. Se pauta nistatina oral y se vuelve a citar a la paciente en una semana para revisión. Una semana después, comenta fracaso del tratamiento.

Xerostomía; ardiente; ansiedad síndrome de la boca ardiente o glosodinia es una patología benigna que afecta a los tejidos blandos de la cavidad bucal.

Conviene recordar esta rara entidad, que se perfila como una de las más frecuente en un futuro no muy lejano, porque cada vez se está dando en más consultas de AP y que en algunas ocasiones se opta por un tratamiento conservador evitando la posible causa de base.

*Exploración física:* labios agrietados. No lesiones dentarias ni signos de infección. Sin evidenciarse irritación, inflamación local o lesiones ulcerosas en la exploración visual. No signos de parestesia ni sequedad bucal. Exploración neurológica sin focalidad, conserva fuerza, sensibilidad, sin pérdida de gusto. Analítica sanguínea sin hallazgos patológico incluyendo TSH, perfil vitamínico, ferritina, VSG, FR, anticuerpos anti-Ro, anti-La y ANA negativos. IgE negativa.

## Enfoque individual

Es esencial identificar posibles factores desencadenantes relacionados con el entorno laboral, como el estrés o la ansiedad. El manejo puede requerir tratamiento sintomático, apoyo psicológico o terapia cognitivo-conductual, así como educación sobre la naturaleza del síndrome. El objetivo es aliviar los síntomas, mejorar la calidad de

vida y reducir el impacto del malestar en su desempeño laboral.

## Enfoque familiar y comunitario

Considerar el apoyo emocional y la comprensión de su entorno cercano. A nivel familiar, se debe fomentar la comunicación y la contención para reducir la ansiedad. Es importante promover condiciones de trabajo saludables y, si es necesario, articular con servicios de salud mental.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de boca ardiente (SBA) o glosodinia.

*Diagnóstico diferencial:* infección bucal, candidiasis, síndrome de Sjögren, alergias, deficiencias de vitaminas y minerales, trastornos psiquiátricos, enfermedades de la tiroides, diabetes mellitus.

## Tratamiento, planes de actuación

Hidratación abundante.

Evitar consumo de alcohol, tabaco, alimentos picantes, ácidos o con gran cantidad de azúcares.

Ansiolíticos + Terapia psicológica.

## Evolución

Tras los resultados de las pruebas complementarias, se aconseja a la paciente hidratación abundante y evitar consumo de alcohol, tabaco, alimentos picantes, ácidos o con gran cantidad de azúcares.

Conociendo el posible componente ansioso que presenta, se pauta clonazepam para mejoría de los síntomas y terapia psicológica. Mejoró significativamente y desapareció la sintomatología sin interferir en su vida laboral como le ocurría.

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

Síndrome de la boca ardiente o glosodinia es una patología benigna que afecta a los tejidos blandos de la cavidad bucal.

Conviene recordar esta rara entidad, que se perfila como una de las más frecuente en un futuro no muy lejano, porque cada vez se está dando en más consultas de AP y que en algunas ocasiones se opta por un tratamiento conservador evitando la posible causa de base.

## Palabras clave

Xerostomía, ardiente, ansiedad.

# Masa abdominal a estudio

Polo Pretel M<sup>1</sup>, Lara Ojeda R<sup>2</sup>, Aranda Bellón G<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria, con derivación a Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Dolor en gemelo izquierdo, aumento de volumen y cambios de coloración tras sobreesfuerzo de 24 horas de Evolución.

## Historia clínica

Mujer de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de insuficiencia venosa crónica. Fumadora de 5 cigarrillos diarios. Sin tratamiento habitual. A la exploración física se detecta en miembro inferior izquierdo aumento de volumen >3 cm respecto contralateral con flegmasía cerúlea y pulso pedio débil y, abdomen con masa en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de consistencia pétreo sin signos de peritonismo. La ecografía abdominal y eco-Doppler venoso realizado en consulta muestra masa abdominal de 18-20 cm desplazando útero hacia la izquierda y trombosis venosa profunda proximal. Se deriva a Urgencias de hospital de referencia para estudio. TAC abdominopélvico confirma mioma uterino de 16 cm con compresión venosa y trombosis venosa ilíaca externa e interna izquierdas. Anatomía patológica: leiomioma sarcoma.

## Enfoque individual

Evaluación en consulta de Atención Primaria con uso de ecografía clínica y derivación adecuada para estudio de masa abdominal y trombosis venosa profunda. Exploración física completa y solicitud de pruebas de imagen complementarias.

## Enfoque familiar y comunitario

Importancia del cribado en población de riesgo, especialmente mujeres fumadoras y con

antecedentes vasculares. Papel del seguimiento activo y de la educación sanitaria para signos de alarma.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Leiomioma sarcoma uterino. Diagnóstico diferencial; tumor ovárico, carcinomatosis, etc. Problemas identificados: masa pélvica, trombosis venosa, sospecha de neoplasia ginecológica.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a Urgencias hospitalarias para estudio completo. Diagnóstico anatomopatológico. Coordinación con Ginecología y Oncología para tratamiento especializado.

## Evolución

Diagnóstico confirmado de leiomioma sarcoma. Evaluación continua del estado vascular y seguimiento multidisciplinar. Actualmente en tratamiento oncológico activo con buena respuesta.

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

La ecografía en Atención Primaria es una herramienta clave para el diagnóstico rápido y la toma de decisiones clínicas. Permite una evaluación no invasiva en tiempo real y a bajo costo. Su uso mejora la eficiencia de las derivaciones y optimiza el manejo de los pacientes. La masa abdominal como presentación inicial de un leiomioma sarcoma puede complicarse con fenómenos trombóticos graves.

## Palabras clave

Ecografía, leiomioma sarcoma uterino, trombosis venosa profunda.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
CASOS CLÍNICOS:  
MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Dolor abdominal más abajo del abdomen

Tena Santana G<sup>1</sup>, Rosario Ventura J<sup>2</sup>, Bermejo Vélez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal de 3 meses de evolución.

## Enfoque individual

Se trata de un paciente varón de 43 años de edad que como antecedente fundamental se le practicó en 2022 orquiectomía derecha por seminoma testicular derecho estadio T1N0M0. Desde entonces en seguimiento rutinario por Oncología Médica con marcadores tumorales no sugestivos de recidiva.

El paciente consulta en Urgencias Hospitalarias aquejado de dolor abdominal hipogástrico, irradiado a ingles de tres meses de evolución que ha ido en aumento hasta hacerse insoportable. Se ha ido escalando analgesia en su tratamiento habitual hasta alcanzar tramadol 100 mg/12 horas en espera de cita de consultas externas de Medicina Interna para estudio al no filiar foco claro y tampoco se le han realizado pruebas de imagen complementarias.

Dado el antecedente fundamental del paciente, se le solicita TAC de abdomen con contraste en el que se identifica "defecto de repleción en la vena porta compatible con trombosis parcial identificando a nivel de vena mesentérica y ramas una trombosis completa".

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Recidiva tumoral/isquemia intestinal/isquemia grasa.

Diagnóstico de trombosis venosa mesentérica secundaria a estado de hipercoagulabilidad.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante esta circunstancia y tras comentar caso con Cirugía y Medicina Interna, dado que se encuentra estable hemodinámicamente el paciente, se decide alta a domicilio con rescate de analgesia y tratamiento con heparina en dosis de anticoagulación.

## Evolución

El paciente presentó mejoría con el transcurso de las semanas del dolor abdominal que aquejaba y en un TAC posterior se evidenció la resolución de la trombosis. No obstante, sigue en estudio de extensión pendiente de resultado de biopsia de ganglios inguinales para conocer si existe recidiva de la enfermedad para plantear tratamiento quirúrgico definitivo si fuera posible.

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

En cualquier paciente con algún antecedente oncológico es normal pensar en recidiva de enfermedad como una de las causas de un cuadro de dolor abdominal y como tal hacer estudio de extensión y despistaje, no obstante, tampoco debemos olvidar el estado protrombótico tan importante que esto puede desencadenar.

## Palabras clave

Venous thrombosis, seminoma, medical oncology.

# Fractura de Chance en politraumatizado

Tena Santana G<sup>1</sup>, Martínez García F<sup>2</sup>, Saldaña Ortiz L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Huércal-Overa. Almería

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Aracena. Huelva

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## Motivos de consulta

Politraumatismo con encarceración.

## Enfoque individual

En Urgencias Hospitalarias recibimos a paciente varón joven de unos 20 años, sin antecedentes conocidos, trasladado por equipo 061 tras accidente de tráfico con precipitación de vehículo por barranco con cinco ocupantes, siendo este el único superviviente, encarcerado por bomberos.

A la llegada está consciente con Glasgow 13/15, aquejando dolor de espalda y sedo-analgésico con midazolam y cloruro mórfico.

La auscultación cardiaca es normal, la respiratoria muestra murmullos vesiculares disminuidos con crepitantes en ambos campos, abdominal normal.

Se activa código trauma y se realiza Body-TAC, en el que se describe:

Cráneo: "Sin lesiones".

Tórax: "enfisema subcutáneo, cámara de neumotórax derecho que alcanza 20 mm de espesor a nivel basal anterior y neumotórax apical izquierdo de espesor laminar. Múltiples contusiones pulmonares formando grandes consolidaciones".

Abdomen: "no líquido libre ni laceraciones".

Esqueleto óseo "fractura no desplazada de 7º arco costal posterior izquierdo, fractura de T8 con pérdida de altura y fractura con acúñamiento de T9".

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Politraumatizado.

## Tratamiento, planes de actuación

Dados los hallazgos presentes en Body-TAC, el paciente permanece en Observación con monitorización y reposo absoluto en cama, pendiente de traslado para valoración por Unidad de Columna, que intervienen diferidamente realizando fusión dorso-lumbar por vía posterior.

## Evolución

El postoperatorio del paciente fue satisfactorio, actualmente utilizando corsé y analgesia oral así como fisioterapia.

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

El código trauma es un proceso descrito en todos los sistemas de salud y que implica la valoración rápida de un paciente politraumatizado, decidiendo según mecanismo lesional e impacto, la realización de TAC y activar UCI.

## Palabras clave

Multiple trauma, pneumothorax, traffic accident.

# De dentro a fuera: cuando la Primaria falla y el marcapasos fugitivo

Martínez García F<sup>1</sup>, Tena Santana G<sup>2</sup>, Saldaña Ortiz L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Inmaculada. CS de Huércal-Overa. Almería

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

## Motivos de consulta

Marcapasos Ectópico.

## Historia clínica

Mujer 79 años, anglosajona, portadora de marcapasos CRT-P. Intervenida hace un mes para recolocación de dispositivo y ampliación de bolsillo, ya que tras intervención, experimentó molestias y sensación de tirantez en la zona. Al alta, la paciente realiza hasta 2 consultas telefónicas alegando molestias en zona intervenida, así como notar "cómo se movía el dispositivo debajo de la piel" (no consta así en la historia clínica). Dichas consultas fueron atendidas por dos médicos distintos y con gran dificultad por barrera idiomática, según aparece en historia. Finalmente, ante empeoramiento y apertura de herida, trató de concertar cita con enfermería, que no se formaliza al carecer el centro de enfermero por aquel entonces. A tenor de lo descrito, acude a urgencias.

## Enfoque individual

Asintomática. Auscultación: rítmica sin soplos. No signos de infección en piel.

## Enfoque familiar y comunitario

Viuda. Contacto errático con sus dos hijos (residentes en Inglaterra). Vive apartada del núcleo urbano, a 10 km de su centro de salud. No vehículo propio.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Extrusión de marcapasos.

## Tratamiento, planes de actuación

Ingreso en cardiología para evolución.

## Evolución

Derivación a hospital de referencia para recambio.

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

En este caso observamos como gran parte de los problemas acontecidos, se podrían haber evitado con un correcto funcionamiento de la Atención Primaria. Háncaps como la problemática social y las dificultades para la accesibilidad, "ponen en umbrete" a la paciente, que sufre además, graves fallos en longitudinalidad, continuidad de cuidados y en ejecución de la entrevista clínica. Características inalienables a la primaria como: un médico referente, la visita domiciliaria o la existencia del equipo de gestión de casos; se tornan fundamentales ante pacientes de tal fragilidad y especialmente en las aéreas rurales, despobladas y de difícil cobertura. De haberse garantizado, habría desembocado en un enfoque más integral y personalizado, identificando factores de riesgo, problemas incipientes o complicaciones, y mejorando la calidad de vida de la paciente.

## Palabras clave

Cardiac resynchronization therapy devices, vulnerable populations, house calls.

# Polimialgia reumática y su dificultad en el diagnóstico

Barco Núñez P, Lavarda Méndez P, Haidour Salido A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

## Motivos de consulta

Dolor a nivel escapular izquierdo.

## Historia clínica

Mujer de 68 años con antecedentes de carcinoma de mama, hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo, así como artrosis acromioclavicular y espondiloartrosis cervical que acudió a consultas de Atención Primaria por dolor cervical y omalgia izquierda de dos meses de evolución. Se realiza tratamiento con analgésicos de primer escalón sin mejoría. Las próximas semanas la paciente refiere empeoramiento con molestias en cadera y astenia generalizada. Se escala en tratamiento analgésico y se realizan infiltraciones.

## Enfoque individual

Se extrae analítica con hemograma, bioquímica, factores de coagulación, perfil tiroideo, reactantes de fase aguda (Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y Proteína C Reactiva (PCR)) y marcadores tumorales. Se objetiva anemia ferropénica, VSG de 81 mm/h, PCR de 63 mg/L, siendo el resto de parámetros y marcadores tumorales negativos. Se solicitan radiografías, apreciándose cambios degenerativos, y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de forma preferente, sin hallazgos significativos, debido al antecedente neoplásico y al cuadro constitucional.

## Enfoque familiar y comunitario

Dado el género y la edad de la paciente, se podría haber catalogado la entidad como artrosis o como fibromialgia. Sin embargo, la escucha

activa por parte de su médico, llevó a un diagnóstico correcto.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Polimialgia Reumática. Diagnóstico diferencial con: artritis reumatoide, patología del hombro y neoplasias.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a Medicina Interna para completar estudio y se inicia tratamiento con prednisona 25 mg/dl en pauta descendente.

## Evolución

Los parámetros clínicos y analíticos mejoraron al mes.

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

La PR es una patología de origen desconocido que afecta especialmente a mayores de 50 años y mujeres. Tiene carácter inflamatorio a nivel de cinturas escapular y pélvica. Además, los pacientes refieren astenia y depresión, entre otros, y un 15-30% está asociado a arteritis de células gigantes. En la exploración física destaca la movilidad activa anulada por el dolor muscular, sin limitación a la movilidad pasiva. Los reactantes de fase aguda son útiles en el diagnóstico y con el tratamiento con corticoides a dosis menor efectiva se obtienen muy buenos resultados. En conclusión, es una patología con muy buen pronóstico y respuesta si se instaura un tratamiento precoz tras realizar un correcto diagnóstico diferencial.

## Palabras clave

Polimialgia reumática, analgesia, corticoide.

# "Caso resuelto: la historia de una presión arterial más terca que un residente en guardia"

López Farfán E<sup>1</sup>, Buitrago Balaguera M<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

## Ámbito del caso

Atención primaria. Se trata de un paciente masculino de 65 años con diagnóstico de hipertensión arterial de hace de 20 años resistente a tratamiento antihipertensivo (más de tres antihipertensivos incluidos un diurético) a dosis máxima tolerada.

## Motivos de consulta

"Tengo dolor de cabeza".

## Historia clínica

Paciente masculino de 65 años con antecedentes personales: hipertensión arterial, fibrilación auricular persistente y flutter auricular paroxístico que requirió crioablación de venas pulmonares y del istmo cavotricuspidé con radiofrecuencia (2021), hiperplasia prostática benigna, enfermedad renal crónica. Toxicológico/alérgico: exfumador de hace 30 años. Familiares: madre 94 años con neoplasia rectal diagnosticado por tac abdominal.

## Enfoque individual

Paciente que ha sido valorado en múltiples ocasiones por médico familiar por cuadros de cefaleas consecuentes de cifras tensionales mal controladas, en tratamiento con lisinopril, hidroclorotiazida, bisoprolol, doxazosina, dado a persistencia de tensiones mal controladas se solicita valoración con nefrología, donde a proceden a estudio de hipertensión secundaria, solicitan estudio de catecolaminas, metanefrinas de 99.8 pg/ml, normetanefrina >2.400 pg/ml, metanefrinas en orina en 24 horas de 2.583 ug, normetanefrina en orina 24 horas de 11.525 ug, test genético negativo para 16 genes, realizan tac y rnm abdominopélvica: con lesión adrenal izquierda de 55 mm, que borra el plano graso con la crura diafragmática izquierda sospechoso de malignidad.

## Enfoque familiar y comunitario

Tener presente las características de los

pacientes que deben suscitar la sospecha de hipertensión secundaria para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Paraganglioma adrenal izquierdo.

*Diagnóstico diferencial:*

-Hipertensión renovascular.

-Hipertiroidismo.

-Hiperaldosteronismo primario.

## Tratamiento, planes de actuación

Previo procedimiento quirúrgico recibió tratamiento con bloqueador alfa y se llevó a cabo adrenalectomía izquierda (30-01-2024).

## Evolución

Posterior a procedimiento quirúrgico presento complicación de peritonitis por perforación del colon, con posterior realización de resección segmentaria de colon y anastomosis colocolica L-L semimecánica más lavado y drenaje de cavidad abdominal, con posterior recuperación al mes encontrándose cifras tensionales en normalidad con ajuste antihipertensivo (losartán/hidroclorotiazida).

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

La hipertensión arterial por feocromocitoma es una causa secundaria de hipertensión arterial y debe sospecharse en pacientes con crisis hipertensivas paroxísticas, síntomas adrenérgicos (cefalea, sudoración, palpitaciones), antecedentes en familia de tumores endocrinos.

Tener presente en pacientes con hipertensión arterial resistente buscar siempre una causa secundaria.

## Palabras clave

Hipertensión arterial, pheochromocytoma, paraganglioma extraadrenal.

## "En ocasiones, las apariencias engañan"

Simón Soto, A, Simón Giménez T, Carmona Ruiz M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

### Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

### Motivos de consulta

Vómitos y diarrea.

### Historia clínica

*Antecedentes personales:* diverticulosis de sigma y HTA.

*Anamnesis:* paciente de 70 años que acude por dolor abdominal continuo en mesogastrio de 4 días de evolución acompañado de vómitos de contenido alimenticio y deposiciones diarreas líquidas amarillentas. Según refiere presentaba en domicilio sensación distérmica no termometrada con astenia y sudoración. Sin toma de antibióticos en las últimas semanas ni evidencia de sangrados digestivos.

*Exploración física:* consciente y orientado. Buen estado general. Estable hemodinámicamente. Temperatura 38°C. Normocoloreado, perfundido e hidratado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos con murmullo vesicular conservado. Exploración abdominal con dolor en mesogastrio. Signos Murphy y Blumberg negativos. No edemas en MMII con pulsos simétricos.

*Pruebas complementarias:* se solicita analítica de sangre completa donde se evidencia una bilirrubina total 2.29, directa 0.53, PCR 30, procalcitonina 24.05, leucocitosis 13000 con desviación izquierda y una gasometría venosa con parámetros dentro de la normalidad. Ante dichos hallazgos se decide solicitar un TAC abdominal con contraste que informa de vesícula biliar de paredes engrosadas con aire en las mismas y cambios inflamatorios de grasa circundante que sugieren colecistitis enfisematosa con aerobilia en vía biliar intrahepática. Tras esto, se realizan resto de pruebas preoperatorias con ECG y radiografía de tórax dentro de la normalidad.

### Enfoque individual

Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin ayuda mecánica. Nivel sociocultural medio.

### Enfoque familiar y comunitario

Viudo con dos hijos. Buen soporte familiar.

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

*Juicio clínico:* colecistitis enfisematosa.

*Diagnóstico diferencial:* colecistitis; gastroenteritis; diverticulitis aguda.

*Identificación de problemas:* precaución en los síntomas digestivos en el paciente anciano sobre todo los que presentan antecedentes previos. A veces el estado general puede ser un poco contradictorio y no reflejar la gravedad de la situación.

### Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con cirugía general de guardia que decide intervención urgente junto con administración de amoxicilina-clavulánico vía intravenosa.

### Evolución

La intervención cursa sin incidencias. Tras buena evolución de sintomatología y herida quirúrgica, se decide alta.

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

Valoración multidisciplinar del paciente sin centrarse en la gastroenteritis como única causa de la combinación de vómitos y diarrea. También las pruebas complementarias son importantes, ya que nos ayudan a encontrar un diagnóstico de certeza.

### Palabras clave

Diarrhea, cholecystitis, vomiting (MeSH).

## Doctor ¡no siento las piernas!

Pastrana Gallego E<sup>1</sup>, Jiménez Ortega S<sup>2</sup>, Caballero Ayala R<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Diarrea de un mes de evolución.

### Historia clínica

Diarrea sin productos patológicos de dos semanas de evolución. Exploración física y constantes normales. Se inicia estudio por diarrea crónica, con normalidad de los parámetros, refiere además pérdida de sensibilidad en miembros inferiores de aparición reciente. Derivada de urgencia a Neurología donde es ingresada para estudio. Analítica normal. En RMN: de C4 a C6 cavidad de hidrosiringomielia. No se realiza punción lumbar por falta de colaboración. Se descarta intervención por parte de neurocirugía. La paciente causa alta con revisiones.

### Enfoque individual

Mujer de 21 años.

Antecedentes personales: no alergia a fármacos. Asma bronquial. No cirugías.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con sus padres. Madre con AP de esclerosis múltiple. Cursa actualmente estudios universitarios.

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

*Juicio clínico:* siringomielia.

*Diagnóstico diferencial:* polineuropatías (diabética, VIH, enólica, déficit vitamina B12/folatos...), mielopatías (traumatismo medular, siringomielia, neoplasias y metástasis, mielitis transversa...), radiculopatías (hernia discal, tumores medulares y meníngeos, artropatías...), patología SNC (tumores y abscesos cerebrales, esclerosis múltiple, ictus, epilepsia...), mononeuropatías (atrapamientos nerviosos...)

*Identificación de problemas:* la paciente fue derivada con carácter urgente a Neurología tras determinar que lo que inicialmente se orientó como un cuadro de deposiciones diarreicas se trataba en realidad de una incontinencia de esfínter anal.

### Tratamiento, planes de actuación

Actualmente la paciente no realiza ningún tratamiento.

Se le ha recomendado realizar rehabilitación de suelo pélvico.

Realiza seguimiento en consultas externas del servicio de Neurología (que se comunica directamente con el servicio de Neurocirugía del mismo hospital).

### Evolución

Realizamos seguimiento clínico programado de la paciente en consulta.

Hasta el momento actual el cuadro clínico se ha estabilizado.

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

Prevalencia en España de siringomielia es de 8,4/100000.

El 50% de los pacientes sólo experimenta de leve a nula discapacidad.

Se requiere de un examen neurológico y RM para el diagnóstico.

La RM es el "Gold standard" y revela una cavidad llena de líquido dentro de la médula espinal de extensión vertical y horizontal variable que oscila desde la afectación de un segmento hasta la extensión a toda la médula espinal.

El manejo consiste en el seguimiento a largo plazo y cirugía en casos de deterioro neurológico progresivo.

Se puede plantear derivación al espacio peritoneal o al espacio pleural.

### Palabras clave

Siringomielia, diarrea, neurología.

## Doctora tengo nariz de payaso

Del Moral Chica M<sup>1</sup>, del Moral Carrascosa M<sup>1</sup>, Cobo Valenzuela N<sup>2</sup>

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

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

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Lesión en la punta de la nariz.

### Historia clínica

Paciente de 50 años, que acude a SUAP con lesión nasal.

Tratado anteriormente por su MAP con Augmentine® por amigdalitis.

Presenta mejoría del cuadro amigdalino.

Posteriormente, aparece una lesión costrosa en punta de nariz, que ha ido creciendo y no mejora con mupirocina .

No mal estado general. No fiebre.

Afebril.

Lesión en la punta nasal, costrosa y micelérica, con eritema perilesional y crecimiento progresivo.

No adenopatías cervicales.

No pérdida de visión.

ACR: anodino.

Abdomen: anodino.

NRL: PINLA, MOEC, conjuntiva ligeramente hiperémica, resto normal.

### Enfoque individual

Artropatía crónica en tratamiento con prednisona.

Sin alergias conocidas, ni inmunosupresión.

Actualmente IT por accidente laboral.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con mujer e hijos. No entorno epidemiológico de interés.

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

Lesión cutánea en punta nasal de probable origen infeccioso (posible herpes simple, impétigo o celulitis).

*Diagnóstico diferencial:*

Herpes zoster ocular (signo de Hutchinson).

Celulitis nasal.

### Tratamiento, planes de actuación

Aciclovir oral.

Cristalmina® para antisepsia.

Derivación a Urgencias Oftalmológicas para evaluación y pruebas complementarias.

### Evolución

Paciente valorado por oftalmólogo de guardia con exploración normal.

Se cita para control a las 2 semanas. Se recomienda volver a consultar antes de 48h si presenta ojo rojo y en caso de disminución de la agudeza visual se debe valorar antes de las 24 horas.

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

Este caso destaca la importancia del diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas, la necesidad de seguimiento y sobre todo la importancia de una derivación oportuna para evitar complicaciones.

El signo de Hutchinson es un predictor de HZO, dado que se caracteriza por presencia de vesícula en la punta nasal, y esto representa al dermatomo de la rama nasociliar del nervio oftálmico. Se ha documentado que hasta un tercio de los pacientes con este signo pueden desarrollar el HZO. La enfermedad comienza entre 2 y 4 semanas después de la aparición de la erupción.

Estos pacientes pueden presentar inyección conjuntival, epiescleritis, queratitis. Hasta el 50% también presentan desprendimiento de retina. Debido a la alta incidencia de morbilidad asociada, la AEDyV indica que el paciente debe ser valorado por oftalmología e iniciar terapia antiviral antes de las 72 horas.

### Palabras clave

Herpes zoster, lesiones cutáneas, herpes zóster oftálmico.

# Voz frus-tra-da

Tocino Carmona J<sup>1</sup>, Muñoz Rojas S<sup>1</sup>, Medrano Pérez L<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Voz entrecortada y episodios de ronquera.

## Historia clínica

Isabel, mujer de 49 años de edad, que acude a la consulta de Atención Primaria aludiendo que, cada vez de forma más frecuente, presenta episodios de disfonía y ronquera en cuanto fuerza la voz lo más mínimo. Siente mucha frustración porque no es capaz de disfrutar en las reuniones sociales ni puede educar correctamente a sus 3 hijos.

## Enfoque individual

Especialmente lo que más nos llama la atención es la voz entrecortada que tiene y lo avergonzada que se siente al intentar explicarlo, porque en varias ocasiones no emite sonidos. Intentamos indagar en otra sintomatología asociada, tanto clínica infecciosa como neurológica, pero todo está dentro de la normalidad.

## Enfoque familiar y comunitario

Isabel es ama de casa, conviviente con sus 3 hijos y su pareja. Viven en una urbanización donde todos los vecinos se conocen, y en la que hacen reuniones sociales bastante a menudo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Disfonía espasmódica, aductora más frecuentemente, que se traduce simplemente en espasmos involuntarios del músculo tiroaritenodeo.

## Tratamiento, planes de actuación

Antes que nada, comenzamos con un tratamiento de glucocorticoides oral para mejorar la disfonía y derivamos a Otorrinolaringología para valorarla y plantearse la inyección de toxina botulínica con su correspondiente seguimiento posterior.

## Evolución

A pesar de la leve mejoría que experimentó en un principio, Isabel supo cómo relativizar su afección y ser paciente hasta que la toxina hizo su efecto. Ahora se siente completamente nueva y esperanzada para seguir con su vida diaria.

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

Nuestra voz es uno de nuestros mayores instrumentos y un gran determinante de nuestra personalidad, por lo que sentir que no puedes llegar a ser tú mismo al completo, produce una aversión difícil de compartir.

## Palabras clave

Ronquera, voz, disfonía.

## Toxicodermia por Septrin®

Expósito Martínez C<sup>1</sup>, Díaz García R<sup>2</sup>, Hervás Vela L<sup>1</sup>

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

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

### Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

### Motivos de consulta

Fiebre y exantema generalizado.

### Historia clínica

Varón de 60 años, obeso y fumador, como antecedentes personales ITU de repetición, dermatitis atópica, dislipemia e hipertensión arterial. Actualmente en tratamiento con simvastatina 20 mg/24h, losartán 50 mg/24h, mometasona en crema y sulfametoxazol/trimetoprima (TMP/SMX) 160/800 mg/12h 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. Glasgow 15/15, sin focalidad neurológica. Pápulas eritematosas no convergentes, de distribución axial y en 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-Johnson, 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/24h 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 de toxicodermia por Septrin®.

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

Destacar la importancia de realizar un buen diagnóstico clínico y sus diferentes diagnósticos diferenciales desde Atención Primaria, atendiendo a la anamnesis exhaustiva, exploración y pruebas complementarias que presentaba este paciente.

### Palabras clave

Toxicodermia, fiebre, infecciones.

# Sincope de causa neurológica

Expósito Martínez C<sup>1</sup>, Crespo Jiménez C<sup>2</sup>, Díaz García R<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

## Motivos de consulta

Sincope agudo.

## Historia clínica

Varón de 71 años sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, sin factores de riesgo vascular, sin tratamiento prescrito, acude al servicio de Urgencias por sincope brusco con amnesia del episodio mientras cocinaba con recuperación espontánea tras unos minutos. El paciente describía una cefalea de predominio periorbitario derecho que se extendió hacia todo el hemicráneo y vértex del mismo lado, de intensidad moderada de una semana de duración y aparición "de novo". No asociaba náuseas o vómitos en ningún momento. No disnea o dolor torácico. No episodios previos.

## Enfoque individual

En la exploración afebril, TA 151/81 mmHg, FC 114 lpm, SpO<sub>2</sub> 95% (2L).

NRL: consciente y orientado. Lenguaje normal sin rasgos disfásicos ni disártricos. Obedece órdenes. Movimientos oculares normales. Campimetría por confrontación normal. No paresia facial. Drift pronador en ESI sin claudicación. Eleva y mantiene resto de extremidades sin claudicación. No presenta déficit sensitivo. No presenta dismetría en maniobra dedo-nariz. RCP flexor bilateral. ACR: rítmico sin soplos. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones excepto dímero D 2.45. TAC de cráneo: foco de hemorragia hemisférica derecho y HSA parietal derecha. Extensa trombosis de senos venosos de la extensión referida.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares de interés o episodios previos conocidos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante los hallazgos en el TAC que describen Trombosis de senos venosos más hemorragia lenticular derecha y HSA parietal ipsilateral se complementa estudio a cargo de neurología y neurocirugía. Como diagnóstico diferencial migraña con aura, accidente isquémico transitorio, hipotensión ortostática, glaucoma agudo.

## Tratamiento, planes de actuación

Se recomienda dieta baja en grasas saturadas de origen animal y control ponderal. Continuará con enoxaparina 80 mg/12 horas hasta valoración en consultas de hematología para extracción sanguínea. Levetiracetam 1000 mg/12 horas hasta revisión. Añadirá como tratamiento habitual, rosuvastatina 20 mg/24 horas en cena.

## Evolución

Revisión en consultas externas de neurovascular según cita que recibirá por correo/telefónica.

## 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.

## Palabras clave

Sincope, trombosis, hemorragia.

# Doctora, me mareo mucho

Mohamed Sánchez S<sup>1</sup>, Domínguez Alonso B<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> CS El Limonar. Málaga

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria del centro de salud.

## Motivos de consulta

Varón de 77 años que consulta por sensación de inestabilidad y mareos de aparición reciente. Refiere palidez mucocutánea y malestar general asociado, sin náuseas, vómitos ni síntomas B.

## Historia clínica

Antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia, cardiopatía isquémica (revascularizada con stents), cáncer de colon estadio II tratado con cirugía y quimioterapia, hiperplasia benigna de próstata, y síndrome de apnea obstructiva del sueño. Exfumador (más de 30 años). Última analítica en 2023 con hemoglobina de 10.1.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* múltiples comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, además de antecedentes oncológicos.

*Anamnesis:* el paciente presenta mareos e inestabilidad sin síntomas sistémicos.

*Exploración física:* palidez mucocutánea sin signos de sangrado. Bien hidratado y en buen estado general, con inestabilidad postural.

*Pruebas complementarias:*

Pancitopenia: Hb 9.5 g/dL, plaquetas 98,000, leucocitos 1,600, neutrófilos 550.

Proteinograma: pico monoclonal IgG kappa 0.67, cociente K/L 7.9.

Hematuria en orina (287 hematíes).

Bioquímica normal.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive con apoyo familiar, aunque su movilidad está limitada.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se sospecha un síndrome mielodisplásico secundario a gammapatía monoclonal leve IgG kappa. La pancitopenia, la anemia y la trombocitopenia sin sangrado plantean la necesidad de descartar un Síndrome de VEXAS, un síndrome autoinflamatorio asociado a mutaciones en el gen UBA1.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza biopsia de médula ósea para confirmar el diagnóstico y evaluar la posible presencia de Síndrome de VEXAS. Mientras tanto, se maneja la anemia y se sigue controlando la hematuria.

## Evolución

El paciente sigue en seguimiento y se espera la confirmación diagnóstica.

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

Este caso destaca la importancia de una atención integral en la medicina de familia, donde un enfoque preventivo y diagnóstico precoz puede hacer una diferencia significativa en el manejo de patologías complejas. La identificación de signos de síndromes hematológicos en pacientes mayores es esencial.

Este caso abre la puerta a una mayor investigación sobre el impacto de enfermedades hematológicas como el síndrome de VEXAS en la práctica de la medicina de familia, donde el diagnóstico temprano puede mejorar el pronóstico de estos pacientes. Además, plantea la necesidad de un seguimiento más cercano para el manejo de enfermedades autoinflamatorias en adultos mayores y sus posibles implicaciones hematológicas.

## Palabras clave

Pancitopenia, síndrome de VEXAS, hematología.

# A propósito de un síndrome de Leriche

Mohamed Sánchez S<sup>1</sup>, Domínguez Alonso B<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> CS El Limonar. Málaga

## Ámbito del caso

Acude a la consulta de Atención Primaria paciente con posterior interconsulta a Cirugía Cardiovascular para manejo de enfermedad arterial periférica y síndrome de Leriche.

## Motivos de consulta

Mujer de 49 años que acude por dolor y parestesias en ambos miembros inferiores, especialmente en la zona inguinal, durante la sedestación y por la noche. Además, refiere claudicación intermitente a 200 metros, que cede al reposo.

## Historia clínica

Sin antecedentes médicos relevantes, excepto por tabaquismo (fumadora de 30 cigarrillos/día durante 30 años, abandonado hace 7 meses). No presenta antecedentes familiares de interés ni factores de riesgo cardiovascular adicionales.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no comorbilidades cardiovasculares previas.

*Anamnesis:* dolor en miembros inferiores asociado a claudicación y parestesias, especialmente en reposo nocturno.

*Exploración física:* se evidencian ausencia de pulsos femorales, lo que sugiere obstrucción arterial.

*Pruebas complementarias:*

Análítica: aumento de LDH y CK, resto dentro de la normalidad.

Electrocardiograma y radiografía de tórax: normales.

RMN: Anodina.

Eco-Doppler: sugiere oclusiones aortoiliacas.

ANGIO-TC: estenosis completa de aorta abdominal distal e iliacas comunes, con placas en las arterias mesentéricas.

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente reside en un entorno familiar estable, sin antecedentes de enfermedades

cardiovasculares en la familia. No se detectan factores sociales o comunitarios que agraven la situación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico definitivo es síndrome de Leriche, asociado a enfermedad arterial periférica con oclusión aortoiliaca. El diagnóstico diferencial incluye otras causas de claudicación, pero los hallazgos de imagen apuntan a la obstrucción aortoiliaca.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza bypass aorto-bifemoral tras valorar en sesión médico-quirúrgica. Se realiza ANGIO-TC postoperatorio que muestra un bypass permeable. Se mantiene seguimiento clínico y analítico con control de LDH y CK.

## Evolución

La paciente presenta buena evolución postquirúrgica, con normalización de los parámetros analíticos y recuperación satisfactoria.

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

Este caso resalta la importancia de identificar síndromes arteriales periféricos en Atención Primaria. El síndrome de Leriche es un diagnóstico importante en pacientes con claudicación y ausencia de pulsos, y el manejo adecuado con cirugía vascular mejora significativamente la calidad de vida. Futuros estudios pueden centrarse en la prevención de la progresión de esta enfermedad en pacientes con factores de riesgo, como el tabaquismo.

## Palabras clave

Síndrome de Leriche, enfermedad arterial periférica, riesgo cardiovascular.

# Pérdidas de memoria e inestabilidad de reciente instauración

Navarro Rueda C, Núñez Santos J, Peña Soler R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

## Ámbito del caso

Atención Primaria y servicios de Urgencias.

## Motivos de consulta

Cefalea, confusión, inestabilidad.

## Historia clínica

Paciente de 40 años que es traído por su esposa refiriendo que lo encuentra más despistado, con inestabilidad de la marcha y comportamiento distinto al habitual de dos meses, color pajizo de la piel y cefalea.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no RAM. Lumbociática en tratamiento con tramadol, fumador 15 paq/año.

*Anamnesis:* paciente de 40 años que acude traído por su esposa refiriendo cefalea y que lo encuentra más despistado, inestabilidad de la marcha y comportamiento distinto al habitual (más reactivo, más agresivo ante cualquier proposición) de dos meses. Refiere además color pajizo en piel. Se le pregunta al paciente que le ocurre y él responde que no entiende por qué se encuentra en consulta. La esposa refiere inicio reciente de tratamiento con tramadol.

*Exploración:* TA: 130/75 mmHG, FC: 86lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%, T°: 36°C.

REG, leve desorientación en espacio y tiempo, palidez-grisáceo de piel, eupneico en reposo.

ACR: MVC simétricos sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos.

NRL: Glasgow 14/15, PINLA, MOEC. Al iniciar la deambulación tiende a desequilibrarse hacia la izquierda, Romberg normal, no nistagmo, alteración de la disdiadococinesia.

*Pruebas complementarias:*

Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación normales. PCR 150. VSG: 250.

TAC Craneal: LOE de gran tamaño con comprensión de cerebelo medio.

## Enfoque familiar y comunitario

Preocupación de su esposa en el estado de salud y cambios del comportamiento de su marido en tan poco tiempo de evolución.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* LOE cerebral con comprensión de cerebelo medio.

*Diagnóstico diferencial:* secundarismo a tramadol VS LOE cerebral.

*Identificación de problemas:* paciente reacio de acudir al médico por no verse enfermo aunque su esposa aprecia cambios en sus actividades diarias y de humor obligándole a acudir a su médico.

## Tratamiento, planes de actuación

Se derivó de forma urgente a Urgencias hospitalarias. Al llegar a Urgencias hospitalarias el médico que le atendió realiza pruebas complementarias diagnosticando LOE cerebral con comprensión cerebelo medio y posteriormente realiza interconsulta urgente con hospital de referencia provincial al servicio de Neurocirugía dónde fue trasladado definitivamente para intervención quirúrgica urgente.

## Evolución

Exéresis y estudio anatomopatológico.

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

La importancia de una buena anamnesis, antecedentes y conocimiento del paciente para una buena actitud diagnóstica.

## Palabras clave

Confusión, cefalea, palidez.

# Recorragia catamenial

Castañeda Hernández A<sup>1</sup>, Santana Gallego M<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

Rectorragia durante la menstruación desde hace meses.

## Historia clínica

Paciente de 26 años que acude por sangrado anal durante la menstruación desde hace 1 año que se acompaña en ocasiones con dolor abdominal difuso. Niega disuria. Deposiciones normales.

## Enfoque individual

No alergia a ningún medicamento. No AP de interés. G2P2 sin alteraciones. No tratamiento actual pero DIU de cobre desde hace 1 años tras último parto.

## Enfoque familiar y comunitario

El motivo de consulta limita la vida de la paciente sobre todo el ámbito personal. Aumentado su estado de ánimo ansioso-depresivo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rectorragia durante menstruación. Se debe realizar un diagnóstico diferencial tanto ginecológico como digestivo. Se le realiza una exploración abdominal donde refiere molestias a la palpación en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Sin palpar masas ni megalias. Se realiza exploración ginecológica donde se realiza citología (normal) y no se observa hilos de DIU. A nivel digestivo se realiza

de sangre oculta en heces negativo, tacto rectal sin alteraciones.

## Tratamiento, planes de actuación

Al coincidir dicho sangrado anal durante la menstruación y la ausencia de hilos de DIU se decide derivar a Ginecología y a la vez solicitar Rx abdominal desde Atención Primaria, siendo la prueba diagnóstica más accesible desde nuestro servicio. En ella se puede ver DIU mal colocado de manera transversal.

## Evolución

Se confirma en Ginecología por vaginoscopia DIU mal posicionado de manera que se encuentra en posición transversal intracavitario con una fistulización al recto. Se decide retirada por colonoscopia.

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

El concepto de catamenial se define como "con la función menstrual". Entre algunas de las complicaciones de la colocación de DIU es la perforación intrauterina, especialmente cuando se realiza la inserción en el posparto. Se debe realizar un control a las semanas para saber si el DIU está colocado de manera correcta. Si se sospecha de alguna complicación se puede realizar una ecografía o una Rx simple de abdomen. Desde Atención Primaria nuestros instrumentos son limitados por lo que hay que saber aprovechar lo que tenemos.

## Palabras clave

Catamenial, DIU.

# Las consecuencias del alcohol

Carmona Ruiz M, Simón Soto A, Simón Giménez T

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Ictericia conjuntival.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* pólipos en colon, fractura por aplastamiento de vértebra dorsal. Abuso de alcohol consumidor de unas 4 UBEs al día.

*Anamnesis:* Varón de 57 años que acude a consulta de atención primaria por ictericia conjuntival, refiere orina oscura ocasional y episodios de sangrado gingival recurrentes, el último de mayor cuantía hace 1 semana. Pendiente de valoración por Hematología por trombocitopenia. Niega dolor abdominal.

*Exploración física:* buen estado general. Consciente y orientado. Ictericia conjuntival. Eupneico en reposo. Constantes estables. Afebril. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, impresiona hepatomegalia a la palpación, arañas vasculares abdominales, diástasis de rectos, Murphy y Blumberg negativos, ruidos hidroaéreos presentes. Miembros inferiores: edemas bimaolares.

*Pruebas complementarias:* en analítica destaca bilirrubina total de 4.87 con bilirrubina directa de 1.65, GOT 109, GPT 31, GGT 831, PCR 3.8, bilirrubina en orina negativa, plaquetas 72000, INR 1.58. Serologías de virus hepatotropos negativas. En ecografía destaca hepatomegalia, con aumento heterogéneo de la ecogenicidad del parénquima glandular y contorno lobulado compatible con hepatopatía crónica, aumento de diámetro de vena porta, 1.4cm, permeable, esplenomegalia (15cm), ligera ascitis perihepática, periesplénica y entre asas en pelvis.

## Enfoque individual

Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado, vive con su mujer. Buen soporte familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* hepatopatía crónica de probable origen alcohólico.

*Diagnóstico diferencial:* hepatitis viral crónica, hepatitis autoinmune, hemocromatosis, colangitis biliar primaria.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva al paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarias para completar estudio.

## Evolución

Tras pruebas complementarias se llega al diagnóstico de hepatopatía crónica a filiar, por lo que mediante teleconsulta se solicita valoración por Digestivo que indica iniciar furosemida 40 mg y espironolactona 100 mg, solicita gastroscopia y analítica para completar estudio de hepatopatía crónica de probable origen alcohólico.

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

Destacar el abordaje multidisciplinar del paciente mediante médico de Atención Primaria, médico de urgencias y digestivo. Valorar la utilidad de la herramienta de teleconsulta para la comunicación rápida y eficaz con especialistas.

## Palabras clave

Jaundice, hepatomegaly, liver disease.

# Bultoma inguinal: ¿hernia irreductible o adenopatía a estudio?

Canterla Rufino M<sup>1</sup>, Martín De Argenta Sánchez A<sup>2</sup>, Medina García B<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria, servicios Urgencias.

## Motivos de consulta

Hernia inguinal.

## Historia clínica

Varón de 23 años que acude a servicios de Urgencias derivado por sospecha de hernia inguinal dolorosa irreductible.

## Enfoque individual

No RAMc. No enfermedades de interés. Apendicectomía. No realiza tratamiento domiciliario.

Varón de 23 años que presenta dolor a nivel de FID desde hace 3 días. No sintomatología digestiva ni miccional. No uretrorrea ni lesiones genitales. Niega relaciones sexuales de riesgo, convive con su novia. Afebril.

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de bultoma indurado móvil a nivel inguinal derecho. No se continúa con escroto ni cambia ante maniobra de Valsalva. No signos de irritación peritoneal.

Analítica sanguínea con perfil hepatobiliar normal. Orina: leucocitos 250.

Ecografía inguinal que demuestra tres adenopatías inguinales derechas con afectación inflamatoria de la grasa adyacente, descartándose herniación del contenido abdominal mediante Valsalva.

Analítica con estudio de autoinmunidad y marcadores tumorales negativos. Urocultivo con muestra insuficiente. Serología *T. Pallidum*, VHA, VHB, VHC y VIH negativos. PCR de *C. trachomatis* positivo.

Exudado uretral con aislamiento de *M. Hominis* sensible a tetraciclina.

## Enfoque familiar y comunitario

Conviviente con su novia.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Adenopatía inguinal de posible origen infeccioso, inflamatorio o tumoral.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras la valoración del paciente con analítica anodina, se solicitó interconsulta con Cirugía General y dada exploración dudosamente compatible con hernia inguinal se solicitó ecografía que relevó adenopatías a ese nivel. El paciente fue dado de alta con tratamiento analgésico y recogida de resultados de analítica completa en consultas de Atención Primaria.

Fue valorado a la semana por su médico de familia con adenopatía dolorosa persistente y resultados *C. Trachomatis* positivo, por lo que se diagnosticó linfogranuloma venéreo. Se solicitó exudado uretral positivo a *M. Hominis*. Se pautó doxiciclina 100 mg c/24h 21 días, cubriendo ambas infecciones. Se explica que su pareja también debería realizarse estudio de ITS y tratamiento.

## Evolución

Evolución favorable con adenopatía únicamente dolorosa a la palpación a las 2 semanas tras comienzo del tratamiento.

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

El trabajo conjunto entre el servicio de Urgencias y Atención Primaria demuestra una mayor rapidez diagnóstica y terapéutica, siendo importante contribuir en la buena comunicación y posibles escenarios de mejora entre ambos.

## Palabras clave

Infecciones por Chlamydia, linfogranuloma venéreo, Chlamydia trachomatis.

## Un mareo tras vacaciones

Ballesteros García M<sup>1</sup>, García Martínez L<sup>2</sup>, García Contreras B<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

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

### Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Vértigo.

### Historia clínica

Varón de 55 años que acude a Urgencias de Atención Primaria refiriendo cuadro de "vértigo" desde esta mañana.

No refiere sensación de giro de objetos, sino que "se marea al levantarse". No asocia náuseas ni vómitos. No refiere cefalea, ni alteraciones de la visión.

Como antecedentes de interés, refiere haber llegado ayer en avión de los Pirineos, donde ha estado esquiendo durante sus vacaciones. Al realizar la entrevista, nos llama la atención la necesidad de repetir al paciente varias veces las preguntas.

### Enfoque individual

Antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartán.

Buen estado general, eupneico.

ACR rítmico sin soplos, buena entrada de aire bilateral y simétrica.

Maniobras vestibulares sin alteraciones.

No presencia de nistagmo.

Otoscopia signos del trago negativo en ambos oídos, sin alteraciones aparentes.

Rinne: positivo en el OD y negativo en el OD.

Weber: lateralizado hacia el OI.

TA 150/90 mmHg Glucemia 150 mg/dl.

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

Vértigo periférico, debido al cuadro de vértigo de inicio súbito, que puede ir acompañado de pérdida de audición y sin clínica neurológica acompañante.

Sin embargo, aunque el paciente no lo describe como su principal motivo de consulta, llama la

atención la necesidad de repetir todas las preguntas para que las entienda por lo que decidimos realizar una acumetría con diapasones.

Al realizar dicha prueba, impresiona de sordera neurosensorial en OD (Weber lateralizado hacia la izquierda y Rinne negativo en OD), por lo que sería otra posibilidad diagnóstica.

### Tratamiento, planes de actuación

Con la sospecha de hipoacusia súbita, se decidió derivación a hospital de referencia con diagnóstico de sospecha de hipoacusia neurosensorial.

Una vez allí se realizó:

- Analítica sanguínea sin alteraciones.
- Audiometría que confirmó la existencia de hipoacusia neurosensorial.

Fue diagnosticado por tanto de hipoacusia súbita e ingresó a cargo de otorrinolaringología para tratamiento con corticoides intratimpánicos.

### Evolución

Tras tratamiento, evolución favorable con recuperación progresiva de la audición.

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

En medicina, la exploración física es una herramienta fundamental que no debe ser subestimada. A menudo, los pacientes consultan por síntomas inespecíficos. Centrarse únicamente en estos síntomas puede llevar a pasar por alto signos que enmascaren un diagnóstico más grave. Resulta por lo tanto esencial realizar una exploración física completa para evitar diagnósticos erróneos o tardíos.

### Palabras clave

Vertigo, hearing loss, glucocorticoids.

# Relación entre obesidad, síndrome de ovario poliquístico e hipertensión intracraneal idiopática: un caso clínico

Mohamed Sánchez S<sup>1</sup>, Domínguez Alonso B<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga

<sup>2</sup> CS El Limonar. Málaga

## Ámbito del caso

Este caso se presenta en el ámbito de Atención Primaria, con derivaciones a Servicios de Urgencias y valoración hospitalaria. La paciente es inicialmente atendida en el centro de salud, donde se evalúan sus síntomas y se deriva a Urgencias Oftalmológicas para estudio adicional.

## Motivos de consulta

Paciente mujer de 32 años que acude a consulta por cefaleas recurrentes, empeoradas en los últimos meses, con tinnitus pulsátil en oído derecho, visión borrosa y dolor exacerbado por maniobras de Valsalva. Además, refiere un aumento de peso importante en los últimos dos años.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* síndrome de ovario poliquístico, obesidad grado I y dermatitis atópica. En su historia familiar destaca migraña en el padre. La paciente presenta cefaleas intensas hasta 15 días al mes, asociadas a tinnitus y visión borrosa.

## Enfoque individual

*Antecedentes y anamnesis:* paciente con obesidad y síndrome de ovario poliquístico.

*Exploración física:* Peso 128 kg, talla 158 cm. Sin hirsutismo, estrías rosáceas en abdomen y obesidad generalizada. Exploración neurológica sin alteraciones.

*Pruebas complementarias:* analítica con parámetros metabólicos y hormonales normales. TAC de cráneo sin hallazgos significativos. La exploración oftalmológica revela papiledema bilateral grado III, lo que orienta hacia la sospecha de hipertensión intracraneal idiopática.

## Enfoque familiar y comunitario

El antecedente familiar relevante es la migraña en el padre. No se identifican factores comunitarios que puedan haber influido en el desarrollo de la patología.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico diferencial incluye migraña, hipertensión intracraneal idiopática y otras cefaleas secundarias. El hallazgo de papiledema bilateral y la TC sin alteraciones sugieren hipertensión intracraneal idiopática.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con topiramato y acetazolamida, con derivaciones a Neurología y Endocrinología para seguimiento.

## Evolución

Se realiza seguimiento especializado para evaluar la respuesta al tratamiento y controlar la evolución.

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

Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes con cefalea recurrente, especialmente en aquellos con obesidad. La medicina de familia es esencial en la detección temprana y derivación adecuada. Este caso también abre la puerta a investigar la relación entre obesidad, síndrome de ovario poliquístico e hipertensión intracraneal idiopática.

## Palabras clave

Hipertensión intracraneal idiopática, obesidad, papiledema bilateral.

# Vengo sin cita doctora, pero estoy preocupada...

Hervás Vela L, García Serrano A, Expósito Martínez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda en aumento.

## Historia clínica

Paciente de 59 años, sin antecedentes de interés. Acude sin cita, porque presenta dolor en fosa ilíaca izquierda desde hace dos semanas, que está escalando en intensidad.

El dolor cedía con metamizol y paracetamol, pero hoy ya no era suficiente. Además, presenta estreñimiento desde hace 5 días, hoy ha visto sangre tras haber ido al baño y ha perdido 4 kg, aunque no le había dado importancia pues ha comenzado a caminar por las tardes.

En la exploración: palidez mucocutánea. Abdomen con ruidos hidroaéreos preservados, blando con defensa abdominal en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, Blumberg dudoso, Murphy (-), Rovsing (+). Afebril.

Derivamos a la paciente al servicio de Urgencias, y damos cita telefónica en unos días, dándole la opción de acudir presencialmente y acude, acompañada de su marido y de su hija. Me cuentan que tras las pruebas complementarias le informaron que la sospecha principal era cáncer de sigma, por lo que esa semana tenía cita con Anestesiología, y la intervendría la semana siguiente.

Establecemos una serie de citas para realizar acompañamiento desde nuestra consulta de Atención Primaria durante todo el proceso.

Se confirmó la naturaleza maligna del tumor. Se derivó a Oncología Médica. Actualmente, se encuentra en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, y seguimos siendo un punto de apoyo seguro en este proceso.

## Enfoque individual

Buen estado de salud previo, trabaja en una papelería del barrio.

## Enfoque familiar y comunitario

Casada, con dos hijos. Vive en un barrio de clase media.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diverticulitis complicada. Apendicitis aguda. Adenocarcinoma de colon.

Pérdida de peso + estreñimiento + dolor abdominal.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a Urgencias. Después cirugía y, a continuación, tratamiento médico oncológico.

## Evolución

Buena evolución y pronóstico favorable, en tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

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

Este caso nos recuerda lo amplia que es una nuestra función desde Atención Primaria. La importancia de que nuestros pacientes confíen en nosotros y consulten precozmente; de realizar una buena anamnesis y exploración física; de identificar cuándo es necesaria una actuación urgente, y por ello, derivar al hospital. Y algo fundamental es realizar un buen acompañamiento durante la enfermedad, siendo accesibles para ser un apoyo seguro.

## Palabras clave

Neoplasia, estreñimiento, dolor.

# Absceso corneal por *Scedosporium sp.* en área rural

Alargunso Maitzegui L<sup>1</sup>, Jarabo Tévar B<sup>2</sup>, Serrano Ivars L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CS de Almanjáyar

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Prurito y dolor ocular de dos semanas de evolución.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* DM2, HTA, FA paroxística, Intervenido de glaucoma primario de ángulo abierto en ojo izquierdo (OI) en agosto 2018.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* paciente de 79 años que vive en un área rural acude al centro de salud por prurito y dolor ocular de dos semanas de evolución. Hace una semana diagnosticado de conjuntivitis vírica. Refiere empeoramiento del dolor y fotofobia aunque realice adecuadamente el tratamiento pautado.

*Exploración:* ojo rojo con hiperemia conjuntival e hipopión. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Movimientos oculares externos conservados. No se observa úlcera corneal con fluorotest.

*Pruebas complementarias:* se deriva a Urgencias para estudio.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive solo en un cortijo sin acceso por carretera. Tiene una hermana en el pueblo con la que mantiene buena relación. Activo en la comunidad.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Uveítis infecciosa, autoinmune, idiopática, síndrome de enmascaramiento neoplásico, enfermedad neurológica, isquemia retiniana, oftalmía simpática.

## Tratamiento, planes de actuación

En Urgencias se objetiva absceso corneal con hipopión de OI. En la ecografía ocular no se visualizan signos de ocupación vítrea. Se realiza raspado corneal para cultivo y antibiograma con crecimiento de *Cándida albicans*. El segundo día de ingreso objetivan aislamiento de *Scedosporium sp.* (hongo filamentoso transmitido por inoculación de las esporas del hongo en el tejido subcutáneo, mediante pinchazos o arañazos con objetos contaminados), ya cubierto con voriconazol.

## Evolución

Mejoría tras el alta. El paciente acude al centro de salud y refiere que desde Atención Primaria se debería haber identificado antes el problema. Se explica la dificultad de identificar prematuramente la gravedad.

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

Es importante explorar aunque haya consultado previamente, puede haber cambios.

Hoy en día existe una necesidad de inmediatez. La falta de educación sanitaria hace que no se comprendan los tiempos de evolución de una enfermedad, por tanto es necesario incidir el sistema escolar para disminuir la demanda asistencial.

El área rural dificulta el acceso a las Urgencias de hospital. Es frecuente realizar un seguimiento estrecho de la evolución en vez de derivar, lo cual en determinados casos puede retrasar el diagnóstico específico.

## Palabras clave

Absceso corneal, área rural, dificultad de acceso al SNS.

# Úlceras genitales

Muñoz Rojas S<sup>1</sup>, Tocino Carmona J<sup>1</sup>, Catalán Sánchez T<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

## Ámbito del caso

Pediatría en Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Niña de 12 años de edad que acude por bultomas en genitales desde hace dos días.

## Historia clínica

Menor de 12 años sin antecedentes personales relevantes y correctamente vacunada, acude por bultomas en genitales desde hace tres días, sin clínica infecciosa, afebril. Refiere que desde el inicio fueron dolorosas. Sin traumatismo previo y niega relaciones sexuales ni ningún contacto de tipo sexual. Presenta dos úlceras a nivel de ambos labios mayores. Ambas similares, con bordes sobreelevados y eritematosis, junto con restos de fibrina. Sin adenopatías palpables. Sin otro hallazgo en la exploración.

## Enfoque individual

Descartar cualquier tipo de situación de abuso.

## Enfoque familiar y comunitario

Conocer el ámbito familiar, su círculo de amistades y cómo es su situación en el ambiente escolar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Úlceras genitales por Herpes Simple I.  
En pacientes sexualmente activas tendríamos que descartar enfermedades de transmisión sexual. Tendríamos que descartar lesiones luéticas (única, indolora, redonda, limpia y lisa) y el chancroide (en espejo, dolorosa y de fondo

sucio); descartar herpes simple y enfermedades tipo Crohn y pénfigos, la enfermedad de Behçet y la primoinfección por virus de Epstein Barr. Como diagnóstico de exclusión, tendríamos la úlcera vulvar de Lipschütz.

## Tratamiento, planes de actuación

Solicitamos cultivo de orina, analítica con serologías y cultivo de exudado vaginal y de úlceras. Se volvió a citar a la paciente y presentaba ambas úlceras en resolución. El diagnóstico fue Herpes tipo I, puede ser de causa no sexual. Se pauto tratamiento con valaciclovir 1 g/12h durante 10 días junto con Augmentine® 500-125 cada 8h durante 7 días y continuar con medidas de higiene.

## Evolución

La paciente no ha vuelto a presentar más úlceras en dicha zona ni en la mucosa oral.

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

Desde Atención Primaria puedes indagar y conocer el ámbito familiar y social de los pacientes y por tanto, tratar íntegramente al paciente, descartando cualquier situación de riesgo. En este caso se realizaron consultas de seguimiento y entrevistas a familiares y a la paciente y así, descartar situaciones conflictivas, diagnosticar y tratar la infección hasta su resolución.

## Palabras clave

Ulcer, herpes simplex, pain.

## Problema en la adolescencia

Núñez Santos J, Peña Soler R, Navarro Rueda C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Anhedonia, insomnio.

### Historia clínica

Paciente de 20 años, sin AP conocidos que acude a consulta de Atención Primaria por primera vez acompañada de su madre, quien refiere que durante su etapa universitaria en Granada le ha ido mal, aunque ha sacado buenas notas, refiriendo no haber disfrutado de ello y expresando sensación de sentirse sola y pensamientos autolíticos, pero no elaborados. Cuenta con apoyo familiar de su madre.

### Enfoque individual

No antecedentes personales de interés.  
BEG, COC, ORI, BHyP, Eupneica en reposo.  
ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC conservado sin ruidos patológicos.  
Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación, no datos de megalias.  
MMII: simétricos, pulsos conservados, sin datos de TVP.  
Neurológico sin localización.  
Analíticas: se solicita analítica (hematología, bioquímica, perfil férrico y perfil tiroideo) dentro de parámetros normales.

### Enfoque familiar y comunitario

Madre muy preocupada, Padre ausente y sin apoyo paterno.

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

Trastorno adaptativo vs estado depresivo mayor.

### Tratamiento, planes de actuación

Voltioxetina 5 mg 1 cada 24 h.  
Alprazolam 0.25 mg cada 24 h.  
Sesiones de psicoterapia cognitivo conductual.

### Evolución

Se valora nuevamente en consulta, refiriendo síntomas compatibles con intolerancia a vortioxetina, se realiza cambio a escitalopram gotas. Refiere mejora de calidad del sueño. Se ha apuntado a clases de guitarra, gimnasio y sale con amigas de su pueblo, indicando cambio de carrera y ciudad. Aún pendiente de salud Mental. Al mes, acude su madre a consulta indicándonos que la paciente ha estado en urgencias hospitalarias de Málaga por ideación autolítica. La paciente se encontraba acompañada en residencia de estudiantes con compañeras que evitaron que se hiciera daño. Menciona episodios previos similares.

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

La elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes en España, junto a la infradotación de recursos públicos para la atención a la salud mental constituye uno de los principales problemas de salud pública. Por la importancia de la atención a la salud mental, sería necesario dotar a los equipos de Atención Primaria de infraestructuras y recursos humanos suficientes, asegurando formación continuada y soporte por parte de los servicios especializados, y así mismo trabajar en estrecha colaboración con éstos, son las claves para rentabilizar mejor los recursos sanitarios y proporcionar una atención asistencial de más calidad al usuario.

### Palabras clave

Anhedonia, insomnio, salud mental.

## Más allá del Aquiles, a propósito de un caso

Moraira González P<sup>1</sup>, Morán Marín S<sup>1</sup>, González Fernández R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS la Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS la Orden. Huelva

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Talalgia Bilateral.

### Historia clínica

No alergias medicamentosas.

No fumador ni otros factores de riesgo cardiovascular.

No antecedentes personales ni familiares de interés.

No realiza tratamiento habitual, salvo paracetamol 1g ocasional si dolor.

### Enfoque individual

Paciente, varón de 54 años, deportista corredor de carreras, sin otros antecedentes personales de interés que acude por talalgia bilateral de larga evolución sin traumatismo previo que empeora con la práctica de ejercicio físico. A la exploración presenta dolor a la flexión de tobillo y dolor a la palpación en la zona del talón. Se solicita radiografía simple de ambos pies en varias proyecciones donde como hallazgo significativo se encuentra un hueso accesorio (*Os Trigonum*) en región del talón.

### Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer e hijos en una vivienda con ascensor. Trabaja de albañil. Deportista.

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

Síndrome hueso trígono o síndrome del pinzamiento posterior del tobillo, una patología que ocurre en personas que realizan movimientos repetitivos de puntera o flexión plantar forzada (por ejemplo ballet, fútbol, corredores) produciendo una lesión en cascanueces del hueso trígono, que no es más

que un hueso accesorio que aparece tras microtraumatismos repetitivos en esa posición  
*Diagnóstico diferencial:* fasciopatía plantar, tendinopatía aquilea, esguince de tobillo, fractura astrágalo, aunque menos probables estos dos últimos dada la ausencia de traumatismo conocido.

### Tratamiento, planes de actuación

El tratamiento suele ser conservador, con analgesia, ortesis, reposo y en algunos casos inmovilización. Si este primer escalón no es efectivo, se puede valorar derivación a Rehabilitación para fisioterapia con terapia manual, electroterapia o valorar infiltración de corticoides (suele ser ecoguiada).

### Evolución

Tras una correcta analgesia y un periodo de reposo, presenta mejoría de los síntomas. Actualmente se encuentra pendiente de valoración por Rehabilitación para plantear la mejor opción terapéutica.

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

Este caso aporta como novedad, o como dato poco frecuente, el incluir el síndrome de hueso trígono dentro del diagnóstico diferencial de la talalgia, más allá de la fascitis plantar o la tendinopatía aquilea con la que tan familiarizados estamos. Una patología menos frecuente, que con tan solo una exploración física y una radiografía simple somos capaces de diagnosticar como médicos de Atención Primaria para posteriormente facilitar un tratamiento óptimo.

### Palabras clave

Ankle, foot diseases, foot deformities.

# “Doctora me pica mucho”

Simón Giménez T, Simón Soto A, Carmona Ruiz M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte de Almería

## Ámbito del caso

Atención Primaria y especializada.

## Motivos de consulta

Picores en zona genital.

## Historia clínica

Antecedentes personales: NAMC, menopausia a los 51 años. **ANTECEDENTES PERSONALES:** colecistectomizada, apendicetomía, pancreatitis aguda, hígado esteatósico, hernia hiatal, FO: 50555

Mujer de 60 años que acude a la consulta con su médico de familia por picores y molestias en zona genital. No fiebre, no exudado vaginal, no se ha notado lesiones en zona vaginal. No relaciones sexuales de riesgo. Refiere molestias al tener relaciones sexuales. No se explora físicamente a la paciente. Pruebas complementarias: se le realiza Combur test siendo negativo por lo que se descarta infección urinaria y se diagnostica candidiasis vaginal. Se le pauta clotrimazol 10 mgr/g crema y clotrimazol 500 mgr (un óvulo).

En dos ocasiones, consulta con la misma clínica, se le diagnostica de candidiasis recurrente y se le pauta lo mismo. Más tarde, consulta por una lesión en axila y tras examen, su médico la deriva a CCEE del servicio de Dermatología para ser valorada.

En la consulta de Dermatología, la paciente nos comenta que presenta también prurito vaginal, dolor con las relaciones sexuales y que no le mejora con los tratamientos que le pautan en Atención Primaria. Se explora a la paciente y presenta liquen escleroatrófico en vulva con desaparición de labios mayores. Quiste milium en axilas.

## Enfoque individual

Independiente ABVD, nivel sociocultural alto, menopaúsica.

## Enfoque familiar y comunitario

AF: madre con cáncer de colon, padre con cáncer de pulmón, casada con 4 hijos, sexualmente activa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Liquen plano escleroatrófico vulvar.

*Diagnóstico diferencial:* infección urinaria, candidiasis vaginal, liquen atrófico vulvar, otras patologías ginecológicas.

## Tratamiento, planes de actuación

Aplicar Clovate® crema de noche y Vea® lipogel de día, dos veces al día e ir disminuyendo las aplicaciones de las cremas conforme vaya mejorando. En axila, Betadine® líquido 2-3 veces al día. Revisiones cada 4 meses.

## Evolución

La paciente acude a sus revisiones con notable mejoría de los síntomas. Ha mejorado su calidad de vida.

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

Destacar la importancia de la exploración física y completa de los pacientes. Una correcta valoración clínica y física nos confirma un diagnóstico sin necesidad de realizar PPCC o derivar al especialista, con el consecuente, diagnóstico erróneo y retraso en el inicio del tratamiento adecuado.

## Palabras clave

Atrophy, pruritus, vulva.

# Vértigo e hipoacusia en Atención Primaria: la importancia de un HINTS peligroso

Santana Almonte D, Peña Segura A, de León Almonte J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Consulta en el centro de salud por vértigo intenso de inicio súbito, acompañado de náuseas, inestabilidad y pérdida de audición (hipoacusia) en el oído derecho.

## Historia clínica

- Edad y antecedentes médicos: varón de 55 años, sin antecedentes personales de interés.
- Síntomas principales: vértigo intenso de inicio súbito, náuseas, inestabilidad e hipoacusia en el oído derecho. Niega fiebre, cefalea o diplopía. No refiere antecedentes de traumatismo craneal ni infecciones recientes.
- EF: nistagmo vertical en la mirada superior y test de Skew positivo. La exploración motora y sensitiva es normal.
- PC: audiometría urgente muestra hipoacusia neurosensorial en el oído derecho. La RM de encéfalo revela un infarto en el territorio de la AICA con afectación del tronco encefálico.

## Enfoque individual

Se centra en la atención médica del paciente, evaluando su condición neurológica y la realización de pc para obtener un diagnóstico preciso.

## Enfoque familiar y comunitario

Es importante informar a los familiares sobre la condición del paciente y tto. ya que este tipo de infarto puede tener un impacto importante en la vida cotidiana del paciente. A nivel comunitario, es crucial la educación sobre los síntomas de alertas, como el vértigo súbito y la pérdida auditiva.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico. Infarto cerebeloso y

troncoencefálico en territorio de la arteria cerebelosa anteroinferior (AICA).

*Diagnóstico diferencial:* Neuritis vestibular. Enfermedad de Ménière. Migraña vestibular. Schwannoma del VIII.

*Identificación de problemas:*

- Problema clínico principal: vértigo agudo, náuseas, inestabilidad e hipoacusia.
- Complicaciones: el infarto cerebeloso: déficit motor, pérdida de coordinación, y alteraciones en la marcha.

## Tratamiento, planes de actuación

*Tratamiento:*

- Manejo farmacológico para controlar el vértigo y las náuseas.
- ACO si se sospecha de un componente isquémico o trombótico.
- Monitorización continua en UCI si presenta signos de afectación severa del tronco encefálico.
- Rehabilitación vestibular en función de la evolución.

*Plan de actuación*

1. Derivación urgente al hospital.
2. Tratamiento de soporte: controlar los síntomas como el vértigo y las náuseas.

## Evolución

La evolución fue favorable.

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

Hacer un diagnóstico diferencial adecuado ante un episodio de vértigo agudo, especialmente en pacientes sin antecedentes médicos significativos. Test de HINTS resulta esencial para diferenciar entre causas periféricas y centrales del vértigo.

## Palabras clave

Vértigo agudo, HINTS peligroso, infartocerebeloso.

## Más allá de una simple gonalgia...

Millán López A<sup>1</sup>, García Cerro A<sup>2</sup>, Ramos Luna P<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. AGS Sevilla Sur

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

### Ámbito del caso

Paciente varón de 57 años atendido de forma urgente en consulta de Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Paciente que consulta por aparición de lesiones ampollosas mucocutáneas y cuadro pseudogripal de tres días de evolución.

### Historia clínica

*Antecedentes personales:* no RAMS. Exfumador. HTA. Extrasístoles ventriculares de elevada densidad en tratamiento con betabloqueantes. Paciente de 57 años que acude por cuadro de tres días de evolución de aparición de eritema confluyente de inicio en tronco y extensión a extremidades y cara, asociando afectación de mucosa ORL y oftálmica con posterior aparición de flictenas generalizadas predominantes en región dorsal. Asocia odinofagia y sensación distérmica, no fiebre termometrada. Recientemente diagnosticado de bursitis de rodilla derecha, habiendo realizado tratamiento con cotrimoxazol durante quince días con aparición de lesiones cutáneas a las 24 horas de su suspensión. Se realizó derivación urgente a urgencias hospitalarias.

### Enfoque individual

Se trata de una forma clínica de toxicodermia con afectación mucocutánea que se asocia a una mortalidad entorno al 10% en el caso de síndrome de Stevens-Johnson y de hasta el 30% en el caso de NET.

### Enfoque familiar y comunitario

A la hora de prescribir un fármaco debemos tener siempre en cuenta posibles reacciones adversas.

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

*Juicio clínico:* necrólisis epidérmica tóxica en relación a sulfamidas.

*Diagnóstico diferencial:* Eritema Multiforme. Exantemas virales y otros exantemas farmacológicos. Síndrome de shock tóxico. Eritrodermia exfoliativa. Pénfigo paraneoplásico.

### Tratamiento, planes de actuación

Se realizó ingreso hospitalario y se inició tratamiento de soporte además de tratamiento con inmunoglobulina iv y corticoides orales.

### Evolución

Ante el resultado de biopsia confirmatoria de NET, se realizó traslado a Unidad de Quemados de hospital de referencia. Como incidencia durante el ingreso presentó bacteriemia asociada a catéter con aislamiento de pseudomonas aeruginosa, tratada con cefepima.

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

Toxicodermia es un término que se usa para denominar un amplio espectro de reacciones cutáneas inducidas por fármacos, menos de un 2% corresponden a cuadros potencialmente graves que requieren ingreso en UCI, como son el síndrome de Stevens-Johnson y la NET, que producen lesiones ampollosas asociando despegamiento de la piel junto con afectación de mucosas. Pueden ser causadas por cualquier fármaco aunque los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados son antibióticos y antiinflamatorios.

### Palabras clave

Sulfamida, toxicodermia, NET.

# Ansiedad persistente tras un evento traumático: la importancia de la detección en Atención Primaria

Peña Segura A, Santana Almonte D, de León Almonte J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 42 años que consulta por insomnio, irritabilidad y sensación de angustia constante de tres meses de evolución, tras haber sufrido un accidente de tráfico.

## Historia clínica

*Historia del problema actual:* síntomas de ansiedad, insomnio y evitación de situaciones relacionadas con el accidente. Pensamientos intrusivos y pesadillas sobre el evento traumático. Sensación de hipervigilancia.

*Impacto en su vida:* dificultades laborales, afectación del estado de ánimo, evitación de la conducción.

*Exploración psicológica:* estado de ánimo ansioso, llanto fácil.

Escala GAD-7: 14 puntos (ansiedad moderada).

Escala PCL-5: 46 puntos (compatible con TEPT).

Ausencia de ideación suicida o síntomas psicóticos.

## Enfoque individual

Diagnóstico precoz y abordaje integral: identificación del TEPT en una fase temprana para evitar cronificación.

Derivación a psicología para terapia cognitivo-conductual (TCC).

Iniciar sertralina 50 mg/día con reevaluación en 4 semanas.

Técnicas de relajación y exposición progresiva a la conducción.

Seguimiento en consulta en 4 semanas.

## Enfoque familiar y comunitario

Impacto en el entorno familiar: cambios en el estado de ánimo, dificultades laborales y evitación de la conducción pueden afectar la dinámica familiar y generar estrés.

Importancia del apoyo familiar: involucrar a la pareja y la familia en el proceso terapéutico para mejorar la adherencia al tratamiento.

Educación y sensibilización comunitaria.

Coordinación con otros recursos comunitarios: derivación a grupos de apoyo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Trastorno de estrés postraumático (CIE-10: F43.1) con síntomas de ansiedad moderada.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a psicología para terapia cognitivo-conductual. Iniciar sertralina 50 mg/día con reevaluación en 4 semanas. Técnicas de relajación y exposición progresiva a la conducción. Seguimiento en consulta en 4 semanas.

## Evolución

La evolución fue favorable.

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

La Atención Primaria juega un papel clave en la detección y manejo del TEPT. Se deben utilizar herramientas de cribado como la PCL-5 y diferenciarlo de otros trastornos de ansiedad.

El abordaje debe ser integral, incluyendo psicoterapia y, en algunos casos, tratamiento farmacológico. La derivación a Salud Mental de forma temprana. Aplicabilidad para la medicina de familia. Herramientas de cribado accesibles: La PCL-5 y la GAD-7 permiten una evaluación estructurada del cuadro clínico. Tratamiento escalonado: La combinación de psicoterapia, farmacoterapia y técnicas de exposición es fundamental.

## Palabras clave

Trastorno de estrés postraumático, ansiedad, TEPT, trauma, Atención Primaria.

# Hipoglucemia en paciente pediátrico en tratamiento con propranolol

Catalán Sánchez<sup>T1</sup>, Rodríguez Ruíz J<sup>2</sup>, Medrano Pérez L<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Olivillo. Cádiz

## Ámbito del caso

Paciente pediátrico en urgencias.

## Motivos de consulta

Disminución del nivel de consciencia.

## Historia clínica

Paciente de 22 meses con síndrome de QT largo en tratamiento con propranolol, acude a urgencias por episodio de disminución del nivel de consciencia de una hora y palidez mucocutánea generalizada previo al desayuno. A su llegada, escasa respuesta a estímulos, se monitoriza y se realiza glucemia capilar con resultado de 32 mg/dl. ECG: RS a 130, QRS 66 ms, T negativas V1-V4, QT mantenido 440 msg.

## Enfoque individual

Varón de 22 meses con síndrome de QT largo (mutación en KCNQ1) en tratamiento con propranolol 10 mg/8 horas sin cambios recientes de dosis ni tratamiento. Se interroga por ingesta alimentaria en horas previas ante hipoglucemia, detectando escasa ingesta de hidratos de carbono de liberación prolongada (huevo, maíz, tomate) en la cena y despertándose más tarde de lo habitual sin haber roto ayuno en el momento del episodio.

## Enfoque familiar y comunitario

Madre del paciente diagnosticada en 2015 del síndrome de QT largo presentando diagnóstico clínico mediante ECG y genético con mutación en el gen KCNQ1, tras varias muertes súbitas familiares. Realizado estudio y consejo genético en la familia materna tras el diagnóstico de confirmación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipoglucemia sintomática exacerbada por la inhibición que produce el propranolol de la gluconeogénesis.

El principal diagnóstico diferencial lo haremos con un episodio de arritmia ventricular por un alargamiento del QT en este paciente con SQT. Nuestro principal problema en este paciente han sido las horas de ayuno prolongada y la escasa ingesta en las últimas horas de hidratos de carbono.

## Tratamiento, planes de actuación

A su llegada se administra una ampolla de Glucosmón® por vía oral con chupeteo y se canaliza vía venosa periférica para infusión de glucosa 10% a 2 mg/kg, tras lo cual comienza de forma progresiva con llanto vigoroso, apertura ocular, respondiendo a estímulos e interactuando.

## Evolución

Monitorización en UCI sin episodios de arritmias, QT mantenido y con evolución favorable tras infusión de glucosa iv.

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

Recomendamos a los pacientes en tratamiento con propranolol evitar las horas de ayuno prologando y la adecuada ingesta de hidratos de carbono.

## Palabras clave

Hipoglucemia, propranolol, SQT.

# Más allá del olvido: manejo del Alzheimer desde la Atención Primaria

Sánchez Domínguez E<sup>1</sup>, Geniz Rodríguez L<sup>2</sup>, Lavarda Méndez P<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Enfermera de MFyC. Universidad de Sevilla. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria y atención hospitalaria.

## Motivos de consulta

Deterioro cognitivo.

## Historia clínica

Paciente de 85 años con antecedentes de HTA y carcinoma de sigma. Acude su hija preocupada por aparición de síntomas sugestivos de deterioro cognitivo.

## Enfoque individual

En la exploración neurológica no se observan signos de focalidad, movimientos anormales ni alteraciones en la marcha. Presenta desorientación temporal pero mantiene la orientación espacial. Puede recordar hasta tres palabras, desconoce su fecha de nacimiento aunque recuerda su domicilio. Nombra los meses del año en orden, pero no al revés. No puede repetir una secuencia de tres números inversamente. Realiza correctamente las pruebas del pentágono y reloj, aunque indica "11 menos 10" en lugar de "11 y 10". Los análisis de laboratorio muestran resultados normales en hemograma, bioquímica, TSH, B12, ácido fólico y serología para sífilis. La RMN craneal muestra atrofia cortical panlobular frontotemporal y atrofia hipocampal.

## Enfoque familiar y comunitario

La pérdida de autonomía y mayor dependencia requieren un enfoque integral.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Se establece el diagnóstico de deterioro cognitivo y se descartan causas secundarias mediante estudios complementarios. La RMN muestra atrofia cortical frontotemporal e hipocampal, características de una enfermedad

neurodegenerativa. Aunque se considera la pseudodemencia depresiva, los hallazgos clínicos y de imagen confirman la enfermedad de Alzheimer en estadio moderado según la escala GDS de Reisberg.

## Tratamiento, planes de actuación

El tratamiento incluye enfoques farmacológicos (donepezilo, por Neurología) y no farmacológicos. La enfermera refuerza la educación sanitaria, brindando información sobre recursos comunitarios como asociaciones de pacientes, centros residenciales y promoviendo un estilo de vida saludable con dieta mediterránea, control de FRCV y ejercicio físico. Se fomenta la estimulación cognitiva mediante actividades como ver álbumes de fotografías familiares, escuchar música conocida, talleres de memoria y herramientas como los cuadernos Rubio "Entrena tu mente", cuadernos de Neuropsicología Clínica y Brainilis.

## Evolución

Progresión lenta del deterioro.

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

El tratamiento no farmacológico es clave en el manejo del deterioro cognitivo y los profesionales de Enfermería en Atención Primaria desempeñan un papel primordial, debiendo asegurar educación sanitaria y apoyo a pacientes y familias en todo momento. Sin embargo, este enfoque no siempre se aplica rigurosamente, lo que lleva a cuestionarnos: ¿Estamos brindando el mejor cuidado posible?

## Palabras clave

Enfermedad de Alzheimer, disfunción cognitiva, entrenamiento cognitivo.

# Exposición de riesgo en Atención Primaria

Rodríguez Ruíz J<sup>1</sup>, Muñoz Rojas S<sup>2</sup>, Tocino Carmona J<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesión en pene.

## Historia clínica

Hombre de 35 años alérgico a penicilina y derivados. Sin factores de riesgo cardiovasculares. No fumador y bebedor social. Como antecedentes personales refiere rinitis alérgica en tratamiento con ebastina a demanda.

Acude a consulta preocupado por lesión ulcerada única en pene no dolorosa tras exposición sexual de riesgo hace 2 semanas. No refiere fiebre, sin otra sintomatología asociada.

## Enfoque individual

A la exploración, se observa lesión ulcerativa de unos 2 centímetros, indurada, no sangrante, sin exudados y no dolorosa a la palpación en cara lateral de glande. No se palpan adenopatías inguinales. No exantema palmo-plantar.

Se solicita analítica sanguínea con serologías (VIH, sífilis, VHB, VHA, VHC) y exudados (uretral, faríngeo y rectal).

## Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares de interés.

Trabaja como camarero.

Vive con sus padres, actualmente asintomáticos.

No pareja estable. No tiene forma de comunicación con la persona contacto de riesgo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* Sífilis primaria.

*Diagnóstico diferencial:* Herpes genital, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, foliculitis/absceso.

*Identificación de problemas:* Anticuerpos *Treponema pallidum* positivo, anticuerpos reagínicos positivos y TPHA positivo.

Sin otros hallazgos.

Se confirma el diagnóstico de sífilis primaria.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días.

Posibilidad de contacto con persona de riesgo e intervención breve sobre educación sexual.

Se cita en 3 meses para serología de control.

## Evolución

A los tres meses, el paciente permanece asintomático y en serología de control se aprecia anticuerpos *Treponema pallidum* positivo, anticuerpos reagínicos (prueba no treponémica) negativo y TPHA (prueba treponémica) positivo (1/320).

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

Las ITS son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, siendo importante el despistaje de otras ITS. La sífilis cursa con la aparición de un chancro en la región genital. La serología durante la infección activa se caracteriza por resultados positivos en las pruebas no treponémicas (RPR y VDRL) como en las treponémicas (TPHA, FTA y TPPA). Hay que tener en cuenta que estas últimas no negativizan y no resultan útiles para el seguimiento. Aunque el principal tratamiento es penicilina B benzatina 2.400.000 UI, en casos de alergia se puede optar por doxiciclina durante 14 días.

## Palabras clave

Sífilis primaria, chancro, pruebas treponémicas, doxiciclina.

# Disnea y taquicardia tras una cirugía menor: una amenaza silenciosa

Santana Almonte D<sup>1</sup>, Soriano Aguilar R<sup>2</sup>, Peña Segura A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Consulta en el centro de salud por dificultad respiratoria progresiva, taquicardia y mal estado general, con antecedentes de hernioplastia inguinal realizada 15 días antes sin complicaciones.

## Historia clínica

Mujer de 35 años, previamente sana, que presenta dificultad respiratoria, taquicardia y sensación de opresión torácica inespecífica tras cirugía inguinal reciente. No refiere dolor torácico típico ni otros síntomas como síncope o hemoptisis. En la exploración, presenta taquicardia, taquipnea y un murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar derecha. ECG. Taquicardia sinusal. Signo de S1Q3T3. Ondas T negativas en precordiales derechas.

## Enfoque individual

Se centró en la evaluación de los síntomas agudos del paciente, considerando su reciente cirugía como un factor de riesgo. Ante la sospecha de TEP se deriva a urgencias hospitalarias y allí se confirmó mediante pruebas complementarias dicho diagnóstico, lo que permitió iniciar un tratamiento anticoagulante inmediato.

## Enfoque familiar y comunitario

El enfoque familiar debe enfocarse en la educación sobre los riesgos postquirúrgicos, incluyendo la dificultad respiratoria progresiva. A nivel comunitario la detección precoz de complicaciones como el TEP debe ser un punto clave de la formación y sensibilización en Atención Primaria.

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

*Juicio clínico:* Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

*Diagnóstico diferencial:* neumonía basal, Infarto agudo de miocardio, Neumotórax, Insuficiencia cardíaca aguda.

*Identificación de problemas:*

Principal: dificultad respiratoria progresiva y taquicardia.

Complicaciones: hipoxemia y deterioro hemodinámico debido a la obstrucción pulmonar por trombos.

## Tratamiento, planes de actuación

El tratamiento inicial consistió en la administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) y la derivación urgente al hospital para realizar una angiotomografía pulmonar, lo que permitió confirmar la presencia de trombos.

*Plan de actuación:* se inició anticoagulación con HBPM a dosis terapéuticas, seguido de una transición a anticoagulantes orales y un seguimiento en CCEE de Neumología, Hematología y MI.

## Evolución

La evolución clínica fue favorable, con una mejora progresiva de la disnea y la estabilidad hemodinámica del paciente.

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

El tromboembolismo pulmonar es una complicación postoperatoria grave que debe considerarse en pacientes con disnea y taquicardia, especialmente tras cirugías recientes. El diagnóstico temprano, el uso adecuado de escalas como la de Wells y la rápida derivación a urgencias son fundamentales para reducir la mortalidad asociada.

## Palabras clave

TEP, posquirúrgico, disnea.

# Vuelve por dolor abdominal

Nieves Valle Y, Vivas López C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Hilario. Dos Hermanas (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal recurrente.

## Historia clínica

Obesidad grado II con esteatosis hepática grado I. Baches amenorreicos estudiados por Ginecología. Tratamiento: dienogest 2 mg/etinilestradiol 30 mcg desde hace un año.

## Enfoque individual

*Anamnesis:* paciente de 17 años con episodios de epigastralgia intensa e irradiada hacia hipocondrios, acompañado de náuseas, sudoración y mareo. Sin relación con las ingestas. Afebril, sin coluria ni acolia. En 4 meses acude hasta en 20 ocasiones a urgencias y a consulta.

*Exploración:* normocoloración cutaneomucosa. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio. Ausencia de peritonismo. Ruidos hidroaéreos conservados.

*Pruebas complementarias:*

- Analítica: intolerancia a lactosa. GGT 217 y ALT 42. Colesterol 221.
- *H. Pylori*: negativo.
- Radiografía de abdomen: anodina.
- Ecografía abdominal: en decúbito lateral izquierdo, ecos intravesiculares móviles, sugiriendo bilis espesa. Ausencia de litiasis.

## Enfoque familiar y comunitario

Buen sustento sociofamiliar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Nos planteamos pancreatitis, colecistitis aguda, hepatitis aguda, dispepsia funcional, reflujo gastroesofágico, apendicitis, efectos secundarios farmacológicos...

## Tratamiento, planes de actuación

Se iniciaron múltiples líneas de tratamiento. Inicialmente analgésicos y omeprazol, posteriormente otros antisecretores y

procinéticos, así como escopolamina y magaldrato, sin mejoría clínica. Se consideró retirar dienogest/etinilestradiol por posibles efectos adversos a nivel gastrointestinal (distensión y dolor abdominal, vómitos...), pero la paciente persistía con dolor abdominal intenso. Por último, se inició Ácido Ursodesoxicólico®, sin controlar tampoco la situación.

## Evolución

Finalmente fue hospitalizada en Digestivo:

- Analítica: GGT 427, FA 87; AST 689; ALT 518; amilasa 225; LDH 656.
- Colangio-RM: vesícula biliar con microlitiasis. Sin datos de coledocolitiasis.

Se catalogó como cólico biliar sin datos de colecistitis, con hipertransaminasemia secundaria. Ante la persistencia de síntomas, finalmente se realizó colecistectomía laparoscópica.

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

Nuestra paciente presentaba varios factores de riesgo de colelitiasis (sexo femenino, obesidad, anticonceptivos), sin embargo, la presentación clínica fue atípica, y las pruebas complementarias poco concluyentes. No obstante, la persistencia del dolor con escasa respuesta al tratamiento acabó condicionando la elección de un tratamiento definitivo. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, no habiendo consultado en los últimos 3 meses. Este caso nos hace tener presente la posibilidad de cólico biliar en ausencia de cálculos biliares. Esto puede ser porque dichos cálculos sean tan pequeños que no se detecten mediante prueba de imagen, o por otros motivos (anormalidad en el vaciado biliar, hipersensibilidad, obstrucción transitoria...).

## Palabras clave

Dolor abdominal (abdominal pain), diagnóstico diferencial (differential diagnosis), colelitiasis (cholelithiasis).

# Doctora me duele la espalda y no puedo subir escaleras...

García Serrano A, Expósito Martínez C, Hervás Vela L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lumbalgia.

## Historia clínica

Varón 41 años, sin antecedentes personales de interés.

*Anamnesis:* 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 normal. Mantiene MMSS contra gravedad. Balance muscular en MMSS 5/5 en todos los grupos musculares. ROT ++++/+++++ en MMSS. Balance muscular en MMII: iliopsoas 3/5, cuádriceps 4/5, isquiotibiales 4/5, tibial anterior 2/5, tibial posterior 1/4, peroneos 1/4+, psoleo y gemelos 2/5. ROT ++++/+++++ con respuesta clonoide, más evidente en MID. RCP extensor bilateral. Marcada espasticidad en MID que imposibilita la flexoextensión de la rodilla de manera pasiva; menor espasticidad en MID. Reflejos cutáneo-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 deriva a urgencias de hospital de referencia para

ampliación de estudio y valoración de actuación urgente. Analítica: valores en rango normalidad RM columna lumbar: lesiones osteoblásticas, sugerentes de metástasis. Colonoscopia: múltiples lesiones ulceradas y pólipos adenomatosos.

*Antecedentes personales:* adenocarcinoma de colon. JC: 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 en un mes.

## 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 actuación urgente y debemos de saber identificarlas para no retrasar un tratamiento urgente.

## Palabras clave

Lumbalgia, metástasis.

# Cabalgata extrema. Cuando se pierde el control de las riendas

García Contreras B<sup>1</sup>, García Martínez L<sup>2</sup>, Ballesteros García M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de 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 de Rioja. Almería

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## Motivos de consulta

Amputación dedo mano.

## Historia clínica

Paciente mujer de 41 años que acude a urgencias por amputación traumática de falange distal del tercer dedo mano derecha tras quedar atrapada en la rienda del caballo en el que se encontraba subida. Refiere que, de manera repentina, el caballo se asustó y realizó un movimiento brusco, provocando una fuerte tracción en la mano derecha quedando el dedo atrapado en la cuerda.

## Enfoque individual

No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. No tratamiento actual.

Constantes: TA 135/86 mmHg. FC 80 lpm. Sat O<sub>2</sub> 96%.

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Hemodinámicamente estable. Eupneica en reposo. Nerviosa, refiere dolor intenso (EVA 8/10).

Exploración física miembro superior derecho (mano): herida abierta circunferencial en falange distal de tercer dedo mano derecha con exposición ósea. Flexoextensión conservada.

Radiografía: fractura abierta - luxación de falange distal tercer dedo mano derecha.

## Enfoque familiar y comunitario

Casada. Nivel sociocultural medio. Vivienda en ámbito rural. Oficio: administrativa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* fractura abierta - luxación falange distal tercer dedo mano derecha.

*Diagnóstico diferencial:* fractura cerrada de la falange distal; Luxación simple de la articulación interfalángica distal; infección o celulitis secundaria a herida en la falange distal; necrosis lecho quirúrgico.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza interconsulta con Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT). Bajo anestesia troncular del dedo, se procede a lavado con abundante SSF 0.9% y clorhexidina y se inicia antibioterapia con cefazolina 2 g + gentamicina 240 mg junto a analgesia iv. Dada la inestabilidad de la articulación IFD, se decide tratamiento quirúrgico que la paciente entiende y acepta.

## Evolución

Se explican los riesgos asociados a la lesión: necrosis de punta del dedo, alteración de la sensibilidad en punta y déficit de extensión asociado a lesión en ligamento triangular.

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

Se trata de una amputación traumática compleja, cuyo pronóstico dependerá de la evolución postquirúrgica y la rehabilitación adecuada para minimizar secuelas funcionales y sensoriales. Por parte de su médico de familia, se realizará seguimiento para control de síntomas tales como el dolor, vigilancia de la cicatrización, detección precoz de complicaciones como infecciones o necrosis, acompañamiento psicológico y escucha activa así como gestión de baja laboral o certificado médico si procede.

## Palabras clave

Traumatic amputation, avulsion, wounds and injuries.

# "Duelo amoroso y sufrimiento emocional: identificación y abordaje del trastorno adaptativo en Atención Primaria"

Peña Segura A<sup>1</sup>, Santana Almonte D<sup>1</sup>, Bellerín García M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana del Condado. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 29 años que consulta por tristeza persistente, insomnio y crisis de llanto de dos meses de evolución, tras una ruptura de pareja.

## Historia clínica

Inicio de síntomas tras la ruptura de una relación de 6 años. Sensación de vacío, desesperanza y baja autoestima. Dificultad para concentrarse en el trabajo y pérdida de interés en actividades previas. Sin ideación suicida estructurada. Apoyo de familiares y amigos, pero persiste afectación emocional y funcional.

*Exploración psicológica:* estado de ánimo disfórico, llanto fácil. Pensamientos negativos sobre el futuro y autoestima disminuida.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: ansiedad 5/9, depresión 6/9. No síntomas psicóticos.

## Enfoque individual

Detección temprana y manejo en Atención Primaria para evitar cronificación.

*Tratamiento inicial:* psicoterapia breve focalizada en regulación emocional y reestructuración cognitiva. Técnicas de relajación y mindfulness para mejorar afrontamiento del estrés.

Evitar prescripción de benzodiazepinas como primera opción. Seguimiento en 4 semanas para valorar evolución.

## Enfoque familiar y comunitario

*Apoyo social y familiar:* importancia de la red de apoyo en la recuperación. Impacto en el entorno laboral y social: afectación del rendimiento en el trabajo y relaciones interpersonales.

*Intervención psicoeducativa:* informar a la paciente sobre la naturaleza del trastorno y estrategias de afrontamiento. Promoción de estilos de vida saludables: actividad física,

alimentación equilibrada y mantenimiento de rutinas diarias.

*Acceso a recursos comunitarios:* posibilidad de grupos de apoyo para el afrontamiento del duelo y el bienestar emocional.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (CIE-10: F43.21).

*Identificación de problemas:* dificultad en la adaptación emocional. Impacto en el funcionamiento diario. Riesgo de evolución a depresión mayor si no se maneja adecuadamente. Tendencia a la medicalización innecesaria en estos casos, con prescripción inapropiada de benzodiazepinas o antidepresivos.

## Tratamiento, planes de actuación

*Tratamiento inicial:* psicoterapia breve focalizada en regulación emocional y reestructuración cognitiva. Técnicas de relajación y mindfulness para mejorar afrontamiento del estrés. Evitar prescripción de benzodiazepinas como primera opción. Seguimiento en 4 semanas para valorar evolución y ajuste del manejo según respuesta.

## Evolución

Favorable.

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

El trastorno adaptativo es una patología frecuente en Atención Primaria, con un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. El diagnóstico precoz y el enfoque no farmacológico son esenciales para una evolución favorable. El apoyo social y la educación sanitaria juegan un papel fundamental en la recuperación.

## Palabras clave

Trastorno adaptativo, ruptura de pareja, duelo, Atención Primaria, salud mental.

# SCASEST tras relaciones sexuales y toma de tadalafilo

Kuzmych Dunets S<sup>1</sup>, Fernández Sánchez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Milagrosa. Jerez de la Frontera (Cádiz)

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

## Motivos de consulta

Dolor torácico.

## Historia clínica

Varón de 62 años acude a SUH por dolor centro torácico opresivo irradiado a espalda con cortejo vegetativo asociado, desencadenando tras toma de tadalafilo y relaciones sexuales de unos 10 minutos de duración con mejoría del dolor a la llegada de urgencias. Además, refiere clínica de disnea y dolor torácico intermitente de similares características, desencadenando con los esfuerzos de unos 5 días de duración. Niega palpitaciones ni síncope. No datos de IC ni clínica infecciosa concomitante. No otra sintomatología asociada. Se traslada a UCI para posteriormente realizarse cateterismo donde se aprecia enfermedad de dos vasos revascularizada con 1 DES en ADAPm y DES en ACX-OM. Durante su ingreso en UCI no ha requerido administración de vasoactivos ni ventilación mecánica. En condición estable se sube a la planta de Cardiología.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:*

- RAM a amlodipino (edemas en MMII).
- Fumador activo de 10 cigarrillos al día (IPA 25).
- FRCV: HTA con muy mal control en domicilio (TAS en torno de 160/200 mmHg). Dislipemia. No DM.
- IQ de Artrodesis lumbar y dorsal.

Realiza tratamiento en domicilio con Losartán 100 mg, pitavastatina 4 mg, tadalafilo.

## Enfoque familiar y comunitario

Tío paterno con IAM con 48 años. Hermano con IAM y sustitución valvular con 55 años.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome coronario agudo tipo IAMSEST Killip I. Enfermedad de 2 vasos revascularizada de forma completa con 1 DES en ADAPm y DES en ACX -OM. FEVI conservada sin alteraciones de contractilidad. Tabaquismo activo. HTA. Dislipemia.

## Tratamiento, planes de actuación

Intervencionismo coronario: angioplastia percutánea sobre ADA pm y ACX -OM.

*Tratamiento al alta:*

- ASS 100 mg.
- Ticagrelor 90 mg.
- Losartán 50 mg.
- Amlodipino 10 mg.
- Atorvastatina 80 mg/ezetimiba 10 mg.
- Bisoprolol 2,5 mg.
- Omeprazol 20 mg.

## Evolución

Favorable. Dado de alta con recomendaciones y tratamiento domiciliario. Remitido al programa de rehabilitación cardíaca.

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

La cardiopatía coronaria y una de sus expresiones clínicas más frecuentes, el Síndrome Coronario Agudo (SCA), con o sin elevación ST, son una de las principales causas de mortalidad en nuestro medio. El mejor control de los factores de riesgo cardiovascular tales como la tensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo podría reducir la tasa de eventos cardiovasculares en ámbito de Atención Primaria.

## Palabras clave

Infarction, angioplasty, tadalafil.

# Lo que esconde un dolor abdominal

De la Torre Solís B, Melguizo Alonso M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal y pérdida de peso.

## Historia clínica

Acude a consulta por dolor abdominal de 4 meses de evolución acompañado de pérdida de peso involuntaria, astenia y algún episodio de diarrea autolimitada. Discreto aumento del perímetro abdominal. Febrícula.

## Enfoque individual

Varón de 47 años. No hábitos tóxicos. *Antecedentes personales:* migraña. Asma.

*Exploración:* palidez mucocutánea. Dolor a la palpación de forma difusa. Hepatoesplenomegalia. Adenopatía dolorosa axilar derecha.

*Pruebas complementarias:*

- Analítica: discreta anemia microcítica, eosinofilia y PCR de 30.
- SOH: negativo.
- *H. Pylori:* positivo.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su mujer. Trabaja como auxiliar de enfermería en una residencia. Tiene a sus padres y dos hermanos con los que tiene buena relación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* sospecha de enfermedad neoplásica.

*Diagnóstico diferencial:* infección por *Helicobacter pylori*, enfermedad inflamatoria intestinal, patología hepatobiliar, otras (anemia, diabetes mellitus).

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento para *H. Pylori*. Tras confirmación de erradicación y continuar con la clínica se deriva

a urgencias hospitalarias e ingresa a cargo de Medicina Interna.

Analítica: discreta anemia microcítica y eosinofilia.

Rx tórax: pinzamiento de ambos senos costofrénicos.

TAC tórax y abdomen: numerosas adenopatías supra e infradiafragmáticas. Hepatomegalia. Esplenomegalia. Derrame pleural bilateral.

Toracocentesis: salida de líquido lechoso, aspecto de quilotórax.

Eco-endoscopia con biopsia: agregados nodulares linfoides compatible con linfoma folicular.

## Evolución

Ante los hallazgos encontrados en las pruebas complementarias, se diagnostica de linfoma folicular estadio III y comienza con quimioterapia y soporte nutricional. Actualmente, se encuentra en seguimiento por Hematología, Nutrición y Atención Primaria.

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

Este caso manifiesta el papel del médico de familia en procesos diagnósticos como el dolor abdominal de larga evolución, un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. A través de una anamnesis estructurada, identificación de criterios de alarma y exploración dirigida, el médico de familia se convierte en el primer filtro para discernir entre patologías benignas y aquellos potencialmente graves, como en este caso. La relación de continuidad junto con la visión integral del paciente y su entorno favorecen una valoración completa y una atención resolutive, esenciales para un diagnóstico precoz y una mejor calidad de la vida de los pacientes.

## Palabras clave

Linfoma, dolor abdominal, pérdida de peso.

# Reagudización de EPOC. Cuando el seguimiento marca la diferencia

Crespo Jiménez C, Escudero Sánchez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Consultorio Barrio de Monachil. Granada

## Ámbito del caso

Medicina Familiar y Comunitaria.

## Motivos de consulta

Paciente varón de 70 años, fumador activo (50 paquetes-año), con diagnóstico de EPOC GOLD III, consulta por disnea severa progresiva, tos con esputo purulento y sensación de fatiga extrema en los últimos 4 días.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* EPOC diagnosticado hace 5 años con varias exacerbaciones. HTA.

*Historia actual:* consulta por Incremento de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos en los últimos cuatro días asociado a fiebre de 38° en las últimas 24 horas.

A la exploración, paciente consciente, orientado y colaborador con regular estado general. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. Taquipnéico a 20 rpm.

SatO<sub>2</sub>: 92-93% con uso de musculatura accesoria.

A la auscultación, sibilancias espiratorias generalizadas y crepitantes aislados en ambos campos pulmonares.

## Enfoque individual

Diagnóstico precoz y optimización del tratamiento. Control de comorbilidades y adherencia terapéutica.

Educación sobre reconocimiento de signos de alarma.

## Enfoque familiar y comunitario

*Familiar:*

- Evaluación del rol de los cuidadores y apoyo social.
- Impacto de la enfermedad en la dinámica familiar.
- Educación a familiares sobre manejo y prevención de exacerbaciones.

*Comunitario:*

- Identificación de factores ambientales que pueden contribuir a las reagudizaciones.
- Promoción de la cesación tabáquica y programas de rehabilitación pulmonar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* paciente con EPOC severo en exacerbación, con signos de insuficiencia respiratoria aguda que requieren manejo hospitalario.

*Diagnóstico diferencial:*

- Neumonía.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Neumotórax secundario.

## Tratamiento, planes de actuación

*Manejo hospitalario:*

- Oxigenoterapia.
- Broncodilatadores de acción corta.
- Corticoides sistémicos.
- Antibióticos si sospecha de infección.

*Plan post-hospitalización:*

- Cita de seguimiento en 7 días tras el alta en Atención Primaria.
- Revisión de adherencia y técnica inhalatoria.
- Educación sobre reconocimiento temprano de exacerbaciones.
- Programa de rehabilitación pulmonar y cesación tabáquica.
- Vacunación antigripal y neumocócica.

## Evolución

El paciente ha presentado varios reingresos recurrentes debido a falta de adherencia y soporte familiar, provocando una progresión del deterioro de la función pulmonar con pérdida de calidad de vida.

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

El seguimiento en Atención Primaria es clave para evitar complicaciones en pacientes con EPOC. Las estrategias de educación y prevención pueden reducir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida. Es fundamental la coordinación entre niveles asistenciales para optimizar el manejo de estos pacientes. Un seguimiento adecuado puede marcar la diferencia entre estabilidad y deterioro progresivo.

## Palabras clave

EPOC, insuficiencia respiratoria, neumonía.

# Disnea

Fernández Sánchez A<sup>1</sup>, Kuzmych Dunets S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Milagrosa. Jerez de la Frontera (Cádiz)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Disnea y malestar general de dos días de evolución.

## Historia clínica

Alergias medicamentosas a ibuprofeno y naproxeno. Hábitos tóxicos: fumadora de un paquete de cigarrillos al día (25 IPA).

*Antecedentes personales:* hipotiroidismo autoinmune.

*Tratamiento actual:* sertralina 50 mg/día, eutirox 175 mcg/día.

Paciente de 55 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por disnea a mínimos esfuerzos y malestar general de dos días de evolución de inicio súbito. Niega dolor torácico, ni procesos infecciosos previos ni otra sintomatología acompañante. Presenta buen estado general, eupneica en reposo, normocoloreada, bien hidratada y perfundida.

AC: rítmico con tonos apagados sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular bilateral conservado. Constantes: Tensión arterial: 105/79 mmHg, FC: 96 lpm, SatO<sub>2</sub>: 97%, Tª: 36°C.

## Enfoque individual

Se trata de identificar la etiología de la disnea y del malestar general inespecífico que presenta la paciente. Al no tener ninguna etiología ni ningún antecedente personal que pueda correlacionar esa sintomatología se debe iniciar por pruebas complementarias para iniciar el diagnóstico diferencial de la disnea.

## Enfoque familiar y comunitario

Apoyo de su familia.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Como juicio clínico proponemos la disnea, incluyendo diagnósticos diferenciales de disnea de origen cardíaco, disnea de origen respiratorio, infecciones respiratorias y tromboembolismo pulmonar.

El problema principal como síntoma guía la disnea a mínimos esfuerzos de inicio súbito sin ninguna causa aparente.

## Tratamiento, planes de actuación

Analítica: PCR de 84,8 mg/L, troponinas negativas y DD 8443 ng/ml.

ECG: ritmo sinusal a buena frecuencia con bloqueo de derecha y ondas T negativas en derivaciones precordiales. QRS de bajo voltaje.

RxT: sin infiltrados, leve pinzamiento de seno costofrenico izquierdo, no cardiomegalia.

Se administra 50 mg de diclofenaco intravenoso. AngioTAC urgente: conclusión fue: sin evidencia de TEP. Derrame pleural bilateral, más evidente en el lado izquierdo, con colapso parcial del lóbulo inferior izquierdo. Derrame pericardio circunferencial en leve-moderada cuantía. Interconsulta con cardiología los que valoran a la paciente y realizan un ecocardio (VSCAN), confirmando el derrame pericárdico con VCI no dilatada y cuantifica el derrame de leve.

## Evolución

Estable hemodinámica y clínicamente  
Tto. Domiciliario: colchicina 1 mg/día, AAS 100 mg/día y prednisona 30 mg/día.

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

Importancia de filiar la disnea.

## Palabras clave

Dyspnea, pericardial effusion, missed diagnosis.

# ITS y salud dermatológica. Prevención desde Atención Primaria

Crespo Jiménez C<sup>1</sup>, Ruiz Vilchez E<sup>2</sup>, Expósito Martínez C<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Consultorio Barrio de Monachil. Granada

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada.

## Ámbito del caso

Consulta de Medicina Familiar.

## Motivos de consulta

Paciente varón de 28 años, consulta por lesiones en genitales de 2 semanas de evolución.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* sin interés.

*Historia actual:* refiere relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas en los últimos años. Desde hace dos semanas refiere lesiones en pene asociadas a ardor al orinar además de inflamación de la ingle derecha. No asocia síntomas sistémicos.

A la exploración observamos lesiones ulceradas indoloras en pene, sin exudado asociado. Adenopatías inguinales bilaterales.

## Enfoque individual

Educación en salud sexual y uso de métodos de protección.

Acceso a pruebas diagnósticas oportunas y tratamiento precoz.

Seguimiento a largo plazo para evitar recidivas o complicaciones.

## Enfoque familiar y comunitario

*Familiar:*

- Detección de casos en parejas sexuales.
- Apoyo psicoemocional ante el impacto del diagnóstico.

*Comunitario:*

- Campañas de concienciación sobre ITS y salud sexual.
- Acceso universal a programas de cribado y vacunación.
- Coordinación con servicios de planificación familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* sospecha de sífilis primaria por la presencia de chancro indoloro y adenopatías.

## Diagnóstico diferencial:

- Herpes genital.
- Chancroide.
- Linfogranuloma venéreo.
- Enfermedad de Behçet.

## Tratamiento, planes de actuación

Como tratamiento se administró penicilina benzatínica 2.4 millones UI im dosis única, se detectaron y trataron los contactos sexuales y se realizaron pruebas complementarias para VIH, VHB y VHC.

Se reevaluó al paciente a los 15 días. Se realizó una intervención sobre el uso de preservativo para reducir los riesgos y el número de ITS transmitidas.

## Evolución

Al paciente le desaparecieron las lesiones cutáneas tras 2 semanas de tratamiento. A los 6 meses se le realizaron pruebas serológicas de control que fueron negativas. Tras esto, y tras la educación sexual recibida, el paciente aumentó su adherencia a medidas preventivas como el uso de preservativo.

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

Las ITS con manifestaciones dermatológicas son un problema prevenible desde la Atención Primaria. El cribado, el acceso al tratamiento y la educación son claves para reducir su incidencia. La detección temprana y el manejo integral mejoran el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

La prevención en salud sexual comienza en la Atención Primaria: educar, diagnosticar y tratar a tiempo salva vidas.

## Palabras clave

Chancro indoloro, sífilis, enfermedades de transmisión sexual, herpes genital, linfogranuloma venéreo, chancroide.

# Doctora, desde que vine de mi país me duele todo el cuerpo

Fernández Torres M<sup>1</sup>, Vacas Gordillo M<sup>2</sup>, Carmona Méndez C<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 Góngora. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria, Reumatología, Medicina Interna.

## Motivos de consulta

Mujer de 22 años, nueva en nuestro cupo. Acude por dolor, inflamación poliarticular e impotencia funcional. Previamente, había realizado tratamiento corticoideo crónico. En consulta, comenta que finalizó el tratamiento hace 5 meses, cuando llegó a España.

Solicitamos analítica con perfil autoinmune y pautamos tratamiento con prednisona durante dos semanas con pauta descendente para la clínica actual. La sintomatología remite tras suspensión de corticoide. Tras encamamiento durante infección por COVID-19, volvieron las poliartralgias, dolor y rigidez de predominio matutino de unos 30 minutos de duración. Niega traumatismos. No claudicación de MMII ni de MMSS. No fiebre ni síndrome constitucional.

## Historia clínica

En la exploración física observamos inflamación en articulaciones interfalángicas proximales, manos, muñecas, rodillas, tobillos y pies. Dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Extraarticular: lesiones cutáneas compatibles con psoriasis en abdomen, "hábito cushingoide".

No fotosensibilidad, ni úlceras orales, ni serositis.

Factor reumatoide 98UI/mL, HLA-B27 negativos. (ACPA +). Resto sin interés.

## Enfoque individual

Tras realizar interconsulta con Reumatología, se decidió comenzar con tratamiento específico tras diagnosticar posible artritis seropositiva a anticuerpos contra péptidos citrulinados positivos (ACPA +). Meses después, presenta

episodio de uveítis posterior versus maculopatía crónica progresiva.

## Enfoque familiar y comunitario

Procedente de Venezuela. Vive sola en Granada, su familia en país de origen.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Poliartritis de probable origen inflamatorio.

## Tratamiento, planes de actuación

La paciente fue derivada a Medicina Interna para completar estudio y tratamiento. La principal sospecha diagnóstica es de síndrome Vogt Koyanagi Harada incompleto con afectación articular seropositiva (ACPA +).

## Evolución

Persistencia de sintomatología por falta de adherencia terapéutica y seguimiento errático.

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

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una enfermedad multisistémica de origen autoinmune afectando a estructuras oculares, auditivas, del sistema nervioso central y cutáneas. Comparte mecanismos autoinmunes con artritis reumatoide (AR), pero su asociación no es frecuente. Se recomienda seguimiento multidisciplinar.

Las enfermedades reumatológicas son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Por tanto, realizar una anamnesis y exploración física exhaustivas es fundamental para poder hacer correctos diagnósticos diferenciales facilitando así el diagnóstico y el tratamiento precoz, mejorando el pronóstico y reduciendo las posibles complicaciones.

## Palabras clave

Reumatología, artritis, autoinmunidad.

# Hepatitis autoinmune y su diagnóstico desde Atención Primaria

Haidour Salido A<sup>1</sup>, Núñez Puig A<sup>1</sup>, Lebrero Ferreiro R<sup>2</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Orinas colúricas.

## Historia clínica

Mujer de 54 años acude a consulta por orinas colúricas de una semana de evolución.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:*

- Hipotiroidismo autoinmune y neoplasia escamosa intraepitelial de alto grado extirpada.
- No fumadora ni bebedora.

Acude a consulta el 6/9/2024 por orinas colúricas durante una semana sin otra sintomatología. Se solicita sistemático de orina que confirma urobilinógeno positivo. El 27/9/2024 se solicita nuevo sistemático y analítica con perfil hepático y serología disponible en Atención Primaria. El 9/10/2024 se entregan resultados, se rehistoria y reexplora a la paciente con interrogatorio dirigido donde refiere astenia hace un mes y prurito puntual. Profundizamos sobre toma de medicación o productos de origen natural/suplementos que la paciente niega. Realizamos teleconsulta al servicio de Digestivo indicando la evolución y los hallazgos encontrados.

*Exploración física anodina.* Se objetiva hipertransaminasemia en analítica y la serología vírica es negativa.

Concomitante a la teleconsulta solicitamos ecografía y radiografía abdominal preferente, ambos sin hallazgos. Se vuelve a contactar con Digestivo para valoración preferente y se cita el 5/11/2024.

## Enfoque familiar y comunitario

Enfoque holístico de antecedentes y síntomas y signos dentro del espectro típico de hepatitis

autoinmune que puede ayudar a tener una sospecha precoz que permita solicitar las pruebas adecuadas y facilite derivar al especialista.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hepatitis aguda autoinmune.

*Diagnóstico diferencial* con hepatitis vírica, esteatohepatitis no alcohólica, hepatitis por fármacos o tóxicos o hepatopatías genéticas.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento descendente corticoideo con azatioprina a dosis bajas por su antecedente de cáncer de cérvix. Controles posteriores cada 3 semanas con analítica.

## Evolución

Mejoría clínica, se encuentra asintomática. Se objetiva una bajada significativa de transaminasas y normalización de Ig.

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

El estudio de este caso permite un enfoque holístico de antecedentes y síntomas y signos dentro del espectro típico de hepatitis autoinmune que puede ayudar a tener una sospecha precoz que permita solicitar las pruebas adecuadas y facilite derivar al especialista. También conocer cómo se manejó el proceso diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria, así como permite abrir líneas de investigación enfocadas en desarrollar o actualizar protocolos para diagnóstico precoz, indicadores clínicos, analíticos que pueden sugerir esta patología o crear programas específicos para Atención Primaria que mejoren la capacidad diagnóstica ante enfermedades hepáticas poco frecuentes.

## Palabras clave

Autoimmune hepatitis, autoinmune disease, hepatitis.

# Si no lo veo no lo trato. La importancia de la consulta presencial

Bautista Simón Á<sup>1</sup>, Hermoso Sabio A<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.

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

Celulitis por picadura de arácnido.

Insuficiencia venosa.

## Motivos de consulta

Mujer de 66 años que nos comenta en una cita telefónica (que pidió por otro motivo), que ha comenzado en el pie derecho desde hace 3 días con hipoestesia y aumento de temperatura y desde hace un día con coloración violácea, además de dolor al mínimo roce.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivamos al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para valoración por Cirugía Vasculat.

## Historia clínica

Indicamos a la paciente que acudiera al día siguiente a la consulta para poder valorarla.

A la exploración: pie derecho con hiperemia hasta tercio superior de pierna, flictenas en dorso del pie y 1<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> falanges de aspecto necrótico, con hipoestesia. No se palpa pulso pedio en el pie derecho. Afebril, eupneica, auscultación normal, sin soplos.

Índice tobillo-brazo 0.6.

## Evolución

Fue valorada por cirugía vascular con diagnóstico de trombosis arterial aguda evolucionada con infarto establecido en el pie, en paciente que no camina. Se indicó amputación supracondílea de la extremidad.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* fumadora activa y consumidora de alcohol ocasional, hipercolesterolemia, EPOC, hipotiroidismo, ataxia y hemocromatosis.

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

La consulta telefónica ha supuesto, gracias en parte a la pandemia de covid19, un avance en el seguimiento de algunos pacientes en AP en los que la presencialidad no es estrictamente necesario. Sin embargo, tenemos que ser muy críticos y realizar una buena anamnesis al paciente pues, en algunos casos como el que presentamos, se nos pueden escapar patologías importantes y graves que necesitan ser vistas en consulta.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido. Dependiente, no camina por la ataxia. En silla de ruedas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Isquemia crítica de MID.

## Palabras clave

Isquemia arterial, isquemia crítica, consulta telefónica.

# ¡Doctor veo una cortina!

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. Tutor/a de MIR MFyC. CS de Camas. Sevilla

## Ámbito del caso

En consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Pérdida de visión parcial.

## Historia clínica

Acude a consulta de centro de salud refiriendo pérdida de visión en el ojo derecho en el campo superior derecho de un día de evolución, con sensación de tener una cortina que oculta la visión. Niega traumatismo previo ni dolor ocular.

## Enfoque individual

Mujer de 59 años con antecedentes personales de HTA, DM y DLP. Como antecedentes familiares refiere Ca de colon en padre a edad avanzada.

*Exploración:* buen estado general, consciente, colaboradora, normo coloreada, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: se realiza ecografía clínica detectándose imagen hiperecogénico móvil que se separa de la pared posterior del globo ocular, extendiéndose hacia la cavidad vítrea. La membrana presenta movimiento ondulante con los cambios de posición del ojo.

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive con su marido. Con buen apoyo sociofamiliar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* desprendimiento de retina del ojo derecho.

*Diagnóstico diferencial:* desprendimiento de vitreo posterior.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urgencia hospitalaria para valoración y tratamiento.

## Evolución

Se le realiza seguimiento a la paciente. Donde consta intervención por parte de Oftalmología en el día siguiente.

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

El desprendimiento de retina es una condición ocular grave en la que la retina neurosensorial se separa del epitelio pigmentario de la retina, lo que interrumpe su función y puede causar pérdida de la visión si no se trata rápidamente.

El uso de ecografía clínica en consulta agiliza el proceso de diagnóstico y permite tener una focalización y valoración más precisa. En ocasiones nos ayuda a distinguir verdaderas urgencias.

## Palabras clave

Ecografía, retina, urgencia.

# Diplopía, paresia VI par y acúfenos: presentación de esclerosis múltiple

Peña Soler R, Navarro Rueda C, Núñez Santos J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Acúfenos y mareo que evoluciona a diplopía y cefalea occipital.

## Historia clínica

Paciente de 49 años que acude por acúfenos y mareo que describe "como si se movieran los ojos". Acude de nuevo a las 48 h por persistencia de los síntomas, además de aparecer visión doble y cefalea occipital punzante leve-moderada.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* NAMC. No FRCV. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual.

En primera consulta exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Se solicita analítica con perfil lípido, tiroideo y férrico.

En segunda consulta se observa una limitación de ambos rectos externos, con resto de movimientos oculares y resto de pares craneales normales. Se solicita ECG: ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización.

## Enfoque familiar y comunitario

No AF de interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diplopía en paciente con paresia VI par y acúfenos, sospecha de patología cerebral, a descartar hipertensión intracraneal.

## Tratamiento, planes de actuación

En primera consulta se pauta sulpirida y betahistina.

En segunda consulta se deriva a Urgencias para estudio.

## Evolución

TAC cráneo: aumento de tamaño de la talla ventricular, sugestivo de hidrocefalia triventricular.

HIC Oftalmología: fondo de ojo normal.

Ingresa en Neurología para estudio. Solicitan RMN y demoran punción lumbar dada ausencia de papiledema.

RMN cráneo y columna: múltiples lesiones de sustancia blanca supratentoriales, infratentoriales y medulares dorsales, sugieren afectación desmielinizante. Algunas presentan restricción de difusión y captación de contraste, que sugiere actividad de la enfermedad. Así como diseminación en espacio y tiempo.

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

Dada de alta como posible enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple. En consulta nos planteamos si el debut fue éste o si ya había venido antes por otros síntomas que habían pasado desapercibidos: en 2022 parestesias de MMII, se trató como síndrome varicoso y se pautó medias de compresión. En 2020 acudió en varias ocasiones por fatiga. En 2019 por vértigo.

Revisando publicaciones vemos que el síntoma más frecuente es la alteración de la sensibilidad (45%), en forma de parestesias. También la diplopía y paresia del VI par aparecen dentro de los síntomas. Además, la fatiga es un síntoma presente en el 85% y dado que lo más característico es que los brotes aparezcan espaciados en el tiempo, en muchas ocasiones se realiza un diagnóstico tardío.

## Palabras clave

Esclerosis múltiple, hipertensión intracraneal, diplopía.

# Utilización de escalas pronósticas en Atención Primaria: a propósito de un caso

García Martínez L<sup>1</sup>, García Contreras B<sup>2</sup>, Ballesteros García M<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 de Huércal de Almería. Almería

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. Almería

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

## Motivos de consulta

Fiebre y malestar general.

## Historia clínica

*Anamnesis:* varón, 69 años, acude al SUAP por fiebre, malestar general, tos con expectoración verdosa y dolor costal derecho, que aumenta con la inspiración profunda, de 2 días de evolución. desde esta mañana refiere sensación disneaica. niega otros síntomas.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* diabetes mellitus tipo II, dislipemia. Bloqueo de rama izquierda del Haz de His (BCRIHH). Exfumador. Tratamiento habitual: sitagliptina/metformina, atorvastatina. *Exploración:* constantes: tensión arterial (TA): 90/59 mmHg; frecuencia cardiaca: 109 latidos/minuto; Frecuencia respiratoria (FR): 21 respiraciones/minuto, Saturación de O<sub>2</sub>: 93%. Temperatura: 38,5°C. Glucemia capilar: 132 mg/dL. Regular estado general; consciente, orientado y colaborador. No cianosis periférica. Disneico, con tiraje y uso de musculatura accesoria. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos sin ausculto soplos; MVC con crepitantes en base pulmonar derecha. Resto normal.

*Pruebas complementarias:* ECG: taquicardia sinusal a 103 latidos/minuto y QRS estrecho con morfología de BCRIHH, sin otras alteraciones.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive en medio rural con su mujer.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* sospecha de neumonía.

*Diagnóstico diferencial:* neumonía, síndrome de distrés respiratorio del adulto, embolismo pulmonar, neoplasia pulmonar.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante esta sospecha clínica utilizamos la escala CURB-65, obteniendo 2 puntos (edad y presión arterial), lo que indica la necesidad de ingreso hospitalario. Por tanto, se traslada al hospital en ambulancia con equipo médico.

## Evolución

En el hospital se realizan pruebas complementarias que confirman el diagnóstico:

- Radiografía de tórax: condensación basal en hemitórax derecho.
- Analítica: destaca leucocitosis con predominio de neutrófilos y aumento de reactantes de fase aguda.
- Detección de virus respiratorios: negativos.
- Antígenos de Neumococo y *Legionella* (orina): positivo a neumococo.

Finalmente, el paciente ingresa en el área de Observación.

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

La escala CURB-65 valora el grado de severidad y la necesidad de hospitalización o tratamiento ambulatorio en un paciente con neumonía. Suma un punto por cada criterio que cumpla: Glasgow <15, urea >7mmol/L, FR >30 respiraciones/min, TA = 90/60 mmHg, =65 años. Esta herramienta es de gran utilidad para la toma de decisiones en esta patología tan frecuente en los SUAP, donde la realización de pruebas complementarias es muy limitada.

## Palabras clave

Neumonía neumocócica, atención de urgencias, hospitalización.

# Tenosinovitis purulenta

Muñoz Rojas S, Hassan Querol S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

## Ámbito del caso

Paciente diabético en Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 71 años diabético con mal control junto con polineuropatía sensitiva que refiere haberse hincado un clavo hace alrededor de una semana. Posteriormente comienza con eritema y edema en pie. Acude porque hoy tenía cura de herida pero al comprobar la misma, presenta más edema e inicio de supuración.

## Historia clínica

Se trata de un paciente de 71 años diabético con mal control, dislipémico e hipertenso, anticoagulado con apixaban por fibrilación auricular, independiente, que acude por herida en pie tras haberse hincado un clavo accidentalmente. Desde Atención Primaria, le hemos ido haciendo el seguimiento para valorar evolución y dado que a pesar de iniciar antibioterapia, el paciente ha presentado rápida evolución hacia celulitis, solicitamos una ecografía urgente y comprobamos que, dado que se trata de un paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular, decidimos derivar a servicio hospitalario ya que podría beneficiarse de tratamiento hospitalario.

## Enfoque individual

Informar al paciente de los riesgos de su patología basal si no hay un estricto control de sus valores glucémicos, además de insistir en medidas higiénico dietéticas y realizar ejercicio diario. Además, la accesibilidad nos permite realizar un seguimiento más estrecho y continuado.

## Enfoque familiar y comunitario

Conocer al paciente íntegramente, nos permite saber cuáles son sus fortalezas y saber que si hay apoyo familiar o de amigos, podemos contar con ese pilar fundamental y realizar entrevista motivacional.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Celulitis en paciente diabético.

Realizar diagnóstico diferencial con tromboflebitis superficiales y profundas y dermatitis.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento con clindamicina 300 mg/8h y se administró recuerdo de vacuna antitetánica. Posteriormente se cambió por amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8h. Dado la mala evolución se solicitó ecografía del miembro donde se diagnosticó de tenosinovitis purulenta e isquemia del tercer dedo del pie derecho por lo que se derivó a hospital para desbridamiento y antibioterapia sistémica.

## Evolución

Favorable tras el ingreso en hospital.

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

El seguimiento diario del paciente diabético nos permite una valoración más estricta y objetiva y por tanto, nos permite tomar decisiones más precisas y saber hasta qué punto un paciente se beneficia de tratamiento ambulatorio.

## Palabras clave

Cellulitis, diabetes mellitus, polyneuropathies.

# Doctora me falta el aire

Girón Crespo C<sup>1</sup>, González Martín P<sup>1</sup>, Fernández Torres M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Huétor-Tájar. HU Virgen de las Nieves. Granada

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

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Deterioro del estado general y sensación disneica.

## Historia clínica

Paciente de 86 años con los siguientes antecedentes personales: HTA, DM2, divertículos, colon irritable. Situación basal: vive solo. IABVD. Consulta por deterioro del estado general y síndrome constitucional de seis meses de evolución consistente en pérdida de peso de unos 30 kilos, inapetencia por la comida y astenia intensa. Refiere hematuria de larga data. Aumento de disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos desde hace unos meses, y empeoramiento franco en estos últimos días. Niega dolor torácico o sensación de palpitations. No semiología de insuficiencia cardíaca.

## Enfoque individual

A nuestra valoración presenta caquexia avanzada. Impresiona de debilidad y fragilidad extrema. Eupneico en reposo con saturación de 93% aa. A la auscultación destaca hipoventilación generalizada. Decidimos solicitar analítica y pruebas de imagen, hallando en radiografía de tórax múltiples sueltas de globos por ambos hemitórax sugerentes de enfermedad metastásica, pensamos como primera posibilidad tumor primario de vejiga o próstata por lo que realizamos una ecografía abdominal donde visualizamos posible lesión exofítica en pared lateral de la vejiga. Informamos al paciente y a su hijo de la sospecha diagnóstica y expresan su deseo de no realizar diagnóstico etiológico, por lo que se

decide control sintomático en domicilio y estrecho seguimiento telefónico y domiciliario.

## Enfoque familiar y comunitario

Informamos sobre la enfermedad y resolvemos dudas. Contactamos con cuidados paliativos, con trabajador social y consensuamos planificación de cuidados en caso de deterioro y de muerte digna. Registramos en su historia la decisión de morir en su domicilio.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Metástasis pulmonar de primario a filiar.

*Diagnóstico diferencial:* infección respiratoria con infiltrados algodonosos dispersos.

## Tratamiento, planes de actuación

Morfina 2ml cada 4-6 horas en función de tolerancia y necesidad. Contacto telefónico cada 2-3 días y visitas domiciliarias.

## Evolución

evolución tórpida durante dos meses.

Nos avisa el hijo por dolor refractario, agitación y deterioro del nivel de conciencia por lo que decimos en conjunto con familiar y siguiendo los deseos del paciente iniciar sedación.

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

Saber comunicar malas noticias es importante para establecer un vínculo sólido con el paciente. Es crucial crear una red de apoyo donde los familiares puedan expresar su dolor para prevenir un duelo complicado.

## Palabras clave

Cancer, dyspnea.

# Doctora se me ha dormido el brazo

Girón Crespo C<sup>1</sup>, Fuentes García M<sup>2</sup>, Madrid Martos P<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Huétor-Tájar. HU Virgen de las Nieves. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Dr. Salvador García Caballero. HU Virgen de las Nieves. Granada

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana, HU Virgen de las Nieves. Granada

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Acude acompañada de su hija por parestesias, dolor y pérdida de fuerza en mano izquierda de inicio súbito. Además, la hija refiere episodio de desorientación espacial en este contexto.

## Historia clínica

Paciente de 86 años con antecedentes personales de: HTA, dislipemia, espondiloartrosis lumbar, hipotiroidismo primario. Refiere intenso dolor lacinante y pérdida de fuerza en mano izquierda, asociado a episodio de desorientación espacial de escasos minutos de duración durante el inicio de la clínica, negando otros signos y síntomas de focalidad neurológica.

A la exploración física destaca palidez, frialdad cutánea y cianosis a nivel periungueal del cuarto y quinto dedo de la mano izquierda. Pulsos radial y cubital presentes débiles con respecto a mano contralateral. Tonos cardíacos rítmicos. Exploración neurológica normal.

## Enfoque individual

Empleamos Doppler vascular detectando una disminución del flujo arterial con respecto a mano contralateral. Ante estos hallazgos, derivamos a urgencias hospitalarias donde se realiza angio-TAC y se observa un defecto en la repleción de las ramas del arco palmar sin poder identificar un punto de stop arterial.

## Enfoque familiar y comunitario

Instruir a pacientes de alto riesgo (fibrilación auricular, estadio crítico de enfermedad arterial periférica) mediante talleres en el centro de salud para que reconozcan síntomas de alarma y acudan de inmediato.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* isquemia arterial aguda de MSI a filiar etiología.

*Diagnóstico diferencial:* aneurisma, disección aorta tipo B, disección subclavia, esclerodermia, arteritis, radiculopatía cervical, lesión de plexo braquial, síndrome compartimental agudo, TVP, infecciones de partes blandas, SDRC.

*Problemas:* coordinación primaria-urgencias hospitalarias.

## Tratamiento, planes de actuación

HBPM a dosis terapéuticas. Interconsulta con Vascular. Ingreso hospitalario. Seguimiento estrecho al alta.

## Evolución

La paciente ingresó en cardiología con telemetría para detectar una posible arritmia. Tras dos días, solicitó alta voluntaria.

Se citó en consulta de Medicina Interna y Cardiología. Está pendiente del resultado de las pruebas complementarias.

Seguimiento estrecho telefónico por nosotros.

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

Reconocer las "6P" permite identificar una urgencia vascular.

Este caso nos hizo reflexionar sobre el protocolo de nuestro centro de salud ante una IAA. Revisamos las guías clínicas y realizamos un taller de exploración vascular con Doppler e interpretación de ecografía.

## Palabras clave

Acute ischemia syndrome, thrombosis, embolism.

# Todo puede no ser lo que parece

Silva Domínguez M, Domínguez Bejarano L, Rodríguez Cecilia A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Dolor lumbar y febrícula.

## Historia clínica

Paciente de 74 años que consulta en dos ocasiones en la consulta de Atención Primaria por dolor en región lumbar de escasos días de evolución. La exploración física anodina. Pasadas 24 horas de la última consulta, solicita un aviso domiciliario por febrícula. La paciente refiere que el dolor lumbar se ha autolimitado, asociando como único síntoma dolor abdominal. Un conviviente de la paciente había estado con síntomas similares en días previos, caracterizándose el cuadro de posible gastroenteritis aguda. Esa misma tarde, la paciente presenta pico febril de 38.5°C e inicia cuadro de agitación y desorientación, motivo por el que acude a urgencias hospitalarias. A su llegada se realiza TC de cráneo y analítica. El TC de cráneo normal y en la analítica una PCR en 509. Se realizó punción lumbar, diagnosticándose una meningitis aguda bacteriana.

## Enfoque individual

La paciente vivía cerca del centro de salud y, por ello, solía venir a la consulta.

## Enfoque familiar y comunitario

La paciente era la cuidadora principal de su marido, un paciente con DM tipo II de mal control

y que presentaba amputación de sus dos miembros inferiores.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lumbalgia, gastroenteritis aguda, meningitis bacteriana.

## Tratamiento, planes de actuación

En un primer lugar, analgesia y reposo domiciliario. En un segundo momento, derivación al Servicio de Urgencias.

## Evolución

La paciente ingresó, desde la Observación, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), teniendo como desenlace final, su fallecimiento tras 18 días de ingreso en UCI.

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

Este caso es un ejemplo de todas aquellas ocasiones en las que no podríamos haber evitado un determinado desenlace. Son ocasiones en las que es de vital importancia analizar si podríamos haber hecho algo de una mejor manera, o incluso si nos hemos equivocado, pero si no es así, también aceptar que no podríamos haber previsto ni actuado de ninguna otra forma que modificara el transcurso de la enfermedad.

## Palabras clave

Fiebre, meningitis bacteriana, cuidador familiar.

# A propósito de un caso: cefalea en adolescente

Medrano Pérez L<sup>1</sup>, Rodríguez Ruíz J<sup>2</sup>, Catalán Sánchez T<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

## Ámbito del caso

Urgencias, Pediatría.

## Motivos de consulta

Paciente de 13 años que acude por cefalea punzante, unilateral en región fronto-temporal izquierda de 5 días de evolución con fotofobia y sonofobia. Consulta en 2 ocasiones dada de alta con mejoría parcial.

## Historia clínica

**Antecedentes personales:** ingreso por Purpura Trombótica Idiopática en 2 ocasiones en junio 2024 en HUPR actualmente en seguimiento por Hematología en HUPM en tratamiento con Eltrombopag® 50 mg y 25 mg a días alternos.

## Enfoque individual

Se debe garantizar un manejo integral, considerando la salud física, emocional y social del paciente (impacto del diagnóstico y adaptación a su vida).

## Enfoque familiar y comunitario

1. Seguimiento y coordinación asistencial.
2. Manejo del dolor y síntomas residuales.
3. Manejo de la anticoagulación.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cefalea aguda.

### 1. Cefaleas primarias

- Migraña: pulsátil, unilateral o bilateral, moderado a severo, con náuseas, vómito, fotofobia y fonofobia.
- Cefalea tensional: opresivo, bilateral, leve a moderado, sin náuseas ni vómitos.
- Cefalea en racimos: unilateral intenso en la región orbitaria con lagrimeo, congestión nasal y miosis.

### 2. Cefaleas secundarias

**Infeciosas:**

- Meningitis: intensa con fiebre, rigidez de nuca, fotofobia, vómitos y alteración del estado mental.

- Sinusitis: frontal que empeora al inclinarse, congestión nasal y fiebre.

### Neurológicas

- Hipertensión intracraneal idiopática: cefalea con visión borrosa, diplopía y papiledema en el fondo de ojo.
- Tumores cerebrales: cefalea progresiva, peor en las mañanas, con vómitos y síntomas neurológicos focales.
- Malformación de Chiari: cefalea occipital que empeora con maniobras de Valsalva.

### Vasculares

- Hemorragia subaracnoidea: cefalea súbita e intensa ("peor dolor de su vida"), con rigidez de nuca y alteración del estado de conciencia.
- Trombosis venosa cerebral: cefalea persistente, convulsiones, déficits neurológicos y papiledema.

## Tratamiento, planes de actuación

Enoxaparina sc: 40 mg cada 12 horas.

Tratamiento analgésico habitual.

## Evolución

El paciente es manejado en observación con oxigenoterapia, corticoides, metamizol iv, ondansetrón y sueroterapia. Tras 3 horas sin mejoría, recibe rizatriptán. Permanece asintomático durante la noche, pero al despertar recae y se reinicia el tratamiento sin éxito. Se solicita TC craneal, que revela ocupación del seno venoso transversal derecho, confirmándose trombosis en angio-TC. Ingresó en planta para vigilancia neurológica.

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

El MAP es clave en el seguimiento, manejo del dolor, educación del paciente y prevención de complicaciones.

## Palabras clave

Cefalea, trombosis, pediatría.

# Más que una lumbalgia

Vivas López C, Nieves Valle Y

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Hilario. Dos Hermanas (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias.

## Motivos de consulta

Lumbociatalgia e hipoestesia en silla de montar.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* RAMC: tramadol. Niega hábitos tóxicos. Obesidad. IQ: colecistectomizada.

## Enfoque individual

Paciente de 32 años con lumbociatalgia irradiada a MID e hipoestesia "en silla de montar" tras un sobreesfuerzo mientras limpiaba en su domicilio. En los siguientes días la paciente comienza a presentar estreñimiento, y, posteriormente las siguientes semanas ausencia de control de esfínteres.

## Exploración y pruebas complementarias:

Balance articular sin limitaciones. Dolor a la palpación musculatura glútea. Lasegué, Bragard negativos. Hipoestesia perineal sin respuesta a pinchazos. Fisura anal SIN dolor.

Rx lumbosacra: disminución de espacio intervertebral l5-s1.

RMN columna: estenosis crítica del canal secundaria a extrusión discal L5-S1 condicionando compresión de la cauda equina con leve estenosis foraminal izquierda.

## Enfoque familiar y comunitario

Buen sustento sociofamiliar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de cola de caballo.

### Diagnóstico diferencial:

Dolor musculoesquelético, estenosis espinal lumbar, mononeuropatía periférica, meralgia parestésica.

## Tratamiento, planes de actuación

Inicialmente se trata como lumbociatalgia sin datos de alarma en relación con el sobreesfuerzo, y se pautan antiinflamatorios y diazepam. La paciente no presentó mejoría y empezó a asociar clínica miccional acudiendo nuevamente a urgencias, donde pautaron fosfomicina. Posteriormente, reacude por persistencia del dolor, hipoestesia perineal, y estreñimiento, por lo que se prescribe gabapentina y macrogol, crema antihemorroidal y diosmina. Por último, a nuestra valoración, se deriva a urgencias hospitalarias, considerando toda la clínica sugestiva de síndrome de cauda equina, y, allí se desestima intervención urgente ante la larga evolución del cuadro. Finalmente se indica discectomía L5-S1 reglada.

## Evolución

La paciente, actualmente, tras 1 mes de la intervención quirúrgica y 3 meses del episodio agudo presenta mejoría del dolor a nivel lumbosacro, aunque la clínica a nivel sensitivo y de ausencia de control de esfínteres persiste. Presentando estreñimiento e incontinencia urinaria grave, así como la hipoestesia asociada.

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

Este caso nos hace pensar en la importancia de una correcta anamnesis y de la valoración integral de la paciente. No estábamos ante un caso de estreñimiento, ni ante un caso de infección urinaria, ni una lumbociatalgia aislada, sino que, todo estaba en relación con un proceso subagudo de síndrome de cauda equina.

## Palabras clave

Síndrome cauda equina, estreñimiento, incontinencia urinaria.

# No todo es lo que parece y habitualmente suele ser

Amores Bermúdez I<sup>1</sup>, Castilla Capetillo A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

1º Atención Primaria.

2º consulta externa de ORL a decisión del paciente.

3º Ingreso hospitalario.

## Motivos de consulta

Acude a consulta de primaria en varias ocasiones por odinofagia intensa de 4 meses de evolución sin mejoría con tratamientos pautados, por lo que posteriormente la paciente decide solicitar cita en consultas externas de ORL privada.

## Historia clínica

Acude a nuestra consulta en repetidas ocasiones por odinofagia intensa con picos febriles aislados, sin tos, ni mocos, no clínica digestiva.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* mujer de 38 años, no alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos. En tratamiento con infliximab subcutáneo/2 semanas actualmente por enfermedad de Crohn diagnosticada en 2006. Acude a consulta por el motivo comentado, en la que la exploración se observa garganta hiperémica, sin amígdalas hipertróficas pero con placas pultáceas, no adenopatías laterocervicales. Se pautan varios tratamientos: AINES, analgésicos, corticoides y antibioterapia sin mejoría, decidiendo acudir a ORL privado. Éste lo diagnostica como candidiasis laríngea en la que en la exploración visualiza edema de epiglotis y repliegues aritenopiglóticos con lesiones blanquecinas, tratándose primero con pauta de fluconazol y luego itraconazol oral, sin mejoría, decidiendo posteriormente ingreso en hospital para estudio y tratamiento intravenoso.

Analítica de sangre anodina, únicamente proteína C reactiva en 48 mg/L y calprotectina positiva. Exudado boca positivo a *Streptococcus constellatus*. Durante el ingreso fiebre de 38° diagnosticándose de COVID 19 a través de test de antígenos rápido. EDA entrada de esófago zona edematosa y ulcerada, sin poder visualizar la estructura bien. RNM cervical hallazgos con cambios inflamatorios laríngeos. Entero RNM abdominal: ascitis multicompartimental en

peritoneo, con realce de aspecto lineal, probable relación con TBC. TAC tórax: afectación difusa y bilateral parenquimatosa con presencia de micronódulos sobre todo centrolobulillar, con áreas focales con patrón de árbol en brote en pulmón derecho. Quantiferón positivo para M. Tuberculosis. Espudo PCR + para M. Tuberculosis, por lo que finalmente se pauta tratamiento anti-TBC con mejoría.

## Enfoque familiar y comunitario

NO AF de interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Faringitis vírica. Amigdalitis bacteriana. Candidiasis oral/laríngea.

*Juicio clínico:* TBC bacilífera activa con afectación pulmonar, laríngea y peritoneal en paciente inmunosuprimida por e. Crohn en tratamiento con biológico.

## Tratamiento, planes de actuación

1. Tratamientos habituales: INES, analgésicos, corticoides, antibioterapia y antifúngicos orales sin mejoría.
2. Tratamiento anti-TBC durante 12 meses.
3. Se retira infliximab, iniciando otro anticuerpo monoclonal.

## Evolución

La paciente presentó mejoría en los primeros 5 días, con evolución muy favorable hasta desaparecer el problema.

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

En principio, la odinofagia es un síntoma muy frecuente consultado en AP, siendo en la mayoría cuadro vírico, bacteriano, muguet. En este caso podemos ver que no siempre es así, pudiendo incluso llegar a producir dicha clínica una tuberculosis activa.

## Palabras clave

Odinofagia, TBC, inmunosupresión.

# Meningitis aguda, la gran camuflada

Arias Talavera I<sup>1</sup>, Barbosa Cortés M<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria/urgencias.

## Motivos de consulta

Vómitos, diarrea y fiebre.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* no RAM conocidas. No patologías de interés. Calendario vacunal actualizado.

Mujer de 20 años que consulta en el centro del salud por cuadro de vómitos y diarrea con fiebre elevada (de hasta 40°C) de horas de evolución. A la exploración se describe aceptable estado general, con leves signos de deshidratación sin otros hallazgos de interés. BM test: leve hipoglucemia.

## Enfoque individual

Con el diagnóstico de "gastroenteritis", se da de alta con antieméticos y sueroterapia oral. Sin embargo, a las pocas horas la familia pone un aviso domiciliario por empeoramiento del estado general. Cuando llega el equipo médico, la paciente se encuentra en coma con rigidez de nuca y petequias generalizadas, trasladándose de manera urgente a su hospital de referencia.

## Enfoque familiar y comunitario

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se declaran unos 1.000 casos de meningitis en España, de los cuales un 10% son muy graves.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Meningitis aguda bacteriana por *N. Meningitidis* VS Gastroenteritis.

## Tratamiento, planes de actuación

A la llegada a urgencias, se extrae analítica evidenciándose leucocitosis a expensas de polimorfonucleares, hipoglucemia severa (40 mg/ml), PCR 300, procalcitonina 7. Se extrae HC. También ECG con elevaciones generalizadas del segmento ST compatibles con pericarditis y un TAC de cráneo sin alteraciones patológicas significativas. Una vez estabilizada, se realiza punción lumbar con resultado positivo a *Neisseria meningitidis*.

Se traslada a UCI para monitorización y tratamiento dirigido con corticoterapia y antibioterapia intravenosa en UCI.

Declaración de EDO (Enfermedad de Declaración Obligatoria).

## Evolución

Evolución favorable con alta hospitalaria al mes.

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

Teniendo en cuenta la inespecificidad clínica y sus posibles complicaciones, es importante tener consciencia de esta enfermedad e incluir en nuestra exploración física la realización de signos meníngeos, que son maniobras fáciles y rápidas que podrían prevenir de complicaciones graves.

En lo que respecta al ámbito de Atención Primaria, queríamos recalcar la importancia de nuestra labor como "puerta de entrada" para discernir entre aquellas patologías que precisan un manejo urgente de las que no.

## Palabras clave

Physical examination, health promotion, primary health care.

# DetECCIÓN OCASIONAL DE PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Arias Talavera I<sup>1</sup>, Barbosa Cortés M<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lumbalgia.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* no RAM, ni otros AP de interés salvo obesidad.

Paciente, poco frecuentador, que acude por lumbalgia mecánica valorada en urgencias hospitalarias para solicitar tratamiento con AINEs e incapacidad laboral temporal. Cuando se toma TA previa a prescripción, se detecta elevación incidental (TA 165/110 mmHg), por lo que se solicita AMPA y analítica de control. A la exploración, dolor paralumbar derecho, sin apofisalgia y con maniobras de Lasègue y Bragard negativas. Puñopercusión renal bilateral también negativa.

## Enfoque individual

El resultado de la analítica de control puso de manifiesto un SCORE de alto riesgo vascular (glucosa 204, colesterol total 176, HDL 31, LDL 121, no HDL 145, Hb1Ac 10.2). Aunque el motivo inicial de la consulta era una lumbalgia, gracias a una exploración completa, se logró diagnosticar un síndrome metabólico.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado con mujer, con la convive, sin hijos, cocinero de profesión.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lumbalgia mecánica, HTA, DM2, dislipemia.

## Tratamiento, planes de actuación

- Cambios de hábitos de vida (dieta, ejercicio).
- Remisión a su DUE para educación diabetológica intensiva.
- Iniciar tratamiento con olmesartán 40 mg/HCTZ 25 mg 1/24 h, metformina 850 mg 1/24 horas, insulina glargina 300 10 Uli/24, y atorvastatina 40 mg/24.
- Ampliar estudio con retinografía.

## Evolución

Tras 4 meses de seguimiento e intervenciones conjuntas con enfermería, el paciente presenta AMPA con TA óptimas, HAB1C 5.6 e IMC: 37,63.

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

Nuestra posición en el sistema sanitario permite la identificación de pacientes de alto riesgo CV, como el caso, ante los cuales, la labor conjunta con enfermería de familia, la indicación de consejo dietético y ejercicio adecuados, y la oportuna prescripción amparada por el conocimiento del arsenal terapéutico y la evidencia científica, además del factor psicológico y conductual del paciente permiten realizar intervenciones que disminuyen este riesgo CV, otorgando a nuestros pacientes cantidad y calidad de vida.

## Palabras clave

Heart disease risk factors, primary health care, health promotion.

# Un reto para la medicina familiar y comunitaria: hacer visible lo invisible

Muñoz Martínez B, Álvarez Pérez S

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

## Ámbito del caso

Mujer de 27 años natural de Mali, residente en España desde hace dos meses.

## Motivos de consulta

Primera visita. Nos presentamos y le damos la bienvenida. Habla bambara y francés. Realizamos la entrevista con ayuda del servicio de teletraducción.

## Historia clínica

Inició su ruta migratoria hace cuatro meses desde Mali hasta Mauritania, desde donde llegó en cayuco a Gran Canaria y finalmente a la península.

## Enfoque individual

No tiene alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés. Asintomática en el momento actual y exploración física inicial sin alteraciones.

## Enfoque familiar y comunitario

Actualmente vive con sus dos hijas de seis y dos años. Las menores ya están escolarizadas y ella se encuentra en búsqueda activa de empleo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Atención sanitaria inicial a la mujer migrante.  
Cribado asintomático inicial.  
Mutilación Genital Femenina (MGF).

## Tratamiento, planes de actuación

Explicamos que siguiendo el protocolo de atención al migrante y atendiendo al lugar de procedencia, vamos a solicitar una analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, perfil

hepático y metabolismo del hierro, sedimento urinario, parásitos en heces y serologías de VIH, VHB, VHC y sífilis. La paciente entiende, acepta y programamos nueva revisión.

## Evolución

En la siguiente visita le informamos sobre la normalidad de los resultados. Aprovechamos e indagamos sobre su historia obstétrica y esfera sexual. No siguió controles del embarazo; a menudo presenta dispareunia y falta de placer cuando mantiene relaciones sexuales. Niega antecedentes previos de ITS. Al preguntarle por si ha sufrido el "corte" en su país, asiente avergonzada. Nos da permiso para explorarla. Presenta un tipo IIb de MGF. Huyó de su país para evitar que sus hijas sufrieran esta práctica violenta.

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

Para realizar una adecuada asistencia sanitaria al paciente migrante es fundamental conocer el país de procedencia, la ruta migratoria seguida, el tiempo de estancia en el país receptor y los cribados pertinentes. Mali es un país con una elevada tasa de MGF. Debemos formarnos, dejar constancia en historia clínica, conocer las consecuencias a largo plazo de esta práctica (problemas vaginales y sexuales, ITUs de repetición, trastornos ansiosos depresivos...), acompañar y ofrecer los recursos disponibles a su alcance. En este caso además, se contactó con la pediatra y trabajadora social del centro.

## Palabras clave

MGF, cribados, migrante.

# Doctora, me duelen las manos

Agüera Díaz E<sup>1</sup>, Sánchez Soto M<sup>2</sup>, Gil Cañete A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de La Vega. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

## Ámbito del caso

Vasculitis.

## Motivos de consulta

Lesiones en pulpejos de los dedos con fenómeno de Raynaud.

## Historia clínica

Varón de 64 años.

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

Hábitos tóxicos: fumador de dos paquetes de tabaco al día desde hace más de 20 años. Bebedor ocasional.

FRCV: no HTA, no DM2, no DL.

*Antecedentes personales:* en seguimiento por salud mental por un cuadro ansioso - depresivo en tratamiento con sertralina y lorazepam.

IQX: colecistectomía y fractura de peroné.

## Enfoque individual

Estudiamos al paciente desde sus factores de riesgo cardiovascular como son el ser fumador más la sintomatología vascular periférica que padece.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente, además de beneficiarse de un estudio pormenorizado de su patología vascular, se realizó una intervención del hábito tabáquico con citisina con mucho éxito.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Vasculitis vs enfermedad de Buerger (en seguimiento por Medicina Interna actualmente).

## Tratamiento, planes de actuación

1. Intervención para cese de hábito tabáquico.

2. Se solicita analítica de sangre con numerosos parámetros entre los que se incluye anticuerpos contra enfermedades reumatológicas.

3. Se deriva a Medicina Interna con sospecha de enfermedad de Buerger o tromboangiítis obliterante.

4. En el contexto de la derivación y previa a la cita, el paciente debuta con una bursitis oleocraniana de 6 meses de evolución que no mejora con tratamiento sintomático, las cuales desarrollan unas colecciones líquidas bilaterales e incluso supuración en el codo derecho. Es intervenido quirúrgicamente por parte de COT.

5. En consulta de Medicina Interna se realiza capilaroscopia con resultados muy patológicos y angioTAC de MMSS donde se objetiva oclusión de vasos arteriales de MMSS y MMII, compatible con vasculitis a estudio (descartando enfermedad de Buerger).

## Evolución

El paciente ha mejorado su sintomatología de la bursitis tras la intervención y está en estudio por esas vasculitis por medicina interna.

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

El seguimiento y conocimiento del paciente de una forma integral, sabiendo su patología de base a penas inexistente, sus condiciones laborales estresante por los que está en seguimiento por salud mental y su adicción a la nicotina, se ha beneficiado de un tratamiento no solo de su patología sino de las futuras complicaciones intrínsecas del tabaco.

## Palabras clave

Tabaco, bursitis, vasculitis.

# La importancia del diagnóstico diferencial

Mota Gavilán I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Varón de 56 años que acude a la consulta por mareos y visión doble de dos días de evolución.

## Historia clínica

Varón de 56 años que acude a consulta por mareos con giro de objetos y visión doble de dos días de evolución. Refiere que se acompaña de inestabilidad en la marcha y náuseas sin vómitos.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:*

- No RAMC conocidos.
- FRCV: HTA. DLP sin tratamiento oral.
- Hábitos tóxicos: fumador 1 paq. al día desde los 17 años. Niega alcohol.
- Cefalea en racimos.
- Vida basal previa: IABVD.
- Tratamiento domiciliario: HCTZ 12.5 mg/olmesartán 20 mg 1 comp. en desayuno, Serc®, omeprazol 20 mg.

*Exploración:*

- AEG, COC, BHYP. Glasgow 15/15.
- TA 140/90 mmHg
- FC 77 lpm
- SatO<sub>2</sub> 95%
- ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Al realizar la exploración neurológica pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, fuerza y

sensibilidad conservada en todos los miembros sin claudicación, campimetría normal, dismetría más acentuada en MSD, marcha atáxica.

## Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de vértigo de origen central.

Vértigo periférico VS vértigo de origen central.

## Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue derivado a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

## Evolución

El paciente se realizó TAC y angio TAC de cráneo presentando ictus isquémico en territorio de PICA bilateral y de ACM derecha.

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

En Atención Primaria la sensación de mareo es un motivo de consulta muy frecuente, por lo que es muy importante plantear el diagnóstico diferencial y realizar una buena exploración física, ya que en ciertas patologías es clave el diagnóstico rápido debido a que su pronóstico depende del tiempo.

## Palabras clave

Mareo, vértigo periférico, vértigo central.

# La funcionalidad debe ser siempre la última causa. Propósito de un caso

Hitos González C<sup>1</sup>, Domínguez Quintero B<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Palpitaciones y poliartralgias.

## Historia clínica

Mujer de 49 años, sin alergias medicamentosas conocidas, único antecedente de interés episodio depresivo tras fallecimiento de madre. Negaba dolor torácico disnea o recorte de diuresis. No toma de excitantes ni inicio de fármacos nuevos.

Se solicitó electrocardiograma y analítica con hemograma:

- EKG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje normal, PR normal y constante, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.
- Analítica: TSH 0.005, T4 2.43. Resto normal.

## Enfoque individual

Trabaja como teleoperadora.

## Enfoque familiar y comunitario

Casada, vive con su marido y sus dos hijos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipertiroidismo a estudio.

Trastornos asociados a hiperfunción tiroidea (enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico, hipertiroidismo inducido por yodo, adenoma hipofisario secretor de TSH, resistencia hipofisaria a TSH, tumor trofoblástico, hiperémesis gravídica, fármacos) y no asociados (tiroiditis subaguda, uso de

amiodarona, inhibidores de tirosina cinasa, uso de inmunoterapia, tirotoxicosis facticia, estruma ovárico, metástasis funcionantes de cáncer de tiroides).

## Tratamiento, planes de actuación

Se realizó interconsulta a Endocrinología, se inició metimazol 15 mg al día y se amplió analítica con anticuerpos. Previamente había realizado tratamiento con vortioxetina 10 mg y alprazolam 500 mcg de rescate si clínica ansiosa.

## Evolución

La paciente ha mejorado clínicamente tras tratamiento con antitiroideo, reduciendo su ansiedad.

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

Se siguen encontrando casos hospitalarios de tirotoxicosis graves que podrían haber sido diagnosticadas y tratadas de forma precoz.

Se nos plantea la dificultad de informar de un diagnóstico que tiene un pronóstico desconocido, por lo que es importante mejorar las habilidades de comunicación con los pacientes.

Posibles líneas de investigación que se plantean: asociación entre hipertiroidismo y trastornos de ansiedad y depresión y coste-efectividad de cribado de hipertiroidismo en pacientes con ansiedad.

## Palabras clave

Hipertiroidismo, metimazol, taquicardia.

# Síndrome de Charles Bonnet: a propósito de un caso

Silva Domínguez M, Domínguez Bejarano L, Rodríguez Cecilia A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Alucinaciones visuales.

## Historia clínica

Mujer de 90 años que acude a nuestra consulta porque presenta alucinaciones visuales autolimitadas de unos 10 minutos de duración desde hace una semana aproximadamente.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* hipertensión arterial, degeneración macular exudativa en tratamiento por parte de Oftalmología con inyecciones intravítreas y polimialgia reumática.

*Exploración física:* buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Afebril.

*Exploración neurológica:* pares craneales normales, sin pérdida de fuerza ni alteraciones sensitivas. Marcha normal. Glasgow 15.

*Exploración psicopatológica:* discurso coherente y fluido, juicio de realidad conservado. Reconoce alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones visuales de forma ocasional.

*Pruebas complementarias* solicitadas desde Atención Primaria:

- Analítica elemental con hemograma y bioquímica normales.
- Estudio de orina: anodino.
- Serología negativa.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés.

## Enfoque familiar y comunitario

Viuda desde hace 5 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive sola y cuenta con ayuda de cuidadora por las mañanas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

La principal sospecha diagnóstica ante la ausencia de signos de patología infecciosa subyacente sería la del inicio de un deterioro cognitivo.

Sin embargo, teniendo en cuenta los antecedentes personales de la paciente podemos resaltar la degeneración macular exudativa. Tras haber descartado otro tipo de patología orgánica podemos realizar el diagnóstico de síndrome de Charles Bonnet.

## Tratamiento, planes de actuación

En nuestro centro de Atención Primaria comenzamos el estudio y realizamos la evaluación neuropsicológica en la cual se determina que no existen signos de deterioro cognitivo. Realizamos teleconsulta a Medicina Interna que solicita TAC de cráneo donde lo único que se aprecian son cambios degenerativos acordes a la edad de la paciente.

## Evolución

Explicamos la etiología del proceso y pautamos tratamiento con antipsicótico. Indicamos a su vez importancia de mantener seguimiento por parte de Oftalmología.

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

El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales en pacientes con estado cognitivo conservado y un importante deterioro de la agudeza visual.

Aportar una información adecuada al paciente y su familia, mejorar sus condiciones de vida, tratar la causa del déficit visual si es posible o el síndrome ansioso secundario son fundamentales para un tratamiento integral.

## Palabras clave

Síndrome, TAC, Alucinaciones.

# Es hora de coger el ecógrafo

Gavilán Martínez M<sup>1</sup>, Durán García C<sup>2</sup>, Cruz Briega A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de Las Nieves. Sevilla  
<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de las Nieves. Sevilla

## Ámbito del caso

Servicio Urgencias Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea, malestar general y dolor en hemitórax izquierdo.

## Historia clínica

Paciente de 71 años que acude al SUAP por cuadro de disnea, malestar general y dolor en hemitórax izquierdo de perfil pleurítico de 1 semana de evolución. niega fiebre, tos, expectoración o mucosidad.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:*

- RAM: codeína.
- No hábitos tóxicos.
- DM tipo 2.
- Linfoma no Hodgkin Folicular en remisión.
- Implante de marcapasos definitivo DDD por BAV de segundo grado y DAI por miocardiopatía dilatada. Insuficiencia mitral moderada.

*Exploración física:*

- Taquipnea en reposo sin tiraje. TA 103/65. FC 75lpm. SatO<sub>2</sub> 95%.
- ACR: Marcada hipofonesis en base de hemitórax izquierdo.
- No edemas en miembros.

Se realiza ecografía clínica en consulta con hallazgo de derrame pleural izquierdo y ligero derrame pericárdico.

*Pruebas complementarias.*

- Analítica: 15.28 leucocitos con 75% PMN, Hb 11.1 N/N. Plaquetas 500.000. Bioquímica: destaca proBNP 1606 y PCR 163.
- RX Tórax: cardiomegalia, DAI, derrame pleural izquierdo.
- TAC toraco abdominal: derrame pleural izquierdo moderado. Derrame pericárdico ligero. Sin signos de neoplasia.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin interés para el caso.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* disnea secundaria a derrame pleural izquierdo.

*Diagnóstico diferencial:* derrame pleural izquierdo por insuficiencia cardíaca. Descompensada/paraneoplásico/secundario a patología reumatológica/paraneumónico.

## Tratamiento, planes de actuación

Se procede a traslado a Servicio de Urgencias Hospitalarias, desde allí ingresa en planta de Neumología para filiar origen del derrame pleural y pericárdico.

## Evolución

Durante ingreso se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora con hallazgo de líquido pleural tipo exudado, se sospecha origen paraneumónico por lo que se instaura tratamiento diurético y antibiótico con buena evolución. Alta tras 4 días de ingreso vuelve a reingresar por fiebre a los 3 días. Se mantiene ingresada durante 4 días más con tratamiento antibiótico, buena evolución y alta posterior. Ecocardio durante ingreso con resolución de derrame pericárdico.

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

Este caso nos muestra la utilidad y aplicabilidad que puede tener la ecografía en Atención Primaria. Podemos observar como a partir de dos cortes simples hemos alcanzado un diagnóstico rápido de derrame pleural y pericárdico a nivel extrahospitalario, facilitándonos la toma de decisiones. Por otra parte puede evitar el retraso diagnóstico y posibles complicaciones derivadas, resultando esto en un gran beneficio para nuestros pacientes.

## Palabras clave

Disnea, derrame pleural, ecografía clínica.

# Síndrome de Cushing iatrogénico e insuficiencia suprarrenal asociada

Silva Domínguez M, Domínguez Bejarano L, Rodríguez Cecilia A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

## Ámbito del caso

Consulta.

## Motivos de consulta

Refiere notarse la fascies redondeada, hirsutismo y acné.

Refiere astenia y aparición de estrías violáceas en la cintura. Niega aumento de peso. Niega alteraciones menstruales.

## Historia clínica

Paciente de 20 años con antecedente de artritis idiopática Juvenil oligoarticular desde los 3 años, en tratamiento actual con etanercept 25 mg cada 5 días.

A raíz de un brote de artritis en rodilla izquierda con infiltración de triamcinolona + mepivacaína el 28/10/24 en las siguientes 2 semanas.

Refiere que esta infiltración es la primera en los últimos 4 años. Niega consumo de corticoide exógeno.

## Enfoque individual

Se detecta niveles de cortisol sérico <1mmol.

Niveles de Potasio normales.

Se remite a Endocrinología de zona para valoración.

## Enfoque familiar y comunitario

Se informa tanto a la paciente, como a su madre la necesidad de remitirla a Endocrinología.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de Cushing Iatrogénico.

Eje hipofisario suprimido con cortisol y ACTH bajos.

Síntomas de probable insuficiencia suprarrenal asociado.

## Tratamiento, planes de actuación

En caso de enfermedad aguda leve, como infecciones respiratorias, viriasis, deben aumentar o triplicar la dosis 2-3 días sin necesidad de consultar al médico.

Si por ejemplo, la medicación previa era hidrocortisona 20 mg pasará a tomar 60 mg/día Si empeora en estos 3 días consultar al médico que valorará si precisa otro tratamiento (por ejemplo: antibiótico). Si presentara náuseas o vómitos sin tolerancia oral acudir a urgencias ya que precisarán corticoides vía parenteral a más altas dosis. La dosis inicial habitual es hidrocortisona (100 mg) medio vial im (50 mg)/12 horas. En caso de duda o empeoramiento remitir de forma urgente a centro hospitalario.

## Evolución

Endocrinología solicita análisis con:

- Dehidroepiandrosterona sulfato 12.6 \* µg/dl.
- Cortisol 1.0 µg/dl.
- Corticotropina (ACTH) 2.5 \* pg/ml.

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

El diagnóstico de SC es complejo, presentando niveles de cortisol sérico elevados. Sin embargo, cuando es por administración exógena de corticosteroides, los niveles séricos y de cortisol urinario serán bajos como ocurría en nuestro caso. Revisando la literatura se informan casos de síndrome Cushing después de infiltración con triamcinolona en niños, con persistencia de síntomas incluso 9-12 meses después del inicio de la clínica.

## Palabras clave

Cushing disease, adrenal insufficiency, glucocorticoids.

# Hematuria: no todo es patología banal

Fernández Álvarez L<sup>1</sup>, Aragón García J<sup>1</sup>, Buendía Corro M<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

Consulta de Atención Primaria, especializada y hospitalaria.

## Motivos de consulta

Hematuria.

## Historia clínica

Varón de 68 años que acude por molestias urinarias, desde ayer, sensación de disuria al orinar. Con aumento de la frecuencia miccional. Afebril, no náuseas ni vómitos.

## Enfoque individual

**Antecedentes Personales:** cardiopatía isquémica con colocación de Stent en 2013. No alergias medicamentosas conocidas. No fumador.

En tratamiento con doble antiagregación (clopidogrel y AAS).

Se realizó abordaje individual del paciente ante macrohematuria con coágulos desde el mes y medio previo con clínica urinaria asociada.

Se diagnosticó infección urinaria que se trató. Tras resolverse el cuadro infeccioso, el paciente volvió a acudir por molestias urinarias nuevamente, destacando hematuria de nuevo en sedimento urinario.

BEG, hemodinámicamente estable, bien perfundido e hidratado, COC, eupneico en reposo, sin tiraje ni uso de musculatura accesoria.

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, no dolorosos a la palpación, no datos de irritación peritoneal. Blumberg negativo. Murphy negativo. Puño percusión renal bilateral negativa.

Se le realiza Combur test: leucocitos:+; sangre:+. Uroanálisis negativo. Se realizó derivación a Urología de forma preferente.

## Enfoque familiar y comunitario

Profesor jubilado. Casado con 2 hijos. Buen nivel socio-económico. Buena relación y apoyo familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hematuria.

*Diagnóstico diferencial:* infección urinaria, patología neoplásica, patología uretral, patología urotelial, patología prostática.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza cistoscopia en hospital de referencia siendo negativa, solicitándose Uro TAC que describe como lesión sospechosa de neoplasia del tracto urinario superior en pelvis renal izquierda. No adenopatías sospechosas. Radiografía de tórax sin lesiones evidentes.

A petición del paciente, es intervenido en otro hospital con intervención quirúrgica de nefroureterectomía izquierda laparoscópica con desinfección endoscópica, disección del pedículo renal con disección del riñón y suprarrenal izquierda con abordaje laparoscópico. evolución favorable posterior.

## Evolución

Informe de anatomía patológica de neoplasia de epitelio urotelial, encapsula bien delimitado, estadio III.

Actualmente la nefrectomía es terapéutica, no precisando de tratamiento quimioterápico con seguimiento trimestral por Oncología.

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

La sintomatología miccional es un signo frecuente en Atención Primaria que nos puede indicar, en ocasiones, la presencia de una enfermedad grave, en aproximadamente de 1:45 personas que acude, especialmente en personas de más de 55 años. La hematuria detectada en tira reactiva debe confirmarse en sedimento.

## Palabras clave

Hematuria, primary care, diagnosis.

# "La tiritona de siempre doctor"

Madrid Martos P<sup>1</sup>, Fuentes García M<sup>2</sup>, Girón Crespo C<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana. HU Virgen de las Nieves. Granada

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Salvador García Caballero. HU Virgen de las Nieves. Granada

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Huétor-Tájar. HU Virgen de las Nieves. Granada

## Ámbito del caso

Consulta de urgencias.

## Motivos de consulta

Síndrome miccional asociado a tiritona.

## Historia clínica

Paraplejía EEII secundaria a lesión medular por fractura D3-D4.

Vejiga neurógena en paciente que se realiza auto-sondajes intermitentes en seguimiento por Urología.

ITU's de repetición.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* paciente de 48 años con los antecedentes descritos acude por presentar síndrome miccional con pico febril de hasta 39.5° con tiritona, refiere orinas oscuras.

*Exploración:* COC, NH, NP Y NC. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no signos de peritonismo. Blumberg negativo, Rovsing negativo, Murphy negativo. PPRb negativa

*Pruebas complementarias:* no leucocitosis, PMN: 94% BQ: con ionograma en rango. AST 366, ALT 386, PCR: 55 procalcitonina: 89, orina: leucocitos positivos. GSV: pH: 7.269, Ac. Láctico: 4.6 PCO2: 44.8.

## Enfoque familiar y comunitario

La posibilidad de tratar por segunda vez al mismo paciente que ya se había tratado con anterioridad, siendo un paciente complejo por los antecedentes personales que refería asociado a un proceso infeccioso de repetición

como eran las sepsis que el paciente estaba asociado debido a los numerosos sondajes intermitentes que el paciente se realizaba así mismo, hace que sea un caso con alta complejidad por el manejo de una situación personal grave en un paciente joven.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sepsis urinaria.

Diagnóstico diferencial: sepsis abdominal.

## Tratamiento, planes de actuación

1500 ml SSF.

Paracetamol iv.

Metamizol iv.

Ertapenem iv.

Se solicita urocultivo.

## Evolución

El paciente pasa a sala de observación, para control estrecho de la sintomatología.

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

No dar por hecho que síntomas habituales en los pacientes nos tienen que evitar realización de pruebas complementarias, este mismo paciente se podría ver en una consulta de Atención Primaria y si no se le diera la importancia a esa tiritona habitual que el paciente nos comentaba no se hubieran hecho las pruebas pertinentes.

## Palabras clave

Sepsis, paraplegia, antibiotic.

# Una anamnesis detallada, puede marcar la diferencia

Rodríguez Gómez R<sup>1</sup>, Valero Gutiérrez Á<sup>1</sup>, Marcos Sánchez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva  
<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Cefalea refractaria a tratamiento.

## Historia clínica

Mujer de 50 años, derivada de su centro de salud, que acude por clínica de cefalea holocraneal de inicio súbito. Asocia náuseas y vómitos, con relajación de esfínteres. No pérdida del conocimiento ni visión borrosa. No dolor torácico ni disnea. En su centro de salud se administra ketorolaco y metoclopramida, sin mejoría clínica.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no RAMc, no FRCV, no patología de interés, no realiza tratamiento domiciliario.

*Exploración física:* REG. CYO. Afebril. Eupneica. TA:125/81; FC:81lpm; SaO<sub>2</sub>:96% A/a.

ACP. Tonos rítmicos. MVC. No ruidos.

NEURO: PINLA, MOEC, no nistagmo, PPCC conservados. Balance muscular 5/5, No pérdida de sensibilidad, Romberg NEG, No alteración de la marcha. Glasgow 15.

Plan:

- Se canaliza VPP y se administra dexketoprofeno 25 mg + metamizol 2g + yatrox iv.
- HBC sin alteraciones.
- TC cráneo sin contraste: HSA difusa de predominio central (grado 3 de Fisher modificada) secundaria a rotura de aneurisma de ACoA.

## Enfoque familiar y comunitario

Independiente ABVD.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio Clínico:* HSA aneurismática Fisher III, secundaria a ruptura de aneurisma de ACoA.

*Diagnóstico diferencial:* Migraña, patología intracraneal, cefalea tensional.

## Tratamiento, planes de actuación

Se contacta con neurocirugía HUVR, donde nos indican traslado de la paciente al HUVR para el tratamiento de la misma.

## Evolución

Se realiza arteriografía pudiendo lograrse embolización completa del aneurisma, pero como incidencia, se produce la migración del packing de coils al segmento A2 de la ACA izquierda. Se repermeabiliza la arteria y pasa a la URPA.

Inicia con afasia y bradicardia, se repite TAC de cráneo urgente y se objetiva infarto establecido en territorio de la ACA izquierda con edema perilesional y efecto masa del mismo. Se decide ingreso en UCI.

La paciente presenta Hemiplejía derecha + afasia motora.

Actualmente incluida en tratamiento Rhb intensivo.

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

Nos encontramos con una paciente inicialmente tratada por brote de migraña, donde resultó evidenciarse en TAC una HSA. La paciente acudía sin focalidad neurológica, por medios propio, describiendo el dolor de cabeza más intenso de su vida.

Al indagar en la anamnesis, destacó relajación de esfínteres, dato que nos llevó a pensar en patología aguda intracraneal. Además de la refractariedad al tratamiento previamente administrado. No toda cefalea se resuelve únicamente con tratamiento. Es necesario realizar una anamnesis detallada, puede marcar la diferencia.

## Palabras clave

Cefalea, hemorragia subaracnoidea, dolor.

# Hipotiroidismo subclínico en Atención Primaria: detección oportuna en paciente asintomática

de la Rosa Muñoz D<sup>1</sup>, Real Ojeda R<sup>2</sup>, Brenes Brenes M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de La Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de La Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

<sup>3</sup> H San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 29 años, mujer, que acude para la revisión de resultados de una analítica rutinaria.

## Historia clínica

La paciente no presenta síntomas al momento de la consulta. No refiere cambios recientes en su estado de salud, ni signos sugestivos de disfunción tiroidea como fatiga, aumento de peso, intolerancia al frío, alteraciones menstruales, ni cambios en el estado de ánimo.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no patologías previas relevantes, no antecedentes familiares de enfermedad tiroidea conocidos.

*Anamnesis:* asintomática en el momento de la consulta.

*Exploración física:* signos vitales normales, exploración tiroidea sin hallazgos patológicos, sin bocio ni adenopatías.

*Pruebas complementarias:*

- TSH: 15.36 µUI/ml (elevada, valor normal 0.35 - 4.94).
- Tiroxina libre (T4L): 0.64 ng/dl (disminuida, valor normal 0.70 - 1.50).
- Triyodotironina libre (T3L): 3.80 pg/ml (normal, valor normal 1.58 - 3.91).
- Ac anti-peroxidasa tiroidea: 98.0 UI/ml (elevados, valor normal ≤ 5.6).

## Enfoque familiar y comunitario

No hay antecedentes familiares de enfermedad tiroidea conocidos. Se recomienda indagar antecedentes en familiares cercanos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hipotiroidismo subclínico o clínico debido a tiroiditis autoinmune (Hashimoto).

Otras causas menos probables: disfunción hipotalámico-hipofisaria, deficiencia de yodo (poco frecuente en países desarrollados), fármacos.

## Tratamiento, planes de actuación

Confirmación del diagnóstico con una segunda determinación de TSH y T4L en 4-6 semanas.

Inicio de tratamiento con levotiroxina en caso de hipotiroidismo clínico o según criterios en hipotiroidismo subclínico.

Seguimiento periódico en Atención Primaria para monitorización de los niveles hormonales y ajuste terapéutico.

## Evolución

A la espera de la confirmación diagnóstica, se inicia tratamiento sustitutivo.

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

La detección temprana de hipotiroidismo permite instaurar tratamiento precoz y prevenir complicaciones.

Es fundamental evaluar los antecedentes familiares y el contexto clínico antes de iniciar tratamiento.

La Atención Primaria juega un papel clave en el seguimiento y manejo del hipotiroidismo.

## Palabras clave

Hipotiroidismo subclínico, atención primaria, tiroiditis autoinmune.

# De la exacerbación a la toxicidad: cuando la solución crea el problema

Valero Gutiérrez Á, Aguilar Peña L, Rodríguez Gómez R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Vómitos y dolor abdominal.

## Historia clínica

10 días previos al episodio actual en CCEE de Medicina Interna se modificó tratamiento por nefrotoxicidad de tacrolimús a metrotexato y se aumentó dosis de prednisona por reagudizaciones de LES.

## Enfoque individual

Mujer de 71 años inmunodeprimida con metrotexato por LES, HTA, ERC grado 3A, anticoagulada con Apixabán por FA paroxística, y hernias de Schmorl multinivel con protrusiones discales.

Tras ser valorada en domicilio por médico de guardia de su centro de salud es derivada a urgencias hospitalarias por cuadro de vómitos biliosos y dolor abdominal difuso sin fiebre ni cambio de hábito intestinal de 3 días de evolución, no relacionados con la ingesta junto a recorte de diuresis. El cuadro comenzó tras iniciar tratamiento con metformina/sitagliptina por hiperglucemia en última analítica tras aumentar dosis de prednisona días previos.

EF: palidez cutánea, deshidratación de mucosas con signo de pliegue positivo e intolerancia a la deambulación. Hipotensión 85/55 mmHg y náuseas en consulta. Resto de exploración anodina.

En gasometría destaca: Lac 3 mmol/L, Na 127 K 4 ; bioquímica: creatinina 3.52, FG 12 mL/min, lipasa 153, amilasa 249; sistemático de orina: creatinina 73.4 y sodio 26. EFNa 0.97%.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive con su hermana. Parcialmente DABVD por limitación de movilidad.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Diagnóstico diferencial:* intoxicación farmacológica vs GEA vs pancreatitis aguda.

ERC G3bA2 agudizada prerrenal por pérdidas digestivas (KDIGO-AKI II).

Síndrome emético agudo de origen farmacológico.

Hiponatremia hipovolémica moderada.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras administración ondansetrón y 1500 ml de SSF al 0.9%, con una diuresis en 12 horas de 150 cc, se procede al ingreso en Medicina Interna.

## Evolución

Mejoría clínica de náuseas con diuresis de 1600 cc/día. Al alta se suspendió metformina e inició empagliflozina.

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

Destacar el papel del médico de guardia ante el criterio de derivación a hospital por los antecedentes de nefrotoxicidad y pluripatología de la paciente con la sospecha de intolerancia a metformina. También resaltar la necesidad de revisar el FG antes de inicio de antidiabéticos y fármacos que precisen ajuste y optimizar el tratamiento de la hiperglucemia inducida por corticoides con insulino terapia basal + bolo si la situación se cronifica.

## Palabras clave

Vómitos, Intoxicación, Insuficiencia renal.

# “Entre las sombras del trauma: descubriendo el síndrome de Sudeck”

Lavarda Méndez P<sup>1</sup>, Geniz Rodríguez L<sup>2</sup>, Barco Núñez P<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Enfermera de MFyC. Universidad de Sevilla. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 53 años que acude a su enfermera referente del centro de salud debido a una herida en el antebrazo, ocurrida tras la retirada de una férula de inmovilización.

## Historia clínica

La paciente había sido dada de alta por el servicio de Traumatología tras haber presentado una fractura de radio tras una caída, intervenida quirúrgicamente e inmovilizada con férula. En las revisiones realizadas por Traumatología, según consta en la historia clínica, la paciente refería de manera continua dolor intenso, sin embargo, se menospreció dicho dato.

## Enfoque individual

Durante la evaluación realizada por la enfermera, se observó una coloración anómala en la mano, junto con piel brillante, edema y sudoración anormal. Ante estos hallazgos, se derivó a la paciente a su médico, quien solicitó una radiografía de manos comparadas con el fin de evaluar el posible diagnóstico de síndrome de Sudeck. En la radiografía bilateral de manos, se detectó descalcificación en la mano afectada.

## Enfoque familiar y comunitario

La pérdida de autonomía y la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria sumada a la situación de vivir sola requieren fortalecer la red de apoyo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tras la valoración clínica y la realización de pruebas de imagen, se determina el diagnóstico de síndrome de Sudeck. Previamente, se realizó el diagnóstico diferencial con la atrofia por desuso, descartando la misma.

## Tratamiento, planes de actuación

Confirmado el diagnóstico, se establece la necesidad de un tratamiento rehabilitador prioritario, centrado en las intervenciones oportunas para optimizar la recuperación y prevenir posibles complicaciones, como la “mano en garra”. Además, se incluirá un tratamiento específico para el manejo del dolor neuropático.

## Evolución

Progresión favorable con el tratamiento rehabilitador prolongado.

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

El síndrome de Sudeck es un trastorno poco conocido y, en ocasiones, infradiagnosticado. Es fundamental un reconocimiento precoz, ya que ello mejora el pronóstico funcional y favorece la recuperación. La intervención multidisciplinar, con la participación activa del personal de enfermería, es crucial en el equipo de Atención Primaria. Asimismo, resulta prioritario proporcionar formación específica a las enfermeras que desempeñan sus funciones en las consultas de Traumatología (salas de yesos) sobre esta patología, con el fin de optimizar su identificación.

## Palabras clave

Distrofia simpática refleja, síndrome de dolor regional complejo, osteoporosis postraumática.

# Reacción cutánea en primoinfección por VIH

Piñero del Rosario I<sup>1</sup>, Guerrero Martinez C<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

Prurito genital.

## Historia clínica

Mujer de 57 años que en consulta telefónica informa de prurito en zona genital y disuria. Se recomienda acudir de manera presencial para exploración y realización de pruebas complementarias pero lo rechaza. Se pauta tratamiento sintomático con clotrimazol en crema y en óvulos vaginales. Acude a los 4 días presencialmente por quemazón en zona íntima.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* IABVD. NAMC. Fumadora de un paquete diario. No hábito enólico. Cardiopatía isquémica. SCACEST anterior en 2018, revascularizada DA media. Aquinesia y aneurisma apical con FEVI deprimida.

*Anamnesis:* la paciente refiere intensa quemazón en genitales, achacándolo a reacción secundaria a tratamiento vaginal. No otra sintomatología. Niega relaciones sexuales de riesgo.

*Exploración:* numerosas úlceras en labios mayores y menores y clítoris.

*Pruebas complementarias:* exudado de úlceras.

## Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Sospecha clínica:* herpes simple tipo 2.

*Diagnóstico diferencial:* otras infecciones de transmisión sexual.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pauta valaciclovir 1 g cada 8 horas durante 7 días y pomada de Blastoestimulina® para la zona genital.

## Evolución

A los 10 días de pautar valaciclovir la paciente acude a revisión con clara mejoría clínica y práctica resolución de las úlceras genitales. Se informa de resultado de exudado vaginal que es negativo para herpes simple y otras ITS. Se insiste en la posibilidad de haber tenido contactos sexuales de riesgo, afirmando que sí había mantenido relaciones sin protección un mes anterior. Se completa cribado de ITS con serología infecciosa que resulta positiva para VIH. Se deriva a consulta de Enfermedades Infecciosas para valoración e inicio de tratamiento antiviral.

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

Recordar la importancia de que al encontrarnos ante patologías genitales debemos insistir en los posibles contactos sexuales de riesgo, así como realizar un cribado completo de ITS que incluya despistaje de VIH.

## Palabras clave

Prurito vaginal, herpes genital, VIH.

# Cefalea de reciente aparición en el contexto de hipertensión arterial

González Mata A, Jiménez Arteaga C, Guerrero Pérez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Cefalea de reciente aparición.

## Historia clínica

Varón de 58 años que pone aviso a domicilio por cefalea holocraneal opresiva de una semana de evolución. Es dependiente de unos grandes almacenes y en la temporada de Navidad están sometidos a un gran estrés.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* niega. No cefaleas en su juventud.

*Exploración física:* TA 150/95 mmHg. Exploración neurológica normal. Resto anodino.

## Enfoque familiar y comunitario

Independiente para ABVD. Vive solo. Soltero sin hijos

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Cefalea como sintomatología de aparición de hipertensión arterial.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras acudir a su médico de familia y objetivar cifras tensionales diarias hipertensivas, se inicia enalapril 10 mg.

## Evolución

Reconsulta en urgencias: cefalea de un mes de evolución, hemicraneal derecha opresivo punzante que ha empeorado en los últimos días. Asocia náuseas y mareos.

Exploración neurológica: leve disimetría en miembro superior izquierdo. Déficit campimétrico OI. Lentitud movimientos.

*Pruebas complementarias:*

TC cráneo: LOE cerebral con efecto masa y desviación línea media sugestivo de metástasis de primario desconocido.

Ingreso en Interna (no otras mtx ni localización de tumor primario).

Neurocirugía 29/02: resección LOE (anatomía patológica mtx melanoma BRAF mutado) + oncoRT RT intención curativa.

Pendiente valoración por Dermatología (no lo ha valorado durante todo su proceso oncológico).

En mayo, acude a urgencias por episodio de deterioro del estado general, desorientación y pérdida de AV de 15 días de evolución.

TC cráneo: 3 lesiones metastásicas cerebrales con hemoventrículo y herniación transtentorial descendente.

Body-TC: Mtx hepáticas y pulmonares.

Dado de alta con intención paliativa en domicilio. Dependiente para ABVD. Se muda con su padre de 94 años, cuidador principal, sobrepasado por la situación y con imposibilidad para otorgarle los cuidados necesarios. Se activa hospitalización domiciliaria y se programa ingreso por claudicación familiar. Éxito en mayo de 2024.

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

La importancia en la anamnesis y exploración física en el diagnóstico de cefaleas en Atención Primaria.

La importancia de la situación sociofamiliar en el ámbito paliativo para proporcionar los cuidados necesarios.

El papel de la hospitalización domiciliaria en el ámbito extrahospitalario y como vía de facilitación comunicación extrahospitalaria-hospitalaria.

## Palabras clave

Cefalea, hipertensión arterial, metástasis cerebrales.

# Doctor, veo doble

Celis Romero M<sup>1</sup>, Benítez Martos Á<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Federico Castillo. Jaén

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Diplopía.

## Historia clínica

Varón de 29 años que consulta por diplopía binocular desde hace 2 días de inicio brusco, que desaparece con visión monocular. Asocia sensación de mareo inespecífico. Niega semiología infecciosa. No cefalea ni fiebre.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* no tratamiento activo. Destaca episodio de similares características con resolución espontánea hace 4 años.

*Exploración:* no alteraciones del habla ni del lenguaje. Campimetría por confrontación sin alteraciones, PINLA y MOEC sin alteraciones objetivables a excepción de que refiere diplopía binocular vertical sin sacada correctiva aparente, aunque posible Bielschowsky positivo con la inclinación de la cabeza hacia la derecha. No asimetría facial. No claudicación en Barré ni Mingazzini. No alteración de fuerza ni sensibilidad. ROT simétricos y conservados. RCP flexor bilateral.

*Pruebas complementarias:* se realiza analítica sanguínea y TAC craneal sin alteraciones significativas.

## Enfoque familiar y comunitario

No antecedentes de interés.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de enfermedad desmielinizante. Descartar alteraciones iónicas y déficit de vitamina B12/fólico. Menos probable: linfoma, sarcoidosis.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante la sospecha de enfermedad desmielinizante, se contacta con Neurología que solicita RMN craneal y punción lumbar. En la RMN se observan imágenes de múltiples focos hiperintensos, ovoideos y puntiformes, de predominio en hemisferio cerebral izquierdo, con otras lesiones en lóbulo temporal derecho y en pedúnculo cerebeloso izquierdo, sugestivas de lesiones desmielinizantes por esclerosis múltiple. En la punción lumbar se detectan cadenas kappa libres y más de 2 bandas oligoclonales no presentes en suero. Se inicia tratamiento con corticoides orales con buena respuesta.

## Evolución

Actualmente el paciente se encuentra prácticamente asintomático a la espera de iniciar tratamiento modificador de la enfermedad.

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

La esclerosis múltiple es una de las principales enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, siendo una de las principales causas de discapacidad de origen no traumático en personas jóvenes. Presenta un gran abanico de síntomas, y su diagnóstico requiere el cumplimiento de una serie de criterios y la exclusión de otras posibles etiologías. La Atención Primaria desempeña un papel esencial en la detección precoz de alteraciones neurológicas en el paciente joven que hagan sospechar en una esclerosis múltiple, permitiendo el diagnóstico temprano de esta enfermedad.

## Palabras clave

Esclerosis múltiple, diplopía, examen neurológico.

# Ginecomastia por dutasterida en alopecia androgénica: manejo en Atención Primaria

de la Rosa Muñoz D<sup>1</sup>, Real Ojeda R<sup>2</sup>, Jiménez Almenara M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de La Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de La Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Varón de 31 años con historia de alopecia androgénica que consulta por ginecomastia tras inicio de tratamiento con dutasterida.

## Historia clínica

El paciente estaba en tratamiento con una fórmula magistral de minoxidil oral a dosis de 2 mg para alopecia androgénica y, tras valorar opciones terapéuticas, decide iniciar dutasterida 0.5 mg/día. Tras varias semanas de tratamiento, desarrolla ginecomastia, lo que motiva la retirada del fármaco. Además, el paciente expresa preocupación, ya que hace unos meses estuvo tomando esteroides para ganar masa muscular y teme que esto pueda haber influido en su situación actual.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* alopecia androgénica. Ciclos previos con esteroides anabólicos para ganancia muscular. Sin antecedentes patológicos relevantes.

*Anamnesis:* refiere aumento del volumen mamario bilateral sin dolor ni otros síntomas asociados.

*Exploración física:* aumento de volumen mamario bilateral con tejido glandular palpable, sin signos inflamatorios ni descarga por el pezón.

*Pruebas complementarias:* no se solicitaron en primera instancia, ya que la ginecomastia se vinculó al inicio de dutasterida.

## Enfoque familiar y comunitario

Sin antecedentes familiares de ginecomastia o patologías endocrinas conocidas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ginecomastia inducida por fármacos (relación temporal con dutasterida, inhibidor de la 5-alfa reductasa).

Otras causas menos probables:

Ginecomastia fisiológica (descartada por edad del paciente y relación con el fármaco).

Hiperprolactinemia, hipogonadismo o trastornos endocrinos (no se solicitaron pruebas adicionales dado el claro antecedente farmacológico).

Tumores testiculares o suprarrenales (descartado por ausencia de otros síntomas).

## Tratamiento, planes de actuación

Suspensión de dutasterida con mejoría progresiva de la ginecomastia.

Reevaluación a los 3-6 meses para confirmar involución del tejido glandular.

Valoración de otras estrategias terapéuticas para la alopecia androgénica.

## Evolución

Mejoría progresiva de la ginecomastia tras la retirada del dutasterida. No se reportaron recurrencias.

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

Importancia de la Atención Primaria en la identificación y manejo de efectos adversos de fármacos.

La ginecomastia es un efecto adverso conocido de los inhibidores de la 5-alfa reductasa, por lo que se debe advertir a los pacientes antes de iniciar tratamiento.

Necesidad de un seguimiento periódico tras la retirada del fármaco para evaluar la involución de los síntomas.

## Palabras clave

Ginecomastia inducida por fármacos, inhibidores de la 5-alfa reductasa, alopecia androgénica.

# Desenmascarando la tos crónica

Bolívar Escobar S<sup>1</sup>, Guerra Torre A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Tos de un año de evolución.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* no RAMC. Fumador de 30 cigarros/día durante 30 años (IPA 45 paq/año). EPOC GOLD 2A. Tratamiento con inhalador (LAMA + LABA) y SAMA de rescate.

*Anamnesis:* el paciente refiere tos de un año de evolución que se ha acentuado en el último mes. En ocasiones tos seca y en otras, expectorante. No acompañada de semiología de insuficiencia cardiaca, no síndrome constitucional. No fiebre, hemoptisis ni dolor costal.

*Exploración:* SatO<sub>2</sub>: 96%.

*Antecedentes personales:* BMV bilateral con roncus generalizados.

*Pruebas complementarias:*

- Rx Tórax: Sin hallazgos significativos.
- TAC tórax privado: nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo de 37x19 mm.
- PET-TAC: lesión apical pulmonar izquierda, hipermetabólica con centro necrótico/hemorrágico, sin evidencia de afectación linfática ni metástasis a distancia.
- Fibrobroncoscopia: no evidencia lesiones endobronquiales ni signos directos en ambos sistemas endobronquiales. Mucosa normal.
- EBUS: negativo.
- Anatomía patológica: granuloma necrotizante, Ziel Niesen positivo, linfadenitis reactiva.

## Enfoque individual

Seguimiento errático en Atención Primaria por no acudir a consultas.

## Enfoque familiar y comunitario

Natural de Rumanía, vive con su familia en domicilio.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

TBC pulmonar diagnosticada por AP de resección atípica de masa pulmonar en LSI: granuloma necrotizante Ziel niessen positivo.

Masa pulmonar en LSI de 37x19 mm sospechosa de neoplasia pulmonar (Estadio T2aN0M0, Estadio IB).

Nódulos pulmonares múltiples en LSD y LID el mayor de 6mm.

EPOC Gold 2<sup>a</sup>.

## Tratamiento, planes de actuación

En comité de tumores se decide derivación a cirugía torácica del HUVR para intervención quirúrgica diagnóstico-terapéutica. Realizando resección atípica de nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo (con ausencia de células malignas).

Posterior al conocimiento de AP negativa para malignidad, se inicia tratamiento para TBC pulmonar con rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol hidrocloreuro.

## Evolución

Presenta mejoría de la sintomatología. Actualmente en periodo de recuperación tras cirugía. Continúa seguimiento por Neumología.

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

Con este caso clínico me gustaría hacer un inciso en aquellos pacientes fumadores con diagnóstico de EPOC que presentan tos persistente ya que en algunas ocasiones pueden estar enmascarando otra patología subyacente. Debemos realizar una correcta anamnesis en cuanto a características de la tos, así como realizar pruebas complementarias cuando sea necesario. En cuanto a la tuberculosis es necesario tenerla en cuenta ya que está aumentando la incidencia en nuestra región.

## Palabras clave

Tuberculosis, neoplasia pulmonar, granuloma.

# Infiltración ecoguiada en Atención Primaria. Novedad o necesidad

Espiñeira Perrián J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 54 años acude a consulta por dolor en el hombro derecho de tres meses de evolución, que ha empeorado progresivamente e interfiere con sus actividades diarias y el sueño. Ha recibido tratamiento con AINEs con mejoría parcial. A la exploración, presenta dolor a la palpación en el troquiter, limitación a la abducción activa y signo de Jobe positivo.

## Historia clínica

Paciente sin antecedentes médicos de relevancia. Sin factores de riesgo cardiovascular. No alergias medicamentosas. No consumo de tóxicos. No antecedentes de salud mental. Empleo activo de administrativa. Aceptable círculo de apoyo sociofamiliar.

## Enfoque individual

La paciente refiere ver afectada su calidad de vida al percibirse más dependiente, y confía en la existencia de un tratamiento alternativo al realizado.

## Enfoque familiar y comunitario

Adecuado nivel socio familiar y cultural. Acude acompañada de su marido, aunque refiere ser ella la principal encargada del hogar a pesar de la limitación. La paciente atribuye los síntomas a su trabajo por requerir posiciones prolongadas que pueden predisponer a sobrecarga mecánica, pero no desea una incapacidad temporal.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* tendinitis del supraespinoso (M77.9).

*Diagnóstico diferencial:* capsulitis adhesiva (M75.0). Ruptura parcial del manguito rotador (M75.1). Síndrome de pinzamiento de hombro (M75.4). Artrosis glenohumeral (M19.011).

*Problemas:* dolor persistente que afecta funcionalidad, pudiendo precisas una incapacidad temporal o necesidad de mejorar la ergonomía laboral. Cronificación del dolor.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza ecografía en consulta observándose inflamación de tendón supraespinoso, y se procede a infiltración ecoguiada en bursa subacromial con metilprednisolona (40 mg) y lidocaína (1 ml al 2%). Se indican ejercicios de movilidad y fortalecimiento progresivo.

*Plan:* reevaluación en 3 semanas. Seguimiento telefónico en 7 días. Realizar ejercicios de fisioterapia en domicilio que entrego. Educación sobre higiene postural y ergonomía.

## Evolución

A las 3 semanas, la paciente presenta mejoría del dolor, sin eventos adversos. Retoma actividades laborales con adaptaciones ergonómicas sin necesidad de incapacidad temporal.

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

El uso de ecografía en consulta de Atención Primaria y su sinergia con las técnicas de infiltración elevan la capacidad diagnóstica y terapéutica del médico de familia y su autonomía respecto a la derivación a otros servicios, repercutiendo en una atención sanitaria más rápida y efectiva.

## Palabras clave

Tendinitis, supraespinoso, dolor de hombro.

# Un mal despertar lo tiene cualquiera

Saldaña Ortiz L<sup>1</sup>, Tena Santana G<sup>2</sup>, Mateos Velo L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H Riotinto. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Cortecconcepción. Huelva

## Ámbito del caso

Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Disnea súbita.

## Historia clínica

Paciente de 53 años que acude al Servicio de Urgencias del centro de salud por despertar con disnea súbita. Niega dolor torácico, pérdida de conocimiento, ni del control de esfínteres. A su llegada, taquipnéico, palidez cutánea y sudoración profusa. Refiere antecedentes de infarto de miocardio que inició con mismos síntomas.

*Exploración:* mal estado general, consciente, orientado, colaborador, palidez cutánea, sudoración profusa, taquipnéico con trabajo respiratorio.

FC: 166 lpm, SatO<sub>2</sub> 99%, TA 204/152 mmHg

ACP. Corazón rítmico, a alta frecuencia, sin ruidos patológicos. Ausencia de murmullo vesicular generalizado, crepitantes en campos superiores bilaterales.

ECG: taquicardia supraventricular (TSV) a 160 latidos por minuto (lpm).

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* FRCV: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia.

*Hábitos tóxicos:* bebedor moderado.

Cardiopatía isquémica crónica, disfunción sistólica ventrículo izquierdo con FEVI 25%.

## Enfoque familiar y comunitario

*Antecedentes Familiares:* madre, tía materna y abuelo materno fallecidos por cardiopatía isquémica.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* edema agudo de pulmón.

## Diagnóstico diferencial:

- Infarto Agudo de miocardio.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Edema Agudo de pulmón.

## Tratamiento, planes de actuación

Se avisa a equipo de emergencias. Se canalizan dos vías periféricas para sueroterapia a alto flujo, se coloca mascarilla Ventimask® con O<sub>2</sub> a 3L/min.

Se coloca desfibrilador que revela TSV a 166 lpm que alterna con rachas de taquicardia ventricular (TV) autolimitadas.

El masaje carotídeo no consigue frenar la TSV. Se administra adenosina que tampoco consigue frenar la TSV. Por inestabilidad hemodinámica se realizó cardioversión eléctrica (CVE). Se consigue ritmo sinusal a 120 lpm, se aísla vía aérea y se procede a traslado a hospital.

## Evolución

El paciente ingresó en la UCI de nuestro hospital. Una vez estabilizado y siendo su hospital de referencia de otra provincia, se decidió traslado a las 24 horas. Allí ingresó en Unidad de Coronarias. Diagnóstico: ICC reagudizada y emergencia hipertensiva en situación de edema agudo de pulmón. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta con reajuste de tratamiento.

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

Debido a la dispersión geográfica y el difícil acceso a hospitales de tercer nivel, es indispensable un conocimiento y entrenamiento en procesos de urgencias y emergencias por parte del personal de Atención Primaria para asegurar la identificación y el tratamiento precoz de procesos agudos potencialmente mortales.

## Palabras clave

Edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica.

# La ecografía, una aliada en la consulta

Manzano López C<sup>1</sup>, Manzano López M<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente que consulta por cuadro catarral con sensación disneica y tumoración cervical.

## Historia clínica

Refiere que en las últimas semanas presenta aumento de tos y sensación disneica a grandes esfuerzos. Además, comenta aparición de tumoración dura en cuello. No fiebre, no pérdida de peso, no otros síntomas. A la exploración presenta saturación 95% con una hipofonía en base pulmonar derecha a la auscultación. Se palpa masa cervical que es dura, tumefacta y no móvil. Se intenta pedir radiografía urgente de tórax, pero debido a la no disponibilidad, decido realizar ecografía en consulta. Se observa sobre el diafragma una imagen anecoica entre ambas pleuras que me orienta a derrame pleural. Además, en ecografía de tiroides se observa en lóbulo tiroideo derecho un nódulo de gran tamaño heterogéneo con imágenes anecoicas en su interior y adenopatías supraclaviculares sospechosas de malignidad.

## Enfoque individual

Mujer de 67 años sin patología previa, no fumadora. Última visita hace 3 meses por astenia sin otros signos de alarma, donde se realiza analítica general que es normal.

## Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* adenocarcinoma de pulmón con metástasis en tiroides.

*Diagnóstico diferencial:* cáncer de tiroides vs derrame pleural a filiar.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urgencias hospitalarias para estudio de derrame pleural por sospecha de origen neoplásico y valorar drenaje.

## Evolución

La paciente se encuentra en seguimiento por Oncología a la espera de iniciar tratamiento quimioterápico.

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

La ecografía es una herramienta que, aunque requiere mucha práctica y estudio, y su realización conlleva unos minutos que a veces en Atención Primaria no disponemos, puede ser muy útil en determinadas ocasiones. En este caso había mucha demora en la realización de pruebas y su realización fue crucial, porque de forma sencilla se confirmó el derrame pleural y se detectó el nódulo tiroideo sospechoso, por lo que orientó rápidamente, sin necesidad de demora, a patología neoplásica urgente. Es por ello, que se debería facilitar su formación y práctica de forma continuada.

## Palabras clave

Ultrasonografía, neoplasias de la tiroides, derrame pleural.

## Mas allá de los síncope vasovagales

Pérez de Zabalza Freire R, Celaya Martínez J, Sánchez Soto M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

### Ámbito del caso

Atención Primaria. Centro de salud San Juan (rural).

### Motivos de consulta

La paciente acude a consulta en repetidas ocasiones por episodios presincopeces, en ocasiones síncopees.

### Historia clínica

Mujer de 25 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. La paciente acude por episodios presincopeces, a veces síncopees, de repetición, con una frecuencia de tres episodios por semana. Describe clínica prodrómica de cefalea, sensación de temblor, visión borrosa, malestar general y náuseas. Tras los episodios, recuperación lenta, sin presentar focalidad neurológica. La exploración física y neurológica anodinas con estabilidad hemodinámica y EKG sin alteraciones.

Fue derivada a Neurología, donde estuvo en estudio por sospecha de cefalea en trueno, tras la realización de Angio-TC de cráneo, fue diagnosticada de arteria subclavia aberrante, con síndrome del estrecho torácico superior derecho, motivo por el cual fue derivada a cirugía vascular para intervención quirúrgica.

### Enfoque individual

La paciente trabaja como camarera, asocia como posible desencadenante de los episodios el ejercicio físico, así como esfuerzos realizados desempeñar su trabajo.

### Enfoque familiar y comunitario

Buen soporte sociofamiliar, vive con sus padres y dos hermanos, los cuales han sido testigos en varias ocasiones de dichos episodios.

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

*Juicio clínico:* síndrome del estrecho torácico derecho.

*Diagnóstico diferencial:* cefalea en trueno, migraña.

### Tratamiento, planes de actuación

Derivación preferente al servicio de Cirugía Vascular por parte del servicio de Neurología, para tratamiento quirúrgico.

### Evolución

La paciente fue intervenida con éxito por Cirugía Vascular.

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

Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en pacientes jóvenes con episodios presincopeces recurrentes, incluso cuando los hallazgos neurológicos iniciales son normales. A través de un enfoque diagnóstico adecuado, en este caso mediante Angio-TC, se identificó una causa anatómica subyacente, el síndrome del estrecho torácico superior derecho, asociado a una arteria subclavia aberrante. Esto subraya la relevancia de investigar causas vasculares o neurovasculares en situaciones clínicas atípicas. El tratamiento quirúrgico resultó ser efectivo, lo que refuerza la utilidad de la cirugía como opción terapéutica en casos selectos de síndrome del estrecho torácico. Este caso también resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención médica, con derivación temprana a cirugía vascular para un manejo adecuado.

### Palabras clave

Síncope, cefalea, lesiones vasculares.

# Ptosis palpebral y diplopía: diagnóstico diferencial. A propósito de un caso

Mariscal Ocaña M<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 La Laguna. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

## Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias.

## Motivos de consulta

Ptosis palpebral.

## Historia clínica

Mujer de 53 años exfumadora sin otros antecedentes destacables que acude hace 4 días a consulta de Atención Primaria por leve inflamación del párpado superior izquierdo de días de evolución, no prurito ni secreciones ni alteraciones visuales. Acude de nuevo a urgencias del centro de salud por empeoramiento a pesar de corticoides tópicos. Asocia ptosis palpebral bilateral, llamativa en ojo izquierdo, con empeoramiento vespertino, diplopía binocular y disfagia para sólidos. Pérdida de peso no estudiada. No clínica infecciosa ni fiebre reciente.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales de interés:* neumonía adquirida de la comunidad bilateral en octubre 2024 que precisó ingreso en UCI. Tratamiento habitual: Anoro®, Atroaldo®.

*Exploración:* leve taquipnea, SatO<sub>2</sub> 92% basal que remonta a 98% con GN a 1L. FC 62lpm. TA 123/60 mmHg. ACP. MVC sin ruidos sobreañadidos. NRL: Alerta, orientada en las 3 esferas, colaboradora. Ptosis palpebral completa bilateral. Diplopía binocular. Limitación para la supravversión. Voz bulbar. Paresia de MMSS, empeora con fatigabilidad a la musculatura proximal de ambos brazos y cervical, más leve a nivel de ECM derecho.

## Enfoque familiar y comunitario

Excelente nivel cognitivo. Independiente ABVD. Vive con su marido y su hija. Buen soporte familiar.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* debut de miastenia gravis/crisis miasténica.

*Diagnóstico diferencial:* miopatías, lesiones cerebrales, otros tumores.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración de pruebas complementarias y estudio. Se realizó analítica (hemograma, bioquímica y coagulación), Rx de tórax y TAC craneal sin hallazgos de interés. En gasometría venosa pCO<sub>2</sub> 64 (hipercapnia diurna).

## Evolución

Estable hemodinámicamente, se decide ingreso en Neurología para estudio y tratamiento con inmunoglobulinas tras monitorización en observación e inicio de tratamiento con piridostigmina y corticoides, con mejoría clínica significativa en las primeras horas tras el tratamiento. Se solicita analítica completa con inmunoglobulinas y anticuerpos anti-ACh positivos, y TAC tórax con imagen compatible con timoma; sometiéndose a timectomía toracoscópica con buena evolución.

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

Destacar como médicos de Atención Primaria la importancia de realizar una buena anamnesis y una exhaustiva exploración física para establecer un correcto diagnóstico diferencial que nos permita alcanzar un diagnóstico de certero con ayuda de pruebas complementarias y evitar caer en inercia clínica.

## Palabras clave

Diplopía, miastenia gravis, timoma.

# Alteración del comportamiento en paciente fumador

Mariscal Ocaña M<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 La Laguna. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

## Ámbito del caso

Paciente del cupo de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Varón de 52 años sano, sin alergias conocidas, sin factores de riesgo cardiovascular, salvo tabaquismo activo de paquete y medio diario desde los 22 años (45 paquetes-año). No AP de interés, ni tratamiento habitual.

## Historia clínica

Varón de 52 años que acude a consulta acompañado por su mujer aquejando mareos, cefaleas e inestabilidad. Su mujer refiere preocupación por clínica en el ámbito de su personalidad de un mes de evolución. Comenta muchos despistes (infrecuentes en él), desorientación, labilidad emocional, comportamiento desinhibido...

## Enfoque individual

Se solicitan pruebas complementarias con el fin de descartar causas de deterioro neurológico sospechando posible demencia fronto-temporal vs otro tipo de alteración.

Se solicita analítica completa con B12, serología de sífilis y TC de cráneo.

Se solicita asimismo TC de cráneo; donde se aprecia un marcado edema vasogénico frontoparietal derecho que condiciona colapso casi total del ventrículo lateral ipsilateral, así como desviación de la línea media de unos 2 cm y herniación subfalcina. En dicha prueba administran contraste, objetivando una lesión intraparenquimatosa en la periferia del lóbulo frontal derecho en situación parasagital (24 x 25 x 26 mm), un realce en anillo y centro predominantemente hipodenso. Hallazgos

sugestivos de metástasis cerebral única vs tumoración cerebral primaria tipo glioblastoma.

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente gran fumador de 30 años de evolución, sin intentos previos para dejar de fumar a pesar de la insistencia por su médico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Diagnóstico diferencial:* deterioro cognitivo tipo demencia fronto-temporal, alteraciones de B12, ácido fólico, neurosífilis... Como otros posibles diagnósticos, metástasis cerebral.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras el diagnóstico final con el TC de cráneo, se remite a Neumología para tratamiento y filiación del cáncer.

## Evolución

Finalmente el paciente es diagnosticado de metástasis cerebral de adenocarcinoma pulmonar, T3N0M1b.

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

Tras este caso, se recalca la importancia de conocer al paciente en su entorno familiar, la importancia de una exhaustiva historia clínica. Así como el abordaje del hábito tabáquico, ya que en casos como este, puede llegar a desembocar en un cáncer en estadio avanzado.

## Palabras clave

Metástasis cerebral, tabaquismo, adenocarcinoma pulmonar, alteración del comportamiento.

# Cuando la alergia no solo te deja sin aire... También sin riego coronario

Buitrago Balaguera M<sup>1</sup>, Ladero Pascual M<sup>1</sup>, Barquero Padilla R<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 Fuentezuelas. Jaén

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

"Doctora me siento mal, no puedo respirar".

## Historia clínica

Varón de 50 años que acude a urgencias al centro de salud por malestar general y mareo, refiere que acaba de desayunar tostada con melva y se ha empezado a encontrar mal.

## Enfoque individual

Varón de 50 años.

*Antecedente:* hipertensión, HPB, hipotiroidismo.

*Tratamiento:* bisoprolol, doxazosina, levotiroxina.

Acude a urgencias a su centro de salud por un cuadro agudo de malestar general, mareo, a la exploración física presencia de exantema urticarial en cuello, brazos y abdomen, faringe hiperémica, hipotensión (85/45), se realiza electrocardiograma con hallazgos de taquicardia sinusal 105 lpm, se procede a manejo inicial con líquidos endovenosos, antihistamínico, corticoide dado a persistencia de sintomatología se aplica adrenalina im, metilprednisolona, por persistencia a inestabilidad se indica traslado a hospital.

## Enfoque familiar y comunitario

El síndrome de Kounis, es una emergencia médica donde una reacción alérgica puede desencadenar un infarto. En medicina familiar y comunitaria, su detección temprana es clave, ya que muchos alérgenos, están en el entorno del paciente.

Educar a las familias sobre esta condición ayuda a prevenir complicaciones y actuar rápidamente ante los primeros síntomas, mejorando la salud cardiovascular en la comunidad.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome de Kounis.

IAM, SCASEST, angina de Prinzmetal.

## Tratamiento, planes de actuación

S.F. IV (1.000 ml), Dexclorfenamina® 5 mg, metilprednisolona 80 mg, Actocortina® 200 mg, adrenalina 0.5 mg.

## Evolución

Durante traslado a hospital refiere dolor precordial, con infradesnivelación del ST troponinas negativas, que cede con alprazolam 0.5 mg/sl. El paciente tras permanecer varias horas en observación es dado de alta. Posteriormente es valorado en Atención Primaria quien decide ampliar estudios en consultas de alergología con resultado de Prick-Test negativos.

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

El SK es una condición poco conocida pero potencialmente grave, donde una reacción alérgica provocada por un fármaco u otra sustancia puede desencadenar un evento coronario agudo. El médico de familia debe estar alerta ante un cuadro anafiláctico seguido de dolor torácico de características anginosas, ya que el diagnóstico del SK es eminentemente clínico y de sospecha, al no existir prueba patognomónica. El reconocimiento temprano de los síntomas por parte de los médicos de familia reduce riesgos y mejora el desenlace clínico.

## Palabras clave

Myocardial infarction, kounis syndrome, MeSH.

# Diagnóstico de paciente con nódulos subcutáneos pretibiales dolorosos

Romera Vílchez M<sup>1</sup>, Rodríguez Peña C<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Nódulos pretibiales.

## Enfoque individual

Mujer de 36 años que acude a consulta de Atención Primaria por la aparición de "bultos" en región pretibial de ambos miembros inferiores, de unas dos semanas de evolución, muy dolorosos. Asociado a fiebre de hasta 38°, artralgias y mal estado general. La paciente refiere un episodio previo similar hace unos años con la aparición de un solo bulto, por el que no consultó y remitió sin tratamiento. No tomaba ningún tratamiento habitual y no estaba embarazada.

A la exploración física se observan 2 nódulos subcutáneos, eritematosos y dolorosos a la palpación en miembro inferior izquierdo y otro más en miembro inferior derecho, de unos 3-4 cm de diámetro. Todos ellos distribuidos únicamente en región pretibial.

Solicitamos análisis sanguíneo con hemograma, bioquímica con perfil hepático y función renal, reactantes de fase aguda, serologías virales, prueba de embarazo, radiografía de tórax, Mantoux.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Eritema nodoso.

*Diagnóstico diferencial:* al tratarse de una paniculitis septal del tejido graso subcutáneo, debe realizarse diagnóstico diferencial con otras paniculitis septales (como nódulo reumatoide, morfea profunda, necrobiosis lipóidica, tromboflebitis superficial, poliarteritis nodosa

cutánea) y lobulillares (como la paniculitis pancreática, déficit alfa-1 antitripsina, eritema nodoso leproso o vasculitis nodular).

## Tratamiento, planes de actuación

Pensando en un eritema nodoso, se solicitaron todas las pruebas complementarias y se derivó a Medicina Interna para completar el diagnóstico diferencial y en caso de tratarse de un eritema nodoso, estudiar si era idiopático o sus posibles asociaciones (sarcoidosis, enfermedad intestinal inflamatoria, Behçet, neoplasias, infecciones virales o estreptocócicas, tuberculosis, embarazo y algunos fármacos).

Como tratamiento se pautó reposo, vendajes compresivos y naproxeno.

## Evolución

Los nódulos remitieron a las 2-3 semanas de forma espontánea, sin complicaciones y la paciente fue diagnosticada finalmente de un eritema nodoso idiopático.

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

El eritema nodoso es una entidad benigna y autolimitada, aunque se puede asociar a un amplio espectro de enfermedades. Su manejo debe incluir una anamnesis detallada y un examen físico minucioso con búsqueda de posibles asociaciones. Además, se trata de un diagnóstico clínico en el que la biopsia solo está indicada en ciertas situaciones. El tratamiento es conservador con reposo y AINEs.

## Palabras clave

Eritema nudoso, paniculitis.

# Manejo del dolor en Atención Primaria: a propósito de un caso

Mariscal Ocaña M<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 La Laguna. Cádiz

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. Cádiz

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lumbalgia.

## Historia clínica

Varón de 57 años que acude por mal control del dolor en contexto de una lumbociatalgia derecha irradiada a miembro inferior derecho de meses de evolución, sin otra sintomatología sobreañadida.

## Enfoque individual

Varón de 57 años, sin antecedentes personales de interés, que acude por mal control del dolor en contexto de una lumbociatalgia derecha irradiada a miembro inferior derecho de meses de evolución, sin relación con traumatismo ni sobreesfuerzo. El paciente no refiere déficit motor ni sensitivo, así como incontinencia de esfínteres. Se han realizado múltiples alternativas terapéuticas (pregabalina 150 mg cada 12 horas; tramadol 100 mg cada 8 horas; dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas; y metamizol 575 mg cada 8 horas), progresivamente, con buena adherencia terapéutica, sin mejoría del cuadro clínico. Al inicio, exploración limitada por dolor, entrando el paciente con postura antiálgica en la consulta (EVA 9), motivo por el cual se inicia analgesia previamente. Tras mejoría, la inspección no presenta hallazgos significativos; dolor a la palpación de región lumbar generalizada sin apofisalgia; Lassegue y Bragard en miembro inferior derecho positivo. Se solicita radiografía de columna lumbosacra, sin hallazgos significativos; y, posteriormente, RMN de columna lumbosacra con hallazgos de abombamiento discal difuso en de L3 a S1 con

estenosis moderada de canal y contacto con raíces L3-L5.

## Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Abombamiento discal difuso L3-S1 con estenosis moderada de canal y contacto con raíces nerviosas correspondientes.

## Tratamiento, planes de actuación

En este caso, se inició el tratamiento con opiáceos mayores, en este caso 1 ampolla de petidina 50 mg/ml iv, así como metilprednisolona 80 mg de coadyuvante y 1 ampolla de metoclopramida de antiemético. Tras ello, se realizaron ajustes a domicilio con aumentos progresivos de pregabalina y tramadol, hasta buena tolerancia del dolor (mientras que no se trataba la causa de base). Derivación a Neurocirugía.

## Evolución

Buena evolución.

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

Mediante este caso clínico, se pretende enfatizar la necesidad de, ante un paciente con dolor agudo y EVA más de 8, iniciar de manera inmediata con analgesia de tercer nivel según disponibilidad, siguiendo una estrategia de "ascensor terapéutico" y, tras su control, realizar las exploraciones y pruebas complementarias competentes.

## Palabras clave

Dolor en la región lumbar, analgesia, estenosis espinal.

# La importancia de la consulta de acogida en Atención Primaria

García del Paso A<sup>1</sup>, Ramos Ontiveros M<sup>1</sup>, Durán Jiménez S<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana de la Vega. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana de la Vega. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Catarro de vías altas y dolor mandibular y tórax al caminar.

## Historia clínica

*Anamnesis:* tras acudir a consulta de acogida por catarro de vías altas comenta de pasada a la enfermera que desde hace un tiempo cuando camina le aparece dolor en tórax y mandíbula, que se autolimita. Refiere que le ha ocurrido en varias ocasiones pero que como se ha autolimitado no le ha dado más importancia y no lo ha comentado nunca a su médico.

*Exploración física:* ACR: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

*Pruebas complementarias:* ECG donde aparece bloqueo de rama izquierda que no aparecía en registros anteriores.

## Enfoque individual

*Antecedentes personales:* hombre de 61 años sin alergias conocidas, con diagnóstico de HTA e HBP. Cirugías previas: amigdalectomía. Trabaja en la hostelería, tiene una vida activa.

## Enfoque familiar y comunitario

Buen apoyo familiar y amplia red social.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Angina de esfuerzo con BRI.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a su médico de familia que realiza derivación por teleconsulta a Cardiología que pauta bisoprolol, AAS y estatina, y da cita en consultas externas.

## Evolución

Tras esa primera consulta se realiza ecocardiografía transtorácica donde se aprecia un ventrículo izquierdo moderadamente dilatado con una FE moderadamente deprimida y asincronía mecánica más hipoquinesia global por lo que se programa coronariografía durante la cual se realiza implantación de 3 Stents.

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

El caso evidencia la importancia de la consulta de acogida en los centros de salud, siendo de vital importancia el acceso del paciente a ésta y la asistencia realizada por personal cualificado que detecte signos y síntomas de alarma que el paciente comenta de pasada o sin darle la mayor importancia.

## Palabras clave

Dolor torácico, dolor mandibular, angina de esfuerzo.

## La cara B de la lumbalgia

Defagot Schaller D<sup>1</sup>, Cobo Burgos S<sup>2</sup>

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

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

### Ámbito del caso

Atención Primaria rural. Consulta médica y seguimiento compartido con urgencias hospitalarias y Hematología.

### Motivos de consulta

Dolor mecánico en zona glútea derecha de varias semanas de evolución.

### Historia clínica

Varón de 50 años, agricultor, hipertenso bien controlado, con antecedentes de colon irritable y fractura de tibia. Consulta por dolor lumbar leve, sin fiebre ni síntomas neurológicos. Se pauta analgesia simple. Posteriormente el dolor aumenta en intensidad, empeora por la noche, con irradiación y limitación funcional. No se objetiva mejoría con tratamiento convencional. Presenta bultoma glúteo, pérdida ponderal y distermia nocturna. TAC muestra masa sólida con destrucción ósea y lesiones osteolíticas múltiples. Biopsia: mieloma múltiple IgG Kappa.

### Enfoque individual

Dolor lumbar persistente en paciente joven sin signos iniciales de alarma, pero que evoluciona con síntomas constitucionales. Exploraciones sucesivas, imagen y analítica permiten sospechar patología neoplásica. Se realiza interconsulta urgente y biopsia.

### Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive en familia extensa, con buena red de apoyo emocional y económico. La carga de trabajo y la situación económica generan estrés. Dificultades para compartir sus preocupaciones, aislamiento progresivo, estado

anímico bajo. Apoyo familiar clave durante el diagnóstico y tratamiento.

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

Mieloma múltiple IgG Kappa.

*Diagnóstico diferencial:* lumbalgia mecánica, metástasis óseas, linfoma, tumor óseo primario. *Problemas identificados:* dolor óseo persistente, síndrome constitucional, anemia normocítica, aislamiento social, carga emocional.

### Tratamiento, planes de actuación

Inicio de protocolo D-VRd. Analgesia con opiáceos, profilaxis infecciosa, soporte psicológico. Coordinación entre AP, urgencias y Hematología. Educación sanitaria y seguimiento cercano en AP.

### Evolución

Buena tolerancia al tratamiento. Mejoría del estado general y ánimo. Se encuentra en su segundo ciclo con seguimiento por Hematología.

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

El dolor lumbar persistente debe valorarse con cautela, incluso en pacientes jóvenes. La ausencia inicial de síntomas de alarma no excluye patología grave. La coordinación entre niveles y una escucha activa desde Atención Primaria son claves para el diagnóstico precoz y el acompañamiento integral del paciente.

### Palabras clave

Mieloma múltiple, dolor lumbar, Atención Primaria.

## La úlcera que no mejora

Fernández Torres M<sup>1</sup>, Vacas Gordillo M<sup>2</sup>, Girón Crespo C<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. HU Virgen de las Nieves. Granada

### Ámbito del caso

Atención Primaria, cirugía vascular, urgencias.

### Motivos de consulta

Paciente de 68 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales e insulino terapia basal sin lograr control glucémico óptimo (HbA1c 10,8%) por mala adherencia terapéutica. Consulta su hija por empeoramiento significativo de lesiones en pie durante el fin de semana, solicitan valoración en domicilio.

### Historia clínica

Actualmente, realizamos seguimiento conjunto con enfermería por úlceras en pie diabético. En las primeras visitas a domicilio, presentaba úlceras de primer grado tratadas con curas locales. Además, se han asociado ciclos de antibioterapia oral por sobreinfección de las mismas. A nuestra valoración, observamos úlcera necrótica en región de 2º y 4º metatarsiano derechos con supuración maloliente, crepitación en región dorsal del pie, pulsos presentes y simétricos.

Vida basal: cama-sillón, marcha con andador.

### Enfoque individual

Ante la tórpida evolución decidimos derivación a urgencias hospitalarias para valoración por Cirugía Vascular por sospecha de osteomielitis versus gangrena gaseosa. En radiografía de miembro inferior derecho observamos gas hasta rodilla. Se opta por amputación supracondílea derecha urgente.

### Enfoque familiar y comunitario

Al alta hospitalaria, hablamos con la familia de las nuevas necesidades y cuidados de la

paciente. Contactamos con enfermera gestora de casos para curas y gestión de silla de ruedas. La familia solicita ingreso en residencia de mayores por dificultad para asumir dichos cuidados, se gestiona a través de trabajadora social. La paciente finalmente es institucionalizada en la residencia más próxima al domicilio de su hija.

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

Gangrena gaseosa por necrosis de pie diabético.

### Tratamiento, planes de actuación

Ajuste de tratamiento antidiabético iniciando régimen de insulina basal - bolo.

Curas de herida quirúrgica por enfermería.

### Evolución

La evolución de la paciente ha sido favorable en cuanto a la amputación y el control glucémico. Buena adaptación a la vida en la residencia.

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

La longitudinalidad, el seguimiento de nuestros pacientes y sus patologías crónicas son uno de los aspectos fundamentales de la Atención Primaria. El trabajo en equipo y coordinado con enfermería es especialmente relevante en los pacientes inmovilizados para la identificación precoz de procesos intercurrentes que puedan suponer un riesgo para su salud, siendo esencial las visitas domiciliarias.

### Palabras clave

Diabetes mellitus, neuropatías diabéticas, gangrena gaseosa.

## ¿Doctor, qué me pasa en la oreja?

Martínez Pino E<sup>1</sup>, Cobos Boza A<sup>2</sup>, Amores Bermúdez I<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Adoratrices. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Molino de la Vega. Huelva

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Edema del pabellón auricular, otalgia izquierda.

### Historia clínica

Mujer de 43 años sin antecedentes personales. Acude a urgencias del centro de salud por edema del pabellón auricular y otalgia izquierda de tres días de evolución. Niega fiebre, traumatismo previo. Se inicia tratamiento con antibioterapia oral y corticoide tópico por sospecha de pericondritis. Al mes, consulta con su médico de Atención Primaria por empeoramiento del cuadro. Es derivada a urgencias hospitalarias, donde es valorada por Otorrinolaringología, pautando tratamiento con antibiótico y corticoides orales. Dos semanas después, finalizado el tratamiento, acude a su médico por no mejoría clínica, siendo derivada nuevamente a urgencias hospitalarias. El especialista decide ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso.

### Enfoque individual

Desde Atención Primaria se inició tratamiento ambulatorio ante la sospecha de pericondritis, dada la mala evolución clínica se deriva en dos ocasiones a urgencias hospitalarias.

### Enfoque familiar y comunitario

La paciente experimentó dificultades debido a su situación familiar, tiene dos hijos, una de ellas en período de lactancia materna. Ingresó en el hospital junto a su hija para poder beneficiarse de lactancia materna. También contó con el

apoyo de su médico de Atención Primaria para asistir a las citas médicas a la hora que tuviera disponible.

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

Pericondritis, otitis externa maligna.

### Tratamiento, planes de actuación

Durante el ingreso hospitalario, se administró ciprofloxacino intravenoso para cubrir posibles infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* y otras bacterias gramnegativas, corticoides intravenosos y analgesia para controlar la inflamación y el dolor. Se realizó un drenaje quirúrgico evacuando discreta colección purulenta. Al alta, se pautó corticoide, antibiótico y analgesia oral. El cultivo realizado durante el ingreso no mostró crecimiento bacteriano.

### Evolución

Al alta se deriva a Medicina Interna para descartar etiología autoinmune.

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

La pericondritis auricular es la infección del cartílago del oído externo. La etiología es bacteriana, aunque suele estar precedida de antecedente traumático. El tratamiento debe ser precoz, con antibioterapia oral en casos leves e intravenoso en casos graves.

### Palabras clave

Otalgia, otitis externa, corticoides.

# Lo que la soledad oculta

Arranz Guerrero A, Pérez Ropero M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ogljares. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria/urgencias.

## Motivos de consulta

Alteración de la conducta.

## Historia clínica

Paciente de 78 años hipertenso, diabético, con fibrilación auricular (habiendo abandonado su medicación recientemente), vive solo en domicilio, sin soporte familiar, viudo desde hace 3 meses, sin hijos, comienza con cefalea biparietal sin signos de alarma ni focalidad que fue valorado por su médico. Dos días después, avisan al 061 por cuadro de desorientación en las tres esferas y alteraciones del comportamiento de tipo desorganizado e inapropiado relatadas por sus vecinos. A su llegada a urgencias presenta una actitud mutista que imposibilita la anamnesis. PA 176/66 mmHg, FC 67 lpm, SpO<sub>2</sub> 98%, T 36.4°C.

*Exploración:* PINLA, MOEC no valorable por no colaboración. Reflejo de amenaza presente. Mutista, en ocasiones presenta verbalizaciones y conductas finalistas. Nivel de atención fluctuante, resto sin alteraciones.

TAC de cráneo objetiva lesiones hipodensas de difícil filiación. Por sus antecedentes, de FA y de neoplasia colónica, se solicita RMN, que determinó la naturaleza isquémica de las lesiones con transformación hemorrágica en territorio de cerebral posterior izquierda de probable origen cardioembólico.

## Enfoque individual

La base del detonante podría estar en el sentimiento de soledad que el paciente experimenta tras el fallecimiento de su esposa con auto abandono de su salud.

## Enfoque familiar y comunitario

La falta de apoyo familiar dificulta el avance del duelo perdiendo el rol de cuidador.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Síndrome catatoniforme con posible deterioro cognitivo de base VS ictus isquémicos multiterritoriales.

## Tratamiento, planes de actuación

TAC Craneal + RMN craneal.

## Evolución

Durante su ingreso se clarificó que la alteración conductual no concordaba con los hallazgos de las pruebas de imagen. Ello, sumado a la reciente valoración por Salud Mental por fenómenos alucinatorios recurrentes sobre los cuales el paciente no presentaba juicio de realidad, permitió establecer como juicio clínico más probable un síndrome catatoniforme de tiempo de evolución indeterminado, anidado sobre un cuadro afectivo endógeno por pérdida familiar reciente y un deterioro cognitivo de base no diagnosticado, agravado por un cuadro infeccioso respiratorio y fracaso renal agudo. Hacia el sexto día experimentó mejoría conductual, sin fluctuaciones atencionales.

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

La Atención Primaria es vital para el soporte social y médico del paciente.

## Palabras clave

Catatonía, soledad, duelo patológico.

# Caso clínico: “Más allá de los vómitos: cáncer gástrico con cara de malestar común”

Peña Segura A<sup>1</sup>, Bellerín García M<sup>2</sup>, Vargas Rodríguez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana del Condado. Huelva

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del condado. Huelva

## Ámbito del caso

Involucra al ámbito de Atención Primaria, donde la paciente fue valorada varias veces previamente. Ámbito hospitalario (urgencias hospitalarias), con posteriores actuaciones en el contexto de ingreso hospitalario.

## Motivos de consulta

Dolor abdominal difuso persistente.

## Historia clínica

Mujer de 53 años, procedente de Marruecos, que lleva un mes en España trabajando como temporera agrícola. Acude al servicio de Urgencias hospitalarias por dolor abdominal difuso persistente de más de 15 días de evolución, acompañado inicialmente de diarrea y vómitos, actualmente ya resueltos.

Durante la anamnesis, se recoge que había sido valorada en varias ocasiones previas en urgencias de Atención Primaria, donde recibió tratamiento sintomático sin mejoría significativa. En esta ocasión, la paciente manifiesta sentirse "rara, débil y sin mejoría", con un estado general conservado pero discretamente afectado.

Debido a que no habla español, acude acompañada de una amiga marroquí que actúa como intérprete y facilita la comunicación.

## Enfoque individual

*Clínico-sintomático:* dolor abdominal persistente, astenia, debilidad.

*Diagnóstico:* neoplasia gástrica avanzada con metástasis hepáticas.

*Pronóstico:* grave, en contexto de enfermedad oncológica.

*Necesidades personales:* comprensión del diagnóstico, apoyo emocional, acompañamiento en el proceso.

*Barreras específicas:* dificultad en la comunicación por el idioma.

## Enfoque familiar y comunitario

Aunque no hay familiares presentes, acude acompañada de una amiga compatriota que actúa como intérprete, lo cual: Refleja apoyo informal de su red migrante cercana. Es clave para facilitar la anamnesis y seguimiento. Población inmigrante temporera agrícola, con acceso limitado. Barreras estructurales: idioma, desconocimiento del sistema, precariedad laboral. Importancia de recursos comunitarios: intérpretes profesionales, mediadores culturales.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Neoplasia maligna gástrica (C16.5).

## Tratamiento, planes de actuación

Ingreso hospitalario en Medicina Interna. Solicitud de gastroscopia con biopsia para confirmación histológica.

## Evolución

Reservado a desfavorable. La enfermedad es avanzada y diseminada, con escasas posibilidades de curación.

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

Ante síntomas persistentes e inespecíficos como dolor abdominal y astenia, es clave mantener una alta sospecha clínica y reevaluar al paciente en consultas sucesivas. La presencia de signos de alarma (como anemia no explicada) debe motivar un estudio más completo o derivación.

En pacientes inmigrantes o vulnerables, es fundamental adaptar la atención, superando barreras idiomáticas y sociales con apoyo de intérpretes. El médico de familia debe ofrecer una atención integral, actuando como clínico, guía y apoyo del paciente en su contexto global.

## Palabras clave

Dolor abdominal persistente, cáncer gástrico, anemia.

# "Del cabestrillo al compás: pilates y fitness flamenco como terapia en Atención Primaria"

Ruiz Espinosa L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Málaga-Guadalhorce.

## Ámbito del caso

Consulta en centro de salud de Málaga. Coordinación con trabajo social y recursos comunitarios del barrio.

## Motivos de consulta

Fatiga persistente, bajo estado de ánimo y aumento de peso. Relaciona síntomas tras fractura de muñeca y cese de actividad habitual.

## Historia clínica

Mujer de 61 años sin AP, IABVD. Activa previamente a fractura de Colles derecha tras caída casual, hace 1 año. Desde entonces: sedentarismo, aislamiento, bajo estado de ánimo.

*Exploración:* movilidad reducida de muñeca derecha, IMC 29.

*Analítica post-fractura:* dislipemia de novo (CT 245 mg/dL, LDL 162 mg/dL, HDL 42 mg/dL).

## Enfoque individual

Valoración integral del impacto físico, emocional y funcional.

Evitar medicalización precoz.

Se establece plan conjunto: reactivación física progresiva, mejora del ánimo y reducción del aislamiento.

## Enfoque familiar y comunitario

Prescripción social: participación en pilates adaptado y flamenco en el centro cultural del barrio.

Coordinación con trabajo social para facilitar el acceso.

Actividades grupales accesibles, lúdicas y culturalmente significativas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* estado subdepresivo reactivo post-trauma físico, en contexto de aislamiento social y reducción de actividad, con repercusión metabólica y funcional.

*Diagnóstico diferencial:* TDM, TA, DF secundario a inmovilismo.

*Identificación de problemas:* inmovilismo físico tras fractura acompañado de estado afectivo bajo, con aislamiento. Dislipemia de novo. Pérdida de calidad de vida y funcionalidad. con mayor riesgo de cronificación del cuadro.

## Tratamiento, planes de actuación

Se propone una prescripción social estructurada, con participación en actividades físicas accesibles y grupales: pilates adaptado y sesiones semanales de fitness flamenco ofrecidas en el centro cultural del barrio. Coordinación entre el equipo de Atención Primaria y trabajo social para facilitar acceso. Se establecen objetivos compartidos: reactivación física progresiva, mejora emocional y fomento de participación social. Seguimiento mensual médico y telefónico con enfermería.

## Evolución

Mejora del rango articular, mayor tolerancia al ejercicio. Mejor sueño y ánimo. Descenso CT y LDL. Aumento red apoyo. Disminución 2.5 kg.

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

Una fractura puede desencadenar un círculo vicioso de inmovilismo físico, alteraciones emocionales y deterioro metabólico. La MFyC tiene un papel esencial en la detención precoz así como en la promoción de herramientas comunitarias que faciliten la recuperación integral. Este caso, muestra como una buena intervención no farmacológica individualizada puede revertir la disfunción física, emocional y metabólica mejorando notablemente la calidad.

## Palabras clave

Actividad física terapéutica, envejecimiento activo, salud mental.

# Dar el todo por el todo

Sáez Sáez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

Náuseas, vómitos y estreñimiento de 3 días.

## Historia clínica

Varón de 87 años que consulta en urgencias por cuadro de náuseas, anorexia y pirosis. Última deposición normal hace 3 días, desde entonces estreñimiento y dolor abdominal leve tipo cólico localizado a nivel de mesogastrio.

### Antecedentes personales:

- Menissectomía hace 16 años.
- Ptosis bilateral hace 6 años.
- Melanoma en miembro superior derecho estadio IA a los 50 años. Recidiva axilar derecha en 2023, estadio IIIA sin criterios de adyuvancia en controles radiológicos periódicos desde entonces.
- Neurilemoma pulmonar biopsiado y en controles.

## Enfoque individual

Exploración: PA 151/80, FC 98lpm, T<sup>a</sup> 36.1, SatO<sub>2</sub> 98%

Abdomen levemente distendido, mínimamente doloroso a la palpación. RHA presentes, no signos de lucha.

AS sin alteraciones.

RX abdomen: distensión de asas en piso superior con nivel hidroaéreo.

TAC abdomen: signos de oclusión intestinal en relación a invaginación intestinal situada en flanco izq.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Estreñimiento.

Obstrucción intestinal.

Invaginación intestinal.

Metástasis a distancia.

## Tratamiento, planes de actuación

Ante estos hallazgos se instaura inicialmente tratamiento conservador con dieta absoluta, procinéticos, corticoides y sonda nasogástrica. A pesar de estas; la evolución del paciente es tórpida sin mejoría en los siguientes 5 días; no siendo capaz de tolerar dieta y sin tránsito. Por ello se decide realizar laparoscopia exploratoria:

- Hallazgos: se evidencia tramo de intestino delgado en flanco izq. que presenta invaginación intestinal. Se reconvierte a minilaparatomía extracción y resección de fragmento invaginado. Anastomosis terminoterminal.
- APE: fragmento de intestino delgado con proliferación submucosa de células atípicas poligonales con nucleolo prominente. IHQ presentan expresión de S100, HMB45 y SOX10 sugestiva de metástasis de melanoma.

## Evolución

En PEC/TC postoperatorio no se observó enfermedad a distancia y se encuentra realizando tratamiento con nivolumab en monoterapia durante 1 año.

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

La invaginación intestinal es un cuadro clínico raro en adultos, en los cuales hay que sospechar una patología subyacente como causa del cuadro. En este caso presentamos el caso de una progresión de melanoma maligno a nivel intestinal que condicionó un cuadro de invaginación intestinal. A pesar del manejo conservador el tratamiento de elección es el quirúrgico; que en este caso además de terapéutica también permitió obtener diagnóstico y poder aplicar terapéutica específica.

## Palabras clave

Dolor, estreñimiento, metástasis.

# Piel, prisión y pronóstico: más allá del tatuaje carcelario

Celaya Martínez J, Pérez de Zabalza Freire R, Sánchez Soto M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan del Puerto. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

El paciente acude a consulta en un primer momento para revisión por SAE visto en urgencias hospitalarias y tratamiento con cefditoreno hace 3 días, acude por lesiones nodulares que le causan molestia a nivel de axila y espalda.

## Historia clínica

Varón de 53 años.

Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarros/día desde los 14 años. Policonsumo (cocaína, heroína, éxtasis, mezcalina, cannabis, BZD, etc.) hasta hace 10 meses.

*Antecedentes personales:* EPOC enfisematosa GOLD 4E, VIH estadio 3C con diagnóstico en 1989, VHC tratada con respuesta viral sostenida. Acude por presentar lesiones en axila y espalda derecha, no sabe objetivar cuando aparecieron pero hace una semana siente sensación de tirantez a ese nivel. No presenta síntomas B, no síndrome constitucional, no fiebre.

Buen estado general.

*Exploración física:* pápulas y nódulos múltiples, indurados y eritematosos que se extienden desde la región inferior de la axila izquierda hasta escápula izquierda, con adenopatía palpable en axila izquierda.

Fue derivado ante la sospecha nódulos violáceos sugestivos de Sarcoma de Kaposi, a los servicios de Dermatología, Enfermedades infecciosas y Hematología de su hospital de referencia. Tras biopsia confirmadora de linfoma de células grandes CD30+, ALK-, el caso del paciente es comentado en Comité de Tumores y se decide inicio de tratamiento de 1ª línea con brentuximab-CHP.

## Enfoque individual

Paciente con problemática social, policonsumo y déficit de autocuidados que ha permanecido en prisión hasta junio de 2024, haciendo ingresado en múltiples ocasiones (1992-1996, 2005-2012, 2012-2017 y 2018 hasta junio de 2024).

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente sin vínculo familiar, actualmente, tras salir de prisión en junio de 2024, residiendo en una comunidad cristiana en San Juan del Puerto (Huelva).

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Linfoma T de células grandes en biopsia cutánea CD30+, ALK-.

## Tratamiento, planes de actuación

Tras Comité de Tumores, se decide inicio de tratamiento de 1ª línea con brentuximab-CHP.

## Evolución

Actualmente en tratamiento con brentuximab-CHP.

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

El caso pone de manifiesto la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante lesiones cutáneas atípicas en pacientes inmunodeprimidos, especialmente aquellos con infección por VIH, dada la mayor prevalencia de neoplasias hematológicas en este grupo. La detección precoz y el abordaje multidisciplinar son fundamentales para optimizar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

## Palabras clave

VIH, nódulo, linfoma.

# Lo que digan mis hijos

Sáez Sáez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)

## Ámbito del caso

Fase final de vida.

## Motivos de consulta

Derivación a cuidados paliativos domiciliarios por pérdida de vía oral.

## Historia clínica

Varón de 87 años con tumor en base de lengua y extensión a hipofaringe, que tras ser valorado por ORL y Oncología médica se decide tratamiento conservador. Actualmente reside en su domicilio con su esposa de 85 años como cuidadora principal, recibiendo ayuda de sus tres hijos varones cuando precisa. Independiente para ABVD. Camina con ayuda de bastón. Inicialmente seguimiento en CCEE paliativos hospitalarios con buen control. Transcurrido un tiempo; mal control del dolor y pérdida de vía oral por lo que se decide seguimiento por paliativos domiciliarios.

## Enfoque individual

Tras revisión física del paciente se observa deterioro funcional, voz gangosa con dificultad para correcta vocalización y pérdida de la vía oral (mal olor, dificultad para ingesta y toma de medicación oral). Existe pacto de silencio entre familiares, paciente no conoce su diagnóstico y en varias ocasiones verbaliza: "no puedo seguir así, no como y no bebo". A pesar de ello el paciente no ha manifestado nunca abiertamente querer conocer su diagnóstico.

## Enfoque familiar y comunitario

Ante esta situación es importante informar tanto al paciente como a los familiares del estado real

del paciente, a través de "counselling" averiguar qué desea saber el paciente sobre su enfermedad y mostrar siempre una actitud de apoyo, empatía y humanidad tanto con él como con la familia para facilitar la fase final de enfermedad como el duelo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Paciente oncológico terminal.

## Tratamiento, planes de actuación

Colocación de palometa subcutánea para administración de medicación y conseguir control del dolor.

## Evolución

Se consigue control del dolor, pero no ingesta alimentaria oral (paciente desea inicialmente derivación hospitalaria para valorar sonda nasogástrica pero no su familia), por lo que al cabo de los días aparece agitación, motivo por el cual se decide la sedación del paciente.

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

La comunicación es fundamental en el ámbito sanitario. No debemos olvidar que la asistencia a los pacientes terminales forma parte de nuestro trabajo. Debemos usar el "counselling", dar a conocer la existencia de las voluntades anticipadas y no olvidar que la decisión final siempre la tomará el paciente.

## Palabras clave

Cuidados paliativos, derecho a decidir, voluntades anticipadas, pacto de silencio.

# Temblor y confusión en Atención Primaria: SIADH medicamentosa

de León Almonte J, Peña Segura A, Santana Almonte D

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Cuadro de confusión con recuperación espontánea y temblor en manos.

## Historia clínica

Fem. de 78 años.

*Antecedentes personales:* DM2, HTA, hipotiroidismo, trastorno depresivo mayor. Síntomas principales: confusión y temblor de manos. EA: acude a consulta por episodio de confusión mental de aproximadamente 5 minutos, con recuperación completa y espontánea, sin focalidad neurológica, sin cefalea, sin relajación de esfínteres ni síntomas vegetativos. No se asocia a caída ni traumatismo. No se identifica desencadenante. Refiere temblor fino en manos y hábito de ingesta hídrica (4–5 litros/día) desde hace años, sin síntomas urológicos destacados.

*Exploración en consulta:* COC, Temblor fino de manos en reposo y más evidente en acción. Marcha estable.

*Exploración física* sin focalidad. Normopeso e hidratación adecuada. P.C: NaP 125, K y glucemia normal. Osmolaridad plasmática: 265, osmolaridad urinaria: 420, Sodio urinario: 58, TSH y cortisol: normales, función renal: normal.

## Enfoque individual

El enfoque se centra en la educación sobre la importancia de no modificar la medicación sin control médico, realizar una reevaluación integral del tratamiento psicofarmacológico y alerta sobre nuevos síntomas.

## Enfoque familiar y comunitario

Vigilancia del tratamiento. Plan de contingencia en caso de nuevos episodios y síntomas de alarma, coordinar seguimiento para control de peso, ingesta y signos de hiponatremia.

Educación en polifarmacia para pacientes crónicos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Alteración del sensorio en paciente polimedicada con temblor progresivo. Sospecha de hiponatremia secundaria a SIADH medicamentosa.

Crisis epiléptica parcial simple. Efectos adversos medicamentosos. Hiponatremia secundaria a: insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo, SIADH.

## Tratamiento, planes de actuación

Suspender duloxetina e hidroclorotiazida. Restricción hídrica (1–1.5 L/día). Control semanal de iones en sangre. Valoración por salud mental para ajuste de tratamiento.

## Evolución

Buena evolución, a la semana: Na en 128, sin nuevos episodios de confusión. Al mes: Na normalizado, temblor estabilizado, estado cognitivo basal.

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

El SIADH medicamentoso es una causa infradiagnosticada de confusión y síntomas neurológicos en pacientes mayores. La duloxetina, junto con diuréticos como la hidroclorotiazida, debe usarse con precaución en ancianos. La medicina de familia permite un enfoque integral y contempla la clínica, el entorno social y la coordinación con otros niveles asistenciales. La educación sanitaria, el seguimiento cercano y la valoración de la polifarmacia son claves para evitar eventos adversos graves en Atención Primaria.

## Palabras clave

SIADH, temblor, hiponatremia, duloxetina, Atención Primaria, adulto mayor.

## Doctora, tengo bolsas en los ojos

Burrahay-Anano Tenorio M<sup>1</sup>, Tabet Medina L<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 San Felipe. Jaén

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Mujer de 52 años que acude a consulta por bolsas palpebrales inferiores de días de evolución. Refiere que desde hace unos 5 días presenta aumento de bolsas palpebrales inferiores. Niega cambios en su vida diaria. No síndrome miccional. No toma de complementos alimenticios.

### Historia clínica

*Antecedentes personales:*

NAMC. No medicación en la actualidad. Obesidad. Fumadora de 2 paquetes/día.

*Exploración física:*

- Saturación: 94%. TA: 149/95 mmHg. FC: 85 lpm.
- Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando y depresible. No masas ni megalias. No doloroso.
- Exploración neurológica: consciente y orientada. Pupilas isocóricas normorreactivas. No alteraciones de pares craneales. No disimetrías. No pérdida de agudeza visual.
- MMII: no edemas. Sin signos de TVP.
- Bolsas palpebrales inferiores, no fóvea.

*Pruebas complementarias:*

- Analítica: destaca hiponatremia de 126 aislada. Resto sin alteraciones.
- ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Eje normal. PR constante. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización.

### Enfoque individual

Paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabaja como funcionaria. Casada con dos hijos.

### Enfoque familiar y comunitario

Los hijos nos refieren, que presenta astenia y anorexia de meses de evolución. Pérdida de 10 kg de peso en los últimos 6 meses.

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

Hiponatremia a estudio.

Síndrome constitucional.

### Tratamiento, planes de actuación

Dado los resultados analíticos y la información dada por la familia, se decide ampliar estudio.

Se realiza sangre oculta en heces negativa.

Radiografía de tórax: Masa pulmonar mediastínica.

### Evolución

Se deriva a unidad de Neumología, donde finalmente se diagnostica de cáncer microcítico de pulmón derecho (T4N3M0).

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

El estudio de un síndrome constitucional en Atención Primaria es importante y constituye un reto clínico para identificar la causa de los síntomas y poder tratarlos adecuadamente.

Es fundamental una adecuada anamnesis y exploración física. En este caso, hablar con la familia e interpretar las pruebas complementarias es clave para una correcta orientación diagnóstica.

El cáncer de pulmón microcítico, es un tumor pulmonar agresivo y de mal pronóstico. Asociado a fumadores, no siempre debuta con hemoptisis. En este caso, una hiponatremia no justificada en una paciente fumadora con astenia y pérdida de peso nos debe hacer sospechar sobre dicha entidad.

### Palabras clave

Small-cell carcinoma, anorexia, hiponatremia.

# La lumbalgia que no fue

Peña Segura A<sup>1</sup>, Bellerín García M<sup>2</sup>, Vargas Rodríguez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana del Condado. Huelva

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del condado. Huelva

## Ámbito del caso

Mujer de 34 años que consulta por dolor lumbar que se irradia hasta región costal de 2 días de evolución. Consulta en SUAP de su población siendo diagnosticada de lumbalgia, se le administró AINES im con relativa mejoría y se le pautó analgesia domiciliaria del primer escalón analgésico con la que no consiguió control de los síntomas.

## Motivos de consulta

Triada como: lumbalgia.

## Historia clínica

No RAM.

*Antecedentes personales:* Linfoma de Hodgkin (2014).

*Tratamiento habitual:* anticonceptivos orales.

*Enfermedad actual:* mujer de 34 años, consulta por dolor lumbar y costal derecho. Dolor costal a punta de dedo le imposibilita el decúbito. Niega disnea y dolor torácico.

Su padre y su hermana se están estudiando de una enfermedad protrombótica.

*Exploración:* saturación 100%, TA 126/75, FC 71. Auscultación con MVC sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación de reborde costal 7-8 costilla derecha en región postero-lateral. Molestia a la palpación de musculatura paravertebral lumbar derecha, no apofisalgia.

*Plan de actuación:* analítica con Dímero-D, radiografía de tórax, se canaliza vía periférica y administramos ketorolaco. Durante la canalización venosa, la paciente comenzó a marearse ligeramente. La pasamos a una camilla.

En la analítica Dímero D en 1607, resto normal. La radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Solicitamos Angio-TC con resultado: TEP lobar inferior derecho. Se administra (peso de 70 kg) 80 mg de Heparina y cursamos ingreso en Neumología.

## Enfoque individual

La paciente nos da en su historia varios datos que pueden orientarnos hacia qué pruebas pedir. La anamnesis es clave.

## Enfoque familiar y comunitario

Debemos indagar más allá de los síntomas. Somos en la mayoría de ocasiones, los primeros en evaluar al paciente. Una derivación con una buena orientación clínica puede determinar la evolución del paciente.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Tromboembolismo pulmonar.

Neumotórax, con auscultación pulmonar y radiografía de tórax normal, descartamos.

Lumbalgia, no lo sospechamos dada la anodina exploración.

## Tratamiento, planes de actuación

Se pautó:

- Reposo absoluto.
- Heparina a 1 mg/kg cada 12 horas.
- Analgesia.
- Ingresada en Neumología.

## Evolución

En ingreso: mejoría clínica, episodios aislados de hemoptisis en estudio.

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

Somos la puerta de entrada al Sistema sanitario de nuestros pacientes, una correcta anamnesis, escuchar lo que nos cuenta el enfermo puede hacernos sospechar patologías que no podríamos orientar solo con la clínica.

## Palabras clave

Pulmonary embolism, embolism and thrombosis, lung diseases.

## ¿ACVA o alcoholismo?

Tabet Medina L<sup>1</sup>, Burrahay-Anano Tenorio M<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Jaén

### Ámbito del caso

Atención Primaria, servicios de urgencias, atención domiciliaria.

### Motivos de consulta

Varón, 58 años, presenta mareo y desvanecimiento en vía pública.

### Historia clínica

*Antecedentes personales:*

- Hipertensión Arterial.
- Exconsumidor de DVP, consumidor diario de cannabis, tabaco y alcohol.
- Tratamiento: enalapril 20 mg/24 h.
- RAM Penicilina.

Acude 061 que encuentra al paciente dentro del domicilio en decúbito supino en sofá. Refiere diplopía al despertar (hace 1h) motivo por el que sale del domicilio sin mejoría. Seguidamente, sufre debilidad en miembros inferiores que dificulta la marcha. Presentó episodio similar autolimitado dos días antes de una hora de duración.

TA 210/120 mmHg. FC 76 lpm. Sat O<sub>2</sub> 95%.

Auscultación cardiopulmonar y ECG normales.

Consciente, orientado y colaborador. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Oftalmoplejía parcial de ojo derecho, imposibilidad de mirada conjugada izquierda. Nistagmus izquierdo de OI. Barré y Mingazzini negativos. No afectación de otros pares craneales salvo III par. Buena nominación y repetición. Lenguaje sin alteraciones del contenido y habla sin bloqueos. Campimetría normal. Sensibilidad dudosa. Marcha inestable. Romberg negativo.

### Enfoque individual

La familia insiste en habla diferente a la habitual que no se considera por facultativos.

### Enfoque familiar y comunitario

La sobrina del paciente destaca el consumo de tóxicos y escaso seguimiento médico.

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

Síndrome Wernicke–Korsakoff.

ACVA, Emergencia hipertensiva, Tóxicos.

### Tratamiento, planes de actuación

Se administra 50 mg labetalol en bolo y se traslada a urgencias hospitalarias, donde se realiza TC craneal y analítica con hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones. Se controla crisis hipertensiva sin que cese la focalidad. Alta con seguimiento en CCEE de Oftalmología: Parches oculares con oclusión intermitente. Revisión en un mes.

Y Neurología: Derivación convencional. Ácido Acetilsalicílico/24 h.

### Evolución

Se pierde el contacto con el paciente que continúa retirando parches oculares de farmacia. Pendiente de estudio por Oftalmología y Neurología.

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

La sintomatología clásica del Síndrome Wernicke coincide con la historia de etilismo del paciente presentando afectación óculo-motora en forma de nistagmus y oftalmoplejía parcial, junto a alteraciones de la marcha. Si consideramos la alteración del habla que refiere la familia, tendríamos la triada completa, además del comienzo agudo de la patología que ya presentó de manera autolimitada previamente. Con este caso clínico pretendemos visualizar este síndrome frecuentemente infradiagnosticado, y destacar la importancia de la anamnesis para llegar a posibles diagnósticos, siendo en la mayoría de casos nuestra herramienta más valiosa.

### Palabras clave

Diplopía, alcoholism, emergencias.

# Entre el corazón y los genes: un caso de insuficiencia cardíaca

Barco Núñez P<sup>1</sup>, Geniz Rodríguez L<sup>2</sup>, Sánchez Domínguez E<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Enfermera de MFyC. Universidad de Sevilla. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Malestar general.

## Historia clínica

Mujer de 53 años con antecedentes de obesidad, insuficiencia venosa crónica, exfumadora y bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH).

Acude al centro de salud refiriendo malestar general con edema progresivo en miembros inferiores y abdomen desde hace más de un mes. Además, refiere aumento de su disnea basal con ortopnea y disminución de la diuresis. Niega dolor torácico, palpitaciones o episodios de disnea paroxística nocturna.

Por otro lado, nos encontramos la limitación de que la paciente ha rechazado la realización de pruebas invasivas, incluidas pruebas analíticas. En la exploración, se objetiva estabilidad hemodinámica, obesidad y la presencia de un soplo sistólico en el foco aórtico. Se realiza un electrocardiograma, llevado a cabo por el personal de Enfermería, quienes acuden de inmediato con dudas sobre su interpretación. Finalmente, se concluye que el trazado muestra fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FARVR) en el contexto de un BCRIHH previamente conocido.

## Enfoque individual

El rechazo de pruebas complementarias nos limita a la hora de poder realizar un enfoque integral de la paciente, pero existen otros datos como la clínica o el electrocardiograma (ECG) que nos dan información muy útil. Nuestra labor como médicos de familia debería ser explicar

adecuadamente a la paciente la consecuencia de su decisión, siempre respetando el derecho de autonomía.

## Enfoque familiar y comunitario

Antecedente de hermano fallecido por muerte súbita a los 52 años, sin diagnóstico cardiológico previo. La paciente cuenta con apoyo familiar limitado y presenta escasa adherencia a controles médicos previos.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Insuficiencia cardíaca, por disfunción ventricular. Se descarta insuficiencia renal y se solicitan pruebas complementarias con estudio genético.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva al hospital, donde se establece el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en clase funcional NYHA III, FARVR de cronología incierta y miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

## Evolución

Evoluciona favorablemente tras tratamiento deplectivo y es remitida a consultas de cardiología para seguimiento.

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

La correcta interpretación de electrocardiogramas tanto para médicos como enfermeros es esencial a la hora de realizar una correcta labor diaria.

## Palabras clave

Insuficiencia cardíaca, fibrilación atrial, miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

# A propósito de un caso: impactaciones esofágicas recurrentes en un paciente con ERGE

Mendo Toro M<sup>1</sup>, Moreno Santos A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS La Orden. H Infanta Elena. Huelva

## Ámbito del caso

Consulta de medicina de familia, urgencias hospitalarias y otras especialidades médicas.

## Motivos de consulta

Disfagia y sialorrea con sensación de cuerpo extraño tras algunas comidas, especialmente alimentos sólidos.

## Historia clínica

Paciente varón de 59 años que presenta de forma intermitente impactaciones esofágicas autorresueltas tras algunas comidas, especialmente con alimentos sólidos mal triturados desde hace aproximadamente dos años. No refiere un carácter progresivo de los síntomas. No síndrome constitucional. Toma de forma ocasional Omeprazol 20 mg por síntomas de RGE, pero no de forma pautada.

El paciente acude una tarde a urgencias hospitalarias tras un almuerzo por impactación esofágica no resuelta con sialorrea y disfagia que se resuelve con diazepam y glucagón iv. Se realiza analítica con hemograma y bioquímica sin encontrar alteraciones en sus valores (hemograma normal en las tres series, sin signos de infección, sin anemia). Radiografía de tórax urgente (ICT normal, senos costocardiográficos libres, no presencia de masas ni lesiones parenquimatosas, radiografía similar a previas realizadas sin cambios).

## Enfoque individual

Sin RAM conocidas. No tratamiento habitual. No enfermedades conocidas. Exfumador desde hace más de 30 años. Bebedor social. Normopeso. Independiente para las actividades básicas de su vida diaria.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado, un hijo, con actividad laboral.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Es importante conocer los signos o síntomas de alarma de disfagia y plantear un diagnóstico diferencial. Ante la presencia de estos, es considerable solicitar una endoscopia digestiva alta para su diagnóstico.

Divertículo esofágico. Tumorción esofágica. Anillo de Schatzki. Acalasia.

## Tratamiento, planes de actuación

Se realiza endoscopia digestiva alta de forma programada. Se visualiza hernia de hiato. Anillo de Schatzki no estenosante. Esofagitis péptica grado A de los Ángeles. Sospecha de esófago de Barrett corto (COM2). Patrón endoscópico de gastritis crónica antral y duodenitis no erosiva. Se pauta omeprazol 20 mg/12 horas durante 2 meses. Posteriormente, revisión por Digestivo.

## Evolución

Favorable tras tratamiento pautado.

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

Resulta adecuado realizar una historia clínica detallada y diagnóstico diferencial para detectar posibles signos o síntomas de alarma y así solicitud de pruebas diagnósticas.

## Palabras clave

Adult, endoscopy, gastrointestinal, deglutition disorders.

# Doctora, me noto una masa

Mota Gavilán I, Castañeda Hernández A, Cabello Herrera E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

## Ámbito del caso

Patología sistémica.

## Motivos de consulta

Astenia y masa en hipocondrio izquierdo.

## Historia clínica

Mujer de 47 años que acude a la consulta por astenia de tres meses de evolución y se nota masa en el lado izquierdo del abdomen. No fiebre, no pérdida de peso. No sudoración nocturna. No viajes al extranjero recientes.

## Enfoque individual

No antecedentes familiares. No hábitos tóxicos.

*Antecedentes personales:* HTA.

*Tratamiento:* enalapril 10 mg 1c/24h. No IQx previas.

BEG, COC, BHYP. Eupneica en reposo. TA 120/80 mmHg. FC 81 lpm. SatO<sub>2</sub> 99%. T°36.

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, se palpa masa en hipocondrio izquierdo no dolorosa.

MMII: no edemas, equimosis ni petequiral.

Realizo ecografía clínica en consulta objetivando esplenomegalia de 20 cm. No otros hallazgos.

Solicito analítica y derivó a consulta rápida de Medicina Interna.

Analítica

Hemograma: HB 10.1 g/dl. Hto 31%. VCM 84. Plaquetas 115000. Leucocitos 3900. Neutrófilos LDH 600. PCR Y VSG elevados. Serología viral negativa. ANA positivo. Anti DNA positivo.

TAC de abdomen: esplenomegalia de 20 cm. Sin otros hallazgos.

Biopsia de medula ósea: sin infiltrados de malignidad.

Citometría de flujo: sin evidencia de clonalidad linfoide ni mieloide.

## Enfoque familiar y comunitario

Extranjera procedente de Polonia.

Residente en España desde hace 5 años.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* lupus eritematoso sistémico.

*Diagnóstico diferencial:*

- Linfoma esplénico.
- Leucemia linfocítica crónica.
- Enfermedad mieloproliferativa.
- Enfermedades autoinmunes.
- Infección por VEB, CMV, TBC.

## Tratamiento, planes de actuación

La paciente comenzó tratamiento con prednisona oral e hidoxicloroquina.

## Evolución

Buena respuesta a tratamiento.

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

En este caso realzo la importancia del médico de familia siendo el primer eslabón de la cadena, es el que realiza el primer contacto con el paciente y el que tiene que detectar los signos y síntomas de alarma para posteriormente realizar un seguimiento conjunto con las diferentes especialidades hospitalarias.

## Palabras clave

Esplenomegalia, astenia.

# Sinusitis maxilar odontógena: un enfoque integral desde Atención Primaria

Unay Martínez P<sup>1</sup>, Valenzuela Navas L<sup>2</sup>, Del Río Sutil C<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

## Ámbito del caso

El caso se desarrolla en un centro de salud urbano, dentro del ámbito de la Atención Primaria de salud. La paciente es valorada por el médico de Atención Primaria en varias consultas debido a síntomas respiratorios persistentes tras un procedimiento odontológico.

## Motivos de consulta

Congestión nasal y rinorrea persistentes tras un implante dental reciente.

## Historia clínica

Mujer de 40 años sin antecedentes alérgicos o infecciosos previos. Consulta en tres ocasiones con síntomas nasales que inician una semana después del implante dental. Se le diagnostica inicialmente sinusitis, pero la respuesta al tratamiento es insuficiente.

## Enfoque individual

Se realizó un seguimiento clínico con reevaluaciones periódicas, ajustando el tratamiento según la respuesta. La paciente fue educada sobre el uso adecuado de antibióticos y signos de alarma.

## Enfoque familiar y comunitario

Se exploraron antecedentes familiares de enfermedades respiratorias y el impacto de los síntomas en su vida diaria. A nivel comunitario, se promovió la educación sobre el uso racional de antibióticos y la importancia de la coordinación entre Atención Primaria y odontología privada.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio Clínico.* Sinusitis maxilar odontógena secundaria a fístula oroantral postimplante dental.

### Diagnóstico Diferencial

- Sinusitis bacteriana aguda.
- Rinitis alérgica/viral (descartada).
- Sinusitis crónica/subaguda.
- Infección por material de implante.
- Fístula oroantral (confirmada).

### Problemas Identificados

- Clínicos
- Fístula oroantral.
- Sinusitis odontógena.
- Riesgo de cronicidad si no se trata quirúrgicamente.

### Diagnóstico-terapéuticos:

- Diagnóstico inicial incompleto.
- Retraso en derivación.
- Necesidad de abordaje médico-quirúrgico.

### Coordinación asistencial:

- Falta de conexión entre odontología privada y Atención Primaria.
- Necesidad de circuitos de derivación eficaces.

## Tratamiento, planes de actuación

*Tratamiento inicial:* amoxicilina-clavulánico, descongestionantes nasales y lavados nasales.

*Tratamiento dirigido:* antibióticos específicos y seguimiento estrecho.

*Tratamiento quirúrgico:* cierre de fístula oroantral y drenaje si necesario.

Planes de actuación a corto, medio y largo plazo: confirmación diagnóstica, derivación a especialistas y educación al paciente.

## Evolución

Tras hallazgos en radiografía de senos paranasales, se deriva a Odontólogo de zona, que valora y solicita RMN de senos. Por otro lado, la paciente acude a clínica privada para valoración. Actualmente pendiente de pruebas complementarias.

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

Este caso subraya la importancia de un enfoque integral en Atención Primaria, donde la historia odontológica debe ser parte de la anamnesis. La coordinación eficaz entre Atención Primaria, odontología y especialidades es esencial para evitar retrasos diagnósticos y mejorar la calidad del cuidado.

### Palabras clave

Sinusitis odontógena, fístula oroantral, Atención Primaria.

# Un viaje “a lo grande”

Moreno Santos A<sup>1</sup>, Pérez Barroso A<sup>2</sup>, Mendo Toro M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Vacunación por viaje internacional.

## Historia clínica

Varón de 42 años que acude a Sanidad Exterior con motivo de recibir asesoramiento para un viaje a Costa de Marfil por trabajo. Desde allí contactan con su médico de familia por apariencia de rasgos acromegálicos, siendo posteriormente valorado en consulta donde se evidencian los mismos (voz grave, macrognatia, frente prominente, nariz ancha, macroglosia, aumento de partes acras). El paciente refiere que desde 2010 no puede llevar alianza, así como aumento de talla de calzado y cierta afectación de la agudeza visual que ha notado conduciendo. SAOS en tratamiento con CPAP nocturna, posible STC bilateral. Niega HTA ni hiperhidrosis ni otros síntomas relevantes.

## Enfoque individual

Al paciente se le realiza una analítica, destacando un IGF-I de 792 ng/ml y un hipogonadismo, por lo que se deriva a Endocrinología. En la RM de silla turca se visualiza un macroadenoma hipofisario de 22 mm sin compresión del quiasma óptico. Posteriormente es remitido a cardiología, donde se realiza una ETT con cardiomegalia global y FEVI preservada; a Digestivo, para resección de pólipo hiperplásico en colonoscopia; y a oftalmología, descartándose afectaciones campimétricas relacionadas.

## Enfoque familiar y comunitario

Trabaja en sector logístico.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Ante un caso de acromegalia es importante realizar el diagnóstico diferencial entre entidades como un macroadenoma hipofisario secretor de GH, en este caso, o un tumor secretor de GHRH extrahipofisario. También con un hipotiroidismo severo, un MEN1 o la enfermedad ósea de Paget.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento con lanreotida im cada 28 días para preparación quirúrgica. Posterior resección vía endoscópica endonasal transesfenoidal y revisión por ORL y Neurocirugía con RM de control.

## Evolución

El paciente ha presentado evolución óptima tras la cirugía, sin restos tumorales/recidiva en RM y con datos bioquímicos de curación. En última revisión por Cardiología se realiza nueva ETT con diagnóstico de MCD y FEVI moderadamente deprimida a estudio.

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

Es fundamental desde Atención Primaria un seguimiento longitudinal y presencial del paciente para detectar signos que podrían pasar desapercibidos en otros formatos de consulta. Además, la comunicación y buena coordinación entre profesionales optimiza la calidad asistencial y permite una atención más integral, facilitando el diagnóstico en este caso.

## Palabras clave

Acromegaly, pituitary adenoma, transsphenoidal surgery.

# Quiste branquial

Caballero Ayala R, Pastrana Gallego E, Ponce Rodríguez L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. H La Merced. Osuna (Sevilla)

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Rural.

## Motivos de consulta

Masa cervical.

## Historia clínica

*Antecedentes personales:* mujer de 31 años, No AMC, tratamiento ACHO.

Bulto cervical de aparición brusca de 2 semanas de evolución sin fiebre ni otros síntomas respiratorios ni tiroideos sistémicos. No cambia con las comidas.

*Exploración:* bulto de unos 3 cm, blando, no adherido a planos profundos, molestia a la palpación, mal delimitado.

*Ecografía clínica en consulta:* masa de ecogenicidad homogénea de 60x45x15 en cara lateral izq. del cuello en contacto con paquete yugulocarotídeo, sin hilio, capta Doppler de forma difusa.

Se deriva a Medicina Interna de forma preferente: TAC: lesión quística de contenido denso, bien delimitada, posterior a espacio carotideo con características de quiste branquial de 2º arco.

Valorada por ORL pendiente de cirugía.

## Enfoque individual

Trabaja peón agrícola.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive en pedanía, en medio rural.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Quiste branquial de 2º arco.

## Diagnóstico diferencial de masa cervical:

En región laterocervical los problemas más frecuentes a descartar serían: tumores parafaríngeos, lipomas, linfomas, quistes sebáceos, quiste epidérmico, parotídeos, tumores tiroideos, aneurismas carotídeos o quistes congénitos de 2º arco branquial.

## Tratamiento, planes de actuación

Pendiente de cirugía por ORL.

## Evolución

Conclusiones, aplicabilidad y prospectiva.

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

El diagnóstico de masa cervical en Atención Primaria requiere, en la mayoría de los casos petición de pruebas a nivel hospitalario y derivación para determinar su origen. Al disponer de la posibilidad de realizar una ecografía en el mismo acto, por un lado valoramos de forma inmediata las características de la lesión identificando signos de malignidad, y restringiendo las posibles causas diagnósticas aunque no lleguemos a un resultado definitivo. En este caso, una masa cervical supone un estrés importantísimo para el paciente, el realizar la ecografía de forma inmediata reduce ese estrés, permite una derivación dirigida con más información y menos incertidumbre y un diagnóstico y tratamiento más rápidos.

## Palabras clave

Quiste branquial, ecografía, medio rural.

# Dolor abdominal el diagnóstico menos pensado

Rodríguez Sánchez R<sup>1</sup>, Masía Perpiñá Ó<sup>2</sup>, Velázquez Romero C<sup>1</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Presentamos el caso de una mujer de 52 años de edad con enfermedad de Chagas sin otros AP de interés, ni hábitos tóxicos con paraparesia secundaria a lesión espinal intradural.

Desde hace 3 años dolor abdominal localizado en flanco izquierdo e irradiado a espalda, de características punzantes y mecánicas. No se acompañaba de clínica digestiva. En cambio sí presentaba parestesias en la zona abdominal, posteriormente parestesias a nivel de todo hemicuerpo izquierdo, paraparesia, incontinencia urinaria e inestabilidad para la marcha.

Tras analítica y varias pruebas de imagen iniciales, sin resultados concluyentes, se halla en RM lesión intramedular compatible con Schwannoma y es intervenida, sin remisión total de la clínica. Se repite por tanto nueva prueba de imagen que evidencia quiste aracnoideo por encima de lecho quirúrgico que condiciona compromiso medular.

## Historia clínica

Abdomen normal.

*Neurológicamente:* PINLA. MOEC. PC conservados. Incapaz de deambular de puntillas y de talones. Deambula sin apoyos, de forma inestable, impresiona de déficit propioceptivo. Hiperreflexia rotuliana y piramidalismo en ambos MMII. Parestesias y disestesias en ambos pies.

RM columna dorsal. Lesión intradural extramedular a nivel de D6-D7 desde D5-D6 a D8-D9.

Mielopatía compresiva desde D3-D4 a D7-D8 con mayor compromiso en D6.

En el interior del saco posibles quistes aracnoideos focales, con compartimentos múltiples. Médula conteniendo un extenso quiste centromedular que se extiende T3, hasta el cono terminal.

## Enfoque individual

Paciente que consulta en numerosas ocasiones por dolor abdominal inespecífico, posteriormente consultó por clínica neurológica.

## Enfoque familiar y comunitario

Continuidad asistencial.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Schwannoma dorsal intervenido.

Quiste aracnoideo.

Hernia discal.

Cólico biliar.

## Tratamiento, planes de actuación

Laminectomía.

## Evolución

Desfavorable, la paciente precisará nuevamente cirugía.

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

Los schwannomas son tumores que se originan en las células de Schwann de la vaina nerviosa. Generalmente, se trata de tumores benignos y de crecimiento lento. Mientras que los quistes aracnoideos son una acumulación de líquido cefalorraquídeo.

Suelen ser asintomáticos y de hallazgo casual. La clínica es por la compresión, inicialmente inespecíficos. El dolor es el síntoma más frecuente, parestesias y trastornos esfinterianos.

En este caso ha sido muy complicado distinguir la verdadera causa que originaba la compresión medula al encontrar 2 estructuras que producen clínica similar.

## Palabras clave

Clínica compresiva, schwannoma, quiste aracnoideo.

# Encefalopatía por priones

Rodríguez Sánchez R<sup>1</sup>, Masía Perpiñá Ó<sup>2</sup>, Almazán Quesada A<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcalá del Río. Sevilla

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Presentamos el caso de paciente de 66 años diagnosticada de probable enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) sin antecedentes personales de interés que comienza con un cuadro de alteración del equilibrio, incapacidad ejecutiva y deterioro del estado general, siendo previamente totalmente independiente y funcional.

## Historia clínica

Bradipsiquia. Disartria escándida. Discinesias orolingüofaciales y mioclono palatino. MOE conservada sin nistagmo. No debilidad facial.

Ataxia de tronco y de la marcha, siendo incapaz de caminar sin ayuda.

Se aprecia temblor de actitud en manos, junto a posturas pseudoatetósicas de mano izquierda y se aprecian sacudidas mioclónicas en dicha mano.

No aumento de tono. Piramidismo con Hoffman positivo bilateral. Disdiadococinesia bilateral junto a disimetría.

EEG: ondas trifásicas hemisféricas izquierdas, con enlentecimiento difuso.

RM: hallazgos sugestivos de enfermedad por priones por presentar áreas de hiperintensidad en regiones dorsomediales y pulvinares de los tálamos (signo del palo de hockey).

## Enfoque familiar y comunitario

Abordaje de toda la familia, día a día se notaba el empeoramiento.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob probable.

Cuadro paraneoplásico clásico en relación con neo ginecológica.

Encefalitis mediada por anticuerpos.

Enfermedad priónica.

Tóxicos

## Tratamiento, planes de actuación

No.

## Evolución

Inicialmente presentó temblores generalizados, trastorno de coordinación motora y dificultad para la elaboración del lenguaje (disartria) con empeoramiento progresivo. El deterioro fue rápidamente progresivo, ingresó en Hospital Universitario Virgen del Rocío para agilizar las pruebas complementarias.

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

La ECJ es una prionopatía. Estas son enfermedades generadas por priones, agentes transmisibles no convencionales carentes de ácidos nucleicos.

Su único componente conocido es una proteína endógena incorrectamente plegada (PrP<sup>Sc</sup>). Presenta resistencia a la mayoría de los procedimientos tradicionales de desinfección. La respuesta inmune e inflamatoria es casi inexistente. Su distribución en los tejidos es muy irregular, expresándose fundamentalmente en sistema nervioso central y tejido linfo-reticular, encontrándose en muy baja concentración en tejidos accesibles (sangre, orina). Tiene un período de incubación largo.

Su cuadro clínico se caracteriza por demencia rápidamente progresiva, síntomas neurológicos focales, alteración de la conducta, trastornos de la coordinación motora, síntomas y/o signos piramidales y extrapiramidales, alteraciones visuales de origen en corteza cerebral, mioclonías y convulsiones con curso clínico de meses de evolución hasta la muerte.

Su diagnóstico de confirmación es por anatomía patológica.

## Palabras clave

Priones, ataxia, disartria.

# La importancia de una buena anamnesis. Tromboembolismo pulmonar enmascarado

Torrico González L<sup>1</sup>, Barea Ortiz M<sup>1</sup>, López Ruiz E<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

## Ámbito del caso

Atención primaria.

## Motivos de consulta

Disnea y dolor en miembros inferiores.

## Historia clínica

Varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, exfumador, que inicialmente acude a urgencias hospitalarias con síntomas respiratorios (disnea, tos purulenta y fiebre), a la exploración destaca taquicardia y saturación del 92%, siendo diagnosticado de bronquitis aguda y tratado con antibióticos.

Cinco días después, acude a Atención Primaria debido a un empeoramiento de la disnea, dolor torácico pleurítico derecho y dolor en miembros inferiores. En la exploración, se evidencia una saturación de oxígeno del 77%, taquicardia y signos de tromboflebitis superficial en el muslo derecho. Ante la persistencia y progresión de los síntomas y considerando el factor de riesgo de inmovilización autoimpuesta de más de una semana, se sospecha un tromboembolismo pulmonar (TEP) y se deriva nuevamente a urgencias hospitalarias para la realización de estudios complementarios.

## Enfoque individual

Las pruebas complementarias revelan un dímero-D muy elevado y la angio-TC confirma un TEP bilateral extenso. Adicionalmente, la analítica sanguínea muestra positividad para anticuerpos anti-beta2glicoproteína y anticoagulante lúpico, sugiriendo un posible síndrome antifosfolípido (SAF). Una tomografía computarizada de cuello y abdomen levanta la sospecha de un síndrome linfoproliferativo.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

- TEP bilateral.
- SAF pendiente de confirmación.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento anticoagulante con enoxaparina y antibioterapia profiláctica, presentando una evolución favorable que permite su alta hospitalaria tras cinco días.

## Evolución

Se establece un seguimiento por Medicina Interna para completar estudios (biopsia ganglionar y repetición de anticuerpos antifosfolípidos) y un seguimiento por Atención Primaria (AP) para controlar su evolución y adherencia terapéutica.

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

Este caso subraya la importancia de una anamnesis completa y una reevaluación exhaustiva ante síntomas persistentes o progresivos que puedan sugerir un TEP atípico, simulando otras patologías respiratorias. Destaca la relevancia de considerar factores de riesgo protrombóticos no evidentes y el papel crucial de la sospecha clínica en AP para lograr un diagnóstico precoz y evitar complicaciones mayores.

La valoración integral en AP fue clave para diagnosticar el TEP enmascarado, superando el diagnóstico inicial. Recordar que la AP es fundamental en el seguimiento, control de anticoagulación, prevención de recurrencias, educación al paciente como a su familia y la reinserción sociolaboral.

## Palabras clave

Tromboembolia, respiratory distress, síndrome antifosfolípido.

# Dieta rica en fibra

Pantoja de la Rosa L<sup>1</sup>, Morillas Jiménez M<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 Gran Capitán. Granada

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

## Ámbito del caso

Medicina de urgencias/Digestivo.

## Motivos de consulta

Paciente que acude a consulta de acogida en 2 ocasiones por vómitos y epigastalgia. En la segunda ocasión tras 4 días de evolución se deriva a urgencias hospitalarias.

## Historia clínica

Paciente varón de 68 años.

*Antecedentes personales:* hipertensión arterial, hepatopatía crónica, úlcera péptica.

*Tratamiento habitual:* manidipino, valsartán, espironolactona.

El paciente es visto en nuestra consulta por episodio de vómitos, filiándose inicialmente como una gastroenteritis y tras segunda consulta a los pocos días, con exploración física poco tranquilizadora y "vómitos fecaloideos", es derivado a urgencias donde, ante sospecha de obstrucción intestinal con pruebas iniciales dentro de la normalidad, se realiza TC en el que solo se evidencia distensión gástrica. Se interconsulta con cirugía quien tras revisar las imágenes, consideran que con los antecedentes de úlcera del paciente, podría beneficiarse de endoscopia digestiva alta (EDA).

Tras comentar el caso con digestivo, se procede a EDA urgente ante la ausencia de mejoría del paciente, desimpactando de bulbo duodenal un fitobezoar.

## Enfoque individual

Antecedentes de úlceras gástricas/duodenales. Hepatopatía crónica, con TC abdominal normal. No bebedor actualmente.

Reinterrogando al paciente, refiere haber comenzado por iniciativa propia y sin control profesional una dieta "rica en fibra" comiendo todos los días hasta 12 higos secos, espárragos/brócoli también casi a diario así como semillas de lino.

## Enfoque familiar y comunitario

Casado y con 2 hijos, cuenta con buen apoyo familiar y social.

Antecedente familiar: hermano con cáncer colorrectal.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* obstrucción/pseudo-obstrucción intestinal.

*Diagnóstico diferencial:* neoplasia intestinal/hernia/impactación fecal.

## Tratamiento, planes de actuación

Dieta sin residuos. Masticar adecuadamente los alimentos, comer despacio y cantidades pequeñas. Omeprazol 40 mg cada 12 horas 10 días, luego uno al día de 20 mg al día.

## Evolución

El paciente evolucionó correctamente. Se le dio una segunda cita para valorar dilatación de estenosis duodenal.

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

Los fitobezosares son acumulaciones de material vegetal no digerido que pueden formar una masa en el tracto gastrointestinal. Son una causa rara de obstrucción de intestino delgado. Su sospecha clínica es frecuentemente pasada por alto.

La anamnesis debe ser una herramienta fundamental en todos los casos y ante sospecha de obstrucción intestinal en pacientes sin antecedente de cirugía abdominal previa, alteraciones de la motilidad y con buena calidad de vida previa juega un papel muy relevante.

## Palabras clave

Bezoar, pseudo-obstrucción, fiber.

# Más allá del fonendo: abordaje resolutivo de dolor abdominal con ecografía clínica

Cobos Boza A<sup>1</sup>, Martínez Pino E<sup>2</sup>, Borrero Saavedra M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Molino de la Vega. Huelva

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Adoratrices. Huelva

<sup>3</sup> Farmacia comunitaria

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 52 años que acude a consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 48 horas de Evolución, asociado a fiebre y malestar general.

## Historia clínica

El paciente no refiere antecedentes personales de interés. Niega vómitos o diarrea. El dolor es continuo, sin irradiación clara, y se intensifica con los movimientos respiratorios. En la exploración presenta temperatura de 38,2°C, taquicardia leve y dolor a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo.

## Enfoque individual

Se realiza ecografía clínica en consulta, identificándose vesícula distendida con pared engrosada (>3 mm), presencia de barro biliar y litiasis intravesicular con sombra acústica posterior. Se aprecia signo de Murphy ecográfico positivo (dolor en contacto con la sonda). No se objetivan signos de complicación (ni líquido perivesicular ni signos de colangitis). Se confirma sospecha clínica de colecistitis aguda litiásica.

## Enfoque familiar y comunitario

El paciente reside en un entorno semiurbano con acceso a centro de salud. Se informa a la familia sobre el proceso y se organiza su traslado al hospital de referencia para valoración por cirugía.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* colecistitis aguda litiásica.

*Diagnóstico diferencial:* cólico biliar, hepatitis aguda, pancreatitis, pielonefritis, neumonía basal derecha.

*Problemas identificados:* infección biliar, necesidad de derivación hospitalaria, control del dolor y fiebre en Atención Primaria.

## Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento sintomático (antitérmicos y analgesia) y se deriva al hospital para manejo quirúrgico. Se aporta informe clínico y ecográfico para agilizar atención hospitalaria.

## Evolución

A su llegada al servicio de urgencias hospitalario, se confirmó el diagnóstico de colecistitis aguda mediante ecografía abdominal convencional y analítica, que evidenció leucocitosis con desviación izquierda y elevación de proteína C reactiva. Fue valorado por el servicio de cirugía general, que decidió ingreso para manejo conservador inicial con antibioterapia intravenosa, fluidoterapia y control sintomático.

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

El uso de la ecografía clínica en Atención Primaria permite una orientación diagnóstica precoz y segura, mejorando la toma de decisiones y optimizando los recursos asistenciales. La identificación de signos ecográficos clave permitió una derivación adecuada y precoz, reduciendo demoras en el tratamiento. Este caso pone en valor la formación en ecografía clínica para el médico de familia como herramienta resolutiva en patología abdominal aguda.

## Palabras clave

Ecografía clínica, colecistitis aguda, atención primaria.

# Lumbalgia: no todo es por la edad

Escudero Sánchez C<sup>1</sup>, Pedrosa Arias M<sup>2</sup>, Crespo Jiménez, C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Zubia. Granada

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Zubia. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

## Motivos de consulta

Dolor lumbar y en piernas.

## Historia clínica

Juan es un paciente de 85 años con antecedentes de DM tipo 2, HTA Estudiado por medicina interna por ferropenia y tras exploraciones complementarias se aprecia angiodisplasia en ciego, pólipos y divertículos. En ocasiones el paciente acudía sin cita a consulta de acogida por lumbalgia con irradiación ambos MMII acabando la mayoría de las veces la atención con un inyectable.

La última vez que acudió Juan por el mismo motivo decidimos atenderlo nosotros para nueva anamnesis y exploración. Durante la entrevista nos contaba que el dolor de cintura y miembros inferiores es pérdida de fuerza progresiva. A inspección nos llama la atención temblor de reposo en ambas manos y barbilla. Romberg negativo. Marcha con pasos cortos y ampliación de la base de sustentación. Leve rigidez en rueda dentada en brazos y piernas. Retiramos amlodipino y derivamos a Neurología con sospecha de síndrome Parkinson. Exploración facies hipomimia. Rigidez carpal de predominio izquierdo. Bradicinesia. Leve alteración de reflejos posturales. Marcha festinante.

En servicio de Neuralgia ante la sospecha de enfermedad Parkinson instauran dopamina solicitando RN craneal y PecTac.

## Enfoque individual

Juan vive solo con su perrito. Hace un año se ingresó su esposa en residencia por no poder ser

atendida. Es independiente para las tareas básicas de la vida diaria y algo dependiente para las actividades instrumentales.

## Enfoque familiar y comunitario

Juan tiene hijos, solo tenemos contacto con una hija quien atiende sus cuidados. Tiene ayuda a domicilio unas horas y las vecinas le llevan comida.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Enfermedad de Parkinson. Patología radicular. Enfermedad degenerativa. Aplicando criterios de Fried Juan es paciente frágil.

## Tratamiento, planes de actuación

En tratamiento con dopamina sin mejoría.

## Evolución

Pendiente de revisión y plantear otro tratamiento.

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

Nuestro caso nos habla de la importancia de la anamnesis como parte fundamental del proceso clínico y una exploración exhaustiva que nos de información. Sobre todo nos hace reflexionar sobre no presuponer que un paciente por ser mayor minimicemos los síntomas ya que podemos caer en el error de no permitir que se beneficie de un tratamiento que mejore su calidad de vida.

## Palabras clave

Enfermedad de Parkinson, Parkinson iatrogénico, enfermedad neurodegenerativa.

# De la polimialgia al Parkinson: la importancia del juicio clínico y la reevaluación diagnóstica

Barea Ortiz M<sup>1</sup>, Torrico Gonzáles L<sup>2</sup>, Ruiz López E<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Polimialgia.

## Historia clínica

Varón de 78 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipemia, vejiga neurógena con auto-sondaje y enfermedad degenerativa de columna; acude a consulta de Atención Primaria por mialgias de inicio brusco en cintura escapular y pelviana asociadas a torpeza motora y cuadro confusional, se sospecha secundarismo al consumo de estatinas por lo que se suspenden y se plantea diagnóstico de Polimialgia Reumática (PMR) iniciando tratamiento inmunosupresor con corticoides, con aparente mejoría inicial.

En los meses siguientes, la clínica reaparece al intentar reducir la dosis de corticoides, haciéndose sospecha de PMR corticodependiente, por lo que se añade metotrexato, sin clara mejoría. Se realizan estudios sospechando síndrome paraneoplásico, descartando dicha hipótesis.

## Enfoque individual

Se tiene en cuenta sus antecedentes personales y su respuesta al tratamiento inicial.

## Enfoque familiar y comunitario

La familia como gran pilar de seguimiento, así como, interconsultas con diferentes especialistas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Polimialgia Reumática.

SD paraneoplásico.

Parkinson.

## Tratamiento, planes de actuación

Levodopa/carbidopa. Seguimiento en Atención Primaria y Neurología.

## Evolución

En los meses siguientes, la clínica persiste, al intentar reducir la dosis de corticoides, haciéndose sospecha de PMR corticodependiente. Se añade Metotrexato, sin clara mejoría. Se plantea descartar síndrome paraneoplásico. A lo largo del seguimiento el paciente desarrolla una trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho y un hallazgo incidental en la vejiga urinaria en TAC, hace sospecha de neoplasia. La citología urológica resulta negativa, y se considera relación con traumatismo por autosondaje.

Persistiendo el deterioro clínico, con debilidad generalizada, dificultad progresiva para la marcha y falta de respuesta al tratamiento inmunosupresor, se interrumpe la pauta con corticoides y metotrexato. En revisión en Atención Primaria destaca una rigidez facial y patrón de marcha sugestivo de Parkinsonismo. Se deriva a neurología. Un SPECT cerebral confirma afectación presináptica dopaminérgica compatible con enfermedad de Parkinson.

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

Este caso destaca, la importancia de reevaluar diagnósticos iniciales ante la ausencia de respuesta terapéutica. La superposición de síntomas entre enfermedades inflamatorias, neurodegenerativas y neoplásicas exige un enfoque clínico amplio y flexible. El diagnóstico final de Parkinson permitió abandonar tratamientos inmunosupresores innecesarios y mejorar la calidad de vida del paciente. La clave estuvo en observar los detalles neurológicos sutiles y no conformarse con la primera hipótesis diagnóstica.

## Palabras clave

Polymyalgia rheumatica, Parkinson disease, differential diagnosis.

# Doctor, ¿tengo tuberculosis?

Quevedo Gutiérrez A<sup>1</sup>, Pérez Razquín E<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Victoria. Huelva

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Mujer de 23 años que acude a consulta tras ser notificada como contacto estrecho de un compañero de trabajo diagnosticado con tuberculosis pulmonar bacilífera hace una semana.

*Antecedentes personales:*

- No RAMC.
- No AP de interés.
- No consumo de tóxicos.
- Vacunación completa según calendario pero desconoce si recibió BCG.

## Historia clínica

*Situación epidemiológica:*

- Contacto laboral diario durante los últimos 3 meses con caso índice.
- No refiere contacto con países con alta prevalencia de tuberculosis.

*Enfermedad actual:* asintomática. Niega fiebre, sudoración nocturna, tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico, disnea, astenia o pérdida de peso.

## Enfoque individual

*Exploración*

Constantes vitales: TA: 120/75 mmHg, FC: 72 lpm, afebril, Saturación O<sub>2</sub>: 98% a/A.

Peso: 64 kg, Talla: 168 cm, IMC: 22,7 kg/m<sup>2</sup>.

*Estado general:* Buen estado general. Normohidratada y normocoloreada. Sin signos de dificultad respiratoria en reposo.

ACP: rítmica, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes y de características normales.

Neuro: sin alteraciones.

No edemas ni lesiones cutáneas.

*Pruebas complementarias*

- Mantoux: positivo (> 5 mm).
- Rx de torax PA y lateral: sin datos de infección activa.

## Enfoque familiar y comunitario

Si infección tuberculosa de la paciente, valorar extender el seguimiento a familiares.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Infección tuberculosa.

Enfermedad tuberculosa.

## Tratamiento, planes de actuación

*Planes de tratamiento*

- Iniciar tratamiento con isoniazida a dosis de 300 mg.
- Añadir B6 (piridoxina) a dosis de 50 mg para evitar neuropatía periférica.

*Planes de actuación:*

- Recomendar uso de mascarilla FFP2.
- Repetir Mantoux a los 2 meses. Si positivo mantener tratamiento hasta los 6 meses.
- Si acaba realizando al menos tres meses de tratamiento con isoniazida realizar analítica de perfil hepático.

## Evolución

La paciente finalmente tuvo un segundo resultado con Mantoux negativo y no precisó mayor duración del tratamiento.

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

Desde la Atención Primaria tenemos la capacidad de resolver una situación similar, desde el estudio de contactos, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y la Evolución posterior. Somos los actores fundamentales para facilitar la educación y la prevención de dicha patología. La comunicación con el paciente es fundamental y debe ser bidireccional.

## Palabras clave

Tuberculosis, disnea, isoniazida.

# "Atención inicial al paciente inmigrante en Atención Primaria"

Martín Aguilera A<sup>1</sup>, Salyuk Kulinich K<sup>2</sup>, Muñoz Martínez B<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 Góngora. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 67 años, originario de Honduras, albañil de profesión, fumador, vive con su mujer y su hijo.

Es la primera vez que acude al médico desde que llegó a España en 2018, con objeto de realizarse un reconocimiento general bajo insistencia de su mujer.

## Historia clínica

Niega enfermedades ni tratamiento previo.

Refiere tos de larga data a la que el paciente no presta demasiada atención, respeta el descanso nocturno, no emetizante, sin expectoración, niega fiebre ni sudoración nocturna, sí pérdida de peso sin saber cuantificar.

Exploración dentro de la normalidad.

## Enfoque individual

Debido al antecedente de tabaquismo del paciente y la clínica por la que nos consulta, solicitamos analítica general con IGRA y radiografía de tórax:

- El IGRA resulta ser positivo, por lo que solicitamos baciloscopia (negativa) y cultivos de esputo seriados, los cuales resultan ser positivos.
- Radiografía: atelectasia de lóbulo superior derecho, senos costofrénicos libres.

## Enfoque familiar y comunitario

Es fundamental realizar un buen abordaje de este paciente, pues es inmigrante y es la primera vez que acude a un Servicio Sanitario en 7 años. Habrá que hacer hincapié en sus antecedentes previos, tratamientos, hábitos de vida, realizar una exploración física que incluya toma de constantes y solicitar las pruebas complementarias pertinentes.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* tuberculosis pulmonar.

*Diagnóstico diferencial:* neoplasia de pulmón, neumonía atípica.

## Tratamiento, planes de actuación

Realizamos declaración obligatoria de la enfermedad y derivamos al paciente a Infecciosas.

Entrevistamos al paciente, insistimos en que su mujer y su hijo deben acudir a su médico para iniciar estudio de tuberculosis. El paciente reconoce no compartir espacios cerrados con sus compañeros de trabajo.

Iniciamos tratamiento con rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol hidrocloreuro y piridoxina.

Solicitamos control analítico que se hará 15 días tras el inicio del tratamiento.

## Evolución

Revisiones por parte de Infecciosas.

Por nuestra parte, programamos un seguimiento periódico para evaluar la continuidad del tratamiento y la posible aparición de efectos adversos.

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

Es fundamental capacitarse para realizar un abordaje integral de los pacientes inmigrantes, teniendo en cuenta la procedencia y la clínica por la que consultan, para orientar las pruebas complementarias a solicitar. No hay que olvidar que los factores socio-familiares influyen en la salud.

## Palabras clave

Migrantes, tos, tuberculosis.

# Deprescripción de insulina en pacientes con diabetes tipo 2

Gómez Taverner E

MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

María, de 57 años, nos cuenta que desde hace un mes se encuentra débil, con sequedad de boca y cefalea leve.

## Historia clínica

En la exploración, destaca una TA de 150/70 mmHg y un IMC 30.

## Enfoque individual

María trabaja de administrativa. Tiene una vida sedentaria.

## Enfoque familiar y comunitario

Tiene 2 hijos independizados. En los últimos años, su marido ha presentado varios ingresos por agudizaciones de su EPOC y por IAM. Conocemos a María porque siempre acompaña a su marido a la consulta.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de HTA. Necesidad de estudio de FRCVA.

## Tratamiento, planes de actuación

Solicitamos una analítica y un AMPA.

## Evolución

En la analítica, destaca una glucemia en ayunas de 280 mg/dl y una HbA1C del 11%. Las TA registradas se encuentran normales. Iniciamos tratamiento intensivo de su diabetes con metformina, un ISGLT2, e insulina bolo-basal.

Acude a las sesiones de educación diabetológica con enfermería, y realiza cambios en su estilo de vida, adecuando la dieta, saliendo a caminar y apuntándose a otras actividades físicas que se ofrecen desde la comunidad. 6 meses más tarde, ha perdido un 5% de su peso, en su calendario de glucemias todos los registros del último mes están en rango, y en su analítica la HbA1C está en 7.2%. Proponemos la retirada de los bolos de insulina rápida. De momento dejamos el tratamiento con insulina basal, con la expectativa de poder retirarla también si dentro de 3-6 meses persiste un buen control metabólico. María puede ser una buena candidata a tratamiento con aGLP1 por su obesidad.

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

Aunque tenemos guías concisas y trabajadas sobre la elección de terapéutica en la diabetes tipo II, escasean las publicaciones en cuanto a cuándo, cómo y qué desescalar. Para ejemplificar un escenario frecuente en nuestro medio, se ha seleccionado un caso clínico real del centro de salud que realza a su vez la importancia de la longitudinalidad para entender las enfermedades crónicas como un continuo entre biología, ambiente y persona que cambia a lo largo del tiempo.

*Los datos para la realización de este trabajo se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.*

## Palabras clave

Diabetes mellitus tipo 2, insulina, deprescripciones.

## ¿Qué collarín cervical uso?

Abadin Prieto M<sup>1</sup>, Pérez Torres I<sup>2</sup>, Pérez-Torres Lobato S<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta Pérez Q. HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU. HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de África. HU Virgen del Rocío. Sevilla

### Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

izquierda y apófisis espinosa de C3, fracturas costales.

### Motivos de consulta

Accidente tráfico.

### Enfoque familiar y comunitario

No precisa.

### Historia clínica

Paciente de 62 años, casado sin hijos, que conducía motocicleta y colisionó contra la puerta abierta de turismo. Inicialmente el paciente emite lenguaje. Posteriormente, disminución brusca del nivel de consciencia con PCR, por lo que inician maniobras de RCP básica durante 4 minutos. A la llegada del 061 AESP, realizan RCP avanzada durante 5 minutos y el paciente sale en FA y se procede a intubación orotraqueal. Posterior traslado a hospital.

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

A destacar: fractura tipo C de C3- C4 con shock medular, disección arterias vertebrales. Por el mecanismo lesional podíamos sospechar fracturas cervicales. Ahí reside la importancia de colocar el collarín cervical adecuado en cada ocasión.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* hipertensión tratada con hidroclorotiazida 50 mg/ amilorida 5 mg.

*Exploración (extrahospitalaria):*

- X: no hemorragia exanguinante.
- A: Vía aérea permeable. En apnea inicial, posteriormente IOT.
- B: FR: 0 rpm, Sat O<sub>2</sub> 50%. Tras RCP en Ventilación mecánica con Saturación oxígeno 99%.
- C (tras RCP): FC: 110 lpm, TA: 102/64 mmHg. Palidez cutánea, llenado capilar enlentecido. Inicialmente, auscultación cardiaca anormal, tonos no audibles, pulso radial, femoral, carotideo ausente. Tras RCP avanzada recupera pulso.
- D: Escala de Glasgow: 3. Pupilas mióticas y reactivas.
- E: Múltiples escoriaciones.

*Pruebas complementarias:*

- ECG (tras RCP): FA a 110 lpm.
- E- FAST: normal.
- Body- TAC (hospital): fractura tipo C de AOSpine de C3-C4 con estenosis crítica del canal medular, disección de ambas arterias vertebrales, fractura de hemilámina

### Tratamiento, planes de actuación

Inmovilización cervical con collarín cervical tipo Vista®.

Medicación: adrenalina 1 mg iv, midazolam 15 mg, iv fentanilo 0.15 mg iv, rocuronio 100 mg iv. Suero fisiológico.

Intubación orotraqueal con ventilación mecánica.

### Evolución

En hospital se traslada a UCI traumatología y tras una semana en coma en RNM se evidencia encefalopatía hipóxico-isquémica grado II. El paciente fallece.

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

Como conclusión, hacer hincapié en la importancia de la inmovilización cervical con la utilización del collarín tipo Vista® en urgencias extrahospitalarias. Su objetivo es inmovilizar completamente el segmento cervical, impidiendo cualquier movimiento de flexión, extensión, rotación o lateralización.

Además, señalar la importancia de saber realizar reanimación cardiopulmonar por todo personal sanitario.

### Palabras clave

Collarín cervical, tráfico vial, urgencias médicas.

# Un dolor que no se va

Palacios Aguilar A<sup>1</sup>, Ruiz Jiménez A<sup>2</sup>, España Valverde R<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. Málaga  
<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. Málaga

## Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

## Motivos de consulta

3 visitas a urgencias por dolor torácico.

## Historia clínica

1º visita: refiere dolor torácico de 48 h irradiado a nivel dorsal. Inicia tras levantar una bolsa de la compra. Se acompaña de debilidad de piernas y caída, náuseas. No disnea. TA 152/79 mmHg FC 96 lpm. PCR 94. Troponinas <2.5. ECG sin alteraciones. Dolor paravertebral dorsal. Analgesia. Alta.

2º visita: dolor de 3-4 días de evolución en hemitórax derecho y ambos hipocondrios con irradiación a epigastrio y centro torácico, punzante y opresivo. EVA 10/10 a pesar de analgesia oral. Acompaña náuseas y sudoración. ECO abdominal: esteatosis hepática, sin alteraciones en vías biliares. Alta voluntaria solicitada por el paciente.

3º visita: reagudización del dolor, ahora localizado en zona lumbar, punzante, irradiado a hipocondrios de 5 días de evolución. EVA 10/10. Niega otra sintomatología nueva.

PCR 93. DD 4700, Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, dilatación y elongación aórtica.

AngioTAC: disección de aorta toracoabdominal tipo B de Stanford, la luz falsa impresiona englobar a la arteria renal derecha y parcialmente al tronco celíaco.

## Enfoque individual

Hombre de 50 años. Antecedentes personales: discopatía intervenida de L5-S1. Fumador 1 paquete/día.

## Enfoque familiar y comunitario

Vive solo en una casa en el campo. Tiene mascotas. Hermano en Barcelona.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Disección aortica toracoabdominal tipo B de Stanford.

## Tratamiento, planes de actuación

Traslado a cirugía cardiovascular del hospital de referencia.

Ingresa para control del dolor y de la TA.

AngioTAC de control donde no se evidencian cambios significativos.

Alta a domicilio ajustando tratamiento oral.

AngioTAC de control en un mes.

Seguimiento en consulta.

## Evolución

Paciente con buena evolución.

TA con buen control farmacológico.

Última revisión 03/2025.

Nueva AngioTAC 12/2025.

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

El dolor torácico es una de las consultas más frecuentes en urgencias, en 2-10% se debe a causas potencialmente mortales. Resulta vital saber estudiarlo y detectar los datos de alarma (recurrencia, mal control con analgesia) con el fin de mejorar el pronóstico del paciente.

En este caso clínico, el dolor de inicio tipo mecánico y la decisión de alta voluntaria retrasaron el diagnóstico, afortunadamente sin llevar a un desenlace negativo.

## Palabras clave

Aorta, disección, dolor.

# Sin fractura y fuera de lugar: luxación cubital distal aislada, un hallazgo infrecuente en la consulta de Atención Primaria

Barea Ortiz M<sup>1</sup>, Torrico Gonzáles L<sup>2</sup>, Bancalero de Los Reyes J<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de La Cabeza. Andújar (Jaén)

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ESEX 112. Badajoz

## Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor postraumático de muñeca en tratamiento analgésico poco eficaz.

## Historia clínica

Mujer de 50 años que acude a su ce tras caída con traumatismo en muñeca izquierda, produciéndose el impacto con el codo y muñeca en flexión dorsal. Inicialmente presenta molestias difusas, sin deformidad ni puntos dolorosos específicos, y movilidad limitada por dolor. Se diagnostica artritis postraumática y se pauta vendaje funcional y frío local. Ante la persistencia del dolor, reconsulta en Urgencias de Atención Primaria, donde se solicita estudio radiológico que revela una luxación aislada de cúbito sin fractura asociada.

## Enfoque individual

Sin antecedentes de interés reseñables para el caso. Sin diagnóstico de osteopenia.

## Enfoque familiar y comunitario

No procede.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Artritis postraumática.

Luxación aislada del cubito sin fractura.

Fracturas de Colles.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento conservador: inmovilización con férula. Desde Atención Primaria se ha realizado un seguimiento de la evolución clínica, valorando la respuesta al tratamiento a lo largo de las próximas 8 semanas (evolución del complejo

triangular fibrocartilaginoso). Actualmente, la paciente continúa con revisiones programadas por traumatología del hospital de referencia, donde se monitoriza la estabilidad articular y se valora, si fuera necesario, tratamiento quirúrgico diferido en función de la evolución funcional.

## Evolución

La paciente fue diagnosticada de una luxación aislada de cúbito distal, clasificada según Brucmer James como tipo I A (simple y estable). Tras la valoración por traumatología hospitalaria, se optó por tratamiento conservador mediante inmovilización con férula en posición funcional, sin necesidad de reducción quirúrgica inmediata.

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

Las luxaciones cubitales distales sin fractura son una entidad poco frecuente que pueden pasar desapercibidas si nos basamos solo en la exploración física inicial. Llamativamente, de entre los escasos casos descritos en la literatura, prevalece el diagnóstico tras una segunda valoración, como en nuestro caso.

El juicio clínico y la solicitud de pruebas por parte de Atención Primaria ante la persistencia de síntomas permitieron un diagnóstico precoz. No sólo supone una solicitud de pruebas con carácter urgente, sino la posición más adecuada en cada caso (proyección anteroposterior y una lateral con cuatro últimos metacarpianos deben estar alineados).

Este caso destaca el valor asistencial y docente así como el manejo de la incertidumbre y del seguimiento en Atención Primaria.

## Palabras clave

Traumatismos de muñeca, artropatías, luxaciones articulares.

## ¿Depresión o algo más?

Morillas Jiménez M<sup>1</sup>, Pantoja de la Rosa L<sup>2</sup>, Ortega Bautista L<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

### Ámbito del caso

Atención Primaria.  
Servicio de Urgencias.

### Motivos de consulta

Depresión (Atención Primaria).  
Pérdida de conciencia (Urgencias).

### Historia clínica

Hombre de 55 años acude a consulta de Atención Primaria por bajo ánimo desde hace varias semanas, insomnio y desinterés por todo. Además refiere astenia.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* diabetes tipo 2 bien controlada.

*Anamnesis psiquiátrica:* cuadro ansioso-depresivo sin causa desencadenante. El paciente cuenta con buena red de apoyo familiar y social, trabajo estable y ningún evento estresante reciente. Expresa actitud de mejorar su estado de ánimo con ayuda psicológica y realización de actividades recreativas.

Analítica de sangre sin alteraciones.

### Enfoque familiar y comunitario

Citas cada 2 semanas para controlar la evolución y la adherencia al tratamiento.  
Derivación a Trabajo Social para informarle sobre actividades y grupos de apoyo.

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

*Juicio clínico:* neoplasia de páncreas.

*Diagnóstico diferencial:* trastorno ansioso-depresivo/enfermedad orgánica.

### Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento antidepresivo-ansiolítico y se realizan revisiones.

### Evolución

No mejora el cuadro depresivo a pesar de correcta adherencia al tratamiento y apoyo psicológico y familiar.

Tres meses más tarde sufre un episodio de pérdida súbita de conciencia. En Urgencias es diagnosticado de tromboembolismo pulmonar mediante AngioTAC. En esta prueba se encuentra de forma casual en los cortes abdominales una neoplasia en la cabeza del páncreas.

El paciente fue intervenido con resección total y tratamiento adyuvante. Posteriormente se resolvió el cuadro depresivo y rehízo su vida normal previa.

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

El cuadro depresivo presenta algunos síntomas característicos que deberían hacer que se indagara más en causa orgánica:

- Sin causa desencadenante.
- Escasa mejoría a pesar de tratamiento y apoyo psicológico.
- Situación familiar y social favorable.

Ocasionalmente los tumores dan manifestaciones psiquiátricas en forma de depresión. En este caso parece que la causa de ese bajo ánimo es una neoplasia de páncreas diagnosticada como un incidentaloma. No se puede solicitar una prueba de imagen a todo paciente con depresión, pero a través de una anamnesis completa, analítica y sucesivas revisiones en Atención Primaria se debe descartar patología orgánica con especial interés en los casos en los que se detecten síntomas atípicos o que no correspondan en su totalidad con un cuadro depresivo típico.

### Palabras clave

Trastorno depresivo, neoplasias pancreáticas, conducta de enfermedad.

# Cuando es peor el remedio que la enfermedad...

España Valverde R<sup>1</sup>, Palacios Aguilar A<sup>1</sup>, Ruiz Jiménez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. Málaga  
<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Morche. Málaga

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

## Motivos de consulta

Fiebre de hasta 39°C de más de tres semanas de evolución, astenia y dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho.

## Historia clínica

Mujer de 60 años. NAMC.

*Antecedentes personales:* rinitis crónica alérgica. Asma intermitente. Dislipemia mixta.

*Tratamiento habitual:* pravastatina/fenofibrato 40/160 mg, levocabastina, Atarax®, hidrocortisona, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg, Symbicort®, omeprazol, colecalciferol.

## Enfoque individual

Refiere que hace varios meses, tras inicio de tratamiento para DLP con pravastatina/fenofibrato comienza con mialgias generalizadas que trata con paracetamol 1 g/8h y tramadol/paracetamol 1/8h, comenzando posteriormente con fiebre de hasta 39°C, astenia y dolor en hipocondrio derecho.

## Enfoque familiar y comunitario

Mujer, oriunda de la comarca, con buen soporte familiar, que acude al servicio de Urgencias y al servicio de Medicina Interna acompañada por su marido.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hepatitis medicamentosa VS hepatitis vírica.

## Tratamiento, planes de actuación

Se suspende pravastatina/fenofibrato y paracetamol, indicando para el dolor tramadol 50 mg/12h, alternando con metamizol si dolor intenso o fiebre. Se deriva a Medicina Interna y se cursa analítica para control de hipertransaminasemia previa a revisión por dicho servicio.

## Evolución

En la cita con Medicina Interna, la paciente refiere que tras suspender dicha medicación se encuentra mejor, no presentando fiebre, y objetivándose en la analítica control descenso progresivo de transaminasas. Pendiente de nueva valoración en 2 meses para control evolutivo por la especialidad.

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

Este caso ilustra cómo en medicina, a veces, el primer paso no es añadir más tratamientos, sino detenerse a revisar el origen del problema. Tratar un efecto secundario sin cuestionar la causa inicial puede desencadenar una cascada iatrogénica de consecuencias graves. La mejor intervención no siempre es prescribir, sino pensar.

## Palabras clave

Mialgia, hepatitis, paracetamol.

# Neumotórax espontáneo en un joven no fumador: el desafío diagnóstico en Atención Primaria

Del Río Sutil C<sup>1</sup>, Unay Martínez P<sup>2</sup>, Contreras Gómez D<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Señora de la Paz. Sevilla

## Ámbito del caso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Dolor dorsal punzante e irradiado hacia la parrilla costal izquierda, que incrementaba con la inspiración profunda, de aparición súbita desde la noche anterior.

## Historia clínica

Varón de 19 años, con antecedentes personales de rinitis y sin hábitos tóxicos ni antecedentes familiares de enfermedades pulmonares. No refería traumatismos ni esfuerzo físico excesivo previo al inicio del dolor.

## Enfoque individual

A la exploración física: buen estado general. Constantes vitales normales. A la auscultación: silencio auscultatorio en el lóbulo superior del pulmón izquierdo, sin ruidos respiratorios patológicos.

Pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 63 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha sin signos de isquemia.
- Radiografía de tórax (PA): no se visualizó neumotórax.
- Radiografía de tórax en espiración: confirmó neumotórax espontáneo en el lóbulo superior izquierdo.

## Enfoque familiar y comunitario

Se proporcionó educación al paciente y a su familia sobre el diagnóstico, manejo y seguimiento, destacando la importancia de reconocer signos de alarma y la posibilidad de recidiva. Se sugirió promover la conciencia comunitaria sobre la salud respiratoria en jóvenes.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El diagnóstico de neumotórax espontáneo fue confirmado tras la radiografía en espiración. Se descartaron dolor osteomuscular (no se acompañaba de traumatismo o esfuerzo previo), pericarditis y pleuritis (no fiebre o dificultad para respirar).

Identificación de problemas: el diagnóstico de un neumotórax espontáneo puede ser un reto debido a que los síntomas iniciales pueden ser confusos y además no es frecuente encontrarlo en un individuo joven no fumador. Además presenta riesgo de recidiva, por lo que es importante el seguimiento clínico.

## Tratamiento, planes de actuación

Se deriva a hospital de referencia para drenaje torácico izquierdo. Tras control radiológico recibió el alta para control por Atención Primaria.

## Evolución

Presentó una evolución favorable tras el drenaje torácico y el seguimiento radiológico.

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

El neumotórax espontáneo es una causa poco frecuente pero relevante en jóvenes previamente sanos, especialmente cuando se presentan con dolor dorsal de aparición súbita. Este caso resalta la importancia de considerar esta condición en el diagnóstico diferencial, incluso en pacientes sin factores de riesgo clásicos, como el tabaquismo. La Atención Primaria juega un papel clave en la detección precoz y la derivación oportuna.

## Palabras clave

Neumotórax espontáneo, atención primaria, enfermedades pulmonares.

# Cuando la fiebre no se rinde: enfermedad de Still del adulto en Atención Primaria

Gómez Lorenzo A<sup>1</sup>, Sánchez Moreno R<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> CS Marqués de Paradas. Sevilla

## Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Síndrome febril persistente.

## Historia clínica

Mujer de 60 años, con antecedentes personales de asma, RGE y psoriasis, que presenta cuando febril de 2 meses de evolución, de predominio vespertino, que se asocia a exantema intermitente y malestar general que no responde a antibióticos.

## Enfoque individual

Identificación de enfermedad de Still en el adulto, patología poco prevalente, a partir de cuadro febril inespecífico con desaparición de la sintomatología una vez iniciado tratamiento corticoideo.

## Enfoque familiar y comunitario

Valoración de diagnósticos diferenciales alternativos que permiten el tratamiento precoz de enfermedades infradiagnosticadas y la consecuente reducción de complicaciones/secuelas.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* enfermedad de Still del adulto.

*Diagnóstico diferencial:*

- Infección.
- Neoplasia sólida/hematológica.
- Enfermedad autoinmune.

## Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento corticoideo.

## Evolución

Remisión de sintomatología hasta desaparición.

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

Necesidad de considerar enfermedades autoinflamatorias en cuadros febriles de larga evolución con marcadores infecciosos, tumorales y autoinmunitario negativos.

## Palabras clave

Adult-Onset Still's disease, fever of unknown origin, autoinflammatory diseases.

# Y ahora me duele la pierna. A propósito de un caso

Contreras Gómez D<sup>1</sup>, Abaurrea Ortiz M<sup>2</sup>, Del Río Sutil C<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Señora de la Paz. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor. CS Nuestra Señora de la Paz

## Ámbito del caso

Atención Primaria y derivación Urgencias Hospitalarias.

## Motivos de consulta

Dolor y frialdad en pierna derecha.

## Historia clínica

Mujer de 64 años acude por dolor y frialdad en pierna derecha de dos días de evolución. Niega trauma, no fiebre, disnea o palpitaciones, dolor torácico u otros síntomas asociados. No episodios previos similares.

*Exploración física:* EEl: pulsos femorales y poplíteos presentes y conservados, tibial posterior y pedio derecho ausente, en miembro inferior izquierdo presentes y conservados. Fuerza en MII 5/5, MID 3/5, no déficit sensitivo, no lesiones tróficas. Resto de exploración por órganos y aparatos sin hallazgos significativos.

## Enfoque individual

Paciente fumadora, dislipemia, esplenectomizada hace un mes por rotura esplénica por absceso.

## Enfoque familiar y comunitario

Paciente convive con hijo con el cual mantiene buena relación y le acompaña a las visitas al centro de salud.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Isquemia arterial aguda en tercio inferior miembro inferior derecho.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación Urgencias Hospitalarias para valoración cirugía vascular.

## Evolución

Durante su estadía en Urgencias es valorado por residente quien informa a vascular de guarda para valorar a la paciente y solicita pruebas complementarias en donde se confirma una obstrucción del segmento distal de la arteria poplítea y del tronco tibioperoneo miembro inferior derecho mediante Angio-TAC. Además, se solicita interconsulta con Cardiología para descartar foco embólico. Paciente es ingresada en planta en espera de endarterectomía trans poplítea de manera programada. Evoluciona de manera favorable y es dada en alta tras normalización de pulsos tibial y pedio en extremidad derecha, pendiente de ecocardiografía.

Luego de un mes paciente acude a consulta en donde se explora pulsos pedios y distales simétricos conservados, con persistencia de molestias en región gemelar asociado a herida quirúrgica.

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

La isquemia arterial aguda es una patología tiempo dependiente y a la vez poco frecuente en la consulta de Atención Primaria, por tanto, es necesario realizar una anamnesis y exploración física vascular adecuada. Además, de tener conocimiento de la organización de los servicios de salud, en nuestro caso la paciente no fue derivada al hospital de referencia (comarcal) al no contar con servicio vascular, siendo derivada a hospital de cuarto nivel garantizando una disminución del tiempo de atención.

## Palabras clave

Dolor agudo, diagnóstico precoz, isquemia arterial aguda.

# "Doctora, tengo mucha ansiedad"

Martín Aguilera A, Álvarez Pérez S, Muñoz Martínez B

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente de 68 años con antecedentes de estenosis de canal lumbar intervenido hace 2 años, acude a la consulta por empeoramiento de la lumbociatalgia y claudicación neurógena desde hace unos meses.

Solicitamos nueva resonancia lumbosacra: síndrome facetario L3-S1, quiste facetario anterior en L3-L4 con estenosis severa en este nivel.

Derivamos a Neurocirugía, quienes recomiendan inicio de gabapentina.

## Historia clínica

A las dos semanas de la cita en neurocirugía, el paciente acude a nuestra consulta refiriendo encontrarse muy ansioso, incluso ha tenido que acudir en varias ocasiones al Servicio de Urgencias por este motivo, se ha administrado diazepam vía oral que ha calmado la sintomatología.

## Enfoque individual

Ante el estado de ansiedad por la que no había consultado previamente, interrogamos sobre su situación biopsicosocial. Según nos refiere no ha cambiado nada en su vida y no tiene motivos por los que encontrarse así.

Indagamos sobre inicio de tratamientos nuevos, nos refiere que hace dos semanas inició gabapentina 600 mg cada 8 horas, según le recomendó el neurocirujano.

## Enfoque familiar y comunitario

La familia lo encuentra muy ansioso, con insomnio nocturno, no quiere hacer actividades que solía practicar previamente.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

*Juicio clínico:* ansiedad.

*Diagnóstico diferencial:* trastorno ansioso, trastorno de adaptación, efecto adverso de tratamientos.

## Tratamiento, planes de actuación

Indicamos reducir la dosis de gabapentina a 300 cada 24 horas y revisión en una semana en nuestra consulta.

## Evolución

A la semana, el paciente refiere encontrarse sin ansiedad, está tomando gabapentina 300 cada 24 horas. Indicamos ascender a 300 cada 12 horas, que el paciente tolera adecuadamente, sin efectos adversos y paliando la sintomatología por la que el neurocirujano se la prescribió.

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

Es fundamental explicar adecuadamente los tratamientos a los pacientes. En este caso, el paciente inició la gabapentina tomándose 600mg cada 8 horas, sin hacer pauta ascendente, por lo que pudo ser el desencadenante de la ansiedad que presentó, que desapareció al reducir la dosis de gabapentina.

Además, debemos tener en cuenta los efectos adversos de la medicación que usamos para paliar síntomas, pueden aparecer nuevos síntomas que el paciente no presentaba previamente y que mejorarán al suspender el tratamiento o ajustar la dosis.

## Palabras clave

Ansiedad, gabapentina, ciática.

# Lesiones cutáneas de origen incierto. La importancia de la anamnesis

Cruz Valero C<sup>1</sup>, Garrido Alfaro R<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> H San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

## Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Lesiones cutáneas maculopapulosas en tronco de meses de evolución, astenia generalizada, poliartralgias y uveítis.

## Historia clínica

Mujer de 47 años. Seguimiento en Alergología por lesiones maculopapulosas en tronco que empeoraron tras corticoides orales. Valorada también en Oftalmología por uveítis. Antecedente de aftas genitales indoloras tras contacto sexual de riesgo. Exploración física: alopecia frontal, exantema maculopapular no pruriginoso en tronco y candidiasis oral.

## Enfoque individual

Se realizó analítica completa, destacando elevación de VSG y PCR. Screening de sífilis positivo y confirmado. Diagnóstico de sífilis secundaria y uveítis sifilítica

## Enfoque familiar y comunitario

Se ofrece consejo sobre prácticas sexuales seguras y necesidad de informar a parejas sexuales para despistaje y tratamiento.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sífilis secundaria, uveítis sifilítica, neurosífilis asintomática.

*Diagnóstico diferencial:* lupus eritematoso sistémico, reactivación viral (CMV, EBV), enfermedad inflamatoria sistémica.

## Tratamiento, planes de actuación

Penicilina G sódica 24 millones de unidades iv/día durante 14 días. Seguimiento clínico y serológico.

## Evolución

Buena evolución clínica tras tratamiento. Resolución progresiva de lesiones cutáneas, mejoría de la uveítis y normalización analítica.

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

La sífilis secundaria puede presentar manifestaciones multisistémicas.

El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones como la neurosífilis.

## Palabras clave

Sífilis secundaria, neurosífilis asintomática, uveítis, infección de transmisión sexual.

## ¿Es útil la aplicación de Código Trauma?

Reyes Castellano J<sup>1</sup>, Pérez Torres I<sup>2</sup>, Jiménez Rodríguez L<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU. HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla

### Ámbito del caso

DCCU al 061 y posteriormente a Urgencias hospitalarias.

### Motivos de consulta

Precipitada.

### Historia clínica

Prealerta el 061 de una paciente de 20 años precipitada.

### Enfoque individual

*Antecedentes personales:* síndrome ansioso-depresivo, epilepsia generalizada, retraso madurativo.

*Anamnesis:* paciente de 20 años, trasladada por el 061 al SU de HUVR-HRT tras precipitación desde una tercera planta con fines autolíticos.

*Exploración:*

- X: No hemorragias exanguinantes.
- A: Porta collarín cervical, vía aérea permeable, no ingurgitación yugular, no desviación traqueal.
- B: Ambos hemitórax movilizan de forma simétrica. No crepitación a la palpación. Hipoventilación en base derecha, SPO<sub>2</sub>: 100% sin oxígeno suplementario FR: 16 rpm
- C: TA: 126/95 mmHg FC: 102 lpm. Buen relleno capilar.
- D: GCS: 15/15, Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, no focalidad inicial.
- E: no lesiones corporales.

*Pruebas complementarias:* eFAST no observamos líquido libre abdominal. No punto pulmón. Rx de tórax y pelvis. sin fracturas. BodyTC: Fractura en estallido de L1 y L2 con afectación de canal. No otras lesiones.

### Enfoque familiar y comunitario

Convive con padres y un hermano. Estudiante. Soltera.

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

*Juicio clínico:* precipitación, fractura en estallido L1 y L2, fractura de apófisis espinosas y transversas T12.

*Diagnóstico diferencial:* trauma costal, trauma torácico cerrado, trauma pélvico.

*Identificación de problemas:* paciente con traumatismo sin criterios anatómicos ni fisiológicos de trauma grave.

### Tratamiento, planes de actuación

*Tratamiento:* se canaliza VVP 22 G y se administra SSF 250 ml + ácido tranexámico + fentanilo, Se coloca collarín cervical semirrígido, cinturón pélvico.

*Planes de actuación:* se traslada a observación, con medidas de soporte, monitorización y control analgésico, valoración conjunta por rehabilitación y neurocirugía. Se decide realizar laminectomía L1 - L2 y artrodesis T11-L4.

### Evolución

Hemotórax izquierdo de nueva aparición. Posteriormente se aprecia déficit en MMII por lo que se ingresada en la Unidad de Lesionados Medulares con evolución satisfactoria, valorada por Salud Mental y dada de alta tras 13 días de ingreso.

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

A pesar de que la paciente no cumplía con criterios anatómicos (ISS) ni fisiológicos de trauma grave (Trauma Score Revisado), se deben implementar otros criterios como el mecanismo lesional (altura de 3ª planta) y juicio en escena para activar el Código Trauma, prealertar, actuar de forma coordinada y oportuna para disminuir mortalidad y riesgo de secuelas grave.

### Palabras clave

Fracturas vertebrales, traumatismo, urgencias.

# Doctora, tengo un "nerviosismo por dentro" y no sé por qué es

Ortega Bautista L<sup>1</sup>, Morillas Jiménez M<sup>2</sup>, Lozano García M<sup>1</sup>

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

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

## Ámbito del caso

Atención Primaria.

## Motivos de consulta

Paciente que acude a nuestra consulta por "nerviosismo por dentro".

## Historia clínica

Paciente de 59 años, sin AP ni hábitos tóxicos, que acude a nuestra consulta por "sensación de nerviosismo por dentro", sin causa, junto con cefalea occipital, de inicio reciente. Preguntamos sobre la presencia de dolor torácico, así como cortejo vegetativo asociado a los momentos de esas crisis de nerviosismo, las cuales niega. No narra sensación de disnea, ni tampoco edema de los miembros inferiores.

Nos llama la atención la rubicundez facial que presenta el paciente, a diferencia del resto del cuerpo, negándonos exposición al sol reciente, y refiriendo que "él es de ese color ya desde hace un tiempo", y llama también la atención, que a pesar de hacer una temperatura fría, el paciente tiene sudoración profusa.

## Enfoque individual

Dado los datos clínicos del paciente, decidimos tomar TA, así como hacer una EF minuciosa, dónde únicamente destacaba TA 195/119 mmHg.

Procedemos a dar medicación para la crisis + ECG, y volver a reevaluar al paciente. Tras ello, explicamos hábitos de vida saludable (no uso de sal, ejercicio diario, dieta mediterránea) e iniciar tratamiento antihipertensivo (IECAs + diurético de 1º línea) y la realización de un calendario TA que nos traerá en 2 semanas para ver la evolución.

Cuando el paciente vuelve, seguimos viendo que sigue teniendo cifras tensionales tanto en consulta como en domicilio por encima de 170/100 mmHg, por lo que decidimos poner una triple terapia antihipertensiva (diurético + bloqueante canales Ca + ARAII) así como pedir una analítica completa donde incluimos bioquímica de orina 24h, catecolaminas, eje suprarrenal, así como lo citamos para realizar una ecografía de abdomen en el centro de salud. En la analítica destacan elevación de las catecolaminas, así como en la ecografía vimos una neoformación suprarrenal derecha, compatible con un feocromocitoma.

## Enfoque familiar y comunitario

AF HTA materna y paterna.

## Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

HTA secundaria a feocromocitoma.

HTA primaria resistente.

## Tratamiento, planes de actuación

Derivación a la consulta a de RCV y endocrinología.

## Evolución

El paciente fue intervenido quirúrgicamente del feocromocitoma, estando en el momento actual asintomático y normotensiones.

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

Importancia de la valoración del paciente en conjunto, siendo la EF e HC fundamentales.

## Palabras clave

Hipertensión arterial, feocromocitoma.

## No siempre es solo lo que se ve

Reyes Castellano J<sup>1</sup>, Salas Burgos J<sup>2</sup>, Pérez Torres I<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 El Porvenir. Sevilla

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU. HU Virgen del Rocío. Sevilla

### Ámbito del caso

Derivado del DCCU al servicio de Urgencias hospitalarias.

### Motivos de consulta

Dolor miembro inferior derecho.

### Historia clínica

Paciente de 73 años atendida por DCCU, con varias consultas por aumento de volumen y dolor en miembro inferior derecho de dos días de evolución tras un esfuerzo.

### Enfoque individual

Antecedentes: carcinoma lobulillar infiltrante de mama derecha de 5 cm. Mastectomía. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto medio, cT3cN0-1M0.

*Anamnesis:* acude a Urgencias por impotencia funcional de cadera derecha y dolor irradiado a miembro inferior, relaciona el inicio de síntomas con "haber cargado un peso" hace 5-6 días. Niega fiebre y disnea. ITU hace 20 días.

*Exploración:* regular estado general. Afebril. Buena hidratación de piel y mucosas. Eupneica (FR: 14 rxm, SpO<sub>2</sub>: 98%). Estabilidad hemodinámica (TA: 105/60 mm Hg, FC: 99 lpm). Auscultación cardiorrespiratoria normal. Glasgow (GCS) (15/15).

MMII: aumento perímetro de muslo derecho. No eritema ni calor. Dolor a la palpación de tercio medio del muslo. Pulsos femorales presentes. Sensibilidad, reflejos y fuerza conservada.

*Pruebas complementarias:*

Analítica: HB: 10,2, Leucocitos: 11400, PCR: 398 Dímero: 1556.

Ecografía Doppler MID: sin hallazgos de TVP.

Rx de cadera y fémur: dilución cortical inespecífica en trocánter mayor.

TAC fémur derecho: discreto derrame articular articulación coxofemoral, presencia de burbujas aéreas, circundando a la pala ilíaca y

compartimento interno femoral. Colecciones liquidas en el vasto externo femoral. TAC pelvis: múltiples colecciones organizadas en el espacio retroperitoneal localizadas en músculo iliopsoas, espacio pararrenal posterior, músculo glúteo menor y aductor mayor con burbujas de aire que sugieren sobreinfección.

### Enfoque familiar y comunitario

Casada, 2 hijos, vive con esposo. Jubilada.

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

*Juicio clínico:* absceso retroperitoneal derecho desde espacio pararrenal a abductor mayor. Artritis cadera D. Celulitis Extensa del MID. Posible origen: ITU extendida.

*Diagnóstico diferencial:* miositis. Fascitis Necrotizante. Metástasis.

### Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento antibiótico con vancomicina, meropenem y linezolid iv y realización de drenaje eco guiado por Traumatología.

### Evolución

Ingreso en planta de infecciosas y evolución favorable con descenso de edema y reactantes de fase aguda.

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

Ante un paciente que consulta en más de una ocasión por una misma sintomatología tenemos que pensar en complicación de la patología.

Es necesario realizar una buena historia clínica, relacionando la sintomatología y exploración, para hacer una buena orientación diagnóstica en casos poco frecuentes.

### Palabras clave

Celulitis, artritis séptica, urgencias.

## Unos hongos muy dulces...

Prieto Benítez G<sup>1</sup>, Mohamed Sánchez S<sup>1</sup>, Álvarez de Cienfuegos Hernández M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Limonar. Málaga.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor/a de MIR MFyC. CS El Limonar. Málaga

### Ámbito del caso

Atención Primaria.

### Motivos de consulta

Enrojecimiento y picor en pene.

### Historia clínica

Varón. 41 años.

*Antecedentes personales:* sin interés.

Primer contacto con el paciente. Pide cita telefónica consultando que hace más de 6 meses presenta enrojecimiento, escozor y picor en pene. Ha probado varias cremas, sobre todo de corticoides, con escasa mejoría. No relaciones de riesgo, su pareja no presenta síntomas.

Tras valoración presencial exploramos y presenta lesión eritemato descamativa en glande y prepucio compatible con balanitis candidiásica. Ante la sospecha diagnóstica pautamos tratamiento, aconsejamos extremar higiene, evitar humedad y bajar consumo de hidratos de carbono, tras lo cual nos dice que últimamente tiene mucha sed y orina más. No presenta antecedentes familiares de diabetes pero aun así pedimos análisis de sangre y orina destacando hemoglobina glicosilada 13.7 y en sedimento de orina glucosa 4+.

### Enfoque individual

Estudiando oposiciones para funcionario de prisiones, lleva vida sedentaria y se encuentra estresado. Durante la entrevista de revisión nos comenta que ha perdido 10 kg en el último año además de polidipsia y poliuria, pero no lo había consultado previamente.

### Enfoque familiar y comunitario

Sin interés.

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

Debut diabético. Balanitis candidiásica.

*Diagnóstico diferencial* con otras enfermedades de transmisión sexual, liquen escleroso, dermatitis alérgica o de contacto, psoriasis.

### Tratamiento, planes de actuación

Pautamos tratamiento con clotrimazol e itraconazol oral, con mejoría.

Iniciamos insulinización con 10 u de insulina lenta y citamos en pocos días para control con perfil glucémico. Derivamos a Endocrinología para estudio. Citamos con Enfermería para educación diabetológica. Talleres de monitorización flash.

### Evolución

Valorado por Endocrinología. Confirma diabetes tipo I. Actualmente estable, glicosilada 7.

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

La importancia de no dejar de explorar al paciente aunque el primer contacto sea telefónico, aunque podamos presuponer el diagnóstico, ya que podríamos haber tenido la tentación de tratar empíricamente, haber mejorado la candidiasis y el paciente hubiera seguido teniendo una diabetes no diagnosticada con el consiguiente riesgo.

La importancia que tiene en Atención Primaria esos síntomas banales que pueden esconder el comienzo de una enfermedad más grave. De ahí la importancia de la continuidad y longitudinalidad, esenciales en nuestra especialidad.

### Palabras clave

Diabetes mellitus, balanitis, continuity of care.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA MÉDICO RESIDENTE

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Sospechas diagnósticas en cirugía menor en un centro de salud rural

Rodríguez Moyano C<sup>1</sup>, Maculet Rey A<sup>2</sup>, Leal Vallejo F<sup>2</sup>, Alonso Carmona R<sup>3</sup>, Del Águila Romero M<sup>2</sup>, Ruiz Torrecillas F<sup>4</sup>

<sup>1</sup> CS Alameda, UCG Mollina, ASNM.

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ASNM. UCG MOLLINA

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. ASNM. UCG Antequera

<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ASNM. UCG Mollina. Consultorio de Alameda,

## Objetivos

Conocer los diferentes motivos de derivación y los diagnósticos de las muestras obtenidas para anatomía patológica, así como el grado de correlación entre el diagnóstico de sospecha del médico que realiza la derivación y del médico que interviene, ambos antes de la intervención.

## Material y métodos

En nuestro ámbito de trabajo, el consultorio de Alameda, donde se realiza la cirugía menor de 2 localidades, Alameda y Fuente de Piedra pertenecientes al Área Sanitaria Norte de Málaga, con el objetivo de Para ello hemos analizado todas las intervenciones realizadas durante todo un año (2023).

## Resultados

Se han realizado un total de 174 intervenciones de cirugía menor. De las cuales, 2 muestras son insuficientes para Anatomía Patológica y 4 sin envío de Anatomía Patológica.

Diagnóstico número:

- Pólipos fibroepiteliales 37
- Quistes sebáceo 35
- Nevus melanocítico 19
- Queratosis seborreica 12
- Lipoma 10
- Verruga vulgar 7
- Hemangioma 6
- Quiste triquilemal 6
- Uña encarnada 4
- Distrofia ungueal 4
- Queratosis actínica 3

- Dermatofibroma 3
- Papiloma hiperqueratósico 3
- Moluscum 2
- Carcinoma escamoso 2
- Otros: 1 caso cada uno:
- Toxicodermia
- Neurofibroma
- Escabiosis
- Tricolemoma
- Reacción gigantocelular a cuerpo extraño
- Queloide

Con respecto al grado de correlación diagnóstica:

- En 91 casos, el 54,16 % el médico que deriva coincide su sospecha diagnóstica con la del patólogo.
- Siendo en 137 casos, el 81,54 % la del médico que realiza la intervención.

## Conclusiones

La mayoría de los procedimientos de cirugía menor que se realizan son Pólipos fibroepiteliales, quistes de inclusión epidérmica, nevus melanocíticos, queratosis seborreicas y lipomas.

El grado de correlación diagnóstica es mayor en el profesional que interviene posiblemente por tener mayor experiencia en el programa de cirugía menor.

## Palabras clave

Minor Surgical Procedures, pathological anatomy, primary care.

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  
CUANTITATIVA OTROS PROFESIONALES  
SANITARIOS

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Influencia de la edad y el género en el cambio del anticoagulante oral en pacientes con fibrilación auricular

García Robredo B<sup>1</sup>, Limón Mora J<sup>2</sup>, Leal Atienza A<sup>3</sup>, Montero Balosa, M<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Farmacéutica de AP. DS Sevilla. Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria Y Resultados En Salud. Sevilla

<sup>3</sup> Estadística. Proyecto De Investigación Siesta-A. Sevilla

<sup>4</sup> Farmacéutica de AP. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

## Objetivos

Valorar los cambios de anticoagulante oral en pacientes con Fibrilación Auricular (FA) y la influencia del género o la edad, en condiciones de práctica clínica habitual.

## Material y métodos

Estudio observacional de cohortes, retrospectivo, basado en datos poblacionales de práctica real. Se incluyeron pacientes con FA sin consumo de anticoagulantes orales en los 12 meses previos y que inician tratamiento en el periodo de seguimiento (enero-2012/diciembre-2020).

Se valoró el anticoagulante dispensado al inicio y en el momento de ocurrencia de un evento de efectividad (ictus isquémico, accidente isquémico transitorio, embolismo sistémico/pulmonar y mortalidad) o de seguridad (hemorragias digestivas e intracraneales graves). Se desagregaron los datos por género y edad. Se analizó la adherencia al tratamiento en los 3 meses previos al evento. Se aplicó la prueba chi-cuadrado para ver diferencias.

Financiado por Consejería de Salud e Instituto de Salud Carlos III.

## Resultados

Se incluyeron 150.479 pacientes: acenocumarol (49%), apixaban (17%), rivaroxabán (14%),

dabigatrán y edoxabán (7%) y warfarina (6%). Edad media: 74 años; mujeres: 48,2%.

Tras una media de seguimiento de 3,3 años, el 15% de los tratados con acenocumarol cambiaron a un anticoagulante directo (ACOD). Apixaban fue el ACOD con menor frecuencia de cambio (3%) y dabigatrán el de mayor frecuencia (14%). No se observan diferencias significativas por género, sí menor frecuencia de cambio de anticoagulante en mayores de 80 años.

El 15% y 20% de los pacientes que iniciaron tratamiento con acenocumarol no tomaban ningún anticoagulante en el momento del evento de seguridad y efectividad, respectivamente; valores superiores para warfarina e inferiores para los ACOD.

## Conclusiones

Un 15% de pacientes con FA que inician tratamiento con acenocumarol cambian a un ACOD. En mayores de 80 años se observa menor frecuencia de cambio; sin diferencias en función del género. Un importante porcentaje de pacientes no tomaba ningún anticoagulante en el momento del evento.

## Palabras clave

Atrial\_Fibrillation,  
Patient\_Compliance

Anticoagulants,

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
EXPERIENCIAS: MÉDICO DE FAMILIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Cribando enfermedad renal oculta en Atención Primaria

Cantero Quirós M<sup>1</sup>

ZBS Camas . Consultorio Valencina de La Concepción. Sevilla

## Objetivos de la experiencia

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que va en aumento. Al tratarse de una enfermedad silenciosa, los pacientes no suelen acudir al médico porque sus síntomas suelen pasar desapercibidos hasta que ya es tarde y la enfermedad está muy avanzada.

Mi objetivo es compartir mi experiencia y proponer un registro de datos con la finalidad de cribar enfermedad renal oculta.

Elaborar una hoja de recogida de datos equivalentes a un proceso asistencial de enfermedad renal.

Clasificar los estadios de ERC según guías KDIGO.

Facilitar el acceso del registro e información.

Actuar y tratar en función del estadio ERC.

Frenar la progresión de la enfermedad renal.

## Descripción de la experiencia

En consulta clínica programada, exploración del paciente, solicitud de analítica con perfil renal, valoro su estadio de enfermedad renal, clasificando y registrando en hoja de consulta, hasta que quede por determinar una por consenso.

Reviso la medicación, retiro nefrotóxicos.

Pauto tratamiento para proteger y preservar la función renal.

Reevalúo tras la intervención asistencial, y observo regresión de la enfermedad renal.

## Conclusiones

Mi experiencia de cribar enfermedad renal oculta, evitó progresión de la enfermedad renal a crónica.

Protocolizar una hoja de registro, similar a la de un proceso asistencial, en este caso de enfermedad renal, es de suma importancia para garantizar la calidad asistencial y de vida el paciente

## Aplicabilidad

En mi experiencia, elaborar y registrar una hoja, así como cribar enfermedad renal oculta en Atención Primaria, me ha resultado eficaz y eficiente para conseguir una reducción de la progresión de la enfermedad renal.

Considero que pueda ser aplicable al resto de pacientes de otros profesionales de AP y puede tener un impacto positivo en Atención Primaria. Por ello, la elaboración e implementación del registro de datos de un proceso mejoraría la calidad asistencial de nuestros pacientes de Primaria

## Palabras clave

Cribado, enfermedad renal, atención primaria.

# Otra forma de cuidar es posible

Conde Alcañiz E<sup>1</sup>, González Soria M<sup>1</sup>, Morgado Palma D<sup>2</sup>, Márquez Larque R<sup>3</sup>

<sup>1</sup> UGC Marqués De Paradás

<sup>2</sup> Farmacia. DS Sevilla

<sup>3</sup> Enfermera Gestora de casos. DS Sevilla

## Objetivos de la experiencia

Sensibilizar y promover la calidad de vida de las personas con demencia atendidas en residencias basándonos en un modelo de cuidados de atención centrada en la persona y en la seguridad del paciente.

Promover cuidados que fomenten la autonomía, movilidad y dignidad de los usuarios.

Elaborar protocolos que promuevan dichos cuidados y el uso seguro de medicamentos y sujeciones.

## Descripción de la experiencia

Desde nuestro distrito sanitario urbano atendemos numerosas residencias y nos planteamos mejorar su atención, creando un grupo de trabajo multidisciplinar.

Comenzamos concienciándonos de la alta prevalencia de las sujeciones físicas y químicas y de los problemas que ocasionan: disminución del nivel funcional físico y su estado muscular, aparición de rigideces, aumento de infecciones, úlceras por presión, delirium, agitación, caídas e incontinencia. Los residentes con sujeciones presentan una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. Planteamos un modelo de cuidados libre de sujeciones, priorizando medidas no farmacológicas individualizadas (fisioterapia, musicoterapia...).

Continuamos conociendo modelos de cuidados existentes en otros países y comunidades y los

protocolos de cuidados en residencias de nuestro ámbito.

Elegimos una residencia de la zona como "centro piloto" para trabajar con este modelo. Planteamos nuestro proyecto a los responsables de la residencia y posteriormente a familiares y trabajadores. También al personal de los servicios de urgencias domiciliarias y del centro de salud de referencia.

Con todo ello hemos elaborado protocolos de acogida, de caídas, de prevención, indicación y uso adecuado de sujeciones.

## Conclusiones

Proporcionar a las residencias protocolos de trabajo para cuidar de manera más humanizada, centrada en la persona y sin sujeciones.

Realización de planes individualizados para retirada progresiva de sujeciones físicas y químicas.

Mejora del grado de satisfacción de usuarios, personal y familiares.

## Aplicabilidad

Puesta en marcha del protocolo en las residencias.

Planificación de trabajo conjunto residencias, centro de salud, distrito sanitario.

## Palabras clave

Cuidar, demencia, protocolos.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
EXPERIENCIAS: MÉDICO RESIDENTE

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Ambientación del centro como forma de humanización

Gromyko A<sup>1</sup>, Orta González M<sup>2</sup>, Perez Del Río M<sup>3</sup>, Blanco Gómez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS El Torrejón. Huelva

<sup>2</sup> Enfermero Pediátrico. CS el Torrejón. Huelva

<sup>3</sup> Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. CS El Torrejón. Huelva

## Objetivos de la experiencia

La asistencia al centro de salud de la población infantil resulta una experiencia a veces estresante para ellos y sus familiares acompañantes. Dentro de la estrategia de Humanización de nuestro centro de salud, la comisión se propuso adecuar el ambiente de las salas de pediatría a la época del año, bien estacional o festiva, que hiciera más agradable la estancia de los niños en las salas de espera, y utilizar las mismas con algún contenido de educación para la salud.

## Descripción de la experiencia

La comisión de humanización propone trimestralmente que cambios se pueden realizar en el área de pediatría, que convirtiera las mismas en zonas más cercanas a los niños, con decoración adecuada a la estación del año o a las fiestas populares que se celebren en esa época. Se diseñan los contenidos que se van a montar y se realizan por ellos mismos diferentes motivos que ayuden a crear un ambiente más distendido. Los materiales son aportados por todos los profesionales e incluso se hace un sorteo para obtener fondos que sufraguen los

gastos. Se crea además un panel permanente en la zona con decoración del fondo del mar. Durante los años 2023-2024 se han creado ambientaciones de Navidad con buzón y árbol de deseos, Semana Santa, Rocío y Romerías, Cruces de Mayo, Salud en verano, Naturaleza Marina, Hispanidad, Halloween, Vacunas, Superhéroes. Se evalúa a través de la encuesta de satisfacción del centro y reseñas de hojas de opinión de padres.

## Conclusiones

Mejora de la ambientación con clima más distendido y sociable. Satisfacción por parte de los padres y de sus hijos. Mejora la capacidad creativa del equipo. Aumenta la unión de los profesionales y mejora el clima laboral.

## Aplicabilidad

Creación de equipo de humanización con capacidades decorativas. Reuniones de coordinación. Autogestión de materiales y gastos.

## Palabras clave

Humanización, equipo, pediatría.

# Casa por casa en la comunidad de Thotagamuwa (Sri Lanka)

González Vico C<sup>1</sup>, García Sánchez M<sup>2</sup>, Trujillo Franco P<sup>3</sup>, Vicente Alcoba P<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga

<sup>2</sup> CS San Andrés Torcal. Málaga

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

## Objetivos de la experiencia

El objetivo de esta experiencia de cooperación fue evaluar el nivel de conocimiento de la población de Thotagamuwa (Sri Lanka) sobre el dengue, con el fin de identificar áreas de mejora que permitan orientar futuras estrategias de salud pública y acciones educativas en la comunidad.

## Descripción de la experiencia

En febrero de 2025, desarrollamos un proyecto de cooperación en colaboración con la organización MAVA, con sede en Thotagamuwa. Se diseñó una encuesta estructurada dirigida a los habitantes de la comunidad, centrada en el conocimiento sobre el dengue y sus prácticas preventivas. La aplicación del instrumento se realizó con el apoyo de líderes comunitarios, que facilitaron el acceso a los hogares, y un miembro de la organización que actuó como traductor y adaptador cultural. El cuestionario se dividió en tres bloques: <sup>1</sup> conocimiento general (transmisión y síntomas) <sup>2</sup> medidas preventivas aplicadas (uso de mosquiteras, repelentes...) y (3) detección de criaderos de mosquitos (agua estancada y acumulación de residuos) tanto en el interior como en el entorno de las viviendas.

## Conclusiones

Se valoraron 44 domicilios, un total de 172 habitantes (20% de la población local; 48,8% mujeres y 51,2% hombres). La mayoría de los encuestados conocía el mecanismo de transmisión del dengue, pero solo el 50% identificaba correctamente sus síntomas principales. En el interior de las viviendas era infrecuente encontrar agua descubierta o basura sin cubrir; aunque en jardines se identificaron criaderos potenciales (pozos, peceras, macetas...) y acumulación de residuos que eliminaban en quemas semanales o quincenales (condicionadas por el clima). A nivel estructural, se detectó la ausencia de limpieza de los sumideros localizados en la calzada y de un sistema organizado de recogida de residuos por parte de camiones municipales.

## Aplicabilidad

Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y mejorar las infraestructuras básicas para un control efectivo del vector.

## Palabras clave

Cooperación internacional, dengue, prevención primaria

# 31<sup>º</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:  
MÉDICO RESIDENTE

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Estudio de prevalencia de obesidad infantil de la población de un centro de salud

García Contreras B<sup>1</sup>, García Martínez L<sup>2</sup>, Ballesteros García M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de 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 de Rioja. Almería

## Objetivos

- Principal: calcular la prevalencia de obesidad en la población pediátrica entre 2 y 13 años.
- Secundarios:
  - Conocer las medidas antropométricas (talla, peso e IMC) de los participantes.
  - Describir tipo de lactancia en la infancia y con qué edad se finalizó.
  - Estudiar la asociación entre la obesidad infantil y el tipo de lactancia que recibieron.
  - Medir la asociación entre la obesidad infantil con el tipo de lactancia y la edad a la que se finalizó.

## Material y métodos

*Diseño:* estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

*Lugar de realización:* centro de salud.

*Criterios de selección:*

- Inclusión:
  - Niños entre 2 y 13 años incluidos dentro del Programa del Niño Sano.
  - Firma del consentimiento informado por parte de los padres o tutor legal.
- Exclusión:
  - Niños con edades no comprendidas entre los 2 y 13 años.
  - Niños que hayan realizado un desplazamiento de centro de salud durante los 2 y 13 años.
  - Niños cuyos tutores legales no hayan firmado el consentimiento informado.

*Número de sujetos necesarios:* se estima un tamaño muestral necesario de 193 a 1918, para una precisión del 5 al 1%, respectivamente.

*Muestreo:* simple aleatorizado.

*Mediciones e intervenciones:* se recogerán los datos necesarios para el estudio (parámetros antropométricos, tipo de lactancia y edad con la que la finalizaron) reflejados en la historia clínica de las visitas incluidas en Programa Del Niño Sano. Estos datos se almacenarán en una base de datos anonimizada a la que solo tendrán acceso los investigadores del estudio.

*Análisis estadístico:* análisis descriptivo: se calcularán frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y media, mediana y rango para las cuantitativas. Análisis bivalente: test Chi-cuadrado o exacto de Fisher (si frecuencias esperadas pequeñas), o test no paramétricos, si la muestra no sigue una distribución normal. Análisis multivariante: regresión logística binaria.

*Variables:* dependiente: obesidad (cualitativa dicotómica). Independientes: talla, peso, IMC, tipo de lactancia (materna, artificial o mixta), edad (con la que finalizó la lactancia materna).

*Limitaciones del estudio:* no permite establecer relaciones causales, solo asociaciones entre las variables. Puede existir un sesgo de información, por la falta de datos, y sesgo de selección, porque la muestra puede no representar a la población general al estar formada por niños cuyos padres aceptaron participar.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Actualmente, se desconoce la prevalencia de obesidad infantil en nuestro entorno. Es fundamental identificar los factores predisponentes que contribuyen a su desarrollo, considerando su influencia desde el período prenatal y los primeros meses de vida, etapas críticas en la programación metabólica y el establecimiento de hábitos saludables. Los resultados de este estudio podrán servir de base para futuras líneas de investigación.

## Aspectos ético-legales

Los datos obtenidos serán tratados como expone la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La participación será de carácter voluntario y sus tutores legales deberán firmar el consentimiento informado. El proyecto está pendiente de la aceptación del Comité de Ética.

## Financiación

No tiene financiación.

## Palabras clave

Pediatric obesity, breast feeding, body weight.

# Control glucémico y metabólico tras intervención nutricional con AOVE de alto contenido de oleocantal y oleaceína en personas con diabetes tipo 2. Un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado

Aguado Linares P<sup>1</sup>, Martínez Trasmonte M<sup>2</sup>, Sevilla Fernández A<sup>2</sup>, Gil Adell M<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CS Alameda-Perchel. Málaga

<sup>2</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

## Objetivos

El aceite de oliva virgen (AOV), principal componente de la dieta mediterránea, contribuye a reducir la incidencia de eventos cardiovasculares y mejora factores de riesgo como la obesidad y la diabetes tipo 2 (DT2), modulando los lípidos y ejerciendo acciones anti-inflamatorias y antioxidantes, entre otras.

El oleocantal y la oleaceína son dos fenoles especialmente abundantes en algunos AOVs que han mostrado acciones anti-inflamatorias, anti-oxidantes y citoprotectoras en modelos experimentales. Sin embargo, no hay evidencia clínica sobre su capacidad para mejorar la DT2. El objetivo primario será el control glucémico y como objetivos secundarios se tomará lipemia, peso, IMC, resistencia a insulina, marcadores inflamatorios y marcadores oxidativos en plasma. Asimismo, muestras de plasma de los participantes se utilizarán para investigar la posible modulación de varios miARNs relacionados y el perfil lipídico y glicémico. También se realizará un análisis metagenómico y biomarcadores del estado de la microbiota intestinal.

## Material y métodos

Este proyecto plantea realizar un ensayo clínico durante 3 meses mediante la sustitución del aceite de consumo diario por la toma de cápsulas de AOV con muy alto contenido en oleocantal y oleaceína en 120 personas con DT2 (criterios ADA) con IMC 30-40, edad entre 40-70 años, en tratamiento con metformina, inhibidores de DPP4, aGLP1, iSGLT2 y estatinas pertenecientes al área del Distrito de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce monitorizadas continuamente mediante sistema flash de monitorización de glucosa.

## Resultados esperados y aplicabilidad

Los compuestos fenólicos oleocantal y oleaceína contenidos en los AOVs ejercen acciones beneficiosas en la diabetes tipo 2 y pueden constituir novedosas estrategias nutricionales o nutracéuticas complementarias para el tratamiento de esta enfermedad.

## Aspectos ético-legales

El ensayo clínico se llevará a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las Buenas Prácticas Clínicas para Ensayos de Productos Médicos en la Comunidad Europea ([http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-10/3cc1aen\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-10/3cc1aen_en.pdf)). Seguiremos la normativa legal sobre confidencialidad y tratamiento de datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, LOPD), informando a los participantes de sus derechos (Disponibilidad, Rectificación, Corrección, Oposición).

Se implementarán estrategias para garantizar la seguridad de los participantes.

El Protocolo del Estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética Institucional del Hospital Regional de Málaga y registrado en ClinicalTrials.gov.

Al final del proyecto, las muestras biológicas humanas sobrantes se almacenarán en el Biobanco del IBIMA para estar disponibles en caso de ser requeridas por la comunidad científica.

## Financiación

Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad.

## Palabras clave

Oleocantal, oleaceína, diabetes tipo 2.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
TRABAJO FINAL DE RESIDENCIA O GRADO:  
MÉDICO DE FAMILIA

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Manejo actual del paciente con Traumatismo Craneoencefálico Antiagregado o Anticoagulado. (TFR)

Feria Domínguez E<sup>1</sup>, Pérez Torres I<sup>2</sup>, García Olloqui Á<sup>3</sup>, Reyes Castellano J<sup>4</sup>, Salas Burgos J<sup>5</sup>, Jiménez Rodríguez L<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Estudiante Sexto de Medicina en Universidad de Sevilla.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU en HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>3</sup> FEA HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Distrito Sevilla

<sup>5</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Distrito Sevilla

<sup>6</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS María Fuensanta Pérez Quirós. Distrito Sevilla

## Objetivo

El trabajo tiene como finalidad analizar la evidencia científica reciente sobre el manejo de pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE) que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante, identificando las mejores prácticas clínicas para optimizar los resultados neurológicos y reducir la morbimortalidad.

## Material/pacientes y métodos

Se realizó una revisión sistemática de literatura siguiendo la metodología PRISMA, consultando bases de datos como PubMed, Web of Science, Cochrane Library y literatura gris entre 2020 y 2025. Se incluyeron estudios en adultos, en inglés y/o español, que evalúan el manejo clínico del TCE en pacientes anticoagulados y/o antiagregados. La pregunta de investigación se formuló bajo el modelo PICO, y se aplicaron criterios estrictos de inclusión y evaluación crítica mediante CASPe.

## Resultados

Los pacientes con TCE en tratamiento antitrombótico presentan mayor riesgo de hemorragia intracraneal y pronóstico. El uso del TAC como primera prueba diagnóstica es

esencial, aunque recientes guías proponen individualizar su indicación. La reversión del tratamiento varía según el tipo de fármaco, gravedad y la indicación quirúrgica. Se destaca la utilidad potencial de biomarcadores emergentes como S100B y GFAP para reducir el número de TC. Además, se identificó que en pacientes con TCE leve, TC normal y sin síntomas graves, puede plantearse el alta domiciliaria segura.

## Conclusiones

El manejo del TCE en pacientes anticoagulados o antiagregados debe ser individualizado, con valoración neurológica, tipo de medicación y resultados de imagen. No existe aún consenso absoluto en algunos aspectos, como la necesidad de hospitalización o la reversión sistemática de la anticoagulación. Es imprescindible promover herramientas y estrategias clínicas basadas en la mejor evidencia disponible para mejorar el pronóstico y optimizar los recursos sanitarios.

## Palabras clave

Traumatismo craneoencefálico, anticoagulante, antiagregante plaquetario.

# 31<sup>o</sup> Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO  
Hotel Barceló  
Punta Umbría

COMUNICACIONES PÓSTERS  
TRABAJO FINAL DE RESIDENCIA O GRADO:  
OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Punta Umbría  
**HUELVA** 2025

acm  
andaluza de  
congresos médicos

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria



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

#SAMFYC2025

# Código Trauma como medio de mejora en la atención al traumatizado grave

Muñiz Oropesa M<sup>1</sup>, Pérez Torres I<sup>2</sup>, García-Perla García A<sup>2</sup>, Salas Burgos J<sup>3</sup>, Reyes Castellano J<sup>4</sup>, Jiménez Rodríguez L<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidad De Sevilla

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. HU Virgen Del Rocio. Sevilla

<sup>3</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Porvenir. Sevilla

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

<sup>5</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS María Fuensanta Pérez. Sevilla

## Objetivo

Esta revisión sistemática busca analizar la bibliografía existente para determinar la mejor forma de atención al paciente politraumatizado en nuestro entorno y detectar debilidades en el proceso asistencial, estableciendo metas para mejorar la calidad y disminuir la morbimortalidad.

## Material/pacientes y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica estructurada en PubMed y Cochrane Library, complementada con literatura gris oficial, para analizar el impacto del Código Trauma en la atención al trauma grave. Se usaron descriptores MeSH y términos libres, con filtros por idioma, acceso abierto y publicaciones entre 2021 y 2025. Se revisaron 1.450 registros, se seleccionaron 12 artículos relevantes, junto con guías clínicas, documentos oficiales como el ATLS y planes estratégicos andaluces, todos con aplicabilidad directa al entorno asistencial.

## Resultados

*Reducción de mortalidad y morbilidad:* la implementación del Código Trauma mejora tiempos de atención y disminuye morbimortalidad, especialmente en las primeras horas post-trauma.

*Eficiencia asistencial:* la activación precoz del protocolo, la medición del lactato, mejoran la toma de decisiones y la supervivencia.

*Equipos de trauma:* su estructura y liderazgo definido mejora la coordinación y resultados clínicos.

*Mapa de hospitales útiles en Andalucía:* solo dos centros (HUVR y HUVN) cumplen criterios de nivel 1; la geolocalización optimiza traslados y derivaciones.

*Áreas de mejora:* déficits en formación y coordinación; fortalezas en estructura hospitalaria y oportunidades en telemedicina y simulación.

*Formación continua:* guías y simulacros aumentan la capacidad de respuesta clínica.

*Investigación:* impulsada por el Plan de Accidentabilidad; se prioriza el desarrollo de nuevos protocolos y análisis de datos clínicos reales.

## Conclusiones

La implementación del Código Trauma optimiza los tiempos de respuesta y reduce la morbimortalidad. La estandarización de protocolos y la coordinación de equipos multidisciplinares son clave para una atención de calidad. En el Plan Andaluz de Accidentabilidad se detectan áreas de mejora en comunicación, formación y estructura hospitalaria, así como oportunidades en innovación y telemedicina.

## Palabras clave

ATLS, Revisión sistemática. centros de traumatología.

# Utilidad de la inteligencia artificial en el paciente traumatizado (TFG)

González De Chaves L<sup>1</sup>, Pérez Torres I<sup>2</sup>, Márquez Fernando A<sup>3</sup>, Reyes Castellano J<sup>4</sup>, Salas Burgos J<sup>5</sup>, Jiménez Rodríguez L<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de Sexto de Medicina en Facultad de Medicina de Sevilla.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU. HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>3</sup> FEA HU Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>4</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. DS Sevilla.

<sup>5</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. DS Sevilla.

<sup>6</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla

## Objetivo

Evaluar la eficacia de la inteligencia artificial (IA) en la predicción de complicaciones y mortalidad en pacientes politraumatizados.

Analizar su utilidad como herramienta complementaria en el diagnóstico por imagen en urgencias.

Valorar su impacto en la toma de decisiones clínicas.

## Material/pacientes y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed y Scopus, seleccionando artículos publicados en los últimos 6 años, en inglés y/o español, que evaluaran el uso de la IA en pacientes politraumatizados. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, resultaron en 7 estudios finales que abarcan áreas como predicción clínica, diagnóstico radiológico y gestión médica.

## Resultados

Modelos de aprendizaje automático, como Random Forest y XGBoost, demostraron alta precisión en la predicción temprana de

mortalidad y complicaciones como sepsis o respuesta inflamatoria sistémica.

Herramientas como Watson Trauma Pathway Explorer superaron en rendimiento a escalas tradicionales como TRISS.

En el área de radiología de emergencia, la IA mostró una elevada precisión en la detección y clasificación de fracturas, optimizando el flujo de trabajo y la priorización de estudios.

Se identificó también su utilidad en la gestión hospitalaria y asignación estratégica de recursos.

## Conclusiones

La inteligencia artificial es una herramienta prometedora en el manejo del paciente politraumatizado, permitiendo mejorar el diagnóstico, anticiparse a complicaciones graves y facilitar la toma de decisiones. En cambio, su implementación clínica requiere superar barreras tecnológicas, éticas y de aceptación profesional.

## Palabras clave

Inteligencia artificial, traumatismo múltiple, emergencias.

# 32<sup>o</sup>

# CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA **SAMFyC**

12 al 14 de MARZO del 2026  
Palacio de Congresos de Torremolinos  
Costa del Sol



# Torremolinos

*Malaga* **2026**