

Casos Clínicos

Atención Primaria

C C
A P

JART 2024



7^{as} JORNADAS ANDALUZAS DE RESIDENTES Y TUTORES DE MFyC



ALMERÍA

3 y 4 | OCT | 2024

HOTEL VÉRTICE INDALO **ALMERÍA**

WWW.SAMFYC.ES

residentesy tutoressamfyc.com





Medicina sólo hay una, y es efectiva cuando tiene una evidencia científica detrás que la respalde.

(J.M. Mulet)

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

30 octubre 2024

Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

(Fundación SAMFyC)

Diseño y maquetación: Sara Pérez Fajardo (SAMFyC)

Secretaría coord.: Encarnación Figueredo Sánchez (F. SAMFyC)

ISBN-e. 978-84-09-67986-7

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

COORDINADORAS

M^a Carmen Serrano Córcoles

*Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias. HU Torrecárdenas. Almería. Doctora en Medicina y Cirugía (UGR)
Profesora Asociada de la Universidad de Almería (UAL)*

M^a Araceli Soler Pérez

*Especialista en MFyC. UGC Alto Andarax. Almería
Doctora en Ciencias Médicas
Vocal provincial SAMFyC Almería
Coord. GdT SAMFyC Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*

REVISORES

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Especialista en MFyC. CS el limonar. Málaga

Isabel Balaguer Villegas

Especialista en MFyC. Centro de salud Ejido Norte (Almería)

Emilio José Delgado Soto

*MIR de MFyC. Huelva
Vocal SAMFyC Residentes*

Carmen M^a Escudero Sánchez

*MIR de MFyC. Granada
Vocal SAMFyC Residentes*

Idaira Fuentes Angulo

MIR de MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería

Juan Manuel García Torrecillas

*Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias. HU Torrecárdenas. Almería
Tutor hospitalario de medicina familiar y comunitaria
Doctor en medicina y cirugía (UGR)
vocal investigación SAMFyC*

Henar Gómez Galera

MIR de MFyC. Consultorio Rioja, Bajo Andarax. Almería

Rocío Medero Canela

*Especialista en MFyC. Técnico UDM AFyC Huelva
Vocal de Docencia SAMFyC*

Pedro Mesa Rodríguez

*Especialista en MFyC. Dispositivo de apoyo Aljarafe. ZBS Camas. Sevilla
Vocal Formación Continuada SAMFyC*

Herminia M^a Moreno Martos

Especialista en MFyC. Tutora de residentes MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería

Antonio Muñoz Gámez

*MIR de MFyC. Centro de salud Armilla. Granada
Vocal Comunicación e imagen SAMFyC*

Miguel Ángel Pérez Sáenz

Especialista en MFyC. HU Torrecárdenas. Almería

M^a del Pilar Sánchez Sánchez

MIR de MFyC. Centro de salud Plaza de Toros. Distrito Almería

AUTORES

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

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

AGUILERA ORTIZ	CARMEN ROCÍO	Médica Residente de MFyC. Centro de Salud La Zubia. Granada
ALCALDE MOLINA	M ^a DOLORES	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
ÁNCHEZ VICO	ANA BELÉN S	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
APARICIO CASTAÑO	M ^a DEL MAR	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio Llanos de la Cañada. Almería
ARANDA LARA	FRANCISCO JAVIER	Médico Especialista en MFyC. Tutor
ARQUILLOS LÓPEZ	CARMEN	Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén
BARRIONUEVO ARTERO	ISABEL M ^a	Médica Residente de MFyC. Centro de salud de La Mojonera. Almería
BATLLE I VIÑASJOAQUIN		Médico Residente de MFyC. Centro de salud Almanjajar. Granada
BECERRA ALMAZÁN	M ^a ANGUSTIAS	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud El Valle. Jaén
BERGER MORRILL	CARLOS	Médico Residente de MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga
BOLÍVAR ESCOBAR	SARA	Médica Residente de MFyC. UDM AFyC. Distrito APHuelva Costa-condado Campiña. Huelva
BORREGO PALENZUELA ROCÍO		Médica Especialista en MFyC. Centro de Salud Roquetas de Mar Sur. Almería
CABRERA RODRIGUEZ	CARLOS ALBERTO	Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de Salud La Zubia. Granada
CARMONA RUIZ	M ^a ÁNGELES	Médica Residente de MFyC. Hospital La Inmaculada Huerca-Overa. UGC Garrucha. Almería
CASTILLO BURGOS	DAVID ÓSCAR	Médico especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Maribáñez. Sevilla
CEJUDO CASAS	MARINA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Adra. Almería
CERÓN MACHADO	JOSÉ MIGUEL	Médico especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
CINTRANO LÓPEZ	ELISA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga
CÓZAR GARCÍA	INMACULADA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
CRUZ BRIEGA	ALMA ISABEL	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S ^a . de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
CRUZ MOLINA	CARMEN LAURA	Médica Especialista en MFyC. Adjunta. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva
DURÁN GARCÍA	CRISTINA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S ^a . de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
ESCASSI GIMÉNEZ	CRISTINA	Médica Residente de MFyC
ESCUDERO SÁNCHEZ	CARMEN MARÍA	Médica Residente de MFyC. Consultorio Barrio de Monachil. La Zubia. Granada
FERNÁNDEZ PÉREZ	PABLO	Médico Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario El Poniente. El Ejido. Almería
FONTALBA NAVAS	MONTSERRAT	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga
FUENTES ANGULO	IDAIRA	Médica Residente de MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería
GAILE LIUBOV		Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería
GALACHE REBOLLOSO	ANA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga
GAMIZ MARTÍNEZ	FLOR MARÍA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
GARCÍA GARCÍA	IRENE	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga
GARCÍA MARTÍNEZ	LOURDES	Médica Residente de MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería
GARCÍA RODRÍGUEZ	JUAN MANUEL	Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Adra. Almería
GARRIDO BELTRAN	ALBERTO LUIS	Médico Residente de MFyC. Centro de salud Almanjajar. Granada
GAVILÁN MARTÍNEZ	MANUEL	Médico Residente de MFyC. Centro de salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla
GEERMAN CRUZ	LORENA DEL CARMEN	Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén
GONZÁLEZ BECERRA	LUIS FRANCISCO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga
GONZÁLEZ ORERO	M ^a DE LA AURORA	Médica Residente de MFyC. Centro de Salud San Isidro de Níjar. Almería
GROMYKO	ANNA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva
ITURRALDE RAMOS	CARLA ANDREA	Médica Residente de MFyC. Consultorio Llanos de la Cañada. Almería
JIMÉNEZ DE LA ROSA	BEATRIZ	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S ^a . de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
JIMÉNEZ PLAZA	ENCARNACIÓN M ^a	Médica Residente de MFyC. UGC Níjar. Consultorio San José. Almería
LARNIA ALIAGA	MARTA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
LILLO RAMIREZ	M ^a DEL MAR	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

LÓPEZ GARCÍA	Mª SOLEDAD	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Roquetas de Mar Sur. Almería
LOPEZ RODRIGUEZ	Mª DEL MAR	Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería
LOPEZ RODRIGUEZ	CAROLINA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería
LORENZO ILLESCAS	CARMEN MARÍA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
LOZANO MORENO	CARMEN	Médica Especialista MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería
MAISANABA VELASCO	ROSALÍA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. Sª. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla
MARÍN SERRALVO	IGNACIO	Médico Residente de MFyC. CS Villanueva del Rosario. Málaga
MARQUEZ GOMEZ	MARINA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Don paulino. Sevilla
MARTÍN IZQUIERDO	SANDRA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga
MARTIN ROMERA	ROCIO	Médica Residente de MFyC. Centro de salud La Zubia. Granada
MARTÍNEZ ÁLVAREZ	MANUELA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
MARTÍNEZ BORDONADO	JOSEFA	Médico Especialista en MFyC. HAR de Loja. Granada
MARTINEZ GARCIA	FRANCISCO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería
MARTÍNEZ NÚÑEZ	PATRICIA	Médica Residente de MFyC. Centro de Salud de La Zubia. Granada
MARTOS LUQUE	SONIA	Médica Especialista en MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería
MEDINA ZUHEROS	TERESA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
MEGIAS LOPEZ	Mª ELENA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ejido Norte. Almería
MESA AGUILAR	CRISTINA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Utrera Sur. Utrera. Sevilla
MINGORANCE PEREZ	IRENE	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
MOLINA HERRANZ	PABLO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería
MOLINA REYES NOELIA		Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de La Zubia. Granada
MOLINO HERNÁNDEZ	MARTA Mª	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
MONTOYA FERNÁNDEZ	Mª DEL MAR	Médica Especialista en MFyC. EBAP, UGC Adra. Almería
MORENO MARTOS	HERMINIA	Médica especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Virgen del Mar. Almería
MOYA BERRUGA	GEMA ISABEL	Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén
NAVARRO LÓPEZ	ISABEL	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de La Zubia. Granada
OCHOA GÓMEZ	JUAN FRANCISCO	Médico Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén
PALLARES PADRÓN	SOFIA	Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribañez. Sevilla
PARDO ÁLVAREZ	JESÚS	Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud El Torrejón. Huelva
PEDROSA ARIAS	MARÍA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio Barrio de Monachil, La Zubia. Granada
PEDROSA PACHECO	ANTONIO JESÚS	Médico Especialista en MFyC. Tutor. UGC Níjar. Almería
PÉREZ DÍAZ	HÉCTOR MANUEL	Médico Residente de MFyC. Centro de salud Virgen del Valle. Ecija. Sevilla
PÉREZ EXPÓSITO	ELENA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Almería
PÉREZ MARTÍNEZ	PALOMA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería
PÉREZ RAQUÍN	EDUARDO	Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud El Torrejón. Huelva
PÉREZ ROMERA	FRANCISCO JAVIER	Médico Especialista en MFyC. EBAP, UGC Adra. Almería
PINILLA GONZÁLEZ	Mª CARMEN	Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribañez. Sevilla
PORCEL RUIZ	JULIA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería
PRIETO GÁLVEZ	PAULA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén
PULIDO VÁZQUEZ	CRISTINA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Campillos. Málaga
QUEVEDO GUTIÉRREZ	ALEJANDRO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva
QUINTANA PREGO	RAFAEL	Médico Residente de MFyC. Centro de Salud La Caleta. Granada
RAYA REJON	ALMUDENA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Almanjáyar. Granada
REQUENA CARRIÓN	ESTEBAN	Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería
ROBLES MATEOS	CRISTINA Mª	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud La Mojонера. Almería
ROMERO CRUZ MARIA		Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Don Paulino. Sevilla
ROMERO GANDUL	ANA ÁGUEDA	Médica especialista en MFyC. Tutora. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla
SÁNCHEZ BATANERO	NURIA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga
SÁNCHEZ GONZÁLEZ	ANTONIO DAVID	Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla
SÁNCHEZ-BAYTON GRIFFITH	SOFÍA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga
SEGURA DOMÍNGUEZ	NURIA	Médica Especialista en MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga
SIMÓN GIMÉNEZ	TRINIDAD	Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería
SIMÓN PÉREZ	ANA CRISTINA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. UGC Garrucha. Almería
SIMÓN SOTO	ANA ROSA	Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Vera. Almería
TENA SANTANA	GONZALO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Valverde del Camino. Huelva
TRUJILLO FRANCO	PABLO	Médico Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga
VARO MORIANA	JOSÉ ANTONIO	Médico Especialista en MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén
VICENTE MARTINEZ	FRANCISCA	Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería
YÉLAMOS LORENTE	Mª ÁNGELES	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada
ZAMORA VENZAL	ISABEL	Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería



Es un placer presentaros el libro de casos clínicos de las 7as Jornadas Andaluzas de Residentes y Tutores (JART) de la SAMFyC. En esta edición de 2024, podréis apreciar el excelente trabajo realizado por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, junto a sus tutores, quienes han desempeñado una labor docente, investigadora y formativa de gran relevancia para nuestra especialidad.

Queremos destacar, una vez más, el papel fundamental del tutor, un pilar clave en nuestra formación. No solo nos brinda los conocimientos científicos necesarios, sino que también nos acompaña en el desarrollo emocional, ayudando a construir lo que nuestra especialidad representa: una verdadera familia.

Agradecemos a todos los profesionales que han participado en estas jornadas su implicación, mediante el envío de los casos clínicos, organización de los talleres y exposición de sus comunicaciones. Su dedicación es esencial para continuar confiando en esa Medicina de Familia y Comunitaria que siempre hemos soñado y por la que seguiremos trabajando.

Finalmente, queremos expresar nuestra gratitud a todos los miembros del comité científico y organizador, así como a los docentes, por su esfuerzo incansable para que estas jornadas hayan sido un éxito. Nuestro especial agradecimiento también a la secretaria de SAMFyC, por su excelente experiencia y el cariño con el que siempre nos han apoyado.

M^a Araceli Soler Pérez

Presidenta del comité organizador de las JART '24

M^a del Carmen Serrano Córcoles

Presidenta del Comité Científico de las JART '24

ÍNDICE

CASO	TÍTULO	
1	7/352 INFOGRAFÍA: AGRESIÓN SEXUAL	11
2	7/337 INFOGRAFÍA: AUTOCUIDARNOS JUNTAS PARA SOBREVIVIR A LAS URGENCIAS	12
3	7/363 A PROPÓSITO DE UN CASO: GIRO INESPERADO EN EL DIAGNOSTICO	13
4	7/358 A RAÍZ DE UN OJO ROJO: VISIÓN CLÍNICA DE UN RESIDENTE DE MFYC	16
5	7/353 AMARILLO HASTA EL FINAL	20
6	7/313 ANTICONCEPCIÓN Y TROMBOSIS, ¿QUIÉN CARGA CON LOS RIESGOS?	23
7	7/304 APOYO EN LA ENCRUCIJADA BIOPSIOSOCIAL DE UN PACIENTE TEA	25
8	7/305 ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERÍA	27
9	7/366 AYUDAR A VIVIR, AYUDAR MORIR: NUEVOS RETOS EN LA MEDICINA DE FAMILIA DEL S. XXI	29
10	7/311 COALICIÓN CARPIANA: UN HALLAZGO INFRECLENTE	32
11	7/361 CUANDO EL CUIDADOR PASA A SER EL CUIDADO	35
12	7/340 CUANDO LLUEVE, APRIETA. LA LABOR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTE TRAS SUFRIR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)	37
13	7/310 CUANDO UN ACCIDENTE LABORAL DESVELA UN EFECTO SECUNDARIO	39
14	7/327 CUIDAR A LA CUIDADORA. ABORDAJE DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y CUIDADORA PRINCIPAL QUE PRESENTA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	41
15	7/370 DEBUT DIABÉTICO	44
16	7/316 DIAGNÓSTICO DE DISNEA POST COVID-19	47
17	7/368 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DERMATOSIS FACIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO	49
18	7/349 DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE ÍNTEGRO DE LA EPIGASTRALGIA EN MAYORES DE 55 AÑOS	51
19	7/348 DIFICULTADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN CASO DE SÍFILIS	53
20	7/335 ¿DÍGAME? DOCTORA ME ENCUENTRO MAL	55
21	7/302 DISNEA SIN FIEBRE, LA INTUICIÓN TAMBIÉN ES UNA HABILIDAD	57
22	7/338 DISNEA Y ESTRIDOR EN MUJER DE 51 AÑOS	59
23	7/317 DOCTOR, CADA VEZ HABLO PEOR	61
24	7/318 DOCTOR, NO ME PUEDO PONER DE PIE	63
25	7/342 DOCTORA, VEO DOBLE	65
26	7/334 DOCTORA, ¿Y ESTAS MANCHAS?	68
27	7/347 DOCTORA, CUANDO YO ERA PEQUEÑA...	70
28	7/345 DOCTORA, ME DUELE LA MANO	72
29	7/356 DOCTORA, ¿POR QUÉ TENGO LAS MANOS TAN SUCIAS?	75
30	7/309 DUELE SABER LO QUE DUELE	78
31	7/364 EL BESO DEL VERANO 2024	80

ÍNDICE

CASO	TÍTULO	
32	7/346 EL DESAFÍO DEL DOLOR CRÓNICO: PREVENCIÓN, Y DIAGNÓSTICO DE LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS	82
33	7/308 EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO	84
34	7/343 EL ROSTRO DEL PULMÓN: UN CASO DE EDEMA FACIAL REVELADOR	87
35	7/350 ¿FIEBRE Y ANTIBIÓTICO?	90
36	7/357 INCIDENTAL PERO OPORTUNO	92
37	7/315 LA IMPORTANCIA DE LA AP EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES MENTALES COMPLEJOS	95
38	7/307 LA IMPORTANCIA DE LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANEMIA EN PACIENTE FRÁGIL	97
39	7/320 LA PATOLOGÍA OCULTA	99
40	7/369 LA PROSTATITIS QUE NO FUE	102
41	7/351 LA SOMNOLENCIA NOS PRODUJO INSOMNIO	105
42	7/339 LA TELECONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿AYUDA?	107
43	7/360 LESIONES ULCEROSAS SUBMAMARIAS, AXILARES Y EN BRAZOS CON CICATRIZ ESTRELLADA	109
44	7/359 LO QUE ESCONDE UNA HIPOACUSIA	111
45	7/362 NO ES SOLO UNA FRACTURA DE CADERA	113
46	7/330 ¡OJO ANTE SÍNTOMAS DE ALARMA! LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	116
47	7/322 OJO ROJO ¿SOLO CONJUNTIVITIS?	118
48	7/341 PICADURA DE ARAÑA LOXOSCELES. A PROPÓSITO DE UN CASO	120
49	7/312 ¿POR QUÉ DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA?	122
50	7/301 SIN OLVIDAR LO PRIMORDIAL: PRIMUM NON NOCERE	124
51	7/332 SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO	127
52	7/329 TODO EMPEZÓ CON UNOS EDEMAS	129
53	7/303 TODO SE COMPLICA UN POCO MÁS	131
54	7/344 TOS ¿FERINA?	133
55	7/365 UN CUADRO MUY DEL GUADALQUIVIR	136
56	7/333 UN MÉDICO DE FAMILIA PARA TODA LA FAMILIA	138
57	7/328 UNA FIEBRE GENERALMENTE FATAL	141
58	7/336 UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA DE TELECONSULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO	144

01. 7/352 AGRESIÓN SEXUAL

Sofía Sánchez-Bayton Griffith

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga

Pablo Trujillo Franco

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga

Cristina Pulido Vázquez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Campillos. Málaga

AGRESIÓN SEXUAL

¿QUÉ ES?

Cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento (LOGILS 10/2022)

Es un tipo de **VIOLENCIA SEXUAL** (y delito): cualquier acto de naturaleza sexual **no consentido** o que condiciona el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado:

CIBERACOSO
SEXTORSIÓN



GROOMING
PORNOVENGANZA

FEMINICIDIO SEXUAL
AGRESIÓN SEXUAL
VIOLACIÓN



ACECHO (STALKING)
ACOSO SEXUAL

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



MATRIMONIOS FORZOSOS
PROSTITUCIÓN Y TRATA

¿A QUIÉN AFECTA?



86%

Rango de edad de mujeres con mayor número de violaciones entre 18-30 años



14%

SITUACIONES DE VULNERABILIDAD Y/O SUMISIÓN QUÍMICA

SUMISIÓN QUÍMICA:
Administración de sustancias con fines delictivos.
-Drink spiking (bebida)
-Needle spiking (pinchazo)

VULNERABILIDAD QUÍMICA:
ha consumido sustancias voluntariamente

Mujeres con problemas de salud mental: triple estigma (género, enfermedad y discapacidad)

En España, edad del consentimiento sexual: **16 años**

Menores de edad: 65% de las víctimas

¿CÓMO ACTUAR?

Paciente refiere **agresión sexual** en los últimos 7-10 días

Atención Primaria/SUAP

- ✓ Valorar riesgo vital
- ✓ Garantizar intimidad
- ✓ Facilitar acompañamiento
- ✓ No lavarse, no comer/beber, no cambiarse de ropa, evitar orinar o defecar.
- ✓ Realizar informe clínico y parte de lesiones


➔ Avisar al 061
➔ Avisar a FyCSE

Trasladar en ambulancia medicalizada

Hospital Referente

- ✓ Atención conjunta ginecológica y forense: consentimiento informado
- ✓ Toma de muestras: cadena de custodia
- ✓ Tratamiento: lesiones, prevención ITS y embarazo
- ✓ Cumplimentación documentos
- ✓ Alta: plan de seguimiento y recursos disponibles




02. 7/337 AUTOCUIDARNOS JUNTAS PARA SOBREVIVIR A LAS URGENCIAS

María de la Aurora González Orero

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud San Isidro de Níjar. Almería

Julia Porcel Ruiz

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería

Idaira Fuentes Angulo

Médica Residente de MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería

"Seguro que se me está olvidando algo"

"Es mi culpa, no estudio lo suficiente"

"No debería ser la responsable de ningún paciente"

"No tengo ni idea"

"Se va a dar cuenta de que no sé lo que le pasa"

¿TE SUENAN ESTE TIPO DE PENSAMIENTOS?

BUENO...



Con ellos nuestra mente suele estar tratando de **HACERNOS SOBREVIVIR** a una situación estresante...

La **ATENCIÓN SANITARIA URGENTE**

Entrevistar, explorar, comprender, empatizar, tomar decisiones, solicitar pruebas, prescribir tratamientos, proponer ingresos, hacer interconsultas, realizar técnicas y un sinfín de tareas más se agolpan adentro de la consulta (y de nuestra cabeza).



NECESITAMOS TOMARNOS EL TIEMPO DE RESPIRAR

Y RECONOCER LAS EMOCIONES QUE SENTIMOS

HABLAR SOBRE EL TEMA

Nos ayuda a comprender los pensamientos catastróficos, y a reconocer que (casi) todas nos sentimos agobiadas y abochornadas y podemos llegar a sufrir ansiedad durante las guardias... Y no somos peores profesionales por ello.



VISIBILIZAR NUESTRA VULNERABILIDAD

Reconocer y abrazar nuestros **MIEDOS**, **INCERTIDUMBRES** y **OTROS BUCLES** ayuda a aceptarnos y poder empezar a ocuparnos de ellos sin paralizarnos ni "quemarnos"

Creemos firmemente en la necesidad de generar **ESPACIOS DE DIÁLOGO** para el autocuidado entre profesionales.

Para este fin creamos un material audiovisual con el que facilitar dinámicas de expresión de emociones y sentimientos, desde la identificación, la empatía... y también el humor ;)

ENLACE AL MATERIAL:



♥ Con mucho amor.

👤 Somos residentes de la Unidad Docente Multiprofesional de **Distrito Sanitario**.

🗨️ Si te apetece contarnos tu experiencia o compartir algún recurso, nos encantará recibirte: (no nos comprometemos a responder siempre)

PERO UNA COSA IMPORTANTE...

El autocuidado y el sostén entre compañeras tiene un límite... La idea de que debemos ser lo suficientemente "fuertes" o "capaces" de gestionar nuestro malestar o eso de que "hay que curtirse para aprender" está ya muy pasada de moda... Cuidémonos de la forma que necesitemos en cada paso.

Si sientes que necesitas **ayuda profesional**, búscala, también puede formar parte del proceso.

Si sientes que las **condiciones en tu lugar de trabajo** son imposibles, también puedes buscar apoyos para exigir cambios que posibiliten un trabajo humanizado.



AUTO CUIDAR NOS Juntas

PARA SOBREVIVIR A LAS URGENCIAS

03. 7/363 A PROPÓSITO DE UN CASO: GIRO INESPERADO EN EL DIAGNÓSTICO

Marta María Molino Hernández

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Teresa Medina Zuheros

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Irene Mingorance Pérez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Ámbito

Atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta

Astenia y mareos con inestabilidad, acompañados de cambios en el comportamiento. Además, pérdida de peso de 20 kg en 3 meses.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

- **Anamnesis:**

Paciente de 43 años, acude a consulta acompañado por su hermana, a través de la cual se realiza la anamnesis. El cuadro comienza como episodios de mareo repentino con desvanecimiento y pérdida de conocimiento desde hacía una semana. Estos se acompañaban de astenia severa, y alteraciones del comportamiento, llegando a no reconocer a sus familiares y no ser capaz de establecer una conversación. Además, sensación febril no termometrada en domicilio. El último episodio fue presenciado en el trabajo, motivo por el cual decidieron acudir a la consulta.

- **Exploración física:**

Regular estado general. Consciente. Orientado en lugar y persona. No en tiempo. Bradipsíquico. Facies de dolor sin concretar molestias específicas. Dudosa rigidez cervical. Lentitud psicomotriz. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Campimetría por confrontación sin alteraciones. Dificultad para realizar ordenes sencillas con necesidad de repetición.

ACR: tonos rítmicos sin soplos audibles. MV conservado sin ruidos sobreañadidos.

Dada la exploración física del paciente, se decide derivación a hospital para completar estudio.

- **Pruebas complementarias:**

En analítica destaca:

- » Glucosa 157, urea 57, creatinina 0.91, perfil hepatobiliar normal. NTproBNP 104. PCR<1, procalcitonina 0.03.
- » Troponinas <10
- » GSV sin alteraciones destacables.
- » Hemograma: Hemoglobina 12.7, VCM 85.8, leucocitos 3180, neutrófilos 1940, linfocitos 860, plaquetas 130000.
- » Coagulación: INR 1.1, TP 12.3. Dímero D 3.7

En TC craneal:

En estudio basal se visualiza una lesión focal intraaxial frontotemporal izquierda isodensa la cual tras la administración de contraste muestra claro realce periférico, con unas dimensiones de aprox. 24x30x24mm. Dicha lesión provoca marcado efecto expansivo sobre el parénquima cerebral adyacente, con extenso edema vasogénico en la sustancia blanca circundante, borramiento de surcos de esa convexidad, desplazamiento de la línea media hacia la derecha de aprox. 12mm (herniación subfalciánica) e incipiente herniación uncal ipsilateral.

Estos hallazgos son muy sugestivos de tumoración primaria del sistema nervioso central, probablemente de origen glial, si bien es necesario realizar estudio mediante RM de cráneo para

poder caracterizarla mejor.

Enforque familiar y comunitario

El paciente convive en el domicilio familiar con su madre de 86 años y su hermana de 49 años. Los convivientes dependen económicamente de la pensión de su madre. La hermana mayor de estos, de 55 años, es la que se encarga de las gestiones económicas y la responsabilidad del hogar, así como de la atención médica de su madre, y ahora de su hermano.

Solemos acudir mensualmente a realizar visitas domiciliarias a su madre, por lo cual conocemos muy de cerca la funcionalidad del hogar de esta familia.

El paciente trabaja desde hace poco tiempo en un supermercado. No tiene pareja estable, tampoco tiene hijos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- **Listado de problemas:**

Posible neoplasia primaria del SNC vs metástasis.

Problemática social y familiar.

- **Diagnóstico diferencial:**

Por el cuadro clínico (pérdida de peso) y el importante edema radiológico, la primera posibilidad diagnóstica es de metástasis vs proceso infeccioso del SNC.

Plan de Acción y evolución

- **Plan de actuación:**

Tras el resultado del TC craneal, el paciente queda ingresado en el Servicio de Neurocirugía para filiar la etiología. Se realiza biopsia estereotáxica y al mismo tiempo se realizan cultivos y serologías. En las serologías, recibimos resultados de VIH +, serología Toxoplasma IgG +, IgM -, además de PCR Toxoplasma gondii en biopsia cerebral POSITIVA.

Mientras mantenemos contacto con su hermana para iniciar el trámite de incapacidad temporal laboral del paciente. Además, se inicia un seguimiento para:

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

- **Evolución:**

Se inicia tratamiento antirretroviral y cobertura para toxoplasmosis, con mejoría clínica neurológica y conductual del paciente.

Al alta hospitalaria, con cambio de juicio clínico inicial a Toxoplasmosis cerebral con debut de VIH en estadio SIDA (C3) y síndrome de caquexia por VIH, se deriva al Servicio de Infecciosas para control del tratamiento y sintomatología.

Volvemos a ver al paciente en consulta, refiere intensa odinofagia, ya comentada en el hospital, pero asociaron a cuadro viral de faringitis aguda. En la exploración observamos placas extensas blanquecinas con intensa inflamación perilesional sugerentes de candidiasis esofágica, por lo cual iniciamos tratamiento.

Conclusiones

El VIH es un problema de salud pública y el diagnóstico tardío sigue siendo frecuente en España. El 45,9% de las personas diagnosticadas de VIH en 2019 presentaba un diagnóstico tardío, manteniéndose este porcentaje estable en los últimos años, con lo que ello supone en cuanto a posibles transmisiones o retraso en conseguir los beneficios de la TAR. El objetivo es establecer

un diagnóstico precoz de infección por VIH, ya que el retraso diagnóstico se asocia a mayor morbilidad, mayores costes socioeconómicos y mayor transmisión.

Hasta ahora, el cribado dirigido a personas con mayor riesgo de padecer VIH ha sido la estrategia más recomendada para la detección de nuevos casos, pero dado el retraso diagnóstico existente y la prevalencia de infección oculta en personas asintomáticas, se considera que el cribado rutinario poblacional es una opción viable para evitar perder posibilidades de diagnóstico.

Es importante recordar que nuestra consulta de Atención Primaria es un lugar privilegiado para detectar precozmente infecciones como la del caso que nos ocupa. Debemos aprovechar nuestra accesibilidad y la confianza que nos depositan nuestros pacientes para detectar y diagnosticar patología relacionada con VIH pues afecta a una parte importante de la población, por lo que hay que tenerla siempre presente.

Palabras clave

HIV Seroprevalence, Toxoplasmosis, Cerebral, Delayed Diagnosis.

Bibliografía:

- » García Iglesias C, Salamanca Gambara R, Gutiérrez Pérez MI. VIH en Atención Primaria. AMF. 2021;17(8):434-442.
- » Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid.
- » Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016.

04. 7/358 A RAÍZ DE UN OJO ROJO: VISIÓN CLÍNICA DE UN RESIDENTE DE MFYC

Alejandro Quevedo Gutiérrez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Anna Gromyko

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Eduardo Pérez Razquín

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Ámbito

Atención primaria, urgencias hospitalarias y consulta de oftalmología.

Motivo de consulta

Paciente joven de 29 años y raza blanca derivado de Urgencias hospitalarias ante la sospecha de una conjuntivitis complicada no filiada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- Anamnesis

Varón de 29 años, raza blanca, IMC aproximado de 26, acompañado por su madre. Refieren dolor y ojo rojo de una semana de evolución que no mejora a pesar de tratamiento hospitalario (recedado por MFYC en Urgencias hospitalarias) con tobramicina ocular.

Durante la entrevista destacan la recaída del ojo rojo, con dos episodios previos en los últimos dos años y con sospecha por su médico de Atención Primaria de Herpes.

- Exploración

Exploración en Urgencias hospitalarias:

Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido.

Constantes vitales: TA: 125/80 mmHg SpO₂: 99 A/a T^a: 36.5 °C FC: no registrada.

Exploración OFT: PINLA, MOEC. Hiperemia ciliar sin membranas. Campimetría conservada, no alteración de la agudeza visual.

Exploración en primera consulta de OFT:

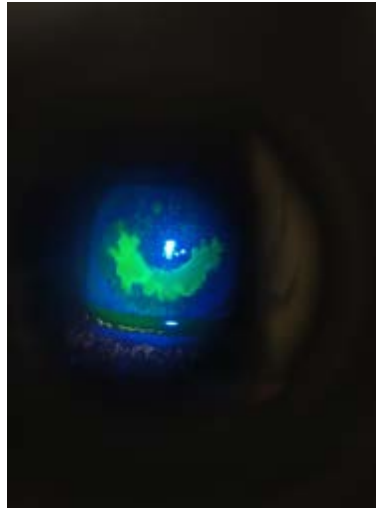
Exploración oftalmológica: (copio según informe y explico en la presentación oral si es preciso).

MOEC, PILNA, no nistagmo.

AV OD 0.9 OI 0.6.

BMC: OI Hiperemia ciliar, QPS, Queratitis herpética endotelial disciforme con edema corneal y PKs, Tyndall ++.

TO 38.



1º Fotografía: lesión corneal geográfica con imagen característica tras tinción con fluoresceína. (Fotografía real del paciente).



2º Fotografía: con imagen de ojo rojo con hiperemia conjuntival de predominio bilateral (nasal y temporal). (Fotografía de otro paciente).

Pruebas complementarias.

Lámpara de hendidura y tinción con fluoresceína

Tonometría ocular.

Enfoque familiar y comunitario

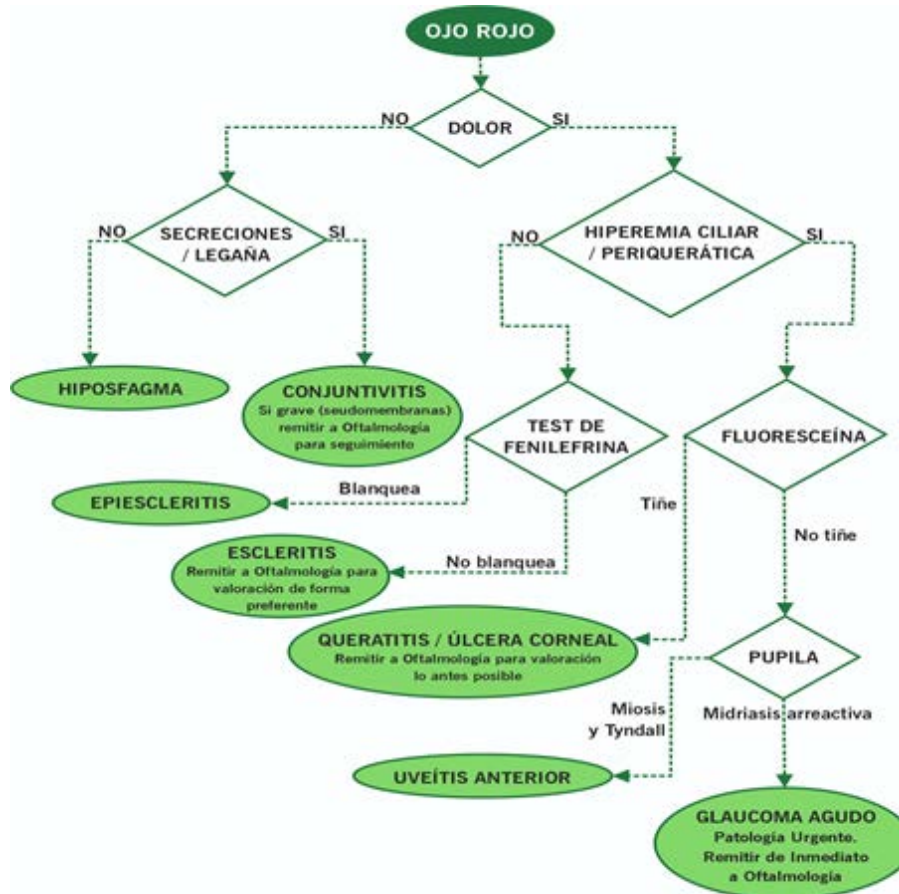
Se trata de un paciente joven, con buen sustento familiar. Cumplidor parcial de los tratamientos. Higiene conservada. Medidas de protección escasas. **Ambiente sociosanitario aceptable.**

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

JC en consultas de Urgencias: conjuntivitis OI probable etiología vírica con posibilidad de complicación.

JC Oftalmología (con la ayuda del residente de MFyC). **Herpes Zoster O** secundario a un posible déficit nutricional en contexto de una Cx bariátrica sin seguimiento tras intervención.

- Diagnóstico diferencial



*Los tratamientos específicos se encuentran descritos en el texto

Ojo rojo - Manuales Clínicos (hospitaluvrocio.es)

Plan de acción y evolución

Actuación Urgencias hospitalarias:

Observación domiciliaria.

Dexametasona/tobramicina colirio, una gota cada 8 horas durante 7 días.

Si hay signos o síntomas de alarma que explico, volver a acudir.

Control por su MAP salvo incidencias.

- Actuación 1º consulta de Oftalmología:

Valaciclovir 1g c/8 h durante 1 sem.

Virupos c/2-3 horas durante 3 sem.

Tobradex c/12 h durante 1 sem.

Atropina col c/12 h durante 1 sem.

Tartrato de brimonidina y timolol cada 12 h 1 sem.

Trusopt c/8 h hasta revisión.

Revisión en 1 sem. aproximadamente.

- Evolución y resultados.

Evolución favorable tras inicio de tratamiento por parte de Oftalmología. Escasa mejoría con la tobramicina/dexametasona de inicio.

Diagnóstico de confirmación tras toma de muestras oculares.

Análítica de OFT sin alteraciones reseñables. Hipovitaminosis D. Resto de vitaminas y tiroides sin alteraciones.

Pendiente de valoración por endocrinología para completar estudio y para seguimiento de paciente post Cx bariátrica.

Conclusiones

La mayor herramienta de un MFyC no son sus manos, ni sus dotes clínicas ni sus experiencias médicas. **Su mayor herramienta es el tiempo.** Tiempo suficiente para poder realizar una correcta anamnesis que nos permita enfocar desde lo común a lo extraordinario.

La razón de ser de un especialista en MFyC es diagnosticar lo común como primera sospecha diagnóstica. Una vez que hay dudas sobre lo común, derivar de una forma acertada en tiempo y forma se considera parte oportuna de nuestra especialidad.

La sospecha diagnóstica del médico de Atención Primaria es fundamental como triaje, screening y diagnóstico de prácticamente todas las patologías.

Palabras clave

Ojo rojo, conjuntivitis, herpes, triaje, screening.

05. 7/353 AMARILLO HASTA EL FINAL

Lourdes García Martínez

Médica Residente de MFyC. UGC Virgen del Mar. Almería

Herminia Moreno Martos

Médica especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Virgen del Mar. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Ictericia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Antecedentes personales: no refiere. No tratamiento habitual. Hábitos tóxicos: no fumador, bebedor ocasional (1-2 cervezas); no otras drogas. No alergias medicamentosas.

Paciente varón de 68 años que acude por presentar ictericia conjuntival y piel cérea de 2 semanas de evolución. Refiere pérdida ponderal de 8 kg. en 2 meses, que relaciona con haber tomado infusiones de "cola de caballo", y ligera coluria. Además, presenta tos de predominio nocturno al acostarse. No presenta fiebre, ni dolor abdominal, ni pirosis, ni dolor torácico ni disnea.

• Exploración:

- » Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Ictericia conjuntival y piel pálida/cérea. Constantes vitales: normales.
- » Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- » Abdomen: lesión cutánea ulcerada, de base violácea y costra superficial, en epigastrio. Se palpa ligera hepatomegalia. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados.

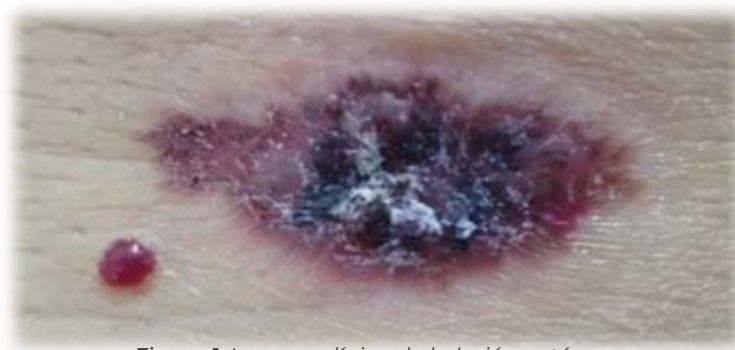


Figura 1. Imagen clínica de la lesión cutánea.

• Pruebas complementarias:

- » Dermatoscopia: lesión no melanocítica, con estructuras pigmentadas (nidus ovoides azul-gris, hoja de arce), telangiectasias y ulceración. Sugerente de carcinoma basocelular ulcerado.
- » Radiografía de tórax: normal.

Enfoque familiar y comunitario

Casado, cuidador de su esposa. No tienen hijos. Viven en medio urbano. Jubilado.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Lista de problemas:
 - » Negativa del paciente a ir al hospital.
 - » Manejo diagnóstico-terapéutico, considerando la limitación de pruebas complementarias en Atención Primaria.
 - » Dificultades en la comunicación médico-paciente.
 - » Manejo de la incertidumbre.
- Diagnóstico diferencial: neoplasia, coledocolitiasis, hepatitis, cirrosis hepática, efecto secundario de fármacos/hierbas.
- Juicio clínico: ictericia a estudio.

Plan de acción y evolución

Se le indica al paciente que debe acudir a Urgencias del hospital porque es necesario realizar pruebas complementarias para conocer la causa de los síntomas que presenta (ictericia y pérdida de peso). Sin embargo, se niega y nos expresa su deseo de realizarse las pruebas en el centro de salud. Por ello, se solicita sistemático de orina, serología de virus hepatotropos y analítica, que se extraen por parte de enfermería ese mismo día. Además, se realiza teleconsulta a Dermatología por la lesión cutánea, adjuntando las imágenes, tanto clínicas como al dermatoscopio.

• Evolución:

Al día siguiente, contactamos telefónicamente con él para informar sobre el resultado de los análisis, en los que destaca: aumento de bilirrubina (tanto directa como indirecta) y de transaminasas, amilasa normal, serologías negativas, y urobilinógeno en orina. Le explicamos que la elevación de los valores de bilirrubina es lo que le produce la ictericia, reiterándonos en que acuda a urgencias puesto que es necesario realizar una prueba de imagen para identificar la causa. No obstante, el paciente continúa negándose a ir al hospital, por lo que se le ofrece la posibilidad de hacerle una ecografía al día siguiente en el centro de salud, y acepta.

Acude al centro de salud, esta vez acompañado de su esposa, y se realiza ecografía clínica de abdomen: "hepatomegalia; lóbulo caudado aumentado de tamaño, con imágenes hiperecogénicas milimétricas. Vesícula biliar con abundantes litiasis en su interior. Dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática. Páncreas con parénquima levemente heterogéneo a nivel de cabeza, sin lesiones claras. Bazo homogéneo de características normales. Riñones sin hallazgos".



Figura 2. Ecografía: lóbulo caudado aumentado de tamaño.



Figura 3. Ecografía: múltiples litiasis en vesícula biliar.

Ante estos resultados, le indicamos al paciente que debe acudir a urgencias puesto que hay que realizar otra prueba de imagen más específica para confirmar el diagnóstico, descartar procesos malignos subyacentes y evitar posibles complicaciones de las litiasis. Éste se mostró dubitativo, pero nos afirmó que iría al hospital. A última hora de ese mismo día, revisamos la historia del paciente y advertimos que no acudió. Por tanto, decidimos respetar la autonomía del paciente y las limitaciones de la consulta de Atención Primaria, sin insistirle más.

Casi una semana después, recibimos la respuesta de la teleconsulta indicando que lo citarían en consulta para filiar la lesión cutánea. Aprovechamos para revisar su historia y confirmamos que finalmente acabó yendo al hospital (a los tres días desde la ecografía). Fue ingresado en planta de Digestivo y, tras la realización de ultrasonografía endoscópica y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), se descartó la presencia neoplasia y se diagnosticó de coledocolitiasis múltiple, tratándolo en el mismo acto de la CPRE.

Conclusiones

Con este caso queremos destacar algunas de las múltiples y significativas facetas del médico de Atención Primaria.

En primer lugar, el razonamiento clínico ante el motivo de consulta, la ictericia, que implica llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial, sobre todo teniendo en cuenta la presencia de síntomas de alarma (pérdida de peso). La negativa del paciente de acudir al hospital, pese a nuestras recomendaciones, generaba un problema ético: la disyuntiva entre el beneficio de acudir a urgencias para diagnóstico y tratamiento y la de respetar el principio de autonomía del paciente. Esta negativa a su vez, nos llevó a realizar un seguimiento estrecho del paciente y una atención longitudinal, a pesar de no pertenecer a nuestro cupo. Todo esto dificultaba la comunicación médico-paciente: teníamos que explicarle de forma clara y sencilla, a un paciente que no conocíamos y que exteriorizaba su miedo al hospital, que era necesario descartar que hubiera algún proceso maligno subyacente. Además, hay que dar valor al manejo de la incertidumbre ya que no sabíamos si el paciente consultaría en urgencias, por lo que dudábamos si derivarlo preferente a consulta de Digestivo, instar en que acudiera al hospital o concluir las actuaciones por nuestra parte. Afortunadamente, el paciente fue al hospital, se descartó malignidad y se realizó tratamiento de la coledocolitiasis.

Por último, resaltar la utilidad de conocer nuevas técnicas como la dermatoscopia y la ecografía, que ayudaron a esclarecer el diagnóstico.

Palabras clave

Ictericia, ultrasonografía, atención primaria.

06. 7/313 ANTICONCEPCIÓN Y TROMBOSIS, ¿QUIÉN CARGA CON LOS RIESGOS?

Sofía Pallarés Padrón

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

David Oscar Castillo Burgos

Médico especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

M^a Carmen Pinilla González

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

Ámbito

Atención primaria y derivación a urgencias de hospital.

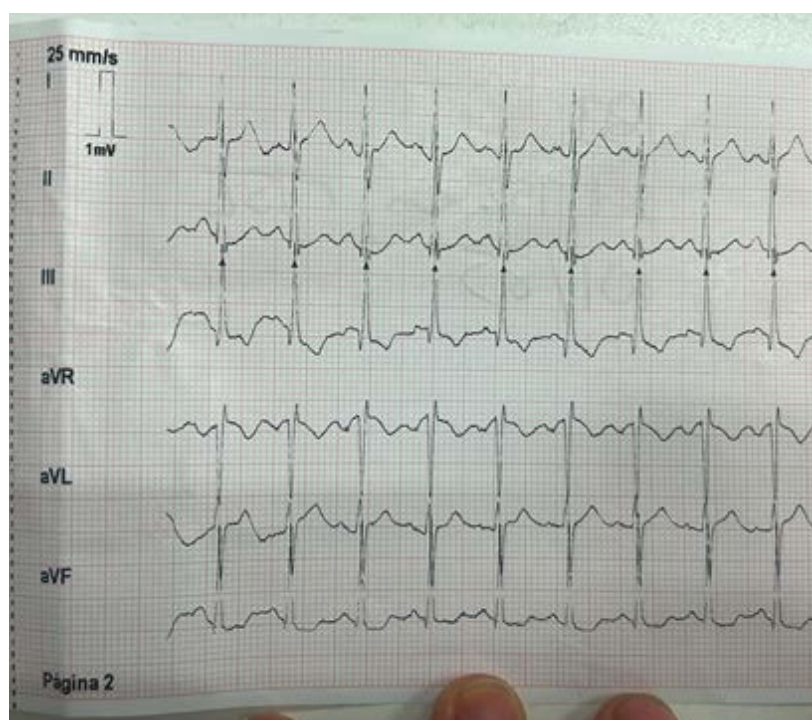
Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 18 años sin antecedentes personales de interés salvo sobrepeso en tratamiento con anticoncepción como método reproductivo desde hace 3 semanas. No fuma, vida activa. Acude a consulta de Atención Primaria por disnea a moderados esfuerzos desde hace 3 días que llega a ser a mínimos esfuerzos en el momento de la cita. En la exploración física se encuentra con regular estado general, consciente, orientada y colaboradora. Acude caminando, pero con cierto trabajo respiratorio.

- Exploración física:
 - » **Tensión arterial:** 135/90; frecuencia cardíaca: 135 latidos por minutos; saturación: 91% sin aportes; frecuencia respiratoria: 25 respiraciones por minuto.
 - » **Auscultación cardiopulmonar:** taquicardia regular a buen tono. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No se objetiva aumento de regurgitación en venas yugulares.
 - » **Miembros inferiores:** no se objetivan signos de TVP.
 - » Se le administra oxigenoterapia, se canalizan dos vías y se realiza ECG, objetivando esta imagen de SIQ3T3.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- **Diagnóstico diferencial:** ante ECG compatible con sobrecarga derecha, se sospecha de las siguientes patologías: TEP, cor pulmonare, neumotórax a tensión, infarto de ventrículo derecho.

Plan de acción y evolución

Se deriva a Servicio de Urgencias, donde se diagnosticó TEP bilateral con sobrecarga derecha a través de AngioTAC.

Conclusiones

La anticoncepción hormonal, aunque efectiva y ampliamente utilizada, conlleva riesgos que a menudo son infravalorados. En este escenario destaca una desigualdad en la carga de la salud reproductiva, que recae predominantemente en las mujeres. Es imperativo que reconsideremos nuestras prácticas clínicas desde una perspectiva de género para asegurar una evaluación más equitativa y completa de los riesgos asociados con los anticonceptivos, promoviendo así una toma de decisiones más informada y segura para las pacientes.

El caso de esta paciente de 18 años subraya una importante realidad en la práctica clínica: la anticoncepción hormonal, si bien es un método efectivo para prevenir embarazos, no está exenta de riesgos, entre los que destaca la trombosis. Este riesgo, aunque bajo en términos absolutos, es significativo, especialmente en mujeres jóvenes con factores predisponentes como el sobrepeso.

Este tipo de complicaciones pone en evidencia una cuestión de equidad en la salud reproductiva. Los riesgos relacionados con los métodos anticonceptivos son asumidos casi exclusivamente por las mujeres, lo que refleja una desigualdad inherente en la distribución de las responsabilidades reproductivas. Los hombres, por otro lado, tienen opciones anticonceptivas limitadas que no conllevan riesgos significativos para la salud. Esto plantea un desafío ético y clínico: la necesidad de ofrecer una evaluación completa y equilibrada de los riesgos y beneficios de cada método anticonceptivo.

Desde una perspectiva de género, es fundamental que los profesionales de la salud aborden la anticoncepción de manera personalizada, considerando el perfil de riesgo individual de cada paciente y proporcionando una información clara y completa sobre los posibles efectos adversos. Es igualmente esencial explorar alternativas anticonceptivas no hormonales, especialmente en mujeres con factores de riesgo para trombosis, asegurando que las decisiones sean verdaderamente informadas y consensuadas.

Además, es necesario un cambio en la práctica médica y en la cultura general para que los hombres también participen activamente en la prevención de embarazos no deseados, compartiendo de manera más equitativa la carga y los riesgos asociados con la anticoncepción. Este enfoque no solo promovería una mayor equidad de género, sino que también podría reducir la incidencia de complicaciones graves como la tromboembolia pulmonar.

En conclusión, el manejo de la anticoncepción debe reconsiderarse desde un enfoque que integre la perspectiva de género, el perfil de riesgo individual y la equidad en la carga de responsabilidades. Solo así se podrá asegurar un cuidado de salud reproductiva más justo, informado y seguro para todas las pacientes.

Palabras clave

Salud reproductiva, inequidad; TEP.

07. 7/304 APOYO EN LA ENCRUCIJADA BIOPSIOSOCIAL DE UN PACIENTE TEA

Francisco Martínez García

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Gonzalo Tena Santana

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Valverde del Camino. Huelva

Esteban Requena Carrión

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Ansiedad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón 21 años, obesidad, trastorno de espectro autista (TEA) acude acompañado por su madre a consulta, solicitando ayuda por imposibilidad para “continuar con sus estudios” y sufrir “ansiedad”. El paciente refiere sentirse incapaz de hacer un examen práctico correspondiente al curso de formación profesional del que forma parte. Afirma que “ser el centro de atención” con una persona “a mi lado pendiente de todos mis movimientos” mientras realiza la prueba le genera mucha ansiedad. Refiere náuseas y sensación de pánico ante la idea de “ser observado y evaluado”. La madre ha contactado con el profesorado, pero estos afirman que las habilidades manuales son parte insustituible del curso y de la que no se puede prescindir, al no existir otra forma de evaluar dichas competencias.

El paciente, ha tratado de hacer ejercicios de relajación y otras técnicas de control emocional sin éxito. El resto de asignaturas del ciclo (al constar únicamente de pruebas escritas) los supera correctamente y sin incidencias. Sin embargo, es el 2º año que repite curso por dicha asignatura y estudia gracias a una beca, la cual le sería retirada si suspende; siendo esta su único soporte económico.

• Exploración

Durante la entrevista se muestra colaborador. Destacan los rasgos de TEA como falta de contacto visual o ciertos movimientos corporales estereotipados. Refiere sentimientos de impotencia y culpabilidad al alegar que “no puedo hacerlo” “es que no puedo”. Trata de racionalizar ese sentimiento diciendo que no puede hacerlo “porque me va a salir mal. Me van a estar mirando y va a salir mal” “cuando me levante, si es que puedo, no podré decir nada. No podré abrir la boca”. Niega anorexia, astenia u alteraciones del sueño. Refiere sentirse incomprendido y bloqueado “si es que... no me entendéis... nadie me entiende” encontrándose más irascible. Se exploran expectativas sobre el futuro laboral y profesional, y el paciente, no sabe decir otra opción. No se ve capacitado para trabajos físicos ni de cara al público, además, manifiesta que “es que no me veo haciendo otra cosa, ya que esto me gusta”. La madre desea saber si existe alguna “pastilla” que le elimine esa “ansiedad”.

Enfoque familiar y comunitario

Padres divorciados. Viven con abuelo materno. No contacto paterno (éste únicamente pasa manutención). Madre proactiva, comprensiva y cariñosa. Poco apoyo entre los compañeros de clase pues “cada uno va a su bola”. Escasa red de soporte emocional, pues sus amistades son fundamentalmente los del club de un juego de rol, y un vecino con el que pasea el perro.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trastorno adaptativo, TEA, ansiedad, problemas económicos, incertidumbre ante el futuro.

Plan de acción y evolución

Plan de acción: encontrar alternativa para ser evaluado sin que esta suponga un shock emocional para él, pues resulta casi imposible hacerlo siguiendo el modelo tradicional de evaluación y su proyección laboral depende de ello.

- **Evolución:**

Proponemos como alternativa realizar la prueba mediante una videograbación, en la que se le verá ejecutar el ejercicio sin necesidad de que el profesor evalúe presencialmente su realización. El paciente lo aprueba y se le plantea al profesorado, que consiente de sus dificultades para las relaciones sociales acepta. La orientadora escolar considera que es “meticuloso, detallista y trabajador” afirmando que sería un gran profesional pues muestra “buenas competencias en tareas mecánicas, así como un procesamiento lógico de la información” y “sería una pena, que por esa fobia a sentirse observado, no pudiera aprobar”.

Durante el proceso aparecen contratiempos. El paciente mencionó que, cuando se dispuso a grabar, se sintió incapaz de hablar “no me sale la voz del cuerpo” “dudo lo que voy a decir... no puedo parar de pensar que estoy siendo evaluado y que todo depende de lo que diga ahora”. Reconoce tener menos presión al poder hacer esto a solas, pero no puede desentenderse de la idea de que está siendo examinado, y aparecen sentimientos intrusivos de fracaso, ligados con sensación de ridículo, lo cual incrementa su ansiedad.

Se plantea disyuntiva conjuntamente con orientadora escolar, hallando como alternativa, la posibilidad de dividir el trabajo en dos partes: 1º captando (por medio del video) la parte práctica del ejercicio y 2º grabando (ya separado de dicho proceso), la explicación de todo lo que se le ve hacer. Esto lo realizaría grabándose con un programa de distorsión de voz y combinando después ambos videos, de tal manera que la voz en off sonará mientras se le ve ejecutar el ejercicio práctico.

El paciente acepta y pone como requisito, que únicamente se le vean las manos durante todo el proceso. No quiere que salga su rostro en la grabación. Ver como una cámara lo apuntaba al rostro le generaba ansiedad. El profesorado acepta los términos.

Finalmente, en la siguiente consulta el paciente nos dice que ha podido completar el ejercicio.

Conclusiones

En España el sistema educativo no se adapta a las necesidades de los TEA ni incorpora sus fortalezas. La ausencia de programas específicos de apoyo y modelos de formación dual hacen que su acceso al mundo laboral sea aún más difícil. Según Autismo Europa entre el 76% y el 90% de los adultos TEA están desempleados, siendo el colectivo de discapacidad con la tasa más alta de desempleo. Ayudar a cambiar esto es un buen ejemplo de abordaje biopsicosocial, pues aunando esfuerzos con diferentes agentes sociales, desde la consulta de medicina familiar podemos ser el faro que ayude a este colectivo social hacia un futuro mejor, pues tener un empleo es esencial para garantizar la igualdad de oportunidades, el desarrollo personal y la participación social.

Palabras clave

Autistic disorder, anxiety, biopsychosocial.

08. 7/305 ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERÍA

Isabel Zamora Venzal

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Liubov Gaile

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Maria Elena Megías López

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Ámbito

Atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta

Realización de analítica de rutina.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Varón de 52 años, como antecedentes presenta hiperuricemia e hiperlipidemia, bebedor de 2-3 cervezas, que acude a consulta de Atención Primaria para realización de analítica de rutina.

• Exploración:

Se palpa dos masas, una a nivel del cuello y otra en flanco derecho, de larga evolución, compatibles con lipomas. No palidez cutánea, normohidratado y normoperfundido. No signos digestivos ni pérdida de peso.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea, donde destaca hierro 16 ug/dl, ferritina <8ng/ml, transferrina 428mg/dl, IST 2,9%, hemoglobina 4,6g/dl, hematocrito 18,3%, VCM 57fL, HCM 14,4pg, CHCM 25,3G/dL VSG 75mm/h.

Enfoque familiar y comunitario

Enfoque familiar: convivencia con 7 personas, en casa con 3 habitaciones. En domicilio cuentan agua potable y luz. Su familia vive en Marruecos, lleva varios años sin poder visitarla.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Anemia aguda.

Plan de acción y evolución

Se deriva a Medicina Interna de diagnóstico rápido dada la anemia aguda, pero dado que paciente (natural de Marruecos), presenta una barrera idiomática importante y dadas las características especiales que presentamos a nivel poblacional que este distrito, es preciso solicitar la ayuda de la trabajadora social, para poder contactar con el paciente y que realice de forma correcta el tratamiento y se complete el estudio, dado que no ha acudido a H. de día para administración de hierro iv.

• Medicina Interna diagnóstico rápido:

» Nueva analítica: Hb 9,4 g/dl, hematocrito 32,4%, VMC 73 fL.

» Rx tórax: sin alteraciones.

» Gastroscoopia: gastritis erosiva, esofagitis grado B de los ángeles, hernia de hiato de gran tamaño.

» Ileocolonoscopia: hemorroides internas no complicadas, divertículos aislados de sigma.

• Evolución: buena recuperación, se encuentra asintomático, mantiene tratamiento de hierro oral durante 4 meses.

Conclusiones

Dado el trabajo conjunto del médico de Atención Primaria, trabajadora social y Medicina Interna, se pudo tratar de forma precoz y eficaz al paciente, a pesar de las dificultades de comunicación y abordaje. Es de gran importancia esta labor conjunta, sobre todo, en el entorno del ponente almeriense, dada la gran distribución geográfica y la variabilidad de etnias que reúne. Como última conclusión, lo más relevante es que hay que ver al paciente como un ser biopsicosocial, debemos tener muy presente su entorno y la forma en la que vive, de esa manera, poder ayudarle en lo máximo posible.

Palabras clave

Anemia, multidisciplinary, language Barrier.

09. 7/366 AYUDAR A VIVIR, AYUDAR MORIR: NUEVOS RETOS EN LA MEDICINA DE FAMILIA del s. XXI

Marta Larnia Aliaga

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Isabel Navarro López

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de La Zubia. Granada

María del Mar Lillo Ramírez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Mujer de 46 años que el 13 de marzo de 2024 solicita la prestación de ayuda médica a morir, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (LORE).

La paciente previamente llevó a cabo en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas su deseo explícito de acogerse a dicha LORE en febrero de 2024. Nombró a su madre como representante legal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Paciente diagnosticada de esclerosis múltiple primariamente progresiva en 1998, neuropatía óptica bulbar bilateral, presenta tetraparesia espástica, vejiga neurógena, incontinencia global de esfínteres, úlceras por presión en sacro y crestas ilíacas desde 2011 que han precisado desbridamiento quirúrgico e intento de colgajo en múltiples ocasiones sin éxito, escalenectomía bilateral en 1999 (que permitiese la posición erecta de la cabeza por la importante espasticidad que la paciente ha presentado desde su inicio), mala respuesta y tolerancia a intentos de tratamiento con interferón y corticoides desde su inicio, estando actualmente poli-medicada con analgésicos (mórficos), relajantes musculares, anti-comiciales, anti-resortivos, broncodilatadores y corticoides, así como material y apósitos de curas variados. La Unidad del Dolor desestimó la posibilidad de denervación percutánea espinal (que trataría el dolor intenso e intratable que sufría en raquis tanto por la espasticidad, como las úlceras expuestas crónicas). La paciente a pesar de su gran limitación funcional tiene un buen estado general, bien hidratada y nutrida, comiendo con ayuda comida triturada y casera, en los últimos dos meses ha accedido a complementos nutricionales proteicos y sondaje vesical permanente, manteniendo su capacidad volitiva sin deterioro cognitivo ni alteraciones del ánimo, oye y reconoce a los profesionales por la voz y expresa sus preferencias. "Necesito ayuda hasta para fumar un cigarrillo", "lo peor en el último año es haber perdido la visión residual que me permitía ciertas relaciones sociales a través de la pantalla del teléfono móvil, aunque fuese con ayuda" "yo no he sido de deprimirme"...

Enfoque familiar y comunitario. Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Paciente de 46 años, soltera, licenciada en filología inglesa, con las patologías descritas que le impiden el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) BARTHEL 0, vida cama; vive con su madre de 77 años que es su cuidadora principal, afecta de hipertensión, EPOC y artropatía degenerativa, no hermanos ni relación con familiares cercanos, su padre falleció hace 15 años, tiene 2 o 3 amigas que la visitan puntualmente y con las que habla por teléfono. La paciente recibe una pensión no contributiva y la madre cobra pensión de viudedad, con el grado III de la Ley de Dependencia recibe una ayuda económica para poder elegir a la persona que les ayuda durante dos horas al día en su higiene y cuidados.

Según las fases del Ciclo Vital (CV) Familiar de la OMS se encontraría entre las fases de **Contracción y Disolución**. Se puede hablar de dislocación del CV familiar por no abandono del hogar de la hija por enfermedad incapacitante grave y monoparentalidad (viudedad), un APGAR familiar en torno a 12 (por la acumulación de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)).

Plan de acción y evolución

Desde el centro de salud la médica responsable cumplimentó y reunió toda la documentación que exige la LORE. De forma resumida compartimos elementos del “ **Certificado de Condiciones para Solicitud de Eutanasia**”, ya que es el documento de arranque, cuya buena elaboración facilitará la conclusión con éxito de todo el proceso:

1. Enumerar todas las enfermedades y padecimientos de la paciente y la situación actual que determinan la solicitud de prestación.
2. Hacer siempre referencia a la gravedad, progresión e irreversibilidad de las mismas.
3. Especificar las alternativas terapéuticas curativas o que modifiquen el curso de la enfermedad.
4. Amplia justificación de la limitación de autonomía física y para ABVD y dependencia de maquinaria o personas.
5. Describir la limitación de la capacidad de relación y cuidados de confort que recibe.
6. Valorar el sufrimiento en sus diferentes facetas: **psíquico, clínico, socio-familiar** y existencial (desesperanza, alteraciones del ocio o las relaciones, dolor, estrés familiar, pérdida del sentido de la vida...).
7. Imprescindible la evaluación de la **capacidad, para tomar decisiones de forma autónoma**, con juicio de realidad conservado y no síntomas afectivos.
8. La información se recibe siempre de forma exhaustiva, y con tiempo, aclarando dudas sobre las palabras usadas en los informes, las técnicas, en presencia de su representante (madre).
9. Comprobar la ausencia de presión externa (por conflicto de intereses económicos o familiares que influyan a favor o en contra en la toma de decisiones libres, o por insuficiente control de síntomas clínicos tratables).

La comisión de garantía y evaluación de la prestación de ayuda a morir concluyó que se cumplan los requisitos que establece la Ley para que se realice dicha prestación con fecha 28 de abril de 2024.

La residente de cuarto año ha vivido de forma estrecha todo el proceso documentación, repetidas visitas domiciliarias, asistencia y cuidados de la paciente y su madre.

La realización de la prestación se llevó a cabo el 10 de mayo, en el domicilio familiar en presencia de la madre y dos amigas, como profesionales asistieron dos enfermeras, la médica de familia responsable y la médica residente de cuarto año.

Cabe aquí una mención especial a nuestra enfermera de familia en los últimos meses, que no ha dejado de dar cuantos cuidados, técnicas de innovadoras de curas diarias de las lesiones expuestas de forma infatigable.

Conclusiones

Con este caso clínico, de unas características poco habituales para la estructura prevista en una reunión científica (motivo de consulta, anamnesis, sospecha y diagnóstico diferencial, exploración, pruebas complementarias... diagnóstico satisfactorio, tratamiento...) queremos compartir nuestra vivencia.

Si bien la realización de este proceso puede llenar a los profesionales de incertidumbre, por la falta de experiencia, escasa formación en el mismo, y a priori sobrecarga de trabajo que puede representar, no es menos importante el compromiso que los médicos, y en este caso los médicos de familia tenemos con los pacientes y la legalidad vigente que los ampara.

Aunque el trabajo de recabar datos, elaborar informes y cumplir plazos exige un esfuerzo físico y emocional, nuestra situación única de cercanía a la familia y a la historia de la enfermedad; han concluido con una experiencia muy satisfactoria.

El acompañamiento profesional a la enferma y a sus allegados ha significado un acto elevadísimo de servicio; ayudar a cumplir la última voluntad de un ser humano capaz y libre que elige

terminar con su sufrimiento en unas condiciones dignas, nos aportaron serenidad y sensación de trabajo concluido.

• **Nuestra revisión:**

1. La ley es garantista tanto para el paciente como para el médico que pueden desistir en cualquier momento del proceso iniciado.
2. El aprendizaje: cambio en nuestra propia opinión de que este procedimiento debería ser llevado a cabo por expertos especializados. El nivel de intimidad que se comparte con el paciente, con su entorno, en domicilio los días previos, no hace adecuada la externalización (caso aparte es cuando el enfermo quiere ser donante o llevarlo a cabo en el hospital).
3. Los médicos tenemos que posicionarnos ante la muerte, la de nuestros pacientes y la nuestra propia. Ser objetor es un derecho del que debemos hacer uso antes de que se nos presente el caso.
4. Los profesionales de Atención Primaria estamos en lugar de privilegio para dar información, promover el aumento del registro de Voluntades Vitales Anticipadas que en una sociedad tendente al envejecimiento y a la cronicidad, nos facilitaría la toma de decisiones, tanto a médicos como a familias, haciendo una medicina más humanizada y contribuyendo a hablar de la muerte como parte de la vida.

Palabras clave

Eutanasia, muerte digna, sedación paliativa, atención primaria.

Bibliografía

- » [Comité de Bioética de España Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. 2020.](#)
- » [Simon P. Medicina de Familia al final de la vida. Mapa y territorio de la atención al morir. AMF. 2017;13:312-319.](#)
- » [Novoa-Jurado A, Melguizo-Jiménez M. La medicina de familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. Aten Primaria. 2021.](#)
- » [Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. 2020](#)
- » [Bakewell, F, Naik VN. Complications with Medical Assistance in Dying in the community in Canada. Review and recommendations. 2019.](#)
- » [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia.](#)

10. 7/311 COALICIÓN CARPIANA: UN HALLAZGO INFRECUENTE

Héctor Manuel Pérez Díaz

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla

Antonio David Sánchez González

Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Ana Águeda Romero Gandul

Médica especialista en MFyC. Tutora. Centro de Salud Virgen del Valle. Écija. Sevilla

Ámbito

Atención primaria y consulta de traumatología.

Motivo de consulta

Niña de 11 años de edad, sin antecedentes de interés.

Acude a consulta refiriendo dolor tras un golpe hace unos días en la zona de la muñeca, caída con la mano en hiperextensión.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

A la exploración manifiesta dolor a la presión de la zona fisaria del radio derecho, sin deformidad ni inflamación o flogosis.

Ante la sospecha de fractura en tallo verde o epifisiólisis distal del radio se solicitan radiografías convencionales donde nos llama la atención una anomalía entre los huesos semilunar y piramidal.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se decide derivar de forma urgente al hospital para evaluación por Traumatología de guardia que decide tras la exploración control en consultas para solicitar RNM de la muñeca.



El diagnóstico, tras la realización de la resonancia, es una coalición carpiana entre el semilunar y el piramidal.

Plan de acción y evolución

Al tratarse de un problema de sinostosis ósea del nacimiento, se explicó proceso a la familia tanto por parte del traumatólogo como por nuestra parte y se trató de forma conservadora con analgésicos. Se explicó mediante dibujos la anatomía de la muñeca, tanto normal como el proceso que padecía la niña, para que en un futuro la familia y la propia paciente sepan explicar los hallazgos radiológicos de tener que ser sometida a otra nueva exploración por diferentes motivos. La evolución del caso fue satisfactoria, con desaparición de los síntomas dolorosos secundarios a la contusión de muñeca en pocos días y actualmente la niña está asintomática.

Conclusiones

Las sinostosis o coaliciones del carpo, son anomalías congénitas extremadamente raras, que se producen como consecuencia de un fallo en el proceso embriológico de segmentación de los huesos del carpo, entre la cuarta y octava semanas de vida embrionaria. Los huesos del carpo constituyen centros cartilaginosos separados por un tejido mesenquimatoso indiferenciado que normalmente desaparece y deja espacios libres, que luego constituyen las articulaciones intercarpianas. Una alteración de este proceso origina la persistencia de bandas cartilaginosas entre los huesos que posteriormente se osifican. (1)

La articulación semiluno-piramidal es la localización más frecuente de sinostosis carpiana (90%) seguida de la articulación grande-ganchoso (5,6%). (2, 3)

Nuestro caso confirma la estadística ya que se trata de una coalición entre el semilunar y el piramidal. Además, en la literatura se han descrito fracturas a través de estas coaliciones.

La coalición carpiana casi siempre es bilateral y asintomática, y su diagnóstico es casual. Rara vez necesitan tratamiento quirúrgico, a no ser que exista inestabilidad dolorosa. En la actualidad se han descrito varias coaliciones del carpo entre dos huesos, así como las llamadas complejas, que contemplan más de dos huesos. (4)

Para el diagnóstico es suficiente realizar radiografías convencionales. Nuestra paciente no requirió más pruebas tras la exploración, ya que no hubo inestabilidad articular y la imagen radiológica fue concluyente. La mayoría son asintomáticas y sólo se tratan cuando se produce una rotura traumática de la coalición o la clínica es importante y se controla mal con tratamiento conservador, entre los que están los medios ortopédicos asociados con analgésicos y antiinflamatorios. (5,

6) En nuestro caso la escasez de síntomas y la buena evolución hizo que el caso se cerrara como se ha indicado en el caso clínico.

Palabras clave

Coalición carpiana, articulación semiluno-piramidal.

Bibliografía

- » Roig VF, Sáez Pérez JM. Coaliciones carpianas: sinóstosis semiluno-piramidal. Mgyf.org [serie en internet] 2022 [citado 30 ago 2024]. Disponible en: <https://mgyf.org/coaliciones-carpianas-sinostosis-semiluno-piramidal/>
- » Tsionos J, Drape JL, Le Viet D. Bilateral psiform-hamate coalitions causing carpal tunnel syndrome and tendon attrition. A case report. Acta Orthop Belg. 2016; 70(2): 171-6.
- » Steiner C, Ehtesham N, Taylor KD, Sebald E, Cantor R, King LM, et al. A locus for spodylocarpotarsal synostosis syndrome at chromosome 3p14. J Med Genet. 2014; 41(4): 226-9.
- » Boya H, Ozcan O, Arac S, Tandogan R. Incomplete scaphalunate and trapeziotrapazoid coalition with on accessory carpal bone. J Orthop Sci. 2015; 10(1): 99-102.
- » Tsionos J, Drape JL, Le Viet D. Bilateral psiform-hamate coalitions causing carpal tunnel syndrome and tendon attrition. A case report. Acta Orthop Belg. 2016; 70(2): 171-6.
- » Steiner C, Ehtesham N, Taylor KD, Sebald E, Cantor R, King LM, et al. A locus for spodylocarpotarsal synostosis syndrome at chromosome 3p14. J Med Genet. 2014; 41(4): 226-9.

11. 7/361 CUANDO EL CUIDADOR PASA A SER EL CUIDADO

María Pedrosa Arias

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio Barrio de Monachil, La Zubia. Granada

Carmen María Escudero Sánchez

Médica Residente de MFyC. Consultorio Barrio de Monachil. La Zubia. Granada

Ámbito

Urgencias, hospital y atención primaria.

Motivo de consulta

Deterioro del estado general, enfermedad terminal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paqui es una mujer de 70 años. En la infancia sufre una poliomielitis que le provoca una discapacidad física, por la que porta una férula en miembro inferior derecho. Fue intervenida en 2018 de fractura de cadera. También es hipertensa. Tuvo una importante obesidad, pero a raíz de la enfermedad perdió mucho peso.

No es una paciente muy frecuentadora, incluso lo contrario. Solía acudir una o dos veces al año al consultorio. Pero en agosto de 2019 acude a urgencias por un cuadro de astenia y mareo. En analítica de sangre se descubre anemia (Hb 7,4, VCM 109, leucocitos 1.580 con 550 neutrófilos y B12 90). En el frotis sanguíneo se descubre anisopoiquilocitosis.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Entra en el circuito de consultas de Hematología. Inicialmente se trata como anemia megaloblástica por déficit de B12, pero tras tratamiento y varias revisiones con escasa mejoría, acaba siendo diagnosticada de síndrome mielodisplásico con displasia multilinea.

Es tratada con varios ciclos de quimioterapia (lenalidomida, que le provoca anemia hemolítica inmunomediada; 5-azacitidina; decitabina 1). El tratamiento no surte el efecto deseado, y Paqui comienza a necesitar transfusiones frecuentes, al principio cada dos semanas, tiempo que se va reduciendo progresivamente.

Durante los cinco años de su enfermedad, Paqui solicita citas con nosotras para controles rutinarios (control de la medicación, problemas puntuales como omalgias, resfriados...), aunque por su discapacidad venía poco por el consultorio. También tiene un seguimiento continuo por parte del enfermero de nuestra UAP, puesto que necesita curas frecuentes de úlceras en piernas. Aprovechábamos esas visitas del enfermero para recabar información sobre Paqui, y cuando era necesario acudíamos a valorarla el equipo al completo a su domicilio.

Enfoque familiar y comunitario

Nuestra paciente trabajó en el hospital como celadora hasta su jubilación. No se casó ni tuvo hijos, por lo que gran parte de su vida es la principal cuidadora de su madre, Mariana, que tiene 98 años, también paciente de nuestro cupo. Es una paciente totalmente dependiente con deterioro cognitivo, siendo poco consciente de la enfermedad de su hija.

Tiene varios hermanos, con quien tenía una relación difícil por problemas familiares, pero han sabido apoyarla en los momentos más difícil de su enfermedad. Paqui vivía con Mariana en la casa de la primera, pero los hermanos ser turnaban durante los últimos meses para no dejarlas solas.

Plan de acción y evolución

La enfermedad de Paqui va empeorando, no responde al tratamiento quimioterápico y la necesidad de transfusión es cada vez más frecuente, hasta tener que realizarse dos o tres veces en

semana, necesitando la paciente el apoyo que supone los desplazamientos al hospital. En mayo de 2024 requiere ingreso hospitalario de tres semanas por infección respiratoria. Es durante el ingreso cuando se le plantea a la paciente por primera vez la posibilidad de abandono de las transfusiones. Ella se muestra reacia, por lo que se continúan las transfusiones de concentrados de hematíes, y solamente abandonan las transfusiones de pool de plaquetas.

Comenzamos a acudir la UAP a visitar a la paciente varios días en semana, al menos dos. Hablamos con ella sobre la opción de abandonar el tratamiento. Paqui nos cuenta su miedo a la muerte y abandonar a su familia, especialmente a su madre, con quien tiene una relación muy estrecha.

El estado de Paqui es muy fluctuante, hay días que mantiene buen nivel de consciencia y de ánimo. Otros, en cambio, la encontramos más deteriorada. Damos apoyo familiar. Mariana, su madre, no es del todo consciente de la situación terminal de su hija debido a su demencia. Los hermanos y sus cuñadas están presentes en todas nuestras visitas, y saben que tienen disponible nuestra puerta en caso de necesidad.

La paciente no había sido derivada a cuidados paliativos, por lo que nosotras tomamos esa función. Hablamos con la familia para prepararlos para el momento en que sea necesaria la sedación paliativa.

El 1 de julio de 2024 la familia nos avisa por empeoramiento, con franco deterioro de la paciente. Como esta situación ya estaba tratada previamente en profundidad con la familia, y tras valorar la situación de últimos días de la paciente, iniciamos la sedación paliativa de Paqui. Colocamos una vía subcutánea en elastómero con midazolam 30 mg, cloruro mórfico 40 mg y buscapina 60 mg. Acudimos a valorarla al día siguiente, confirmando en dicha visita el exitus. Mariana, dentro de su demencia, cada vez que vamos a visitarla al centro de día nos sigue hablando de Paqui.

Uno de los hermanos de Paqui, con el que teníamos más contacto puesto que se ocupaba de los trámites, acudió días después a agradecernos el trato y la atención que le dimos a su hermana en el final de su vida.

Conclusiones

Paqui tuvo que enfrentarse a una decisión realmente difícil. Entender que su rol como cuidadora había cambiado, ahora era ella la cuidada, y dejar en manos de sus otros familiares el cuidado y las decisiones sobre su madre, que había sido su potestad en vida. También tuvo que aceptar su muerte y tomar la decisión de parar el tratamiento que le mantenía con vida.

El acompañamiento que se realiza desde Atención Primaria por parte del equipo completo es fundamental para gestionar estos miedos, tanto de la paciente como de la familia. Es el conocimiento y el trato continuo, así como la confianza mutua con el paciente el que facilita compartir la toma de decisiones tan difíciles como la de Paqui.

Palabras clave

Transfusiones, sedación, paliativos.

12. 7/340 CUANDO LLUEVE, APRIETA. LA LABOR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTE TRAS SUFRIR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

Ignacio Marín Serralvo

Médico Residente de MFyC. CS Villanueva del Rosario. Málaga

Ana Galache Reboloso

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga

Montserrat Fontalba Navas

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga

Ámbito

Atención primaria

Motivo de consulta

Revisión de insomnio y de la historia clínica del paciente (reciente ingreso hospitalario).

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 58 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Con apenas antecedentes personales previos, salvo que es fumador y sufre de sobrepeso, apendicectomizado.

Acude a nuestra consulta tras ingreso hospitalario. Experimenta un episodio de agitación y deterioro de nivel de conciencia, a causa de una hemorragia subaracnoidea, con traslado a UCI y después a planta, durante un mes.

El primer contacto en Atención Primaria es a través de su mujer, que aporta informe de ingreso de neurocirugía tras embolización de aneurisma, así como se revisa el motivo de consulta previo de insomnio. Repasamos con ella su historia previa, su tratamiento habitual (AAS, famotidina, losartán, analgésico y laxante que toma de forma muy puntual). Animamos al paciente a acudir a consulta para exploración física y abordaje de insomnio, así como de otros problemas de salud que no manifieste.

El paciente se presenta en consulta. Realizamos una exploración física completa: buen estado general, consciente, orientado y colaborador; bien hidratado y perfundido, eupneico, sin alteraciones en auscultación cardíaca y respiratoria, exploración neurológica normal (pupilas isocóricas normorreactivas, no nistagmo, no afectación de pares craneales, no claudicación de miembros, no alteraciones de la marcha tándem completando la misma, fuerza y sensibilidad conservada, reflejos normales) y MMII sin alteraciones.

Se habla con paciente sobre el proceso que ha sufrido y sobre el cuidado de factores de riesgo cardiovascular. También abordamos problema de insomnio, que refiere ser ocasional y con buena respuesta al tratamiento, pendiente de evolución. Pendiente de TC craneal de control y analítica de sangre.

Enfoque familiar y comunitario

Casado, 2 hijos independientes, en baja laboral (negocio familiar, papelería).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Problema actual: deterioro de movilidad y cefaleas por hemorragia subaracnoidea, dependencia parcial de actividades de vida diaria.

Esfera psicoafectiva: insomnio, trastorno del ánimo.

Factores riesgo cardiovascular: hipertrigliceridemia, prediabetes, sobrepeso.

Patologías agudas respiratorias y ORL: EBV, COVID-19, ototubaritis, osteomas en ambos CAE.

Diagnóstico diferencial: vértigo periférico, depresión, hidrocefalia.

Plan de acción y evolución

En la siguiente consulta revisamos que su Tc craneal se muestra sin cambios respecto al previo (pendiente de revisión con neurocirugía) pero que su analítica muestra datos de hipertrigliceridemia junto con hipercolesterolemia, por lo que comenzamos fármaco hipolipemiante, control de tensión arterial y ejercicio diario leve-moderado (saldrá a caminar todos los días).

A los 3 meses realizamos control analítico, que muestra mejoría con tratamiento y ejercicio. Refiere a su vez mejoría del insomnio, ocurriendo en menos ocasiones durante el mes, necesitando menor uso de medicación. Revisamos estado anímico con el uso dos escalas GAD-7 y PHQ-9. Tras las mismas no se aprecian síntomas de ansiedad, pero se objetiva depresión mínima. Por lo cual a este paciente debemos hacerle seguimiento activo, psicoeducación y consejos sobre estilos de vida, así como control de factores de riesgo cardiovascular y seguimiento de cefaleas e insomnio.

A los 3 meses acude por síndrome catarral con antígeno positivo a COVID-19, con una exploración sin alteraciones en auscultación respiratoria, indicamos control en consulta de evolución del proceso, debido a factores de riesgo. Se aprecia en el paciente la persistencia de síntomas de tristeza que no han mejorado, con tendencia al llanto y empeoramiento del insomnio. Lo achaca al cambio en su vida sobre todo al no poder desempeñar su actividad laboral, negocio familiar, además su mujer es actualmente su principal cuidadora. Encuentra dificultad para mantener motivación muchos días para levantarse y realizar actividades de casa, así como para salir a caminar. Tras la evaluación del paciente, iniciamos tratamiento con vortioxetina cada 24 horas, citamos para revisión en 2 semanas.

Pendiente de RMN y arteriografía para recanalización de aneurisma comunicante. Hablamos con paciente, el cual nos da consentimiento para uso de su caso clínico con fines docentes.

Conclusiones

En este caso mostramos como es el seguimiento en Atención Primaria de un paciente que, tras una enfermedad aguda grave, hay que realizar control de factores de riesgo, así como observar cómo evoluciona el paciente ante nuevas patologías que puedan surgir.

Es la Atención Primaria la herramienta indispensable para este tipo de pacientes, que requieren de manejo global y constante. Y, no solo de la patología principal, sino manejo de enfermedades agudas con peor pronóstico por morbilidad.

En pacientes dependientes/parcialmente dependientes, la Atención Primaria permite un seguimiento, asimismo, del entorno del paciente y tiene mayor capacidad de manejo multidisciplinar (enfermería, interconsultas de atención especializada, psicología...).

13. 7/310 CUANDO UN ACCIDENTE LABORAL DESVELA UN EFECTO SECUNDARIO

Elisa Cintrano López

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga

Irene García García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Varón de 34 años que acude a la consulta de Atención Primaria tras haber sufrido una contusión con una caja, en región pectoral, hacía 2 meses durante su jornada laboral.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Vive con su madre y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. De profesión repartidor. No presenta antecedentes familiares de interés. Con antecedentes personales de asma y dermatitis seborreica.

- **Anamnesis**

El paciente, acompañado por su madre, refiere dolor en la región pectoral derecha y la presencia de una masa redondeada tras un accidente laboral hace 2 meses. No presenta otra sintomatología asociada. Niega alergias medicamentosas y no está en tratamiento habitual conocido.

- **Exploración**

Se realiza palpación mamaria bilateral donde se evidencia nódulo redondeado en zona retroareolar de mama derecha, móvil, de consistencia semiblanda, con tamaño aproximado de unos 3 cm. Mama contralateral sin hallazgos relevantes. No se observa eritema, secreción por los pezones ni adenopatías. Resto de exploración física anodina.

- **Pruebas complementarias**

Se solicita mamografía, pero debido a la edad del paciente, se realiza ecografía mamaria que objetiva un área hipoecoica en la región retroareolar derecha, compatible con ginecomastia. No se identifican nódulos ni ganglios axilares sospechosos. BI-RADS 2.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es soltero y mantiene una buena relación con su familia y amigos. Vive con sus padres. Realiza ejercicio físico diariamente, sigue una dieta adecuada y se preocupa por su físico. La madre nos indica que ha iniciado tratamiento con dutasterida 0.5 mg hace 2 meses con el fin de evitar la caída capilar.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Ginecomastia secundaria a tratamiento con dutasterida.

Diagnósticos diferenciales: cáncer de mama, pseudoginecomastia, lipoma, hematoma mamario.

Plan de acción y evolución

Se recomienda la suspensión del tratamiento con dutasterida.

Se programa una consulta de seguimiento en un mes para evaluar la evolución del cuadro. En dicha consulta, observamos una disminución significativa de la ginecomastia.

Conclusiones

Este caso clínico matiza la relevancia de realizar una evaluación exhaustiva en Atención Primaria, considerando tanto los síntomas presentados como el historial del paciente, incluidos los medicamentos que pueda estar tomando, ya sea bajo prescripción médica o automedicación.

Ante un paciente varón joven que consulta por una masa en la región pectoral tras una contusión, inicialmente se podría haber pensado en un posible diagnóstico de origen traumático. Sin embargo, la identificación de la ginecomastia a través de la exploración física y pruebas complementarias, en un contexto de uso reciente de dutasterida por alopecia, reveló una etiología farmacológica subyacente.

Es crucial conocer los posibles efectos adversos de los fármacos y adaptar el tratamiento a las características individuales de cada paciente. La decisión de suspender el medicamento y realizar un seguimiento permitió una resolución favorable del cuadro clínico, por lo que pone en evidencia la importancia de un enfoque clínico integral y personalizado.

En resumen, una atención meticulosa en Atención Primaria puede prevenir complicaciones y mejorar los resultados del paciente, reforzando la necesidad de un análisis detallado de todos los factores que puedan influir en la presentación clínica.

Palabras clave

Ginecomastia, efecto secundario, alopecia.

****Se cuenta con la autorización del paciente.*

14. 7/327 CUIDAR A LA CUIDADORA. ABORDAJE DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y CUIDADORA PRINCIPAL QUE PRESENTA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Juan Francisco Ochoa Gómez

Médico Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

Carmen María Lorenzo Illescas

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Ana Belén Sánchez Vico

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Ámbito

Consulta de urgencias.

Motivo de consulta

Cuerpo extraño faríngeo de repetición.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:**

Paciente de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, depresión, aplastamiento vertebral D11, pinzamiento L5-S1, artrosis en tratamiento con enalapril + hidroclorotiazida, escitalopram, simvastatina y paracetamol. Intervenciones quirúrgicas: catarata ojo izquierdo, colecistectomía y carcinoma basocelular.

Acude a consulta de urgencias acompañada de su hijo por sensación de cuerpo extraño faríngeo. El hijo refiere que se ha tragado un pendiente. Nos cuenta un episodio similar que se resolvió aplicando la maniobra de Heimlich el día anterior. No tos. No disnea. No vómitos. No aumento de sialorrea.

- **Exploración:**

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y normoperfundida, eupneica en reposo, no tiraje, sin focalidad neurológica aguda.

Orofaringe: dentro de la normalidad sin evidenciarse cuerpo extraño.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos conservados, Signo de Blumberg y Murphy negativos.

Ante la persistencia de clínica se deriva al servicio de urgencias hospitalarias para valoración complementaria.

- **Pruebas complementarias:**

Radiografía cervical antero-posterior y lateral: se visualiza cuerpo extraño a nivel de la cuarta vertebra cervical.

Radiografía de tórax: dentro de la normalidad.

Ante los hallazgos, se realiza interconsulta con servicio de Otorrinolaringología siendo valorada para extracción de cuerpo extraño. Se realiza fibroscopia y se produce el paso del cuerpo extraño a vía digestiva al deglutir. Se realiza interconsulta con servicio de Digestivo que realiza gastroscopia urgente con resultado compatible con la normalidad al no hallar cuerpo extraño en los tramos explorados (esófago, estómago y duodeno) por probable buen avance del mismo, indicándose manejo conservador.



Imagen 1. Rx1

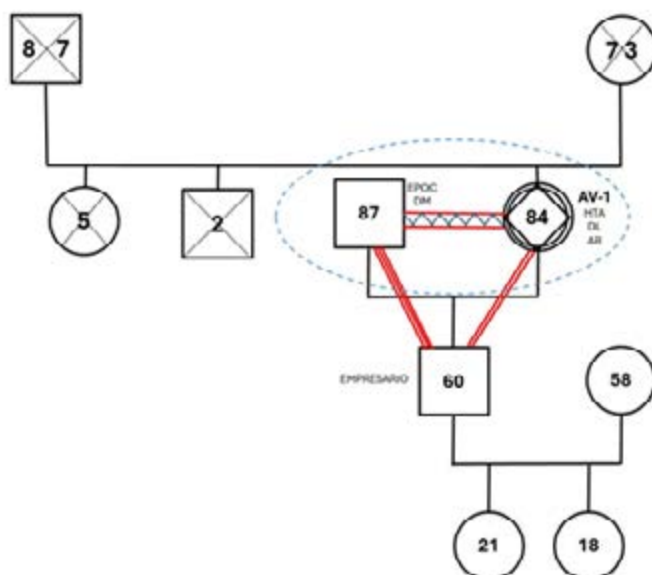


Imagen 2. Rx2

Enfoque familiar y comunitario

Casada. Barthel de 100 puntos. Convive con su marido dependiente. Tienen un hijo independizado que por motivos laborales sólo visita a los padres una vez a la semana. Ciclo Vital Familiar en etapa V (final de la contracción).

En el último año la paciente siempre acudía a nuestra consulta con demandas relacionadas con el cuidado de su marido. En dichas consultas reflejaba el malestar y desbordamiento de la situación, manifestando quejas reiteradas e inespecíficas. La paciente que cumplía el rol de cuidadora principal, debutó con un episodio de somnolencia y desorientación que precisó ingreso hospitalario. Al alta hospitalaria realizamos una visita domiciliar programada donde evidenciamos un deterioro de sus propias necesidades a nivel físico, psicológico y social, encontrándose absorbida por las tareas de su rol de cuidadora, lo que agravaba la sensación de sentirse incapaz de continuar con los cuidados que su marido precisaba.



AV-1: Ingreso hospitalario

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Síndrome de sobrecarga del cuidador, deterioro cognitivo.

Diagnóstico diferencial: encefalopatía de probable cuadro metabólico, demencia.

Plan de acción y evolución

Se completa el estudio de deterioro cognitivo con test de las fotos, test del reloj y analítica.

Se realiza asesoramiento a la cuidadora principal aconsejándole que procure dedicar tiempo a conversar con amigos y familiares, mantenga una alimentación saludable, duerma las horas necesarias, realice actividad física de forma regular o practique técnicas de relajación.

Abordaje y asesoramiento al hijo sobre los cuidados de sus padres.

• Evolución:

Después del manejo conservador de la ingestión del cuerpo extraño y de detectar el deterioro cognitivo, se cita a la paciente junto al hijo que se muestra totalmente colaborador y dispuesto a implicarse más en la situación familiar, haciéndose más participe de los cuidados de sus padres con una supervisión más estrecha, por lo que el hijo ha decidido recurrir a una cuidadora formal que convivirá con sus padres las 24 horas del día, quedando cubiertas las horas que el hijo dedica a su trabajo.

En visitas continuadas refieren problemas con la cuidadora formal por rechazo de la paciente y su marido, por lo que el hijo decide buscar otra cuidadora formal.

Se completo estudio de problema neurológico con las siguientes pruebas complementarias:

- » Escala de Barthel: 85 puntos.
- » Test de las fotos (con puntuación en rango de demencia).
- » Test del reloj (equivocándose en la colocación de las manecillas del reloj).
- » Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, calcio, vitamina B12, ácido fólico y velocidad de sedimentación globular dentro de la normalidad.
- » TC craneal sin contraste intravenoso iv: marcada atrofia subcortical y signos de leve leucoaraiosis supratentorial (leve hipodensidad periventricular). Leve retracción parenquimatosa generalizada.

Conclusiones

Una comunicación abierta en el seno familiar ayuda a fortalecer los vínculos familiares y sociales y aliviar el estrés que experimenta quienes cuidan. Este caso clínico nos hace reflexionar sobre la importancia del cuidado a la cuidadora principal, siendo fundamental que quien cuida cuente con apoyos suficientes para evitar la sensación de sobrecarga. El médico de familia desempeña un papel relevante a la hora de incentivar los autocuidados de la cuidadora y fomentar en la medida de lo posible la autonomía de la persona dependiente.

Atención Primaria desarrolla un papel de vital relevancia en estos casos, llevando a cabo un abordaje global de la situación personal y familiar del paciente.

Palabras Clave

Demencia, carga del cuidador, abandono del autocuidado.

15. 7/370 DEBUT DIABÉTICO

Lorena del Carmen Geerman Cruz

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén

Paula Prieto Gálvez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén

María Angustias Becerra Almazán

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud El Valle. Jaén

Ámbito

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta

Polidipsia, poliuria y malestar general.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Paciente varón de 23 años acude a consulta refiriendo polidipsia y poliuria de dos semanas de evolución, además de cefalea, visión borrosa y náuseas, con empeoramiento del estado general desde la mañana. AF de DM tipo 2.

• Exploración:

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Sequedad de mucosa oral. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. MVC bilateral, sin ruidos patológicos.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a palpación, no masas ni megalias ni signos de peritonismo.

MMII: no edemas, pulsos simétricos.

• Pruebas complementarias:

Se realiza medición de glucosa capilar con glucómetro, indicando valores HIGH en dos ocasiones, con una glucemia capilar de 457 mg/dl.

Plan de actuación: se canaliza vía periférica y se administra sueroterapia iv con SSF 0.9% 500 cc + 10UI de insulina rápida (Actrapid®). Se deriva a Urgencias del Hospital para valoración y tratamiento.

Una vez en Urgencias el paciente es reevaluado y en 2 horas se consigue una glucemia 170 mg/dl y una cetonemia de 0.4. Se interconsulta con Endocrinología, que decide seguimiento del paciente en hospital de día, pautándose insulina Abasaglar® y Novorrapid®, se da educación diabetológica y se enseña técnica de inyección de insulina. Lo citan a la semana para realización de analítica, obteniéndose un péptido C disminuido (0,4ng/mL) y un Ac antiGAD65 aumentado (40,42 U/ml), diagnosticándose finalmente Diabetes Mellitus tipo 1. Se procede además a la colocación del sensor.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diabetes mellitus tipo 1.

Plan de acción y evolución

• **Evolución:** mal control de la enfermedad tras un año desde el diagnóstico, realizándose nueve visitas a Urgencias por hiperglucemia, decidiendo ingreso en la última de ellas por cetoacidosis diabética, presentando una cetonemia capilar de 6 y un pH de 7,292.

• Plan de actuación desde Primaria:

Tras el alta del último ingreso se realiza entrevista clínica en Atención Primaria para conocer las causas del mal control diabético a pesar de los múltiples intentos de educación diabetológica

desde Endocrinología, descubriendo:

Múltiples omisiones de dosis tanto de insulina rápida como lenta.

Desconoce la función de los distintos tipos de insulina. No sabe autoajustarse la lenta.

No conoce raciones ni ajustes básicos de insulina rápida.

Varios fallos con el sensor: varias caídas de este en el último año, no tiene cuidado con este.

Tabaquismo: fumador de 1 paquete diario desde hace 2 años.

En conclusión, se halla que el paciente tenía dificultad para el afrontamiento de la enfermedad, con nula conciencia de esta y por tanto mala adherencia al tratamiento. Se decide interconsulta con Salud Mental para valoración de posible causa psicológica, descartándose síndrome depresivo o ansioso que pudiera interferir en la adherencia al tratamiento.

Se decide intervención por nuestra parte para educación diabetológica, así como mejora de los hábitos de vida, abandono de tabaquismo y mejora de la adherencia al tratamiento.

Tras un mes se realiza una serie de encuestas para revaloración de la adherencia al tratamiento.

El primero es el cuestionario de comunicación de autocumplimiento de **Haynes y Sackett**:

Muchos pacientes presentan dificultad para controlar las dosis de insulina. ¿Usted tienes dificultad para ello?

Si no la tiene, ¿lo hace bien?

En general, ¿cómo controla las dosis?

Luego se pasaron dos test; test Morinsky-Green (que presenta una alta sensibilidad), para medir la adherencia terapéutica y test de Batalla (alta especificidad), sobre el conocimiento de la enfermedad. Ambos test son adecuados para enfermedades crónicas como la DM tipo 1.

Morinsky-Green

¿Olvida alguna vez la inyección de insulina?

¿Lo hace a las horas indicadas?

Cuando se encuentra bien, ¿se deja de pinchar la insulina?

Si alguna vez le sienta mal ¿deja de pincharse la insulina?

Batalla

¿Es la DM una enfermedad para toda la vida?

¿Se puede controlar con dieta y medicación?

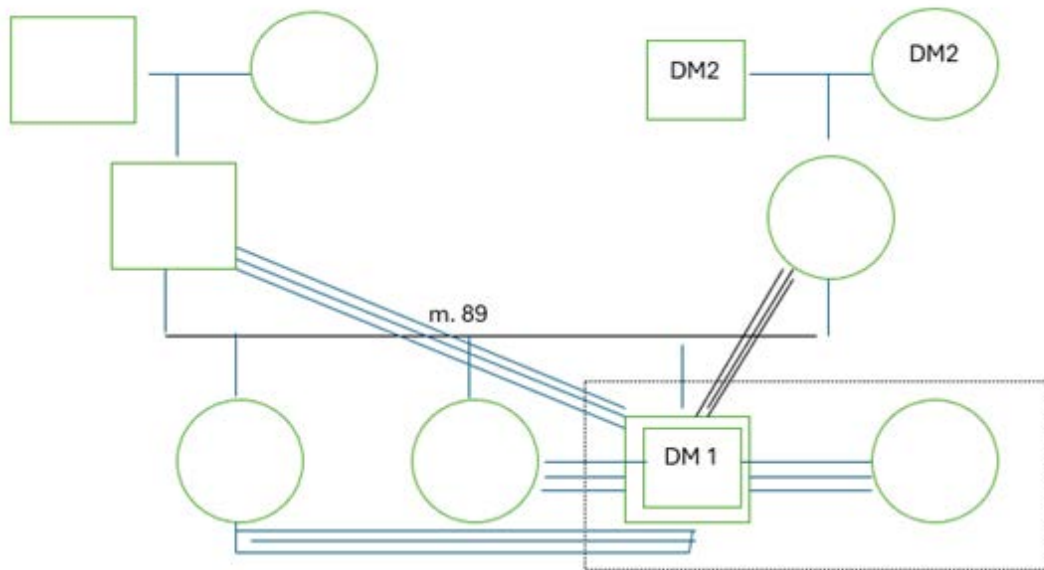
¿Puede decirme 2 o más órganos que puedan dañarse por tener diabetes?

Todos los test fueron respondidos de forma correcta, por tanto, indica que el paciente presenta buen cumplimiento autoreferido, buena adherencia al tratamiento y buen conocimiento sobre la enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario

Se decide además intervención familiar para continuar la mejora en los hábitos de vida y apoyo familiar. El paciente tiene antecedentes familiares de diabetes tipo 2 por parte materna: sus dos abuelos maternos. Por parte paterna no hay antecedentes de diabetes.

Existe buena dinámica y apoyo familiar. El paciente vive con su pareja, que le anima a mantener un buen control de la glucemia y le ayuda en la inyección de la insulina y colocación del sensor. Cocinan juntos recetas saludables. El paciente visita frecuentemente a sus padres y a sus dos hermanas mayores, con quienes mantiene buena relación y de quienes recibe apoyo. Tras un mes de baja el paciente vuelve a incorporarse al trabajo, es transportista. En el entorno laboral el paciente también se encuentra amparado por sus compañeros y jefe, que le obliga a tomarse pausas para control de glucemia. Tras la última entrevista se le percibe animado y motivado para continuar mejorando hábitos: motivado para iniciar combinación de ejercicios de fuerza y cardiovascular y desea abandonar hábito tabáquico, el cual ha conseguido reducir en los últimos meses.



AGOSTO 2024

Conclusiones

El interés de este caso clínico radica principalmente en el seguimiento e individualización del tratamiento de las enfermedades crónicas como la diabetes por parte de Atención Primaria, con el fin de conseguir una buena adherencia al tratamiento, y por tanto un buen control. En ocasiones, como es el caso, la educación diabetológica no es suficiente y se requiere indagar más allá de lo estrictamente médico y plantearnos si existe un mal afrontamiento de la enfermedad. Se requiere abarcar el componente emocional, familiar y social del paciente, y es solo desde Atención Primaria desde donde se puede orquestar todos estos componentes con el fin de ayudar al paciente.

Palabras clave

Polidipsia y poliuria, glucosa, diabetes.

16. 7/316 DIAGNÓSTICO DE DISNEA POST COVID-19

Marina Márquez Gómez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Don Paulino. Sevilla

María Romero Cruz

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Don Paulino. Sevilla

Ámbito

Consulta médica.

Motivo de consulta

Disnea post Covid-19 que aparece a mínimos esfuerzos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Historia clínica

Mujer, de 28 años, sin alergias. Sin hábitos tóxicos conocidos. Diagnosticada de TCA e intolerancia a la lactosa.

Fue valorada por rehabilitación en marzo de 2021 por síntomas respiratorios post covid-19. PFR tiene realizadas en su hospital de Barcelona con resultado normal y sin respuesta a broncodilatadores. Nunca disminución de DLCO₂ (la capacidad de difusión del monóxido de carbono).

Posteriormente comenzó con tos, estridor, mucosidad continua, pero sin poder expectorar. Disnea como síntoma principal e incapacitante mMRC grado 3-4. No síntomas cognitivos, cefaleas, no dolores musculares. Cansancio moderado. Se decidió dar pautas de fortalecimiento de musculatura, realizar ejercicios aeróbicos mínimo 15 minutos al día y realizar prueba de esfuerzo.

• Enfoque individual

Tras ser valorado por neumología, se objetiva al realizar un TC craneal con contraste yodado una estenosis asimétrica en glotis a nivel C4-C5 con divertículos de hasta 4 mm izquierdo y con diámetro de 6 mm. Aumento del espacio prevertebral sin colecciones, a valorar engrosamiento mural esofágico.

Además, se observó hernia de hiato por deslizamiento y engrosamiento parietal difuso. No se observaron adenopatías.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar bien consolidada, paciente independiente para ABVD.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

• **Juicio clínico:** estenosis traqueal subglótica benigna. Ausencia de signos de malignidad. La estenosis laringotraqueal puede afectar hasta al 10% de los pacientes, aumentando la morbilidad respiratoria y el riesgo de falla respiratoria. A pesar de ser una patología de baja frecuencia en la población general, este caso nos recuerda que debe ser sospechada ante el diagnóstico de asma refractaria al manejo, y es deber de todo el equipo médico tener conocimiento de la interpretación de la espirometría para identificar de forma temprana casos de estenosis laringotraqueal.

• **Diagnóstico diferencial:** asma, disminución de DLCO₂, síndrome post Covid-19.

Plan de acción y evolución

Tratamiento, planes de actuación:

Se explica al paciente que la estenosis traqueal idiopática, aunque es una causa muy poco común de estenosis local de la vía aérea, debe sospecharse especialmente en mujeres de edad media con historia de crisis de disnea de aproximadamente 2 años de evolución, en las que

probablemente se ha diagnosticado erróneamente un asma bronquial, que no mejoran tras tratamiento broncodilatador y en las que se han descartado otras causas de estenosis traqueal. El tratamiento habitualmente recomendado es quirúrgico, con buena evolución en los casos descritos hasta ahora.

Evolución

La estenosis subglótica se cataloga como posible complicación post COVID SARS 19 aunque le comunican a la paciente que dicha complicación es inusual y que está más acusado en mujeres de entre 20-40 años relacionado probablemente con un componente hormonal. Se indica cirugía para dilatación glótica y extirpación de divertículos.

Conclusiones

Hay que destacar lo inusual de este caso, pero no por ello menos trascendente, ya que las secuelas post Covid-19 siguen siendo de un abanico amplio y aun si explorar del todo. Es importante que desde la Atención Primaria se haga una anamnesis exhaustiva y se tenga una amplia perspectiva de las posibles complicaciones que aún siguen perpetuando tras la enfermedad.

Palabras claves

Estenosis traqueal, SARS-Cov-2, disnea.

17. 7/368 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DERMATOSIS FACIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Anna Gromyko

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Alejandro Quevedo Gutiérrez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Jesús Pardo Álvarez

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Ámbito

Atención primaria y dermatología.

Motivo de consulta

Lesiones cutáneas faciales de un año de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis

Paciente mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés que presenta desde hace aproximadamente un año lesiones en zona de mejillas, frente y puente nasal que no mejoran con corticoterapia tópica y empeoran con la exposición solar. Acudió a consulta de dermatología que catalogó las lesiones como queratosis actínicas sin mejoría con tratamiento tópico.

• Exploración

Se observaron mediante dermatoscopia en consulta placas eritemato-edematosas bien limitadas de morfología discoide, algunas con descamación fina, con centro más atrófico y borde más activo.



Pruebas Complementarias

Se realizó analítica con perfil de autoinmunidad (incluyendo los anticuerpos antinucleares) que resultó negativa.

Enfoque familiar y comunitario

Trabajadora del campo, refiere antecedentes de lesiones cutáneas crónicas en familiares de primer grado que no se estudiaron.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lesiones compatibles con lupus cutáneo. Diagnóstico diferencial con otras lesiones crónicas como psoriasis (lesiones menos definidas, mejora con corticoterapia tópica), queratosis actínica (mejoraría con tratamiento tópico).

Plan de acción y evolución

Se realizó derivación a dermatología de referencia por sospecha de lupus eritematoso sistémico, y se estableció diagnóstico de lupus discoide; se inició tratamiento con hidroxicloroquina con

dosis de ataque inicial y de mantenimiento, con mejoría significativa de las lesiones.

Conclusiones

El lupus discoide es una entidad clínica englobada dentro del lupus cutáneo. Suele aparecer sobre todo en mujeres de mediana edad. Sólo un 5% de pacientes diagnosticados presenta afectación sistémica. Es crucial la habilidad clínica del médico de familia para la identificación de los patrones característicos de esta entidad, así como el uso del dermatoscopio como herramienta de apoyo diagnóstico para optimizar su diagnóstico y manejo terapéutico.

Palabras clave

Lupus Discoide, lesiones cutáneas, dermatoscopio.

18. 7/349 DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE ÍNTEGRO DE LA EPIGASTRALGIA EN MAYORES DE 55 AÑOS

Patricia Martínez Núñez

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud de La Zubia. Granada

Noelia Molina Reyes

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de La Zubia. Granada

Carmen Rocío Aguilera Ortiz

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud La Zubia. Granada

Resumen

Varón de 64 años que comienza con epigastralgia, pirosis, meteorismo y pérdida de apetito con negatividad de pruebas ante Pylori y mala evolución con tratamiento IBP. Se realizan endoscopia, biopsia y TC con resultados de carcinoma gástrico sin extensión a distancia. Se decide tratamiento quimioterápico perioperatorio e intervención con gastrectomía laparoscópica y linfadenectomía.

Durante el proceso de diagnóstico, el paciente presenta episodio depresivo en relación con diagnóstico de neoplasia. Se explora entorno familiar y apoyos.

Este caso presenta como diagnósticos adenocarcinoma gástrico y síndrome ansioso-depresivo. Se evaluaron como diagnósticos diferenciales úlcera gastroduodenal y trastorno adaptativo. Se realiza tratamiento psicosocial y farmacológico para la depresión con buena evolución, utilizando recursos como asociaciones locales contra el cáncer.

En pacientes mayores de 55 años que comienzan con epigastralgia, a pesar de no presentar signos de alarma y si la sintomatología persiste, está indicada la realización de una endoscopia digestiva alta para descartar neoplasia. El abordaje psicológico en pacientes oncológicos y explorar su red de apoyo es de vital importancia debido a las complicaciones asociadas al diagnóstico como son los trastornos del estado de ánimo.

Ámbito

Atención primaria y consulta de digestivo.

Motivo de consulta

Dolor abdominal de semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 64 años que acude a nuestra consulta por dolor en flanco izquierdo de 3 semanas de evolución que se reagudiza en los últimos días. Entre sus antecedentes destaca HTA, tumor de Whartin en parótida izquierda, EPOC, diverticulosis e isquemia crónica de MMII grado 2A. Exfumador desde abril de 2021. No consume alcohol de forma habitual.

A la anamnesis no presenta náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal ni síndrome constitucional. Asocia pirosis y meteorismo de 3 meses de evolución y empeoramiento tras ingesta. En la exploración abdominal refiere dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin defensa abdominal. Se realiza prueba H. Pylori y comienza tratamiento con IBPs. En la siguiente consulta de seguimiento, comunicamos el resultado de la prueba, que es negativa. Sin embargo, el paciente refiere no presentar mejoría con tratamiento pautado; no puede tomar procinéticos por parkinsonismo y añade que ha comenzado con pérdida de apetito.

Ante mala evolución, se realiza IC a Digestivo para realización de gastroscopia. En ella se observa úlcera de 4 cm con fondo fibrinado, bordes elevados y friables en curvatura menor gástrica que se biopsia. El diagnóstico anatomopatológico de la misma indica adenocarcinoma gástrico tipo intestinal infiltrante Her-2 positivo. Junto con estos resultados, se realiza TC que indica T3N1M0.

Servicio de Oncología propone tratamiento de quimioterapia perioperatoria con esquema FLOT x4 ciclos cada 2 semanas y posteriormente se realiza gastrectomía subtotal laparoscópica con anastomosis gastroyeyunal termino-lateral mecánica y reconstrucción en Y de Roux manual termino-lateral, y linfadenectomía D2 modificada.

Enfoque familiar y comunitario

Durante el seguimiento en consulta, se explora entorno familiar y situación anímica tras diagnóstico de neoplasia. Su mujer nos comenta muy preocupada que se encuentra con tendencia al llanto y se pasa las mañanas en la cama a pesar de que su familia se ha volcado en él, con visitas frecuentes de sus hijos. Además, refiere un episodio depresivo hace 10 años que requirió tratamiento.

Se realiza visita a domicilio a última hora de la mañana y encontramos al paciente sin afeitar, postrado en la cama. Se mantiene una conversación con el mismo, repasando sus inquietudes y explicando el pronóstico de su enfermedad ya que él la consideraba terminal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Adenocarcinoma gástrico T3N1M0.

Síndrome ansioso-depresivo.

Diagnóstico diferencial: úlcera gastroduodenal, trastorno adaptativo.

Plan de acción y evolución

Se comienza tratamiento antidepressivo con sertralina 50 mg y se deriva a salud mental para apoyo psicológico en paciente con diagnóstico de carcinoma. El paciente presenta buen apoyo familiar y actitud optimista de los mismos. Se realiza estudio de asociaciones locales de apoyo contra el cáncer y seguimiento telefónico y domiciliario con buena evolución de la depresión. El paciente también es intervenido de la neoplasia sin complicaciones.

Actualmente se encuentra asintomático y acude regularmente a la asociación contra el cáncer de su localidad, que refiere le ha proporcionado gran apoyo durante este periodo.

Conclusiones

En pacientes mayores de 55 años que comienzan con epigastralgia, a pesar de no presentar signos de alarma y si la sintomatología persiste, está indicada la realización de una endoscopia digestiva alta para descartar neoplasia. Una vez se realiza el diagnóstico es necesario un seguimiento con enfoque holístico para atender todas las necesidades del paciente. El abordaje psicológico en pacientes oncológicos y explorar su red de apoyo es de vital importancia debido a las complicaciones asociadas al diagnóstico como son los trastornos del estado de ánimo. Su tratamiento requiere no solo de medidas farmacológicas ya que la actitud de la familia y encontrar un entorno con vivencias similares como puede ser el apoyo de asociaciones suelen aportar gran confort a los pacientes.

Palabras clave

Gastroscoopia, adenocarcinoma, depresión.

Consentimiento informado: se realiza caso clínico con autorización del paciente según las condiciones de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).

Bibliografía

- » Epigastralgia. Úlcera duodenal. AMF. 2024;20(5).
- » Mansfield PF. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer [Internet]. Uptodate.com. 2022 [citado el 15 de agosto de 2024].

19. 7/348 DIFICULTADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN CASO DE SÍFILIS

Rocío Borrego Palenzuela

Médica Especialista en MFyC. Centro de Salud Roquetas de Mar Sur. Almería

María Soledad López García

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Roquetas de Mar Sur. Almería

Ámbito

Atención primaria y consulta de medicina interna.

Motivo de consulta

Mujer de 66 años con astenia y poliartralgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: no AMC. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No tratamiento habitual. Natural de Marruecos, reside en España con sus hijos desde hace años. Independiente para las ABVD.

Enfermedad actual: la paciente acude a la consulta a recoger los resultados de una analítica que se solicitó por referir astenia y poliartralgia, todavía persistentes en el momento de la consulta. En la analítica se describe inmunodiagnóstico infeccioso positivo para sífilis, por lo que se amplía la anamnesis preguntando sobre relaciones sexuales de riesgo y otras lesiones compatibles. La paciente niega cualquier tipo de pareja sexual desde que se divorció de su exmarido hace 27 años, del cual desconoce si tenía sífilis. También refiere presentar una lesión no dolorosa en zona genital desde hace 1 año, pero no nos permite explorarla.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, TSH y perfil de hormonas sexuales en sangre sin hallazgos patológicos. Sistemático y sedimento de orina normales. Inmunodiagnóstico infeccioso bacteriano: titulación positiva de Ac reagínicos de sífilis a 1/4 y Ac anti-Treponema pallidum positivos. Inmunodiagnóstico infeccioso para virus negativo a VIH, VHB y VHC.

Enfoque familiar y comunitario

La sífilis es una ETS de declaración obligatoria en España ampliamente estudiada y descrita en la literatura científica, cuya importancia radica en la morbimortalidad que produce cuando no se trata correctamente y en que su incidencia está aumentando desde hace años en España. Ello merece que seamos proactivos con dicha enfermedad buscando casos entre la población de riesgo y tratándolos lo antes posible, pero en la práctica clínica real desde Atención Primaria pueden darse casos que presenten dificultades, como ocurre en el caso presentado.

En primer lugar, se encuentra la barrera idiomática y cultural entre médico y paciente, que ha supuesto tener que manejar el caso con una anamnesis muy escueta, la intermediación de los hijos de la paciente para traducir en temas tan sensibles como son las ETS, y que no se nos permita hacer una correcta exploración física de las lesiones genitales. Pese a ello, gracias a las sucesivas visitas a la consulta se ha podido mejorar la relación de confianza y la comunicación entre la paciente, sus hijos, la doctora adjunta y la residente, hasta el punto de haber llegado incluso a entender y firmar el consentimiento informado para la presentación de este caso.

No obstante, en la construcción de esta relación de confianza y en la coherencia del manejo de la enfermedad, se ha interpuesto el hecho de que en menos de 3 meses la paciente ha sido vista en Atención Primaria por el mismo problema de salud por al menos 2 médicos distintos además de por las autoras de este caso (responsables del cupo al que pertenece la paciente).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El diagnóstico serológico de sífilis ha sido un hallazgo analítico por cribado de una mujer natural

de una zona con alta prevalencia de sífilis. Siendo positivos los anticuerpos reagínicos y treponémicos, podría tratarse de una sífilis activa y que la lesión genital fuera un chancro sifilítico. Pero al desconocerse el tiempo de inicio de la infección, asegurar la paciente no haber mantenido relaciones sexuales desde hace más de 20 años, sin ver la lesión y siendo la titulación menor de 1/16, se considera sífilis latente tardía. En cuanto a la clínica de astenia y poliartralgias, podría deberse a dicha infección crónica, pero debido a la inespecificidad de los síntomas debe valorarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades como las autoinmunes (AR, PMR...) u otras infecciones menos probables a priori (Lyme, TBC, mononucleosis...).

Plan de acción y evolución

Inicialmente se pauta penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades im/semanal durante 3 semanas y también se inicia la vacunación frente al VHB.

A los 10 días de la 1ª dosis de penicilina G benzatina la paciente refiere una importante mejoría clínica de las artralgias, la astenia y desaparición total de la lesión genital, aunque sigue sin permitirnos explorarla. Pero 1 semana después de haber completado el tratamiento la paciente vuelve al centro de salud y es atendida por otro médico, que le pauta un nuevo ciclo de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades im/semanal 3 semanas más y solicita una nueva analítica de control con anticuerpos reagínicos y anti-Treponema pallidum.

Cuando la paciente vuelve a la consulta 2 meses después de haber completado el segundo ciclo de penicilina G benzatina, la paciente refiere volver a presentar astenia y artralgias y en la nueva analítica el título de Ac reagínicos aumentó a 1/8. Si bien es cierto que en sífilis tardía los títulos de Ac reagínicos pueden disminuir más lentamente o permanecer estables a títulos bajos, en este caso han aumentado levemente y la clínica ha recidivado. Por todo ello, y siguiendo recomendaciones de Medicina Interna dadas mediante teleconsulta, se decide dar un tercer y último ciclo de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades im/semanal durante 3 semanas. Se hará seguimiento clínico y analítico con título de Ac reagínicos después del tratamiento, a los 12 y a los 24 meses según indican las guías actuales de práctica clínica. Finalmente, y en paralelo a esto último, se profundizará en el diagnóstico diferencial de la astenia y poliartralgia si persisten.

Conclusiones

El cribado de la sífilis no solo está indicado en pacientes sexualmente activos. También debería plantearse el cribado en cualquier persona con clínica típica o inespecífica sin otra causa clara y que haya podido tener relaciones sexuales en zonas con alta prevalencia de sífilis, aunque hayan sido hace mucho tiempo como en el caso de la paciente presentada.

La anamnesis y la exploración física son las principales herramientas diagnósticas en Atención Primaria, pero a veces presentan grandes limitaciones como la barrera idiomática y/o cultural.

Palabras clave

ETS, Sífilis.

20. 7/335 ¿DÍGAME? DOCTORA ME ENCUENTRO MAL

María Ángeles Carmona Ruiz

Médica Residente de MFyC. Hospital La Inmaculada Huércal-Overa. UGC

Ana Cristina Simón Pérez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. UGC Garrucha. Almería

Ámbito

Urgencias

Motivo de consulta

Varón de 80 años que avisa a 061 por dolor abdominal y vómitos desde esa mañana sobre las 8:30 h.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: intolerancia a hierro e IECAS. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, hernia discal cervical, hernia umbilical, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica. Tratamiento habitual: Simvastatina 20 mg, alopurinol 150 mg, metformina 850 mg/dapagliflozina 5 mg, sacubitrilo 24 mg /valsartán 26 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, omeprazol 20 mg, furosemida 40 mg, ferroprotina 40 mg, bisoprolol 2.5 mg.

- **Anamnesis:**

Varón de 80 años que avisa a 061 por dolor abdominal y vómitos desde esa mañana sobre las 8:30, avisan a su médico de Atención Primaria tras indicarle que puede tomar metamizol e indicaciones de dieta blanda ante la sospecha de una gastroenteritis aguda se indica valoración en visita domiciliar programada ese día, se explican signos de alarma por los que volver a avisar para una valoración más precoz. Su médico de Atención Primaria contacta telefónicamente con el paciente que indica que el dolor no mejora y actualmente se focaliza en región umbilical, por ello su médico de Atención Primaria decide adelantar la visita para valoración presencial. Al acudir a valoración presencial del paciente refiere que hace unos minutos tiene una masa dura en la región umbilical compatible con una hernia umbilical conocida desde la infancia. Además 4 episodios de vómitos sin productos patológicos. No ambiente infeccioso, niega familiares con clínica similar. No fiebre. No otra sintomatología.

- **Exploración física:**

Tensión arterial: 126/65 mmHg, temperatura 36.2°C, saturación de oxígeno 98%, frecuencia cardíaca 58 latidos por minuto. Paciente consciente y orientado, regular estado general, eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, excepto en la zona central paraumbilical donde se palpa una masa dura, dolorosa a la palpación que no se consigue reducir con crecimiento respecto a su tamaño previo, molestias a la palpación abdominal generalizada focalizado en región paraumbilical. Signos de Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. No defensa. No signos de irritación peritoneal. En miembros inferiores presenta edemas bimaletales.

- **Pruebas complementarias:**

En analítica sanguínea destaca hemoglobina 11.3, hematocrito 34%, leucocitos 7700, neutrófilos 87%, urea 108, Cr 2.56. En ecografía abdominal destaca: hernia umbilical de contenido intestinal distendido y leves cambios inflamatorios periféricos que sugiere complicación. Anillo herniario de 14 mm.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive con su mujer y tiene dos hijos que viven fuera del pueblo y 4 nietos que acuden a visitarlo en vacaciones. Buen soporte familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Gastroenteritis aguda, diverticulitis aguda complicada y hernia umbilical complicada.

Plan de acción y evolución

El médico de Atención Primaria ante la sospecha de hernia umbilical incarcerada deriva al paciente al hospital donde es evaluado y se comprueba la imposibilidad de reducir hernia umbilical. Se solicita analítica y ecografía donde se confirma la presencia de hernia umbilical incarcerada, por lo que se avisa al cirujano de guardia que indica intervención quirúrgica urgente. Se realiza por cirugía general reparación de hernia umbilical con malla de prolene con hallazgos intraoperatorios de hernia umbilical complicada con asa de intestino delgado estrangulada que se recupera tras liberarla del anillo herniario.

El paciente evoluciona de forma favorable, por lo que se le da alta hospitalaria el segundo día postoperatorio. Al alta se encuentra afebril y tolerando dieta oral.

Al alta se recomienda evitar realizar esfuerzos importantes, actividad física progresiva, tomar y anotar la temperatura por las tardes, paracetamol 1 g cada 8 horas si fiebre o dolor, omeprazol 20 mg uno cada 12 horas durante 14 días, enoxaparina 20 mg subcutáneo cada 24 horas durante 10 días.

Continuar con su tratamiento habitual antes de su ingreso.

Al día siguiente del alta hospitalaria acude a valorarlo al domicilio su médico de familia que revisa la herida quirúrgica y el tratamiento del paciente. El paciente se encuentra asintomático con buen control del dolor y afebril con herida quirúrgica de buen aspecto sin signos de infección que sigue curas con enfermería. Tras 14 días de la intervención se comprueba cicatrización completa de herida quirúrgica sin signos de infección por lo que se retiran todas las grapas. Se indica evitar esfuerzos al menos un mes y volver a consultar si presenta fiebre, vómitos, dolor que no puede controlar con su analgesia pautada o ante cualquier duda.

Debemos tener en cuenta los signos de alarma ante una hernia umbilical que necesitan derivación a urgencias hospitalarias para descartar patología quirúrgica urgente. Tendremos en cuenta las características del dolor abdominal (inicio brusco, máxima intensidad, constante, menos de dos días de evolución, acompañado de vómitos incoercibles) y la exploración física (hernia no reducible, abdomen no depresible, defensa abdominal, signos de shock o inestabilidad hemodinámica).

Conclusiones

Destacar la importancia de la exploración física y su papel fundamental en la evaluación de los pacientes ya que orienta el diagnóstico y advierte la presencia de complicaciones.

A pesar de la utilidad de las consultas telemáticas y su utilidad y auge en la práctica clínica habitual no debemos olvidar el papel fundamental de la exploración física y la valoración presencial. No olvidar la identificación de signos de alarma y criterios de derivación a Urgencias hospitalarias.

Palabras clave

Exploración física-valoración-presencial, hernia umbilical incarcerada.

21. 7/302 DISNEA SIN FIEBRE, LA INTUICIÓN TAMBIÉN ES UNA HABILIDAD

Gonzalo Tena Santana

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Valverde del Camino. Huelva

Francisco Martínez García

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Esteban Requena Carrión

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ámbito

Atención primaria, urgencias hospitalarias, estancia en medicina interna.

Motivo de consulta

Disnea en paciente pluripatológico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 84 años de edad con antecedentes personales fundamentales conocidos de alzhéimer, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial esencial. Realiza tratamiento domiciliario diario con buen cumplimiento con enalapril 10 mg/24 horas, metformina 850 mg/12 horas, dapagliflozina 10 mg/24 horas y toma analgesia de primer escalón a demanda.

La paciente acude al centro de salud junto con su hijo, quien nos explica que desde por la mañana la paciente se encontraba hipertensa, con cifras en domicilio de hasta 180/120 mmHg con cefalea frontal y algo mareada; mientras por la tarde inicia con sensación disneica. No han acudido durante la mañana dado que el hijo no se encontraba con ellos, cuentan con ayuda a domicilio y prefirieron consultar por la tarde acompañada de su familiar más cercano.

Impresiona de mal estado general, conectada con el medio en el momento actual. En la anamnesis niega dolor torácico, nos refiere disnea comentando que “parece que se le va la vida”. Objetivamente se aprecia uso de musculatura accesoria abdominal.

La auscultación cardíaca con taquicardia sin soplos cardíacos, la auscultación abdominal está algo dificultada por el tiraje abdominal referido, aunque no parece dolorosa ni se aprecian masas ni megalias; no obstante, a nivel respiratorio, disminución generalizada del murmullo vesicular, con sibilantes y crepitantes bilaterales hasta campos medios.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una paciente con enfermedad neurológica degenerativa, aunque se encuentra consciente y orientada en el momento en que consulta, por lo que la entrevista con la paciente puede resultar útil para apoyo al diagnóstico. El motivo de consulta es el cuadro disneico y malestar general que presumiblemente, para llegar al diagnóstico definitivo, precisará de la realización de pruebas complementarias en urgencias hospitalarias.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El cuadro más probable es que se trate de un edema agudo de pulmón por la clínica que presenta progresiva en un paciente >75 años con antecedentes de diabetes e hipertensión, sin presentar fiebre y no habiendo otros contactos epidemiológicos de interés en el entorno que mejor nos orienten. Otra posibilidad es que se tratara de un cuadro neumónico atípico, aunque la clínica inicial y la auscultación respiratoria no parecen del todo compatibles.

Plan de acción y evolución

En el manejo inicial se canaliza vía venosa periférica administrándose omeprazol 40 mg + actocortina 200 mg y furosemida 40 mg (iv) como tratamiento deplectivo este último, limitando el aporte de sueros al mantenimiento de este acceso periférico. Por último, sondaje vesical para recuento de diuresis. Tras monitorización de la paciente, se procede a traslado a urgencias hos-

pitalarias para valoración.

Evolución

Ya con transferencia de la paciente en urgencias hospitalarias, se constata con radiología básica la imagen típica del edema agudo de pulmón en radiografía de tórax en dos proyecciones y posteriormente la analítica muestra cifras elevadas de marcador PRO-BNP como hallazgo fundamental compatible, por lo que decidimos mantener monitorizada y con tratamiento deplectivo en observación como paso previo a ingreso en planta de Medicina Interna.

Conclusiones

Son muchas y variadas las causas que pueden ocasionar un cuadro disneico, siendo algunas de ellas de base respiratoria y otras cardiogénica. Es precisamente trabajo del Médico de Familia y del Médico de Urgencias, cada uno con sus recursos, el intentar llegar al diagnóstico, ya que el tratamiento es totalmente diferente según el origen.

Palabras clave

Dyspnea, pulmonary edema, essential hypertension.

***Autorización explícita del paciente para el uso de sus datos anónimos para la publicación de caso.*

22. 7/317 DISNEA Y ESTRIDOR EN MUJER DE 51 AÑOS

María Elena Megías López

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Isabel Zamora Venzal

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Liubov Gaile

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Disnea y estridor en mujer de 51 años.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:** disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, espasmos laríngeos y tos.
- **Antecedentes personales:** HTA, operada túnel carpiano, no fumadora, legrado intervencionista vía aérea.
- **Antecedentes familiares:** hermano: Ca. pulmón.
- **Exploración:** faringe eritematosa, no exudados. ACR: rítmico, no soplos, sibilancias a la espiración profunda.
- **Pruebas complementarias:** hemograma, bioquímica, PCR, TSH: normal.
Neumoalérgenos, alergia alimentos negativo.
Rx tórax: normal
Rx cuello: leve desviación traqueal 1/3 superior.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer casada, tiene 2 hijos (25 y 16 años respectivamente), buenas relaciones con su cónyuge e hijos. Tiene un hermano diagnosticado de Ca. Pulmón hace un año. Refiere estar muy preocupada, con miedo a tener un cáncer.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas

Disnea de mínimos esfuerzos.

Diagnóstico diferencial

Asma bronquial, EPOC, infección respiratoria, obstrucción laríngea.

Plan de acción y evolución

Plan de acción

El médico de familia deriva preferente a Neumología por disnea de mínimos esfuerzos de rápida evolución, desde hace unos 5 meses.

Evolución

En consulta de Neumología solicitan otras pruebas complementarias:

Espirometría con prueba broncodilatadora: curva flujo/volumen sugerente de obstrucción fija de la vía aérea. Aplanamiento curva inspiratoria y espiratoria.

TAC de cuello y tórax: se visualiza una pequeña estenosis de la vía aérea de localización subglótica de corta longitud, manteniéndose la vía aérea permeable y desplazada hacia la izquierda, sin evidencia de lesiones endoluminales ni extrínsecas aparentes.

Broncoscopia: estenosis subglótico-traqueal fibrótico-cicatricial compleja.

Conclusiones

La estenosis subglótico-traqueal fibrótico-cicatricial compleja se refiere a un estrechamiento anormal de la vía aérea en la región subglótica y traqueal debido a la formación de tejido cicatricial y fibrosis. Este tipo de estenosis puede ser grave y recurrente, lo que dificulta la respiración y requiere tratamiento especializado.

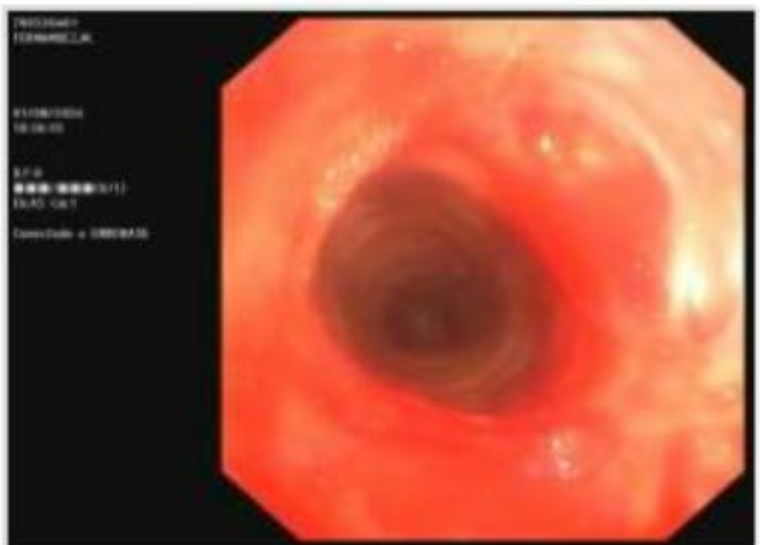
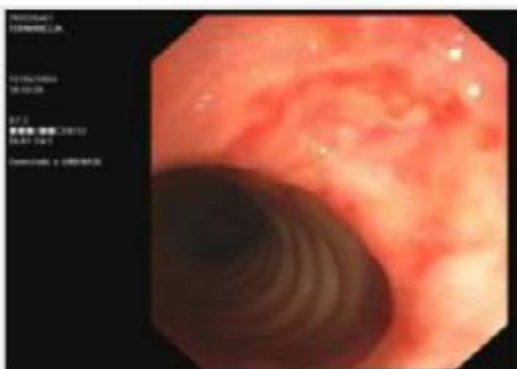
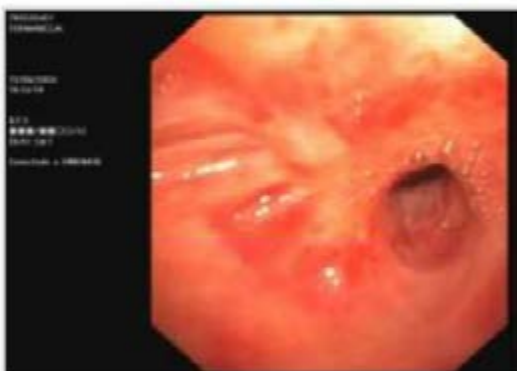
En resumen, el manejo de la estenosis subglótico-traqueal fibrótico-cicatricial compleja requiere una evaluación detallada y opciones de tratamiento personalizadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y fue en la consulta de medicina de familia, a través de una buena anamnesis y exploración física detallada, donde se detectó el problema de la paciente, derivando a consulta de Neumología de forma preferente, para completar estudio y su tratamiento posterior. Se derivó a una Unidad especializada para broncoscopia rígida intervencionista, donde se resolvió el cuadro clínico.

Se adjunta imágenes tras el tratamiento mediante broncoscopia rígida asistida por láser con buen resultado inmediato, en la nueva revisión en consulta de Atención Primaria. No presenta disnea ni estridor.

La paciente ha continuado en seguimiento por parte de la Unidad de broncoscopia intervencionista del hospital de referencia, para valorar evolución tras tratamiento realizado.

Palabras clave

Estenosis, disnea, broncoscopia.



23. 7/317 DOCTOR CADA VEZ HABLO PEOR

Manuel Gavilán Martínez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla

Alma Isabel Cruz Briega

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Cristina Durán García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Paciente de 87 años que consulta por disartria, disfagia, ortopnea y debilidad progresivas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Paciente de 87 años con antecedentes personales a destacar de hipertensión arterial, dislipemia, polimialgia reumática, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y posible accidente isquémico transitorio (este último no aclarado) que comienza con cuadro progresivo de unos 5 meses de evolución de dificultad para emisión del lenguaje, debilidad en los cuatro miembros, disfagia y ortopnea nocturna. El paciente refería desde el inicio pérdida progresiva de fuerza en miembro superior izquierdo y dificultad para la articulación del lenguaje (la familia lo asociaba a AIT previo). Posteriormente empeoramiento de la disartria y aparición de debilidad en miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo. Además, sensación de disnea y “agobio” nocturno con el decúbito supino. Tras ello, disfagia progresiva especialmente a líquidos. Durante este periodo se deriva en numerosas ocasiones a Urgencias hospitalarias con tratamientos diversos de PMR, ICC descompensada etc. sin mejoría clara. No otra sintomatología. Finalmente, desde servicio de Urgencias hospitalarias citan con Neurología donde tras exploración y pruebas complementarias se diagnostica de enfermedad de 1^o y 2^o motoneurona.

• Exploración Física:

- » Auscultación cardiorrespiratoria: ligeramente taquipnéico en reposo. Crepitantes finos en ambas bases.
- » Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, resto de pares craneales normales. Debilidad en lengua con disartria marcada. Amiotrofia de musculatura de miembros superiores. Fasciculaciones en tríceps, bíceps y antebrazos. Reflejos exaltados en ambos miembros superiores. Reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral. No alteración de sensibilidad. No disimetría.

• Pruebas complementarias:

- » Resonancia magnética craneal: atrofia cortico-subcortical difusa. Lesiones isquémicas crónicas.
- » Resonancia magnética cervical: sin hallazgos.
- » Electroneurograma: datos de polineuropatía sensitivo-motora, de predominio motor y axonal. Compatible con esclerosis lateral amiotrófica.
- » TAC toraco-abdominal normal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- **Juicio Clínico:** enfermedad de 1^o y 2^o motoneurona. Esclerosis lateral amiotrófica.
- **Lista de problemas:** hipertensión arterial, dislipemia, polimialgia reumática, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca congestiva leve y posible accidente isquémico transitorio no aclarado, por el que no consultó.
- **Diagnóstico diferencial:** disartria y disfagia como secuela de lesiones isquémicas crónicas no valoradas. Debilidad en miembros superiores asociada a polimialgia reumática. Ortopnea posiblemente secundaria a insuficiencia cardíaca congestiva.

Plan de acción y evolución

Se informa a familiares y paciente del diagnóstico. Por parte de Neurología se decide tratamiento sintomático, en principio se descartan medidas invasivas por edad y comorbilidad del paciente. Pendiente de evolución.

Conclusiones

Se trata de un paciente de nivel socioeducativo bajo. Consulta en varias ocasiones por cuadro larvado de disartria y disfagia que los familiares relacionan accidente isquémico transitorio por el que no consultó. A ello se suma debilidad en miembros superiores y miembros inferiores que pueden confundirse con brote de polimialgia reumática y ortopnea achacable a ICC descompensada. Dada la escasa mejoría y progresión del cuadro se continúa el estudio, siendo valorado finalmente por Neurología con diagnóstico final de enfermedad de 1º y 2º motoneurona, posible ELA. Este caso nos recuerda lo importante de establecer un diagnóstico diferencial amplio y la necesidad abrir las posibilidades terapéuticas más allá de lo que parece más probable o factible en nuestro paciente teniendo en cuenta sus antecedentes para así alcanzar un diagnóstico final acertado.

Palabras clave

Debilidad, disartria, disfagia, ortopnea, ELA.

24. 7/318 DOCTOR, NO ME PUEDO PONER DE PIE

Manuel Gavilán Martínez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla

Cristina Durán García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Cristina Durán García

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ámbito

Urgencias.

Motivo de consulta

Paciente de 52 años que consulta por debilidad de miembros de 4 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Paciente de 52 años que consulta por cuadro de debilidad progresiva en miembros superiores y en miembros inferiores de unos 4 días de evolución. La debilidad comenzó siendo leve y distal, en manos y pies, pero tras 48 h de evolución del cuadro le impedía levantarse desde sedestación sin ayuda. No hipoestésias o disestésias. No alteración esfinteriana, parálisis facial ni otra focalidad neurológica. Cuadro de diarrea con heces sin productos patológicos y febrícula de máximo 37.7°C 10 días antes autolimitado. No otra sintomatología.

• Exploración física:

» Exploración neurológica: alerta, consciente, orientado y colaborador. Funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos oculares extrínsecos conservados, resto de pares craneales normales. Sensibilidad tactoalgésica conservada sin niveles sensitivos. Sensibilidad vibratoria conservada. Reflejos presentes y simétricos. RCP flexor bilateral. Debilidad de musculatura de miembros superiores y miembros inferiores especialmente distal que impide deambulación e incorporación desde sedestación.

• Pruebas complementarias:

» TAC craneal realizado en Urgencias: normal.
 » Punción lumbar realizada en Urgencias: líquido cefalorraquídeo claro, glucosa (LCR) 75mg/dl, proteínas totales 80.9 mg/dl, hematíes 1000x1/ul, leucocitos 4/75% mononucleares y 25% polimorfonucleares. Gram sin microorganismos. Datos de disociación albúmino-citológica.
 » Analítica en urgencias con hemograma, bioquímica y coagulación; normales.
 » PCR virus del Nilo en LCR y sangre; negativas.
 » Serología VIH; negativa.
 » Resonancia magnética cervical; normal.
 » Electroneurograma: afectación desmielinizante de nervios motores congruentes con polirradiculopatía inflamatoria aguda de predominio motor.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

» Juicio Clínico: polirradiculopatía aguda con afectación motora y desmielinizante en probable relación con síndrome de Guillain Barré en paciente con antecedentes de gastroenteritis aguda.
 » Lista de problemas: no antecedentes personales de interés. Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 » Diagnóstico diferencial: enfermedad de primera y segunda motoneurona tipo ELA, polimialgia reumática, síndromes medulares, trastornos hidroelectrolíticos.

Plan de acción y evolución

Se procede a ingreso del paciente en planta y se administran inmunoglobulinas iv. Mejoría progresiva durante su estancia en planta con alta a los 7 días de ingreso.

Conclusiones

Se trata de un paciente que presenta debilidad en miembros superiores y miembros inferiores, progresiva, y muy llamativa a raíz de cuadro de gastroenteritis aguda de perfil vírico. Por tanto, nos encontramos ante un síndrome de Guillan-Barré correctamente diagnosticado desde Urgencias que nos recuerda la necesidad de tener en cuenta esta entidad y sus diagnósticos diferenciales para detectarla de manera temprana y evitar complicaciones por la gravedad que puede implicar dicha enfermedad.

Palabras clave

Debilidad, GEA, Guillan-Barré.

25. 7/342 DOCTORA, VEO DOBLE

María del Mar López Rodríguez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Carolina López Rodríguez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Carmen Lozano Moreno

Médica Especialista MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Ámbito

Atención primaria, urgencias hospitalarias, consulta neurología, hospitalización.

Motivo de consulta

Visión doble.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis

Varón de 72 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes personales de poliposis nasosinusal severa intervenida, en seguimiento en consultas de Otorrinolaringología, actualmente con empeoramiento de su sintomatología rinosinusal, y diabetes mellitus tipo 2 mal controlada de 15 años de evolución en tratamiento con gliclazida 60 mg 2 comprimidos diarios. Poca conciencia de enfermedad.

El paciente acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar visión doble y ptosis palpebral de ojo izquierdo de una semana de evolución. Refiere que se encontraba realizando el camino de Santiago cuando súbitamente, atravesando el sendero de un bosque notó que “veía los troncos de los árboles duplicados”. No refiere fopsias, miodesopsias ni escotomas, tampoco pérdida de agudeza visual. La sintomatología se ha mantenido desde entonces sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. Afebril en todo momento. No cefalea. Niega traumatismos previos.

• Exploración

Buen estado general, consciente y orientado. Normohidratado y normoperfundido, eupneico en reposo. No palidez mucocutánea. Constantes normales. TA 135/70, FC 75 lpm, SatO₂ 98%, Glasgow 15/15. IMC 24, peso 78 kg, talla 1,80 metros. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Exploración ORL normal.

» **Exploración oftalmológica:** a la inspección se observa ptosis palpebral izquierda sin edema ni afectación conjuntival. Movimientos oculares de ojo derecho conservados. Movimientos oculares de ojo izquierdo con limitación a la supraducción, dextroducción e infraversión.

» **Exploración neurológica:** presenta lenguaje fluente sin elementos afásicos. Obedece órdenes. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales.

No hay nistagmo. Signos meníngeos negativos. Fuerza y sensibilidad conservada tanto en MMII como MMSS. ROT conservados y simétricos. Sin alteraciones de la marcha. No dismetría. Romberg negativo. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral presente. No focalidad neurológica. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

• Pruebas complementarias

Se deriva al paciente al servicio de Urgencias hospitalarias desde nuestro centro de Atención Primaria donde se le realizan las siguientes pruebas complementarias:

» Análítica sanguínea normal excepto glucemia en ayunas de 500, hemograma, coagulación y bioquímica con perfil hepático y renal en parámetros de normalidad.

» Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje normal, segmento P-R conservado, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

» Radiografía de tórax AP y lateral: sin condensaciones ni infiltrados, índice cardiorácico normal, senos costofrénicos libres.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive con su pareja en una caravana situada en un camping. Ambos son pensionistas y practican la naturopatía siendo reticentes a los tratamientos farmacológicos habituales. Muy baja adherencia al tratamiento y a las revisiones de su patología. Sintomatología rinosinusal agravada en los últimos años por convivir en la caravana con varios perros callejeros. Se sospecha posible alergia a la caspa de perro. Buena vida social y familiar.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Parálisis del 3º par craneal izquierdo en paciente diabético mal controlado y con antecedentes de poliposis nasosinusal.

- **Diagnóstico diferencial:**
 - » Infecciones víricas.
 - » Traumatismos.
 - » Diabetes mellitus.
 - » Hipertensión arterial.
 - » Esclerosis múltiple.
 - » Aneurisma cerebral.
 - » Tumores rinosinuales que afecten el seno cavernoso.
 - » Fármacos.
 - » Miopatías.
 - » Miastenia gravis.

Plan de acción y evolución

Desde el servicio de Urgencias hospitalarias se realiza interconsulta con Neurología, la cual recomienda ingreso hospitalario para estudio y realización de pruebas complementarias de imagen: Eco-doppler de troncos supraaórticos: carótidas comunes y arterias vertebrales permeables y sin placas de ateroma.

RM sin contraste intravenosa de cráneo: sin hallazgos patológicos excepto lesión focal ocupante de espacio en seno esfenoidal izquierdo con crecimiento expansivo hacia el seno cavernoso en íntimo contacto con la arteria carótida izquierda. Juicio clínico: lesión expansiva del seno esfenoidal izquierdo con afección del seno cavernoso.

TAC sin contraste intravenoso de senos paranasales: poliposis nasal severa con engrosamiento mucoso de ambos senos esfenoidales y maxilares.

Ante los hallazgos de posible patología tumoral expansiva en seno esfenoidal, con afectación de seno cavernoso y 3º par craneal concomitante, se programa esfenoidotomía izquierda con toma de biopsia, apreciándose poliposis en receso esfenoidomoidal aspirando mucocele y sin apreciarse otras tumoraciones a dicho nivel.

El paciente evoluciona satisfactoriamente remitiendo sintomatología ocular. Tras el alta hospitalaria, sigue controles en nuestra consulta de Atención Primaria siendo incluido en programa de diabetes. Se concientia tanto al paciente como a su pareja acerca de la necesidad de llevar un tratamiento estricto de su diabetes, adecuando estilo de vida, dieta y fármacos, monitorizando su adherencia al tratamiento mediante revisiones periódicas.

Ajustamos tratamiento pautando insulina glargina junto con metformina/dapagliflozina. Dada su sintomatología rinosinusal remitimos a consulta externa de Alergología y ORL.

Conclusiones

La diplopía en Atención Primaria es una patología que nunca debe ser infravalorada debiendo realizarse un exhaustivo estudio de sus posibles causas. La diabetes mellitus mal controlada es la causa más frecuente de dicha sintomatología debido a la microangiopatía diabética que afecta los pares craneales oculares, típicamente el 3º o el 6º y en un principio fue nuestra primera sospecha diagnóstica al abordar al paciente.

Sin embargo, no debemos olvidar causas potencialmente graves como los tumores nasosinusa-les, que pueden comprimir los pares craneales que discurren el senocavernoso y originar un cuadro clínico como el que afectó a nuestro paciente. A nivel neurológico es importante descartar miopatías como la miastenia gravis, la esclerosis múltiple y así mismo los aneurismas cerebrales, para lo cual es preciso un abordaje multidisciplinar entre Atención Primaria y especialidades como Neurología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

Palabras clave

Diplopía, diabetes mellitus, síndrome del seno cavernoso, mucocele esfenoidal.

Bibliografía

- » Diplopia (double vision) workup [Internet]. Medscape.com. 2024 [citado el 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1214490-workup>
- » Sheth T, Morarji M, Jawaid I. Assessment of diplopia in adults. BMJ [Internet]. 2024 [citado el 13 de agosto de 2024];385:e076413. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38653521/>
- » Diplopia en atención primaria [Internet]. Bing. [citado el 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=diplopia+en+atencion+primaria&qsn&form=QBRE&sp=-1&lq=0&p-q=diplopia+en+atencion+primara&sc=17-28&sk=&cvid=92BEB031424F40E49D3CF6C7CB3D11D3&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=>
- » Reyes-Rodríguez AA, García-Cázares N, Caballero-Espinoza D, Castro-Palos JS, Arreola-Rosales RL, Escanio-Cortés ME. Síndrome de seno cavernoso secundario a mucocele esfenoidal. Rev Mex Oftalmol [Internet]. 2015;89(3):183–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2015.01.004>

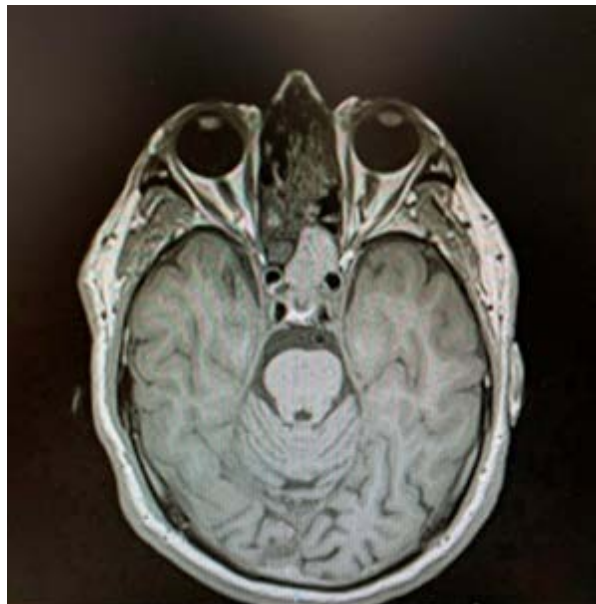


Figura 1

26. 7/334 DOCTORA, ¿Y ESTAS MANCHAS?

Flor María Gamiz Martínez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Carmen Arquillos López

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

José Antonio Varo Moriana

Médico Especialista en MFyC. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Varón de 40 años que acude por aparición de lesiones cutáneas en tronco superior.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Varón de 40 años que acude por aparición de lesiones en ambos brazos, tronco y pliegue retroauricular de tres meses de evolución. El paciente refiere prurito y descamación de las mismas. No otra sintomatología.

• Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia y asma en tratamiento con simvastatina, Ventolin®, montelukast y Nolotil®.

Antecedente de faringoamigdalitis estreptocócica hace cuatro meses, tratada con fenoximetilpenicilina.

- **Exploración física:** múltiples placas ovaladas de aproximadamente 1 cm localizadas en ambos miembros superiores, tronco y pliegue retroauricular. Inicialmente las lesiones eran de aspecto inflamatorio, pero en la actualidad son descamativas. Ausencia de lesiones en otras localizaciones.



Imagen 1. Lesiones en miembros superiores



Imagen 2. Lesiones en pliegue retroauricular

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vive solo, no tiene hijos a su cargo ni red familiar de apoyo. Vive en medio rural y trabaja en el campo como agricultor. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. La última vez que acudió a consulta fue hace tres años, desde entonces solo se ha tenido contacto telefónico con él, mostrándose reticente a acudir a consulta. El paciente tampoco ha precisado atención en el servicio de Urgencias recientemente, a excepción del episodio de faringo-

migdalitis hace unos meses. En esta ocasión acude a consulta por insistencia de un conocido, donde se muestra asustado por las lesiones debido al diagnóstico reciente de melanoma de un amigo suyo, también trabajador del campo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Lista de problemas:
 - » Psoriasis en gotas.
 - » Asma.
 - » Dislipemia.
- Diagnóstico diferencial:
 - » Pitiriasis rosada.
 - » Tiña corporis.
 - » Sífilis secundaria.

Plan de acción y evolución

El principal diagnóstico de sospecha es psoriasis en gota, guttata o eruptiva, debido al antecedente de infección causada por estreptococo del grupo A y las características de las lesiones. Por ello, se plantea comenzar con tratamiento tópico con corticoides y análogos de la vitamina D y observar la evolución del paciente.

Evolución

Se inicia tratamiento con calcipotriol y betametasona en espuma cutánea, indicando al paciente realizar una aplicación diaria durante diez días. Tras finalizar el tratamiento, se reevalúa al paciente y se observa la desaparición completa de las placas eritematosas.

En el seguimiento posterior, el paciente no ha presentado más brotes ni progresión a psoriasis crónica en placas.

Conclusiones

La psoriasis en gotas es la forma más frecuente en adultos jóvenes y niños que no tienen antecedentes de psoriasis. Es característico el antecedente de infección faríngea por estreptococo y se asocia al alelo HLA-Cw6. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y pocas veces es necesario realizar biopsia. El tratamiento de elección es la combinación de corticoides y análogos de la vitamina D. Pueden emplearse en diversas fórmulas galénicas, siendo la espuma la más novedosa.

Los tratamientos tópicos representan el primer escalón terapéutico de la psoriasis y entre ellos destaca la combinación entre corticoides y análogos de la vitamina D. Es fundamental el vehículo en el que se formulan los fármacos. La espuma cutánea permite al fármaco alcanzar una mayor biodisponibilidad a través de la epidermis. De este modo, mejora la penetrancia cutánea y la eficacia del tratamiento. En el plan de acción personalizado para el paciente con diagnóstico de psoriasis, es de gran importancia la continuidad asistencial en Atención Primaria y su actuación conjunta con la atención hospitalaria.

Palabras clave

Psoriasis en gotas, corticoides, continuidad asistencial.

Bibliografía

- » Koufakis T, Gabranis I. First presentation of gutate psoriasis triggeres by acute tonsillitis. *Pan Afr Med J.* 2014; 17:273.
- » Velasco M, Gonzalez-Fernandez D, Rodriguez-Martin M, Sanchez-Regana M, Perez-Barrio S. Patient and Physician Satisfaction with Calcipotriol and Betamethasone Dipropionate Aerosol Foam in the Treatment of Plaque Psoriasis on the Body. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110:752-8.

27. 7/347 DOCTORA, CUANDO YO ERA PEQUEÑA...

Isabel Zamora Venzal

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Liubov Gaile

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

María Elena Megías López

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:** mujer de 56 años que acude por cuadro de meses de evolución de dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo que irradia a zona lumbar, asociando astenia crónica y artralgiyas generalizadas. Tras realización de pruebas complementarias, se realiza anamnesis más dirigida, donde la paciente refiere que en la infancia vivía con su familia en una casa localizada en el campo y que tenían animales a su cuidado. Nos comenta que mantuvo contacto con cabras hasta los 13 años, pero no recuerda haber tomado leche cruda ni calostro, ni haber asistido a partos.
- **Exploración física:** buen estado general, normocoloreada.
 - » No adenopatías periféricas, ni bocio.
 - » AC: tonos rítmicos, no soplos.
 - » AR: MVC sin ruidos sobreañadidos.
 - » Abdomen: blando, depresible, doloroso en mayor medida en hipogastrio y en hipocondrio izquierdo. No palpo hepatomegalia ni esplenomegalia.
 - » MMII: no edemas, sin signos de TVP.
- **Pruebas complementarias:**
 - » Ecografía abdominal: esteatosis hepática, esplenomegalia de 16 cm, riñón izquierdo no identificado.
 - » Serologías: CMV y VEG IgM -, LUES -, VIH, VHB, VHC-, ITS -.
 - » Mantoux negativo.
 - » Radiografía de tórax: sin hallazgos.
 - » TC toraco-abdomino-pélvico: esplenomegalia, atrofia renal izquierda. Sin otros hallazgos relevantes asociados a la esplenomegalia.
 - » Brucella Spp., Ac (Rosa de Bengala): positivo 1/2; Brucella Spp., Ac (prueba de Coombs): positivo a 1/160 título; Interferón Gamma (Quantiferon Tb): negativo.
 - » Leishmania Spp., Ac (IgG) (titulación): no se detecta, Leishmania Spp., Ac (IgM) no se detecta.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear, en fase IV del ciclo vital, etapa de contracción.

La paciente es la segunda de un total de cinco hermanos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: brucelosis crónica. Esplenomegalia secundaria.

Diagnóstico diferencial: sarcoidosis, síndrome linfoproliferativo, artritis reumatoide, brucelosis.

Plan de acción y evolución

La paciente fue derivada a consultas de Medicina Interna para completar estudio, y con los resultados de dichas pruebas, fue derivada a consultas de Infecciosas, para el correcto tratamiento de la brucelosis crónica, con nueva realización de serologías y ecografías de control.

Desde la consulta de atención primaria, se ha realizado un seguimiento estrecho de la paciente, así como un enfoque familiar de su entorno, en este momento vive en medio urbano, y se han realizado consultas programadas con sus hermanos para realización de anamnesis y exploración física completa, para descartar otros posibles casos de brucelosis que hayan sido adquiridos en la infancia.

Inicialmente, el tratamiento no resultó eficaz y la paciente tuvo que realizar una pauta alternativa con doxiciclina. Tras finalización de pauta completa del tratamiento alternativo, la paciente mantiene títulos para *Brucella* estables, clínicamente se encuentra mejor y refiere menos molestias en costado izquierdo.

Conclusiones

Este caso, lo relevante es la importancia del enfoque integral en el diagnóstico de la paciente. En las zonas rurales andaluzas es muy frecuente tener animales para crianza, por ello, debemos tener en cuenta siempre lo que ha vivido en la infancia nuestros pacientes. Además, una vez identificamos nuestro diagnóstico, desde la Atención Primaria, debemos prestar especial atención al entorno familiar y realizar un buen abordaje, para evitar futuras complicaciones tanto en nuestra paciente como en su familia.

Palabras clave

Brucellosis, splenomegaly, community care.

28. 7/345 “DOCTORA ME DUELE LA MANO”

María Elena Megías López

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Isabel Zamora Venzal

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Liubov Gaile

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Ámbito

Urgencias.

Motivo de consulta

Varón de 36 años, sin antecedentes personales de interés que consulta en Urgencias con inflamación dorso mano izquierda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:**
 - » 1ª visita Urgencias: se cataloga como celulitis de mano izquierda, se pauta tratamiento con amoxicilina/clavulánico y AINES cada 8 h.
 - » 2ª visita Urgencias: a los 2 días por persistencia inflamación mano izquierda, hoy aparición eritema e inflamación mano derecha. Afebril, también inflamación ambos pies. Desde ayer despeños diarreicos sin alteraciones del tránsito intestinal. Tos irritativa desde hace 2 semanas tras cuadro infección respiratoria.
- **Exploración Física:**

BEG, no adenopatías. Tonos rítmicos. Algún subcrepitante basal. ABD no doloroso, blando, depresible. MMII sin edemas ni datos de TVP.

Tumefacción sin dolor en carpo izquierdo y ambos tobillos. Acrocianosis en ambas manos parcheada y tobillos. Nada en MCF ni IFP.
- **Pruebas Complementarias:**
 - » Rx manos y pies: sin signos de patología ósea aguda.
 - » Rx tórax: ICT<50%. Hilios sin congestión. No infiltrados. Senos costofrénicos libres.
 - » PCR Respiratoria: negativa.
 - » Hemocultivos negativos.
 - » Coprocultivo: disbiosis por Cándida.
 - » Exudado uretral: despistaje ETS negativo.
- **Analítica de ingreso:**
 - » Bioquímica general (Sangre)
 - » Glucosa: * 111.0 mg/dL; Urea: 30.0 mg/dL; Creatinina: 0.93 mg/dL; Aspartato Transaminasa (got): 26.0 U/L; Alanina Transaminasa (gpt): 20.0 U/L; Sodio: * 133.9 mEq/L.
 - » Proteínas específicas, proteína C reactiva: ** 18.56 mg/dL; Procalcitonina: 0.19 ng/mL.
 - » Hematología general: S.b. Leucocitos (recuento): ** 17.9 x 10³/μL; S.r. Hemoglobina: * 12.8 g/dL; S.p. Plaquetas (recuento): ** 606.0 x 10³/μL.
 - » Proteínas específicas
 - Factor Reumatoide: * 17.3 UI/mL; Complemento C3: * 186.0 mg/dL; Complemento C4: 10.0 mg/dL; Inmunoglobulina A: 469.0 mg/dL; Inmunoglobulina G: 1379.0 mg/dL; Inmunoglobulina M: ** 471.0 mg/dL.
 - * Urianálisis
 - Proteínas (orina; tira color): 0.0 mg/dL.
 - * Autoinmunidad
 - Ac Anti Adn de doble cadena (cuantificación): 1.4 - negativo U/mL; Ac Anti Péptido cíclico citrulinado: 0.8 U/mL; Ac Antinucleares: no se detecta ; Ac Antinucleares (titulación): < 1/80.
 - * Hematología general
 - S.b. Leucocitos (recuento): * 13.3 x 10³/μL; S.r. Hemoglobina: 13.5 g/dL; S.p. Plaquetas (recuento): ** 598.0 x 10³/μL; Velocidad de sedimentación globular: * 36.0 mm/h.

* Inmunodiagnóstico infeccioso (bacterias).

Chlamydomphila Pneumoniae, Ac(Ig M): ** Positivo; Mycoplasma Pneumoniae, Ac(IgG) (cuantificación): 4.507 - Positivo (NP) U/mL; Mycoplasma Pneumoniae, Ac(IgM): ** Positivo.

* Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis C, Serología de LUES, Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH): negativo.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de un varón de 36 años soltero, sin hijos, vive en un apartamento solo, trabaja como informático en una empresa. Refiere ser sexualmente activo, ahora no tiene pareja estable. Refiere tener buena relación con su familia y amigos.

Antecedentes familiares: padre sano, madre HTA, Sobrepeso, dislipemia, 2 hermanas sanas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas: 711.14 Artritis Reiter-mano.

Diagnóstico diferencial:

Artritis reumatoide, espondiloartropatías seronegativas como artritis gotosa, artritis séptica, artritis psoriásica y gonocócica.

Plan de acción y evolución

• Plan de acción

Ingreso en Medicina Interna por fiebre puntual, cuadro oligoarticular, clínica respiratoria y digestiva.

• Evolución

Realizó tratamiento con ceftriaxona, no volviendo a presentar fiebre. Tras resultado de hemocultivos negativos inicia tratamiento esteroideo mejorando de forma significativa el cuadro articular, permaneciendo estable y deambulando por la planta. Como incidencia serología positiva a mycoplasma y chlamidophila pneumoniae (¿cruzada?).

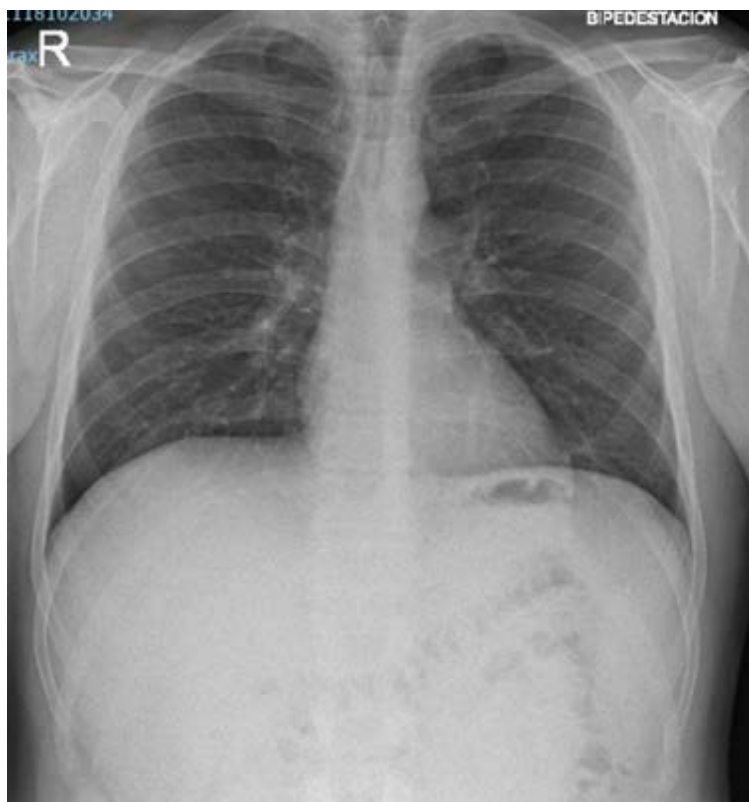
El paciente continúa en seguimiento por Medicina interna y su médico de familia. Por oligoartritis probablemente reactiva. Con serología positiva a chlamydia pneumoniae (IgM) y mycoplasma pneumoniae (IgM e IgG), tos irritativa (infección respiratoria no condensativa). Cuadro diarreico autolimitado.

Conclusiones

Este caso clínico es interesante para el médico de familia, porque ante un cuadro clínico que se inicia con la inflamación de una mano, que es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria, puede ser la punta del iceberg de algún síndrome o patología que se está desarrollando, de ahí la importancia de una buena anamnesis y exploración física para que hagamos un diagnóstico correcto que conlleve a un plan de actuación adecuado al problema que el paciente presenta.

El síndrome de Reiter es una enfermedad autoinmune que se manifiesta como una respuesta inmunológica del organismo ante una infección previa, intestinal o genital. Esta enfermedad afecta a los ojos, causando conjuntivitis y/uveítis, a las articulaciones, provocando artritis reactiva, a la uretra y, en ocasiones menos frecuentes, también a la piel, causando lesiones cutáneo-mucosas. El síndrome de Reiter es una enfermedad reumática que afecta especialmente a hombres de entre los 15 y los 50 años de edad. En nuestro caso clínico el paciente había presentado cuadro respiratorio previo, y después gastrointestinal asociado a la oligoartritis.

Rx tórax, Rx manos, Rx pies del paciente:



Palabras clave

Síndrome de Reiter, enfermedad reumática.

29. 7/356 ¿DOCTORA, POR QUÉ TENGO LAS MANOS TAN SUCIAS?

Paloma Pérez Martínez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Pablo Fernández Pérez

Médico Especialista en MFyC. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario El Poniente. El Ejido. Almería

Sonia Martos Luque

Médica Especialista en MFyC. Centro de salud Ejido Norte. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Mujer de 29 años acude a consulta por presentar lesiones cutáneas en ambas manos y en el pliegue cervical de tres meses de evolución. En las últimas semanas, estas lesiones han comenzado a ser pruriginosas. Ha intentado tratamiento con crema hidratante, pero sin mejoría franca.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis

La paciente refiere la aparición de placas hiperpigmentadas, engrosadas y con una textura aterciopelada en manos y pliegue cervical. Asocia desde hace 2 semanas intenso prurito en las zonas donde presenta lesiones.

No refiere otros síntomas sistémicos ni antecedentes familiares de enfermedades cutáneas.

Antecedentes Personales

No alergias medicamentosas conocidas.

No antecedentes personales de dermatitis o alergias.

Entre sus antecedentes médicos, destaca hipertensión desde hace cuatro años, hipotiroidismo primario, y obesidad grado 3 (119 kg, 165 cm, IMC 43,8 kg/m²). Durante su tercer embarazo, tuvo un test de O' Sullivan positivo, pero con sobrecarga oral de glucosa normal. No refiere otros síntomas sistémicos ni antecedentes familiares de enfermedades cutáneas.

En tratamiento con: losartán 50 mg 1 comprimido cada 24 horas y eutirox 25 mcg 1 comprimido cada 24 horas.

• Exploración física

En la exploración, se observan placas hiperpigmentadas en ambas manos, específicamente en las zonas de las articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas.

Las lesiones presentan bordes bien definidos y una textura aterciopelada al tacto. Se observa una placa en el pliegue del cuello con características similares a las de las manos.

No se encuentran otras alteraciones cutáneas en el examen físico general.



Figura 1.

Figura 2.



Figura 3.

Pruebas Complementarias

Se realiza una analítica que muestra un hemograma sin alteraciones y una bioquímica general con niveles de glucosa de 86 mg/dL. La HbA1c es de 5.6%, lo que sugiere un buen control glucémico. Sin embargo, la insulina está elevada a 66.7 μ U/mL, con un péptido C de 6.91 ng/mL. El índice de resistencia a la insulina es 14.015, confirmando la presencia de resistencia a la insulina. Los niveles de cortisol están dentro de la normalidad (19.9 μ g/dL). Perfil tiroideo normal.

Enfoque familiar y comunitario

Dado el contexto de la paciente, es relevante considerar el entorno familiar y comunitario en el manejo de su condición. La paciente tiene antecedentes de obesidad y resistencia a la insulina, factores que pueden estar influenciados por hábitos alimentarios y de actividad física en su entorno.

Se deberá plantear un abordaje multidisciplinar desde el punto de vista de Atención Primaria, como programas de apoyo para la pérdida de peso y educación en salud. Además, de evaluar la posibilidad de involucrar a su familia en cambios de estilo de vida para apoyar su tratamiento.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

• Lista de problemas

Lesiones hiperpigmentadas de textura aterciopelada en manos y pliegue cervical.

Prurito asociado a las lesiones cutáneas.

Obesidad grado 3.

Resistencia a la insulina confirmada.

Hipertensión arterial controlada.

Hipotiroidismo primario.

- **Diagnóstico Diferencial:**

El diagnóstico diferencial incluye:

- » Acantosis nigricans: caracterizada por áreas de piel oscura, engrosada y aterciopelada, comúnmente asociada a obesidad y resistencia a la insulina.
- » Síndrome de Cushing: puede presentar acantosis nigricans acompañada de otros signos como obesidad central y estrías.
- » Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP): las mujeres con SOP pueden presentar acantosis nigricans junto con irregularidades menstruales e hirsutismo.
- » Acromegalia: el engrosamiento de la piel en pacientes con secreción excesiva de hormona de crecimiento puede imitar la acantosis nigricans.
- » Cáncer paraneoplásico: aunque es una causa rara, se debe considerar la acantosis nigricans paraneoplásica en casos de presentación abrupta y extensa.
- » Enfermedades endocrinas como hipotiroidismo: puede presentar cambios cutáneos similares.

Plan de acción y evolución

Intervención dietética y ejercicio: se recomienda adoptar una dieta mediterránea y realizar ejercicio físico diario para facilitar la pérdida de peso.

Tratamiento farmacológico: se prescribe metformina 850 mg diarios para mejorar la resistencia a la insulina. Además, se mantendrá el tratamiento actual para el hipotiroidismo y la hipertensión.

Educación y apoyo: se organizarán sesiones educativas sobre la importancia del cambio de estilo de vida. Además, se ofrecerá apoyo para gestionar el estrés y la adherencia al tratamiento. Todo ello mediante citas con equipo de enfermería Atención Primaria y comunitaria.

Seguimiento y monitorización: se programa una consulta de seguimiento en dos meses para evaluar la evolución clínica de las lesiones y el control de peso.

Evolución

En la consulta de seguimiento a los dos meses, se observa una mejora clínica significativa en las lesiones cutáneas, con desaparición casi completa de las placas. La paciente ha perdido 5 kg de peso gracias a los cambios en el estilo de vida. Los niveles de glucosa y el índice de resistencia a la insulina muestran mejoría, lo que indica una respuesta positiva al tratamiento.

Conclusiones

Este caso destaca la importancia de un enfoque integral en el manejo de condiciones crónicas como la obesidad y la resistencia a la insulina, que se reflejan en manifestaciones cutáneas como la acantosis nigricans.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado no solo mejoran las condiciones dermatológicas, sino que también previenen complicaciones metabólicas a largo plazo. La colaboración entre diferentes disciplinas médicas y la participación activa del paciente y su entorno son clave para lograr resultados positivos en la salud.

Palabras clave

Placas hiperpigmentadas, prurito, diagnóstico precoz.

30. 7/309 DUELE SABER LO QUE DUELE

M^a de la Aurora González Orero

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud San Isidro de Níjar. Almería

Julia Porcel Ruiz

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería

Elena Pérez Expósito

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería

Ámbito

Urgencias de atención primaria y consulta de atención primaria.

Motivo de consulta

Lumbalgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 38 años, sin antecedentes patológicos, consulta por cuadro de dolor lumbar y en cadera izquierda. Refiere también dolor de mama, hombro y brazo izquierdos, dolor abdominopélvico y dispareunia; además cefalea hemicraneal izquierda, y disestesias en hemicara izquierda y brazo izquierdo. Relato desorganizado sobre cronología e intensidad de los síntomas: evolución próxima al año, con importantes fluctuaciones en su intensidad, pero sin concretar desencadenantes. Alta carga emocional en el relato de su situación, con expresiones como “algo me está pasando y nadie me ayuda” y “no puedo más con esta situación”. Agrega una cierta pérdida atencional y de memoria reciente, que trata de disimular en el entorno familiar porque “no puede caer”.

La exploración física no muestra hallazgos significativos, excepto dolor localizado. Se propone una reelaboración narrativa de sus síntomas, sin obtener información relevante debido a la suspicacia de la paciente, quien solicita estudios adicionales para aclarar su estado. Se le solicitan unos minutos para revisar su historia clínica, obteniendo entonces información relevante sobre antecedentes personales: contacto asistencial en Urgencias un año atrás que recoge AP de abuso sexual en la infancia y derivación a salud mental, sin encontrar datos adicionales sobre seguimiento posterior.

Dada la sensibilidad de este antecedente no revelado por la paciente, se dedica un momento para reflexionar sobre cómo abordarlo y las emociones que puede generar. Cuando se encuentra el modo, la paciente reconoce el abuso infantil y relata la falta de apoyo materno tras la revelación, mostrando un importante componente de indefensión aprendida. Se pregunta por qué no le creyó reiteradamente durante crisis de llanto, en la que se ofrece escucha y contención emocional. Menciona no haberlo compartido con nadie más hasta el episodio de Urgencias, que se desencadenó tras encuentro fortuito con el agresor, presentando entonces cuadro de disestesias y cefalea asociadas a crisis de angustia, incluyendo ideación suicida. Niega ideación suicida actualmente.

Pruebas complementarias: TAC craneal y 2 ecografías abdominales sin hallazgos en el último año. Última analítica sanguínea hace 1 año sin alteraciones excepto TSH levemente elevada. Serologías negativas hace 3 años.

Enfoque familiar y comunitario

Reside en casa familiar a las afueras del pueblo junto a su marido y sus dos hijas, habiéndose mudado recientemente (tras el encuentro con su agresor, “no podía ni imaginarse volver a verlo”). Es cuidadora principal de las dos hijas, su marido pasa todo el día en el campo trabajando. Aunque refiere buena relación con el marido, admite que la familia es problemática. No tiene red de apoyo en lugar de residencia, ni realiza actividades de ocio ni laborales fuera del domicilio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Síndrome de dolor generalizado. Aislamiento social y soledad no deseada.
- Antecedente de violencia sexual en la infancia sin seguimiento hasta la edad adulta. Probable síndrome de estrés postraumático. Probable síndrome de sensibilización central.
- A descartar hipotiroidismo, alteración electrolítica como causa de alteración sensitiva, proceso autoinmune/inflamatorio.

Plan de acción y evolución

Se solicita analítica de control, derivación a Salud Mental y se pauta tratamiento analgésico, con revisión en dos semanas.

Tras una semana, se reprograma cita conjunta con psicología, donde se reitera posible relación de síntomas actuales con el trauma infantil. La paciente acepta el seguimiento psicológico, rechazando el psiquiátrico por razones de accesibilidad.

En la revisión en Atención Primaria, la paciente refiere mejoría general, especialmente del dolor, con consumo de analgesia, y valora positivamente el seguimiento psicológico ya que “así al menos puede hablar con alguien”. Las pruebas complementarias no muestran alteraciones. Al indagar sobre relación con su esposo, la paciente reconoce periodos de empeoramiento de la situación en relación con consumo de alcohol por parte de este. Refiere conductas de hostilidad y falta de control de impulsos por su parte cuando está ebrio, negando episodios de violencia física, pero mostrando sensación de inseguridad en dichos episodios. Se le comparten observaciones respecto a posible situación de violencia de género y riesgo, indagando además si ella se ha planteado la separación, afirmándolo ella, pero refiriendo que “ahora está todo mejor”. No se reconoce como víctima de violencia ni desea acudir a recurso especializado. Acepta seguimiento con Atención Primaria y Psicología Comunitaria.

Conclusiones

Las consecuencias de la violencia sexual pueden expresarse de múltiples maneras a lo largo del tiempo. Una vez descartadas otras causas (realizados estudios pertinentes) que puedan provocar síndromes de dolor generalizado es fundamental profundizar en la dimensión cognitiva y emocional del dolor y desgranar qué factores pueden encontrarse implicados en el mismo, siendo los antecedentes de violencia sexual un factor de riesgo asociado a los mismos.

El abordaje de síntomas en posible relación con traumas previos puede resultar difícil tanto para pacientes como profesionales. Resulta fundamental utilizar estrategias no invasivas, evitando interrogatorios excesivos, y minimizando el riesgo de revictimización, tratando de acompañar el surgimiento del relato de las pacientes sin apresurar su propia elaboración. Es muy importante corroborar que las personas encuentran sentido y están de acuerdo con el abordaje de dicho aspecto en el marco del seguimiento del dolor. Además, es fundamental utilizar una doble estrategia con la que demos respuesta a la demanda inicial planteada por la paciente y también vayamos trabajando demandas ocultas que vayamos identificando.

El abordaje conjunto con psicología comunitaria resulta muy enriquecedor. Resultó conveniente realizar una primera consulta en conjunto ya que facilitó encuadre y presentación del contexto y caso minimizando la revictimización y generando clima de confianza y continuidad asistencial. La posibilidad de un seguimiento más estrecho sería muy interesante y en algunos casos el seguimiento por psiquiatría también aporta una perspectiva importante para el seguimiento. Las barreras de acceso al sistema sanitario juegan en muchos casos en contra de la recuperación y adecuado seguimiento de las pacientes, por lo que también convendría profundizar en la reducción de estas barreras tanto a nivel sanitario como social.

Palabras clave

Dolor generalizado, violencia sexual, comunicación.

31. 7/364 “EL BESO DEL VERANO 2024”

Cristina Mesa Aguilar

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Utrera Sur. Utrera. Sevilla

Francisco Javier Aranda Lara

Médico Especialista en MFyC. Tutor

Cristina Escassi Giménez

Médica Residente de MFyC

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Varón de 33 años que acude a consulta por fiebre elevada que no remite y odinofagia de 5 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares: ninguno.

Antecedentes personales: no RAMS. No FCRV. No patologías de interés.

Tratamiento habitual: ninguno.

Historia actual: anamnesis.

Varón de 33 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta en varias ocasiones por cuadro clínico de fiebre elevada con sudoración excesiva y escalofríos, odinofagia intensa y adenopatía laterocervical derecha de 5 días de evolución. Ha estado en tratamiento con antitérmicos, antiinflamatorios y amoxicilina/clavulánico 48 horas sin mejoría clara. Debido a la ausencia de respuesta tras antibioterapia, la persistencia de la sintomatología y la aparición de aftas bucales junto a orina colúrica, acude a consulta hoy de nuevo.

• **Exploración física:**

Regular estado general con sudoración excesiva. Consciente, orientado y colaborador. Palidez normocutánea. Eupneico en reposo.

» Constantes: fiebre de 37,2°. SatO₂: 98%. FC: 102. FR: 18.

» AC: tonos regulares y rítmicos, no soplos audibles.

» AR: MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

» ORL: amígdalas hipertróficas con exudado bilateral. Presenta adenopatía laterocervical derecha. Afta bucal en labio superior y úvula acompañado de lengua saburral. No bocio. No ingurgitación yugular. No rigidez cervical.

» Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. RHA +, Blumberg y Murphy negativo. No se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia. Puñopercusión renal bilateral negativa.

» Neurológica: conciencia y comunicación conservada. Pares craneales conservados, sin signos de focalidad neurológica. No objetivo nistagmus. Pupilas simétricas, isocóricas normoreactivas a la luz. Fuerza muscular 5/5 con sensibilidad superficial y profunda conservadas. ROTs conservados y simétricos. No signos meníngeos. No disimetrías. No disdiadococinesia. Romberg negativo. Marcha conservada.

• **Pruebas complementarias:**

Sistemático de orina: PH 6, leucocitos, nitritos, proteínas, glucosa, cetonas y sangre negativo. Urobilinógeno 0.1 y bilirrubina +++.

Análítica sanguínea: leucocitosis con respuesta a favor de linfocitosis, PCR elevada. No hipertransaminasemia.

Serología de VEB, CMV y VIH: VEB igM+/igG+; CMV IgM-/iGG -; VIH -.

Cultivo faríngeo: flora habitual saprofita. Teniendo en cuenta que el cultivo se hizo tras inicio de antibioterapia podría ser un falso negativo y presentar una amigdalitis bacteriana a pesar de paralelamente una mononucleosis infecciosa.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Mononucleosis infecciosa.

- **Diagnóstico diferencial:**

Amigdalitis bacteriana:

A favor: el cuadro clínico es similar.

En contra: lo deberíamos de diferenciar solicitando un cultivo faríngeo con estreptococo positivo y mejoría clínica tras antibioterapia.

Primoinfección VIH: en toda sospecha de mononucleosis, se debe solicitar. En nuestro caso la edad y sexo del paciente también lo favorece.

Plan de acción y evolución

El paciente se encuentra estable en todo momento. En este caso clínico nos encontramos ante la sospecha de amigdalitis bacteriana vs mononucleosis infecciosa, por lo que estaríamos ante dos cuadros totalmente distintos; uno bacteriano y otro viral. De esta manera, se solicita analítica sanguínea con serología (VEB, CMV y VIH), sistemático de orina y exudado faríngeo.

Debido a que los resultados se obtendrían en los próximos días y el malestar general del paciente en ese momento, se decide cambio de antibioterapia a penicilina im (1º elección para amigdalitis bacteriana) + metilprednisolona 80 mg iv + glucosalino 500 cc iv; sospechando en primera instancia amigdalitis bacteriana.

Se obtiene una mejoría parcial del paciente, disminuyendo los picos febriles y la amigdalitis, aunque comienza con deposiciones diarreicas y astenia durante más de 1 semana de evolución. De manera diferida, consultamos evolución del paciente y resultados de pruebas complementarias resultando: analítica con leucocitosis y linfocitosis a favor de respuesta viral, sistemático de orina con bilirrubina positiva, cultivo faríngeo con flora saprofita habitual y serología con IgM e IgG positivo a VEB a favor de mononucleosis infecciosa.

Conclusiones

En dicho caso clínico, podemos comprobar la importancia de saber discernir entre cuadro viral o bacteriano. Y el hincapié que debemos hacer en realizar un seguimiento estrecho del paciente con varias consultas, ya que es lo fundamental por lo que nos diferenciamos los Médicos de Familia. De esta manera, podríamos explorarlo correctamente en cada una de las consultas para evitar una rotura esplénica de manera precoz siendo esta una emergencia médica.

Y en este caso, podemos valorar la necesidad de que en ocasiones solicitar pruebas complementarias nos puede ayudar a llegar al diagnóstico.

La mononucleosis infecciosa es una patología en la que más del 90% de los adultos son seropositivos para EBV. Suele tener un pronóstico excelente, aunque hay que tener especial cuidado con las posibles complicaciones graves, sobre todo en adultos como una posible hepatoesplenomegalia o rotura esplénica.

Gracias al diagnóstico diferencial que debemos realizar con la mononucleosis, nos debemos plantear VIH ya que la infección primaria por HIV puede semejarse a la infección aguda por VEB. Con el fin de aunar esfuerzos y optimizar el diagnóstico y manejo del VIH, se recomienda a todos los pacientes con sintomatología compatible, una serología conjunta tanto de VEB como de VIH; sobre todo en pacientes jóvenes sexualmente activos como en nuestro caso clínico.

Asimismo, es necesario generar un circuito multidisciplinar y coordinado (Microbiología, urgencias, Atención Primaria, Unidad de Infecciosas...) que asegure que el paciente sea informado de manera ágil sobre su resultado y en caso de ser positivo derivar a especialista en VIH, iniciar tratamiento y realizar seguimiento.

Palabras clave

Mononucleosis infecciosa, VIH, amigdalitis bacteriana.

32. 7/346 EL DESAFÍO DEL DOLOR CRÓNICO: PREVENCIÓN, Y DIAGNÓSTICO DE LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS

Rocío Martín Romera

Médica Residente de MFyC. Centro de salud La Zubia. Granada

Carlos Alberto Cabrera Rodríguez

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de Salud La Zubia. Granada

Rafael Quintana Prego

Médico Residente de MFyC. Centro de Salud La Caleta. Granada

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Mujer de 74 años, que presenta un cuadro agudo de debilidad generalizada y astenia de 3 días de evolución.

Antecedentes personales a destacar: radiculopatía izquierda l4-l5 en paciente con estenosis de canal intervenida en 2018, miastenia gravis en estudio por Neurología, hipotiroidismo, posible insuficiencia suprarrenal secundaria al consumo crónico de corticoides, hipertensión, dislipemia y diabética tipo 2.

Tratamiento crónico relevante: tapentadol 50 mg diarios oral y 100 mcg de fentanilo subcutáneo/72 horas, además duloxetine 90 mg/24h, celecoxib 200 mg/24h, prednisona 2.5 mg cada 25 hora y diazepam si precisaba puntualmente.

Desde nuestra consulta de Primaria, nos planteamos la necesidad de ajustar y programar el descenso de medicación en esta paciente, dado el alto riesgo de sufrir efectos secundarios graves y escaso control del dolor.

Enfoque individual (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias)

Acude la hija a la cita para comenzar la retirada, refiriendo que, en los últimos tres días, la madre presenta, debilidad de miembros inferiores, astenia y somnolencia, sin poder moverse (previamente independiente).

Acudimos al domicilio, encontrándonos a la paciente sentada, sin poder ponerse en pie, refiriendo intensa astenia y debilidad. Sin otra sintomatología, ni infectiva, ni de insuficiencia cardíaca, ni de otra índole.

Exploración por aparatos sin hallazgos, a excepción de taquicardia e incapacidad para deambular.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Patología sistema nervioso (ACV-tumor-miastenia) vs Intoxicación por opiáceos.

Plan de acción y evolución

Se realiza administración de ½ ampolla de naloxona en domicilio, con escasa respuesta. Se revisa analítica reciente, con hallazgo de hipopotasemia (posible relación con tiazidas) que no justifica el cuadro, por lo que se deriva a Urgencias, donde fue valorada en dos ocasiones. En la primera, siendo dada de alta con diagnóstico de infección urinaria. En la segunda, un día después, mediante las pruebas complementarias (electrocardiogramas, analíticas, radiografías y TAC craneal) y con la ayuda de los neurólogos e internistas se descarta que la clínica de la paciente pudiera obedecer a una patología neurológica central, a una infección o a un cuadro de miastenia gravis, orientándose el diagnóstico hacia una intoxicación por opiáceos y síntomas agudos de abstinencia.

Finalmente, la paciente ingresó en Medicina Interna, donde se continuó con el descenso de opiáceos, y se finalizó el estudio al concluir con ausencia de otro diagnóstico posible que el cua-

dro que presentó fue debido a una intoxicación por opiáceos y síndrome de abstinencia agudo. Desde su alta, continuamos en la consulta con el descenso programado de opiáceos, logrando una mejoría clínica significativa, culminando el tratamiento con vistas a conseguir la mejora de calidad de vida, mejor manejo del dolor de nuestra paciente y la reducción de riesgos derivados de la toma de la medicación.

Conclusiones

El caso evidencia la complejidad del manejo del dolor crónico y los desafíos asociados al uso prolongado de opiáceos. Subrayamos el papel del MAP en el control de esta medicación, extremando la vigilancia frente a la sintomatología aguda secundaria a la intoxicación por opiáceos. Asimismo, enfatizamos la necesidad de una valoración multidisciplinar, ante variados diagnósticos y evolución clínica cambiante, hasta establecer el diagnóstico diferencial, y destacamos que la buena praxis médica exige un enfoque individualizado en el manejo del dolor, buscando alternativas terapéuticas que minimicen los riesgos asociados al uso crónico de opioides.

Palabras clave

Debilidad muscular, enfermedad del sistema nervioso, trastorno por consumo de opioides.

33. 7/308 EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberto Luis Garrido Beltrán

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Almanjáyar. Granada

Joaquín Batlle I Viñas

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Almanjáyar. Granada

Almudena Raya Rejón

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Almanjáyar. Granada

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Paciente de 58 años, consulta por disnea y tos persistente de un año de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Antecedentes Personales:**

No hábitos tóxicos ni alergias conocidas.

Asma bronquial y rinitis alérgica.

- **Exploración física:**

Tristeza y anhedonia.

Murmullo vesicular conservado y sibilancias inspiratorias.

- **Pruebas complementarias:**

Hemograma, bioquímica y rangos hormonales normales.

Espirometría: patrón obstructivo con prueba broncodilatadora positiva.

Radiografía tórax: tumoración en timo, hilios congestivos.

Tomografía computarizada torácica: masa mediastínica con compresión de los vasos ipsilaterales con adenopatías hiliares y mediastínicas bilaterales.



Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive sola y sus hijos, aunque están involucrados, no residen con ella. Su situación socioeconómica es de clase media, a pesar del desempleo.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Masa mediastínica.

Diagnóstico diferencial:

Masa tiroidea.

Timoma.

Teratoma.

Linfoma.

Exacerbación de asma.

Crisis de ansiedad

Plan de acción y evolución

Derivamos a la paciente consulta de Neumología y Oncología para estudio.

- **Evolución:**

Se realiza el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de células grandes. Se deriva al servicio de Oncología para iniciar tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

La paciente entiende que los tratamientos ofrecidos reducirán su calidad de vida, por lo que prefiere no someterse a ellos. Se exploran los posibles motivos que pueda tener (miedo a los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia, desconfianza en el sistema sanitario o creencias personales/religiosas). Decide vivir el tiempo que le permita su patología optando por un manejo conservador. No obstante, se genera una sensación de frustración y agotamiento por nuestra parte ante la negativa de la paciente.

El núcleo familiar entiende y apoya su decisión integrándose en el proceso.

Se comienza el escrito de voluntades anticipadas y un seguimiento regular cada seis meses, aunque la paciente tiene la libertad de consultar en cualquier momento si hay un cambio en su estado. En cada consulta se monitorizan sus síntomas, se ajusta el tratamiento según su evolución clínica y se explora la posible aparición de nuevos miedos (las relaciones que deja y el cuidado de su hija). El enfoque es empático y de apoyo, respetando sus decisiones sin actitudes paternalistas fortaleciendo la relación médico paciente.

Conclusiones

Los principios de la bioética están más que aceptados, actualmente, como pilares para ejercer una medicina centrada en el paciente y que procure el máximo bien para él. A pesar de ello, son frecuentes las situaciones en nuestra práctica donde estos valores entran en conflicto y nos hacen dudar sobre la ética de las acciones que llevamos a cabo. Es por ello que vemos necesario reflexionar sobre ellos y contextualizarlos en cada caso.

A pesar de que, en 1979, con el informe Belmont, se aceptaron los principios fundamentales de bioética de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, siguió en discusión la idoneidad de estos principios.

Por lo que, al principio de autonomía, entendemos que todas las personas tienen que tener el poder de tomar su propias decisiones racionales y elecciones morales, y cada una debe poder ejercer su capacidad de autodeterminación. Esta definición, no incluye esas decisiones que pueden dañar a otro individuo, ni aquellas que tengan una falta de capacidad para actuar de manera autónoma (p. ej., niños) (1).

Con respecto a este principio, algunos detractores lo ponen en duda, ya que sostienen que esta libertad lleva a los pacientes a tomar decisiones erróneas, por lo que no son capaces de entender e integrar la información sobre su enfermedad. Hablan de la degradación de la relación médico-paciente, al ser el profesional médico un simple informador tanto del proceso como las opciones terapéuticas (2).

Otros critican el enfoque únicamente centrado en el individuo, y proponen un concepto más amplio de autonomía relacional (configurada por relaciones sociales y determinantes complejos como el género, la etnia y la cultura) (1).

La resistencia al principio de autonomía no es inesperada. En países con civilizaciones antiguas, creencias y tradiciones arraigadas, la práctica del paternalismo por parte de los médicos emana principalmente de la beneficencia. Sin embargo, la cultura (un conjunto de creencias, formas sociales y rasgos materiales de un grupo racial, religioso o social) no es estática ni autónoma, y cambia con otras tendencias a lo largo de los años. Por lo tanto, es necesaria una revisión crítica de la práctica médica paternalista por razones que incluyen el progreso tecnológico y económico, la mejora del nivel educativo y socioeconómico de la población, la globalización y el movimiento social hacia un énfasis en el paciente como individuo, más que como miembro de un grupo (1).

Es por todo ello que, tal y como entendemos el principio de autonomía, debemos practicar una medicina centrada en el paciente, con una buena relación médico-paciente y unas habilidades comunicativas que protejan la libertad de decisión de él, siempre valorando su capacidad. A la vez, debemos adaptarnos y comprender los cambios culturales que presenta nuestra sociedad, para proteger la autonomía de nuestros pacientes.

Palabras claves

Autonomía, Bioética, Acompañamiento.

Bibliografía

- » 1.Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32498071; PMCID: PMC7923912.
- » 2.Costa AM, Almendro C. Los principios de la Bioética: Autonomía: *Fisterra*. 01/06/2009 [consultado 26/07/2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/bioetica/los-principios-bioetica-autonomia/>.
- » 3.Prat E. El principio de autonomía: una nueva perspectiva: *Unidad de Humanidades y Ética*. Universidad de Navarra [Internet]. Fecha de publicación 23/05/2009 [consultado 29/07/2024]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-principio-de-autonomia-una-nueva-perspectiva#gsc.tab=0>.

34. 7/343 EL ROSTRO DEL PULMÓN: UN CASO DE EDEMA FACIAL REVELADOR

María del Mar López Rodríguez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Carolina López Rodríguez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Carmen Lozano Moreno

Medica Especialista MFyC. Centro de salud San Isidro. Níjar. Almería

Ámbito

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta

Edema en cuello y cara de días de evolución, acompañado de disnea leve.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis

Paciente de 82 años con antecedentes de diabetes tipo II, hiperuricemia, hiperplasia benigna de próstata, EPOC y antecedentes de tabaquismo, se presenta en consulta de Atención Primaria por edema facial y cervical y disnea acompañado de síntomas constitucionales recientes. Previamente bien hasta hace unos 6 meses que comienza a perder peso, pero sin astenia ni hiporexia. Posteriormente se une cambio hábito intestinal con tendencia al estreñimiento en los últimos 4 meses. Acuden a Urgencias en varias ocasiones en los últimos 8 días por comenzar con episodios de edematización facial diarios sin otra clínica acompañante salvo por disnea el día del ingreso. No aumento de tos, ni cambios en expectoración ni hemoptisis. No fiebre ni dolor torácico. Se deriva a Urgencias para realización de pruebas complementarias.

• Exploración

Afebril, TA 105/69, FC 88 lpm, SatO₂ 95% basal.

Estado general conservado, bien hidratado y perfundido. Mínima taquipnea en con los esfuerzos. Cara y cuello: ingurgitación yugular bilateral a 90°, edema facial (en esclavina) junto con telangiectasias en cara cuello y zona paraesternal. No palpo adenopatías periféricas. Signo de Pemberton +++.

• ORL:

ACP rítmica sin soplos. Roncus dispersos con sibilantes espiratorios.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puño percusión bilateral negativa. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas normo reactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal. Marca talón punta alterada.

MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos femorales bilaterales presentes.

Pruebas complementarias

• En Urgencias:

Analítica (5/6/23):

- » Bioquímica: glucosa 289, urea 99, creatinina 1.15, ácido úrico 2.5, PT 6.7, BT 0.95, GOT 23, GPT 15, GGT 23, FA 68, Na 132, K 4.1, Ca 9.4, CT 195, TG 143, TSH 2.214, tiroxina libre 0.98.
- » PCR 3.74, proBNP 346, Procalcitonina 0.06.
- » Hemograma: hematíes 4.17, Hb 12.9, Hto 37.8, VCM 90.6, leucocitos 8.17 (N 90.92%, L 5.12%), plaquetas 159, VPM 7.6.
- » Coagulación: TP 10.7, INR 0.93, fibrinógeno 684.
- » RX de tórax: ICT normal, ateromatosis aortica calcificada. Ensanchamiento mediastino superior, nódulo periférico medio derecho (ya presente en Rx 2010).

TAC con Contraste iv de tórax y abdomen superior:

Conclusión: adenopatías mediastínicas con síndrome de vena cava y micromódulos pulmonares bilaterales, uno de mayor tamaño en LSDcho. Probable ca de pulmón (microcítico, adenocarcinoma...) sin descartar proceso linfoproliferativo.

Valorar estudio histológico.

Se decide ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio de extensión, que le solicitaron interconsulta a Neumología y radiología intervencionista:

Unidad de Técnicas Diagnósticas Neumología. Informe de ecobroncoscopia:

- Juicio clínico provisional: masa en mediastino situada en región 4R y adenopatía G7 probablemente neoplásica (pendiente de confirmación con estudio en laboratorio y técnicas de ICQ).
- Colocación de prótesis bilateral en vena cava superior. Prótesis cubierta en vena cava inferior. Informe de anatomía patológica: "Criobiopsia adenopatía G7 subcarinal": ganglio linfático con metástasis de carcinoma no célula pequeña, con morfología e inmunofenotipo a favor de adenocarcinoma.

Hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos concordantes con metástasis de carcinoma de pulmón no célula pequeña.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se trata de un síndrome de vena cava superior, diagnosticándose posteriormente como secundario a carcinoma pulmonar no microcítico.

- **Diagnóstico diferencial:**
 - » Angioedema.
 - » Celulitis y abscesos.
 - » Angina de Ludwig.
 - » Trombosis venosa.
 - » Insuficiencia cardíaca congestiva.
 - » Hipotiroidismo.
 - » Linfedema.
 - » Neoplasias.
 - » Lesiones cervicales traumáticas.

Plan de acción y evolución

Tras derivación desde consultas de Atención Primaria en el servicio de Urgencias a través de las pruebas complementarias realizadas y la exploración física exhaustiva se sospecha un síndrome de vena cava contactándose con servicio de medicina interna para ingreso a su cargo y estudio de extensión. Durante el ingreso tras los hallazgos en TAC de masa con adenopatías se realiza interconsulta con Neumología para realización de ecobroncoscopia para filiación de masa. Tras recibir el resultado de Anatomía Patológica se realiza Hoja de consulta a Oncología y se comenta en comité de tumores y se cita en consulta de Oncología para inicio de tratamiento.

Conclusiones

El síndrome de vena cava superior es una condición crítica que requiere una detección rápida en urgencias y Atención Primaria. La identificación oportuna de los signos clínicos permite un diagnóstico y tratamiento precoces, esenciales para mejorar el pronóstico en una condición tiempo-dependiente, especialmente en el contexto de neoplasias pulmonares.

Palabras clave

Edema, síndrome de Vena Cava Superior, disnea.

Bibliografía

- » UpToDate. (s/f). Uptodate.com. Recuperado el 15 de junio de 2023, de https://www.uptodate.com/contents/malignancy-related-superior-vena-cava-syndrome?search=sindrome%20de%20vena%20cava&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- » -Kordzadeh, A., Askari, A., Hanif, M. A., & Gadhvi, V. (2022). Superior Vena Cava syndrome and Walls-tent: A systematic review. *Annals of Vascular Diseases*, 15(2), 87–93. <https://doi.org/10.3400/avd.ra.21-00118>
- » Klein-Weigel, P. F., Elitok, S., Ruttloff, A., Reinhold, S., Nielitz, J., Steindl, J., Hillner, B., Rehmenklau-Bremer, L., Wrase, C., Fuchs, H., Herold, T., & Beyer, L. (2020). Superior vena cava syndrome. *VASA. Zeitschrift Für Gefasskrankheiten*, 49(6), 437–448. <https://doi.org/10.1024/0301-1526/a000908>
- » de Las Heras García, B., Gordo, A. M. J., Casado Saenz, E., Zamora Auñón, P., Cantalejo Moreira, M., & González Barón, M. (2001). Síndrome de vena cava superior: presentación de seis casos. *Isciii.es*. <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n7/notaclil.pdf>

35. 7/350 ¿FIEBRE Y ANTIBIÓTICO?

Trinidad Simón Giménez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ana Rosa Simón Soto

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Vera. Almería

Francisca Vicente Martínez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ámbito

Urgencias de atención primaria.

Motivo de consulta

Exantema cutáneo.



Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 47 años que acude a las Urgencias del centro de salud de la localidad por exantema pruriginoso en tronco y piernas de varios días de evolución. Hacía 8 días había comenzado con fiebre de 38-39°C por lo que acudió a urgencias del hospital donde le realizaron PPCC y le pautaron amoxicilina-clavulánico. A los 4 días posteriores de inicio del antibiótico, ya no presenta fiebre y aparece un exantema con cuadro de malestar general, cansancio y orina colúrica, motivo por el que consulta de nuevo.

- **Anamnesis:** AP: agenesia renal derecha, intolerancia a IBP, en tratamiento crónico con febuxostat 60 mg cada 24 horas.

BEG, exantema morbiliforme pruriginoso en piernas y tronco que respeta palmas y plantas. Faringe hiperémica y exudado blanquecino en ambas amígdalas. No adenopatías laterocervicales. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, RHA conservados. Test estreptococo negativo. Combur test: Sangre+++ , proteínas 30.

Se consulta PPCC realizadas en el servicio de Urgencias del hospital, donde le realizaron radiografía de tórax sin hallazgos patológico, PCR SARS COV 2 negativa y analítica presentando transaminasas elevadas con leucopenia, leve plaquetopenia y PCR elevada.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente adulto monorrrena, sin alergia a Augmentine®, que no mejora con antibiótico y le aparece exantema a los 4-5 días de aparición de la fiebre.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Viriasis, síndrome mononucleósico, eritema infeccioso, alergia a Augmentine® de nueva aparición.

Plan de acción y evolución

Se le suspende antibiótico y se le pauta paracetamol 1 g cada 8 horas. Se solicita analítica con perfil hepático y serología vírica.

Evolución

En analítica con serología presenta enzimas hepáticas elevadas, y Ac IgG citomegalovirus positivos (más de 477), Ig G parvovirus B19 negativo, Ig M parvovirus B19 positivo, CMV Ac IgM negativo, virus de Epstein Barr Ac Ig M negativo. Por tanto, estamos ante un proceso viral, que no requiere antibiótico para su tratamiento.

Conclusiones

Debemos realizar una correcta anamnesis, exploración clínica y revisar antecedentes e historial médico de los pacientes. Así mismo debemos hacer uso de todos los recursos que tenemos. En este caso, el test del estreptococo que es una prueba fácil, barata e inocua hubiera evitado pautar un antibiótico que no era necesario en este caso. Así mismo, la clínica de la paciente y los parámetros analíticos de hipertransaminasemia, leucopenia y trombopenia nos orientan sobre un posible cuadro vírico. Las viriasis producidas por CMV, virus Epstein Barr o por Parvovirus B19 como es este caso, producen clínica común de fiebre, malestar, cansancio, odinofagia y alteraciones analíticas, no necesitan antibiótico para su curación y una analítica con serología nos confirma el diagnóstico.

PALABRA CLAVE

Virus, Fiebre, Exantema.

** La paciente ha dado su consentimiento verbal para la comunicación de este caso clínico.

36. 7/357 INCIDENTAL PERO OPORTUNO

Sara Bolívar Escobar

Médica Residente de MFyC. UDM AFyC. Distrito AP Huelva Costa-condado Campiña. Huelva

Ana Gromyko

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Torrejón. Huelva

Carmen Laura Cruz Molina

Médica Especialista en MFyC. Adjunta. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito

Urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta

Herida de arma blanca.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis

Paciente varón de 59 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin FRCV ni hábitos tóxicos. No enfermedad cardiopulmonar ni otras enfermedades por aparatos y sistemas.

Paciente traído por equipo SUAP a SUH tras recibir 2 heridas de arma blanca (con navaja). Previo a su llegada al hospital se ha administrado 750 cc SSF + 1 g ácido tranexámico + 5 mg fentanilo iv. A su llegada a Urgencias hospitalarias se encuentra hemodinámicamente estable. Presentando varias heridas abiertas incisivas (una centrotorácica, a nivel medioesternal y otra a nivel axilar anterior) que se suturan, se administra toxoide y gammaglobulina antitetánica junto con amoxicilina/clavulánico 2 g iv.

• Exploración

BEG. COC. TA 136/79 mmHg, SatO₂ 99% con GN a 2L, FC 66 lpm.

ACR: rítmica, sin soplos. Si crepitantes, murmullo vesicular preservado. Abdomen: blando, deprimible, no patológico. MMII: no edemas ni signos de TVP, no rash ni livideces.

-Herida incisa centrotorácica medioesternal.

-Herida incisa a nivel axilar anterior. Resto de exploración anodina.

• Pruebas complementarias

ECO-FAST sin signos de sangrado.

-GV: PH7.35, PCO₂ 40.6, HCO₃ 23.7, Na 140, K 3.8, Hb 12.6, gluc 130, lac 1.5.

Analítica sin alteración de parámetros.

TC contraste torácico:

Reticulación y pequeñas burbujas de gas en planos subcutáneos de la región axilar derecha y pared torácica anterior por delante del tercio distal esternal, todo ello indicativo de heridas por traumatismo penetrante (al menos 2 trayectos, una en cada localización descrita).

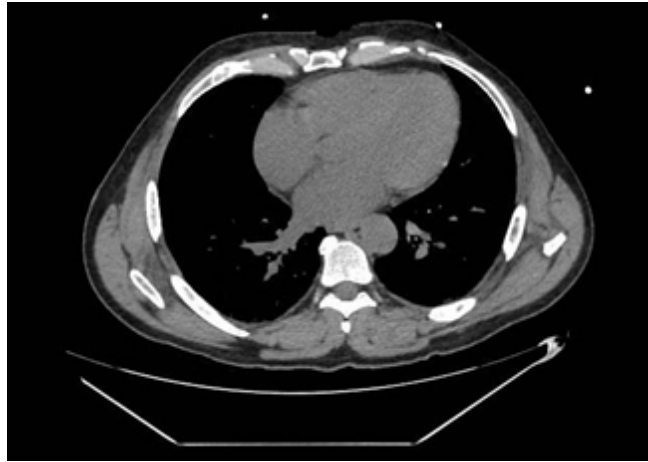
En la región preesternal el gas se sitúa alrededor del tercio proximal del músculo recto abdominal izquierdo, sin sobrepasar la fascia muscular más profunda (sin gas mediastínico ni intraabdominal).

Vía aérea permeable, sin soluciones de continuidad ni roturas. Atelectasias en planos declives de probable origen hipoventilatorio.

No derrame pleural. No neumotórax. Pared torácica sin alteraciones óseas. Abdomen superior incluido sin lesiones reseñables.

Como hallazgo incidental se destaca un nódulo pulmonar sólido espiculado en región subpleural epifrénica del lóbulo inferior izquierdo de 12 mm de diámetro máximo y un volumen aproximado de 760 mm³. No muestra contacto con la superficie pleural. Por su semiología radiológica resulta sospechoso por lo que recomienda valoración mediante PET-TC complementaria.

Heridas por traumatismo penetrante en pared torácica anterior y región axilar derecha sin complicaciones significativas (consideraciones descritas previamente).
Nódulo pulmonar incidental en LII.



PET-TC de Cuerpo Entero (F18.FDG) (14/11/2023). NPS de 12 mm en LII: Cuello-Tórax: lesión pulmonar de bordes espiculados en LII con un diámetro máximo aproximado de 13 mm y captación de FDG (SUVmax 4,03). A considerar como primera posibilidad diagnóstica neoplasia pulmonar primaria.

Lesión de aspecto nodular, milimétrica sin actividad metabólica, en LSD (imagen 76 de la reconstrucción de pulmón), no claramente visible en TC previo, de carácter inespecífico. No se observan otros nódulos ni consolidaciones pulmonares.

Captación de FDG en región hiliar izquierda (SUVmax de hasta 4,03), dado el contexto clínico es sugerente de afectación ganglionar metastásica, a correlacionar no obstante con EBUS si procede.

Discreta captación del radiotrazador en ganglios axilares derechos de probable carácter reactivo a antecedente traumático.

Abdomen-Pelvis:

No se observan LOEs ni depósitos patológicos del radiotrazador en parénquima hepático ni esplénico. Resto sin hallazgos relevantes.

Musculo-esquelético:

No se observan lesiones óseas de aspecto secundario. Captación focal de FDG en musculatura de brazo izquierdo, de probable etiología benigna.

Hallazgos sugerentes de neoplasia pulmonar primaria, como primera posibilidad, con probable afectación hiliar ipsilateral, todo ello con discreta actividad metabólica.



PET-TC de Cuerpo Entero (F18.FDG) (23/01/2024):

Estudio superponible al previo de noviembre del 2023: nódulo pulmonar hipermetabólico en LII sugestivo de neoplasia pulmonar primaria con probable afectación hiliar ipsilateral (a correlacionar con EBUS).

- TC con contraste iv de tórax (09/07/2024):
- Adenopatía interlobar izquierda de aspecto patológico, dado el contexto clínico podría sugerir infiltración neoplásica; sin embargo, dada la intervención quirúrgica reciente no puede descartarse completamente carácter reactivo (poco probable). Se recomienda control estrecho y/o PET TC.

Enfoque familiar y comunitario

Seguimiento para abordar el trauma agudo, así como también las posibles complicaciones a largo plazo, para ello se le proporciona apoyo emocional ya que este trauma puede significar un estrés y ansiedad añadida.

Información sobre su estado de salud acerca del nódulo pulmonar solitario hallado en las pruebas complementarias y resolverle las dudas que le puedan generar.

Planificación al alta para el manejo de su estado de salud, poniendo a su disposición los recursos necesarios.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Traumatismo torácico con varias heridas cutáneas abiertas por arma blanca.

NPS LII.

Diagnóstico diferencial

Hamartoma, neoplasia, granuloma infeccioso.

Plan de acción y evolución

Seguimiento por parte de Neumología con TAC, PET-TAC y Rx de tórax de revisión.

Se comenta con cirugía torácica HUVM, se decide realizar EBUS y nuevo PET.

TAC para dentro de dos meses para reevaluación y volver a comentar. En última revisión: neoplasia pulmonar primaria en LII de 13 mm T1cN1M0. Estadio IIb.

Lesión nodular micro sin actividad metabólica en PET no visualizado en TAC previoMetástasis ganglionar hiliar izquierda a correlacionar con EBUS.

Conclusiones

En este caso clínico ha sido crucial el diagnóstico incidental del nódulo pulmonar solitario para el diagnóstico temprano de la patología que padece el paciente para, en la medida de lo posible, tratar de forma dirigida.

Palabras clave

Nódulo Pulmonar Solitario, Metástasis, Lobectomía.

Bibliografía

- » Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, Bex A. Renal Cell Cancer. EAU guidelines. 2017.
- » MacMahon H, Naidich DP, Goo JM. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society. Radiology. 2017; 284(1): <https://doi.org/10.1148/radiol.2017161659>.

37. 7/315 LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES MENTALES COMPLEJOS

Carmen Arquillos López

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

Inmaculada Cózar García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Gema Isabel Moya Berruga

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Se recibe un escrito por parte del familiar de un paciente psiquiátrico al centro de salud informando de dolencias físicas del paciente que según él no estaban siendo atendidas, reclamando la responsabilidad en el centro de salud, aunque el paciente hacía tiempo no había solicitado cita.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: colecistitis aguda, esquizofrenia. Se niega a tomar tratamiento.

- **Anamnesis:** varón de 58 años diagnosticado de trastorno psicótico, con antecedentes familiares de esquizofrenia, cuyo último contacto con Atención Primaria se realiza en 2014 con motivo del seguimiento de una colecistitis aguda. A partir de finales de 2023 es seguido domiciliariamente por el Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario CH Jaén, unidad perteneciente al equipo de Salud Mental de Jaén.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente vivía solo, sus padres habían fallecido, tiene 2 hermanos, pero no mantenía relación con ellos. Uno de sus hermanos hizo el escrito que llegó al centro de salud.

El equipo de Salud Mental que le seguía recogió en varias ocasiones que el paciente no les atendía y que cuando lo hacía no les permitía estar mucho tiempo en el domicilio. Además, reflejaron en la historia del paciente que la casa no mantenía las condiciones mínimas de higiene, que el paciente tenía problemas de impago con la comunidad y que no hacía gestión de aspectos socio-económicos mínimos. Habían recogido en la historia que el paciente se negaba a cualquier intervención orgánica o social.

Desde el centro de salud se contactó con el hermano del paciente, quien comunicó que había hecho el escrito por si a su hermano le ocurriese algo para que desde Atención Primaria se abordase la salud física del paciente, ya que la mental sí que estaba en manos del equipo de Psiquiatría. El hermano del paciente indicó que no era el tutor legal del mismo, ni deseaba serlo, no se responsabilizaba de la situación de su hermano y dejaba en manos de los servicios públicos los pasos a seguir con su hermano, además, indicó que no quería que se volviera a contactar con él.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trastorno psicótico agudo.

Plan de acción y evolución

Contactar con el equipo de Salud Mental que sigue al paciente para intentar una actuación conjunta.

Comentar el caso con la trabajadora social para intentar abordar la situación social del paciente. Valorar la necesidad y la posibilidad de ingreso involuntario en Salud Mental para el abordaje de

su enfermedad mental y posibles patologías físicas.

Evolución

Al día siguiente de recibir el escrito, se contactó con el Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario CH Jaén que seguía al paciente. Este equipo comunicó que estaban intentando hacer una intervención progresiva menos invasiva y estaban valorando con su entorno familiar la incapacidad del paciente con la correspondiente comunicación a Fiscalía. Por otro lado, aclararon que no encontraban la gravedad física en el paciente que planteaba en el escrito su propio hermano, ya que se de ser así se habrían puesto en contacto con Atención Primaria, pero si es cierto que tampoco se podría descartar ya que no había tenido ningún tipo de seguimiento en los últimos 10 años. Asimismo, se contactó con la trabajadora social quien propuso la posibilidad de realizar intervenciones en otros niveles como la solicitud de orfandad, la revisión del grado de dependencia y/o la activación del Programa de Individual de Atención ya que el paciente tenía valorado un Grado I de dependencia sin recurso resultado desde mayo de 2010.

En la reunión que se mantuvo entre, por un lado, la médico, la enfermera gestora de casos y la trabajadora social del centro de salud y, por otro, la psiquiatra y la enfermera del equipo de intervención de Salud Mental, se planteó la posibilidad de realizar un ingreso involuntario del paciente en la Unidad De Salud Mental, basándose en los supuestos en los que sí está indicado ante la imposibilidad de tratamiento ambulatorio y la posibilidad de daño hacia su persona o terceras personas por encontrarse en brote psicótico no controlado.

El ingreso del paciente se realizó en la Unidad de Salud Mental coordinándose para ello con equipo de Urgencias de Atención Primaria y las Fuerzas de Seguridad. Finalmente, el paciente fue ingresado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Neurotraumatológico de Jaén, allí impresionó de agresividad contenida y mostró una actitud de negación en la entrevista con nula conciencia de enfermedad.

Conclusiones

La Atención Primaria es el eje principal del Sistema Nacional de Salud en nuestro medio, no solo representa el primer contacto del paciente con la Atención Sanitaria, sino el pilar de apoyo de las demás especialidades a la hora de tratar al paciente. En este caso se planteó un abordaje multidisciplinar y conjunto entre los diversos equipos de Atención Primaria, la trabajadora social del centro y el equipo de Salud Mental.

Desde Atención Primaria se coordinó y se llevó a cabo el ingreso involuntario de manera urgente de este paciente ya que él no podía hacerse cargo de sí mismo, tal y como está estipulado en la Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002. Con este caso se plasma la relevancia de las actuaciones de coordinación entre las diferentes especialidades médicas, así como con las Fuerzas de Seguridad, más aún en casos de difícil abordaje. Asimismo, se quiere resaltar la importancia de la toma de decisiones tan complejas como un ingreso en contra de la voluntad del propio paciente pero que conllevan un beneficio para el mismo.

Palabras clave

Trastorno psicótico, ingreso involuntario, abordaje multidisciplinar.

38. 7/307 LA IMPORTANCIA DE LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANEMIA EN PACIENTE FRÁGIL

Carmen Rocío Aguilera Ortiz

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud La Zubia. Granada

Carlos Alberto Cabrera Rodríguez

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de Salud La Zubia. Granada

Josefa Martínez Bordonado

Médico Especialista en MFyC. HAR de Loja. Granada

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Debilidad y cansancio en paciente frágil con múltiples factores de riesgo cardiovascular.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:** paciente de 80 años que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de astenia extrema de semanas de evolución junto con anorexia sin pérdida de peso. No refiere dolor abdominal, pero sí la presencia de heces oscuras. Durante la evolución del cuadro no ha presentado clínica infectiva.
- **Antecedentes personales:**
Hábitos tóxicos: fumador de 5 cigarrillos/día.
FRCV: HTA, DM2 y dislipemia.
Enfermedad Renal Crónica.
HBP.
Trastorno de ansiedad generalizada.
Hipotiroidismo.
Parkinsonismo leve mixto (iatrogénico y vascular).
- **Exploración física en consulta:**
Regular estado general, con palidez y sequedad de piel y mucosas.
Constantes: TA: 127/55 FC 85 lpm Saturación basal: 96%.
ACR: tonos cardíacos rítmico, soplo sistólico. MVC.
Abdomen: blando y depresible. Sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.
RHA conservados.
No se objetivan adenopatías en exploración cervical.
- **Pruebas complementarias solicitadas:**
 - » Analítica de sangre:
Bioquímica: función hepática y renal sin alteraciones (Cr 1.06). Diabetes con buen control metabólico HbA1c 6.3.
Perfil tiroideo: TSH 9.47 Anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa positivos.
Ferrocínica: Hierro 22 Ferritina 11.1 Transferrina 5.5.
Hemograma: Hb 6.9 VCM 79.3 Leucocitos 4050 Plaquetas 225000.
Coagulación sin alteraciones.
Sistemático de orina: sin alteraciones.
SOH positiva.

Dado el nivel de hemoglobina de la paciente se deriva a Urgencias hospitalarias para transfusión sanguínea.

Posteriormente, se vuelve a citar al paciente para ver evolución de la anemia en mes obteniéndose la siguiente analítica de control:

Bioquímica: sin alteración en perfil hepático ni renal (Cr 1.05).

Hemograma: Hb 7.8 VCM 91.4. Leucocitos 3250 con 870 neutrófilos. Plaquetas 149000.

Frotis:

Serie blanca: presencia de 3% de células inmaduras de pequeño tamaño con alteración de relación núcleo/citoplasma. No dismorfias.

Serie roja: anisocitosis con punteado basófilos. Serie plaquetaria: sin agregados.

En este momento, dados los resultados analíticos, se decide derivación de la paciente a:
Hematología: dada la existencia de pancitopenia de carácter arregenerativa se decide realizar PAMO a nivel esternal, cuyo resultado estable el diagnóstico de síndrome mielodisplásico agudo.
Aparato digestivo: se realiza endoscopia alta y baja con los siguientes resultados:
EDA: hernia hiatal de pequeño tamaño.
EDB: divertículos en sigma. Presencia de 2 lesiones angiodisplásicas en colon derecho que son tratadas con argón.



Enfoque familiar y comunitario

Paciente jubilado, de profesión agricultor. Nivel socioeconómico medio. Nivel educativo bajo. Vive en domicilio con su mujer, también jubilada. Ambos conforman un núcleo familiar independiente, pues sus tres hijos ya han abandonado el domicilio. Presentan una muy buena red de apoyo social, los hijos se encuentran muy implicados en el cuidado de los padres.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: causas de anemia microcítica:

Anemia por pérdidas digestivas (SOH negativas).

Anemia asociada a trastornos crónicos.

Anemia arregenerativa por enfermedad de médula ósea.

Juicio clínico: pancitopenia arregenerativa (anemia y neutropenia graves con trombopenia leve) en contexto de Síndrome mielodisplásico agudo.

Plan de acción y evolución

Actualmente nuestro paciente se encuentra en el segundo ciclo de azacitidina 75 mg/m² subcutánea cada 7 días. Por otra parte, ha necesitado transfusiones sanguíneas periódicas por la recurrencia de anemia con valores de hemoglobina inferiores a 8 g/dl.

A nivel de Atención Primaria, nuestro paciente mantiene seguimiento periódico por parte de Enfermería cada 15 días a domicilio debido al deterioro clínico del paciente en relación con el tratamiento hematológico. Por nuestra parte, mantenemos contactos telefónicos mensuales con el paciente y su esposa para conocer su evolución junto con las nuevas necesidades que le puedan ir surgiendo al paciente en su proceso terapéutico.

Conclusiones

La longitudinalidad es una importante ventaja de la Atención Primaria, puesto que nos permite evaluar de manera continua a pacientes cuyos problemas de salud no podemos resolver en un único contacto médico.

Gracias a esta cualidad de la Atención Primaria, nuestro paciente pudo recibir un seguimiento estrecho por nuestra parte, en el cual descubrimos la presencia de una anemia que no mejoraba a pesar de transfusiones y que se iba acompañando de citopenias del resto de series hematológicas, lo que nos permitió poder derivar al paciente a Hematología de manera precoz.

Palabras clave

Anemia, síndrome mielodisplásico, longitudinalidad.

***El paciente ha dado su consentimiento de manera expresa para la realización del caso clínico aquí expuesto.*

39. 7/320 LA PATOLOGÍA OCULTA

Carlos Berger Morrill

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga

Sandra Martín Izquierdo

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Puerta Blanca. Málaga

Resumen

Paciente de 37 años que acude para solicitar analítica de control para su hipotiroidismo. Se descubre en la analítica una anemia ferropénica asintomática. Se completa el estudio, solicitando SOH, Ac antitransglutaminasa y detección de Ag H. Pylori.

Todos los resultados fueron anodinos, excepto un Ac antitransglutaminasa de 325 U/mL. Se realiza teleconsulta con la unidad de Digestivo para valorar la necesidad de gastroscopia para confirmación de celiaquía. Se confirma diagnóstico con la toma de biopsias en gastroscopia, y se instauro tratamiento de por vida de dieta sin gluten con control analítico anual con Ac antitransglutaminasa e IgA.

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Mujer de 37 años de edad que acude a consulta de su centro de salud para control anual de su hipotiroidismo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 37 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes familiares a destacar madre con diabetes mellitus tipo II. Entre sus antecedentes personales destacan hipotiroidismo diagnosticado en enero de 2011 y un aborto en abril 2022. Se encuentra en tratamiento con Eutirox® 75 mg 1 comprimido por la mañana en ayunas. No es fumadora. No consume alcohol ni otros tóxicos.

La paciente acude a consulta para solicitar analítica de sangre de control para su hipotiroidismo y renovación de su medicación habitual. En la actualidad se encuentra asintomática.

En la analítica destaca una Hb 11.5 g/dL, Htco 38,7%, Hierro 13 microgr/dL, Ferritina 4 nanogr/dL y TSH 1.784 microUI/mL. El resto de los parámetros estaban dentro de la normalidad.

Se interroga a la paciente sobre posibles causas de anemia ferropénica. Nos informa que mantiene una dieta equilibrada. No refiere sangrado menstrual excesivo ni presenta hemorroides ni fisuras. No refiere episodios de epistaxis ni otros sangrados.

En la exploración no se encuentran datos de interés. Normocoloreada y normohidratada con buen estado general. Exploración abdominal no dolorosa a la palpación, blando y globulosa, sin masas ni megalias, con maniobras Murphy, Blumberg y Rovsing negativas, sin signos de irritación peritoneal y peristaltismo y ruidos aéreos conservados.

Una vez realizadas la anamnesis y la exploración, se solicitan las siguientes pruebas para estudiar el perfil de anemia ferropénica:

- Analítica sanguínea completa con perfil de anemia ferropénica: Hb 10.1 g/dL, Hierro 13 microgr/dL, Ferritina 4 nanogr/dL.
- Perfil celiaquía con Ac anti Transglutaminasa tisular IgA 325 U/mL.
- Coprocultivo para detección de Ag H. pylori: negativo.
- Sangre oculta en heces: negativa.

Dado los resultados de las pruebas complementarias pedidas, se realiza teleconsulta a la Unidad de Digestivo para solicitud de gastroscopia. Aceptada la solicitud, la paciente es citada para rea-

lizar una gastroscopia con toma de muestras. Se le indica a la paciente que debe seguir realizando dieta con gluten. Los resultados de las biopsias son:

Intestino delgado (biopsia duodenal 2ª porción): fragmentos de mucosa duodenal con marcada inflamación crónica agudizada en lámina propia, hiperplasia de criptas, marcada atrofia vellositaria y presencia de linfocitosis intraepitelial.

Cambios histológicos compatibles con enfermedad celiaca tipo IIIC (clasificación Marsh-Oberhuber).

Intestino delgado (biopsia bulbo duodenal): fragmento de mucosa duodenal con marcada inflamación crónica agudizada en lámina propia y escasa representación de vellosidades duodenales sugestivo de atrofia vellositaria.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su marido e hijo y es independiente para las ABVD y AIVD. Tiene buen soporte familiar, con nivel socio-económico medio. Realiza seguimiento regular de su patología crónica en centro de salud.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Celiaquía que provoca anemia ferropénica.

• Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de una anemia ferropénica incluye:

- » Aporte insuficiente:
 - Lactancia materna exclusiva en mayores de 6 meses.
 - Dietas veganas.
 - Leche de vaca en < 12 meses.
 - Exceso de lácteos en la dieta.
- » Absorción intestinal alterada:
 - Enfermedad celiaca.
 - Infección por *H. pylori*.
 - Resecciones intestinales.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Fármacos antiácidos, inhibidores de la bomba de protones.
 - Diarrea crónica, infecciones por parásitos intestinales.
- » Aumento de pérdidas:
 - Menstruaciones abundantes (metrorragias).
 - Epistaxis de repetición.
 - Pérdidas digestivas aumentadas.
 - Pérdidas genitourinarias o respiratorias.
 - Ejercicio físico intenso.

Plan de acción y evolución

Se informa a la paciente de su patología y que debe seguir una dieta estricta sin gluten. Debe tener cuidado con la contaminación cruzada en el domicilio. Se solicita analítica de control para realizarla dentro de un año tras la retirada de gluten y valorar respuesta de los anticuerpos anti-transglutaminasa.

Así mismo, se le indica que si tuviera alguna sintomatología se debería realizar el control analítico antes.

Además, se le explica que sería conveniente realizar pruebas a familiares de primer grado si comenzaran con sintomatología (diarrea, dolor abdominal).

Evolución

Se vuelve a comunicar con la paciente al mes. Refiere seguir sin síntomas y que ha retirado el gluten de la dieta. Se deja pedido la analítica para control anual.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en la necesidad de estudiar el origen de una anemia ferropénica. No se debe banalizar una patología tan frecuente dada las múltiples causas que la provoca. Por tanto, no se debe ir directamente al tratamiento de un síntoma, sino estudiar e indagar a través de una buena anamnesis, exploración y pruebas complementarias adecuadas para realizar un correcto diagnóstico desde Atención Primaria.

También es de destacar que hay muchas patologías que se pueden resolver desde la Atención Primaria sin tener que derivar a especialistas hospitalarias, gracias a herramientas que están a nuestra disposición como es la teleconsulta y la consulta telefónica con el paciente.

Palabras clave

Anemia, Ferropenia, Celiaquía.

***Consentimiento: la paciente autoriza explícitamente a los autores para que su caso clínico sea publicado, cumpliéndose además las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD).*

40. 7/369 LA PROSTATITIS QUE NO FUE

Marina Cejudo Casas

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Adra. Almería

Juan Manuel García Rodríguez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Adra. Almería

María del Mar Montoya Fernández

Médica Especialista en MFyC. EBAP, UGC Adra. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Lumbalgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- NAMC.
- Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 15 años, previamente 20 cig/día.
- Antecedentes personales:
- Miocardiopatía hipertrófica asimétrica reciente diagnóstico.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Cólicos nefríticos de repetición.
- Intervenciones quirúrgicas: RTU Próstata (Febrero 2024) fractura muñeca derecha.
- Profesión: agricultor.
- Tratamiento médico habitual: bisoprolol 2.5 mg.

• Anamnesis

Paciente varón de 60 años que acude a consulta de Atención Primaria por lumbalgia desde hace 3-4 meses. El dolor no se irradia, atraumático. En un primer momento, se atribuyó a probables prostatitis post RTU en febrero, motivo por el que fue tratado con varios antibióticos; después a sobreesfuerzo laboral, pero aún en reposo continúa con dolor. Desde entonces malestar general, pérdida de unos 10 kg de peso, artralgias y fiebre intermitente vespertina de hasta 38.8°C. No clínica respiratoria, no síndrome miccional. No otra sintomatología. Por este motivo ha acudido en varias ocasiones a los SUH, SUAP y otros especialistas (Reumatología, Urología).

• Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, pérdida de peso con respecto a consultas anteriores. Consciente y orientado. Tª 38.5°C.

- AC. Rítmico, soplo sistólico foco aórtico.
 - CV. Lumbar: dolor a nivel L4-L5, también en musculatura paravertebral asociado a apofisalgia. Marcha de talones y puntillas conservada. El dolor empeora con la flexión.
- Aporta analíticas realizadas en clínicas privadas en la que destaca infecciones urinarias con elevación persistente de PCR, VSG y FR débilmente positivo con ANA 1/160. CCP negativo. HLA B 27 -. Serología a Brucella y Mantoux negativos. Serología a Rickettsia negativos. Urocultivo negativo.

Se solicitan radiografías:

- Rx tórax: ICT < 50 % , no derrames no condensaciones. R Costofrénicos libres.
- Rx lumbar ; no alteraciones radiológicas.

Enfoque familiar y comunitario

• Enfoque familiar

Casado y con 1 hijo independizado, vive con su esposa. Desde hace 4 meses apenas sale del domicilio por la lumbalgia.

Además, abandono de su actividad laboral desde la intervención prostática hace 6 meses, entre el dolor de espalda y la fiebre no puede continuar desempeñando su labor como agricultor en invernadero.

Él era el principal sustentador económico de la familia, actualmente se encuentra de baja laboral y su mujer ha tenido que buscar un trabajo a tiempo parcial como cuidadora de personas mayores. También, por su estado de salud, su mujer se ha convertido en su cuidadora principal, ya que ahora necesita ayuda para muchas actividades básicas de la vida diaria. Aunque tiene amigos, no le apetece salir a realizar actividad lúdico-social, puesto que no quiere que le vean como se encuentra.

- **Estructura familiar:**

Familia nuclear sin parientes próximos (su hijo vive en Barcelona y no tiene relación con resto de la familia de origen).

- **Ciclo Vital familiar:** Fase Fin de Contracción (hace 4 años se independizó su hijo).

- **Acontecimientos estresantes:**

Enfermedad actual, ser dependiente de su mujer, abandono de su puesto laboral, problemas económicos y maritales (Escala Holmes-Rahe 146).

Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		
No AVE=		Puntuación=	

Fuente: De la Revista 1994

- **Repercusiones psíquicas:** trastorno adaptativo. Insomnio.
- **Red social/Apoyo social:** pobre red social (tanto familiar como extrafamiliar) y apoyo percibido (Escala Duke-UNC 20).
- **Capacidad funcional:** familiar disfuncional (APGAR familiar 2.) Refiere no contar con el apoyo de su familia. No existe comunicación entre ellos y prácticamente no están juntos.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnósticos principales: lumbalgia. Fiebre sin foco.

Otros diagnósticos: trastorno adaptativo, insomnio.

Plan de acción y evolución

Derivación a consulta de diagnóstico rápido de Medicina Interna. Ampliación de pruebas complementarias. Ajuste de analgesia.

- **Evolución:**

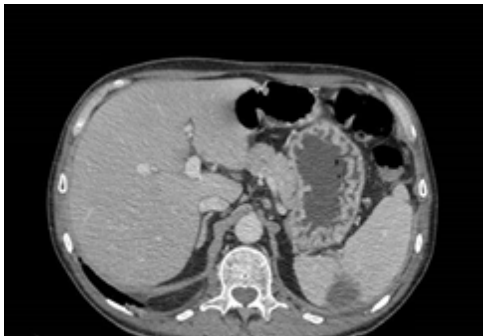
Cuando valoran al paciente en consulta de Medicina Interna, cursan ingreso para estudio realizando varias pruebas:

Hemocultivo: Enterococcus faecalis.

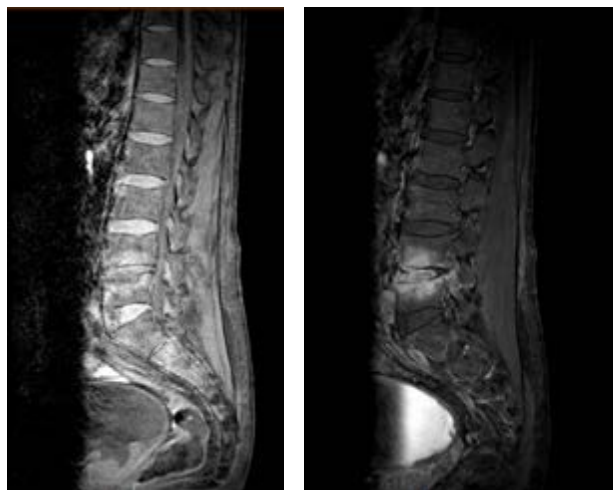
Ecocardiograma: endocarditis sobre velo anterior mitral (a nivel del velo anterior mitral con cuerda rota en su cara auricular presenta vegetación endocárdica 7 x 9 mm que condiciona insuficiencia mitral severa. IT muy leve.

TAC toraco-abdomino-pélvico en el que se objetivan lesiones esplénicas sugerentes de infartos/abscesos.

RMN Columna Lumbosacra: signos de espondilodiscitis L4-L5 naturaleza infecciosa.



Tc Abdominal: Infarto esplénico



RMN Lumbosacra: Espondilodiscitis L4-L5

Tras estar en varias semanas en tratamiento antibiótico iv ampicilina 2 g/4 h + ceftriaxona 2g/12h; se somete al paciente a un recambio valvular por una prótesis mecánica; además seguimiento por rehabilitación que indica deambulación con corsé para evitar posible fractura vertebral. Tras 30 días hospitalizado, el paciente vuelve a su domicilio, continúa realizando fisioterapia en hospital y en centro de salud, permanece con corsé a la espera de valoración por Neurocirugía.

Conclusiones

La espondilodiscitis posquirúrgica aparece 2-8 semanas postcirugía. Es poco frecuente, aunque debe sospecharse ante paciente con dolor en la columna vertebral y elevación de reactantes de fase aguda. Además, ante pacientes con fiebre intermitente sin foco, con factores de riesgo (miocardiopatía, aparición de soplo...) resulta primordial sospechar endocarditis, para evitar complicaciones fatales.

Como médicos de familia es importante que desempeñemos una labor biopsicosocial para abordar los problemas del paciente entendiéndolos como individuos y como seres que viven en una sociedad. Preocuparse por comprender la situación socio familiar del paciente, nos puede ayudar a entender los procesos tanto como la evolución de sus patologías.

Palabras clave

Espondilodiscitis, Endocarditis, Fiebre.

41. 7/351 LA SOMNOLENCIA NOS PRODUJO INSOMNIO

Manuela Martínez Álvarez

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

María Ángeles Yélamos Lorente

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

José Miguel Cerón Machado

Médico especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud Zaidín Sur. Granada

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Somnolencia diurna.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- **Anamnesis:** varón de 49 años que consulta telefónicamente por excesiva somnolencia diurna. Refiere que en varias ocasiones se ha quedado dormido en su trabajo con bastante facilidad, le ocurre desde hace mucho tiempo. Hace unos días, casi tiene un accidente con el coche porque se quedó dormido conduciendo. Trabaja de ayudante de cocina. Es roncador, su pareja le ha comentado que tiene pausas de apnea por la noche.

Además, comenta polidipsia y cansancio extremo. Consume 3 - 4L de cerveza diarios, en ocasiones mezclándolo con alcoholes destilados. Vemos que a las dos últimas citas no ha acudido, y no tiene medicación activa en su historial.

Antecedentes personales: obesidad mórbida (IMC 48,32), HTA, dislipemia, DM tipo 2. Hábitos tóxicos: no fumador. Consumo de alcohol, de 3 - 4L de cerveza alternando con alcoholes destilados diarios.

-Exploración: aceptable estado general, consciente y orientado. Normohidratado y normoperfundido. obesidad mórbida (IMC 48,32).

Constantes: saturación de oxígeno 95%, TA 160/110, FC 87 lpm.

ACR: arrítmico, sin soplos. MVC sin ruidos respiratorios patológicos.

MMII: sin edema ni signos de TVP.

• Pruebas complementarias:

1. Analítica: hemoglobina glicosilada 12,5%, con glucemia basal 239 mg/dl. FG 85 mL/min. Hipertansión moderada. Ionograma normal. TSH en rango. Perfil lipídico alterado, con colesterol total 203, LDL 124, HDL 59, triglicéridos 100. Cociente albúmina/creatinina 244 mg/g. Hemograma con aumento de hemoglobina (Hb 18,2 g/dl); y hematocrito 53,2%. Fórmula leucocitaria y plaquetaria normal.
2. ECG: arrítmico a 100 lpm, sin otras alteraciones de la repolarización.
3. Test de Epworth: 24 puntos.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su pareja, tiene una economía modesta. Además, ayuda en otro núcleo familiar.

A nivel comunitario, un mal control de los factores de riesgo cardiovascular tiene un gran impacto en la población. Concretamente en este paciente, a raíz de un síntoma, como es la somnolencia diurna, nos damos cuenta de la mala adherencia terapéutica al tratamiento que ha descompensado sus patologías de base. Además, el mal control de los FRCV tiene relación directa con la descompensación y la aparición de nuevas enfermedades, lo que impacta a nivel laboral en el paciente.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

SAOS grave.

- **Diagnóstico diferencial**

Síndromes de hipoventilación alveolar, narcolepsia, mioclonías nocturnas, problemas derivados de mala higiene del sueño y/o abuso de medicación u otras sustancias tóxicas (alcohol, consumo de benzodiacepinas u otros hipnóticos del SNC, insomnio...), síndrome de fatiga crónica, hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca, asma bronquial, ERGE, síndrome de piernas inquietas o epilepsia nocturna.

- **Listado de problemas:**

-Obesidad, DM tipo 2 mal controlada, HTA, dislipemia y Fibrilación auricular (CHADS2-VASc: 2 puntos).

Plan de acción y evolución

En el primer contacto, y dada la sospecha de SAOS se opta por baja laboral con seguimientos programados en la consulta. Además, se deriva a Neumología (trastornos del sueño), y control analítico. Para los resultados, se cita presencialmente para explicar el tratamiento y hacer un abordaje integral de las patologías crónicas. Se inicia insulinoterapia con insulina basal, metformina 850 mg/8 h, simvastatina 40 mg/24 h y al inicio se pauta AAS 100 mg /24 h.

El paciente no es cumplidor con la totalidad del tratamiento, por lo que ante la mala adherencia terapéutica se hace abordaje con el familiar y el paciente en la consulta, desde el punto de vista biopsicosocial y haciendo hincapié en el control de los FRCV en una persona joven. Se opta por una única presentación para control de tensión arterial, con Olmesartán® 40 mg/amlodipino 10 mg/hidroclorotiazida 25 mg una vez al día, junto con doxazosina 8 mg, consiguiendo control de TA. Consigue control de la dieta, sin reducción de peso relevante y reduce el consumo de alcohol, pero no pide ayuda a Centro de Drogodependencias. Intercurrentemente, durante el seguimiento de incapacidad temporal en una visita, se detecta fibrilación auricular con indicación de anticoagulación. Se realiza estrategia de control de frecuencia, valorándolo posteriormente Cardiología. Igualmente, durante el proceso tiene rotura del tendón cuadriceps de causa traumática y probablemente también degenerativa, que requiere de intervención quirúrgica, alargándose el proceso de baja laboral.

Por otra parte, la analítica de control a los 7 meses, muestra disminución de hemoglobina glicosilada en 5 puntos con respecto a la previa, mejoría de valores de transaminasas y mejoría del cociente albúmina/creatinina. También normalidad en el hemograma, con lo cual se suspende AAS.

Conclusiones

El control de los FRCV es muy importante. En este caso, a raíz de un síntoma se detectan patologías que podrían ser reversibles si se controlan los FRCV. Especialmente en pacientes diabéticos, es importante hacer hincapié en controlar la glucemia, la HTA y el LDL tal y como aparecen en las principales guías clínicas. Igualmente es importante, seguir una dieta variada y equilibrada y la realización de ejercicio físico. Desde Atención Primaria tenemos la oportunidad de realizar actividades preventivas cambiando el estilo de vida y controlando los factores de riesgo cardiovascular para prevenir patologías más graves.

Palabras clave

Factores de riesgo de enfermedad cardíaca, somnolencia, continuidad de la atención al paciente.

42. 7/339 LA TELECONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿AYUDA?

María del Carmen Pinilla González

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

David Óscar Castillo Burgos

Médico especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

Sofía Pallarés Padrón

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Dolor torácico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- Paciente mujer de 54 años con los siguientes antecedentes:
- Fumadora.
- DLP sin tratamiento.
- Estudiada en Cardiología en 2021 por dolor torácico que se categorizó como mixto sin lesiones arteriales objetivables.

En este momento, acude a nuestra consulta por dolor torácico de unas 3 semanas de evolución irradiado hacia hombro izquierdo, derecho y región dorsal, con sensación de quemazón. Disnea asociada que se exacerba con el ejercicio que realiza.

• Exploración física

Paciente con buen estado general, BHYP, eupneica en reposo.

TA 110/55 mmHg FC 56 lpm SatO₂ 93% sin aportes. Afebril.

ACP: rítmica sin soplos audibles, a buena frecuencia. MVC sin ruidos sobreañadidos.

MMII: no edemas ni signos de TVP.

• Pruebas complementarias

Solicitamos analítica sanguínea sin datos reseñables excepto Col 224 con LDL 148. EDM: Tn I <2. En el ECG en la consulta se aprecia BIRDHH no conocido sin otros hallazgos (en 2021 fue estudiada en Cardiología por episodio similar que catalogaron como dolor torácico mixto con cateterismo normal).

Rx tórax: ICT normal. No patología aguda ósea. Senos costofrénicos libres. No infiltrados ni condensaciones aparentes, aunque leve aumento de trama vascular presente en previas (2021).

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial

Como diagnósticos a tener en cuenta con esta paciente asumimos los siguientes: SCA, angina inestable, Insuficiencia cardíaca congestiva.

Plan de acción y evolución

• Actuación

Dada la clínica de la paciente y antecedentes cardiológicos de la paciente se sospecha una angina estable. Iniciamos tratamiento con metoprolol a dosis de 100 mg/12 h y AAS 100 mg/24 h y realizamos teleconsulta a Cardiología.

• Resultado teleconsulta

Por su parte, revisaron la historia donde ya se apreciaba en 2021 en TAC coronario que realizaron una placa excéntrica y calcificada en la ADA sin causar estenosis. Dan cita a la paciente. Para nueva valoración clínica y ampliar pruebas complementarias si fuese necesario.

Realizaron angioTAC donde se visualiza estenosis de ADA aproximadamente 30%. Ajustaron la medicación y se encuentra en revisiones tanto por AP como Cardiología.

Conclusiones

Como conclusión, la teleconsulta entre Atención Primaria y Cardiología ha demostrado ser una herramienta crucial en este caso, permitiendo una rápida coordinación y toma de decisiones que probablemente evitaron complicaciones mayores. El acceso inmediato a la revisión por parte de especialistas hospitalarios y la posibilidad de ajustar el tratamiento de forma temprana, no solo optimizaron el manejo de la paciente sino, que también redujeron el riesgo de hospitalización y complicaciones asociadas.

Además, esta modalidad de consulta favorece una continuidad asistencial más efectiva, asegurando que el paciente reciba un seguimiento adecuado tanto en Atención Primaria como en la atención especializada. Esto no solo mejora los resultados clínicos, sino que también incrementa la satisfacción del paciente y su calidad de vida.

En resumen, la teleconsulta refuerza la integración entre los distintos niveles de atención sanitaria, permitiendo así una gestión más ágil y eficiente de los casos complejos, como el dolor torácico y contribuyendo a un enfoque más preventivo y menos reactivo en la atención. Médica.

Palabras clave

Dolor torácico, teleconsulta, cardiología.

43. 7/360 LESIONES ULCEROSAS SUBMAMARIAS, AXILARES Y EN BRAZOS CON CICATRIZ ESTRELLADA

Isabel María Barrionuevo Artero

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de La Mojonera. Almería

Cristina María Robles Mateos

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud La Mojonera. Almería

Ámbito

Atención primaria y hospitalaria. Medicina interna.

Motivo de consulta

Lesiones ulcerosas crónicas no especificadas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 60 años, natural de Senegal, que se encuentra en España desde 1994. No ha vuelto a su país desde entonces.

Sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos.

Factores de riesgo cardiovascular: obesidad, hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, de muy buen control en la actualidad. Niega otros antecedentes ni intervenciones quirúrgicas previas.

Acude a consulta por lesiones que aparecieron hace 2 meses aproximadamente. Cuando se inician le molestan, y posteriormente, cuando se secan, le provocan un dolor intenso. Presenta lesiones submamarias (aunque no en el pliegue), en brazos y axilas. Las lesiones se ulceran y algunas presentan algo de necrosis, bordes rojizos ligeramente sobreelevados y parece que curan con cicatriz estrellada.

Acude a consulta con mucho dolor. Se encuentra afebril, la tensión arterial es de 143/94 mmHg, SatO₂ 97%. La auscultación cardiopulmonar es rítmica sin soplos, con murmullo vesicular conservado, salvo hipoventilación bibasal. Aparentemente sin hematuria, ni hemoptisis. No edemas.

Se prescribe en consulta Cloxacilina y ozenoxacino tópico y se deriva a Telederma, aportando fotos macroscópicas y con dermatoscopio de las lesiones.



Ante la extensión de las lesiones, se explican a la paciente signos de alarma por los que acudir a Urgencias (en caso de fiebre, dolor que no cese ante analgesia, progresión de lesiones a otras zonas).

Enfoque familiar y comunitario

Acude a consulta sola, entiende y habla español, aunque la paciente no sabe explicar bien la evolución del cuadro. Vive con su marido y sus hijos, asintomáticos. Trabaja como envasadora en un almacén. Buen autocuidado. Muy buen control diabético, cumple correctamente con el tratamiento y los controles.

Plan de acción y evolución

Acude a Urgencias en una primera ocasión debido a la persistencia del dolor, donde se indicó continuar con el tratamiento prescrito desde Atención Primaria, sin realizar ninguna prueba complementaria adicional.

Días después, reconsultó en el servicio de Urgencias, donde se realizó analítica con glucemia y función renal normal, GOT 110, GPT 56, PCR y PCT normal, 3700 leucocitos con fórmula anodina. Radiografía de tórax con cardiomegalia, derrame pleural izquierdo y posible infiltrado intersticial bilateral (asintomático, se completará el estudio con pruebas funcionales respiratorias de manera ambulatoria).

Se decidió ingreso a cargo de Medicina Interna, que realizó analítica de perfil inmune con PCR, complemento e Igs normales; VSG 48 mm/h; Crioglobulinas, ANCA, ANA, antiDNA/ENA/antiCCP negativos; perfil infeccioso con VIH, VHC, sífilis negativas; AntiHBc positivo aislado, no se detecta carga VHB. Mantoux 0mm con IGRA indeterminado. Esquistosoma y Strongyloides negativos.

Se realiza biopsia cutánea con hallazgos sugestivos de dermatitis perforante de carácter reactivo con sobreinfección fúngica. No signos microscópicos sugestivos de vasculitis. A correlacionar con clínica, serologías e inmunidad.

Se administra amoxicilina-clavulánico empírico con nula mejoría. Tras la biopsia que apoya origen inmune, se inician bolos de metilprednisolona 125 mg durante 3 días. A las 48 horas las lesiones presentan clara mejoría. Ante esto se decide alta a domicilio con seguimiento ambulatorio.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se plantea un origen inmune del cuadro, debido al buen control de la diabetes y a la ausencia de foco infeccioso (no fiebre ni aumento de temperatura), sugestivo de vasculitis cutánea de pequeño vaso. El infiltrado intersticial tipo NINE posiblemente se encuentre asociado al cuadro inmune. Actualmente en estudio con posible diagnóstico de Granulomatosis con Poliangeitis vs Poliangeitis Microscópica.

Se realiza diagnóstico diferencial con intertrigo (no afecta a pliegues mamarios) y con fascitis necrosante (larga evolución del cuadro y parámetros analíticos dentro de la normalidad).

Conclusiones

Cabe destacar la importancia en este caso de explicar correctamente los signos de alarma por los que acudir a Urgencias para un estudio más extenso de la patología, conociendo las limitaciones, en cuanto a pruebas complementarias se refiere, de la Atención Primaria. Por otra parte, es importante resaltar la necesidad de profundizar en los estudios realizados con el objetivo de conocer una patología de base que pueda tener una repercusión en el organismo de mayor gravedad.

Palabras clave

Úlcera, vasculitis, inmunidad.

44. 7/359 LO QUE ESCONDE UNA HIPOACUSIA

Nuria Sánchez Batanero

Médica Residente de MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga

Nuria Segura Domínguez

Médica Especialista en MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga

Luis Francisco González Becerra

Médico Residente de MFyC. Centro de salud El Cónsul. Málaga

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Hipoacusia derecha.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 81 años que acude en varias ocasiones a la consulta de su médico de familia por hipoacusia derecha, con sensación de plenitud ótica y otalgia recidivante.

Entre sus antecedentes destacan:

No alergias medicamentosas conocidas.

No hábitos tóxicos.

Factores de riesgo cardiovascular: dislipemia e hipertensión.

Antecedentes personales: mieloma múltiple, neoplasia mucinosa papilar intraductal, adenocarcinoma de útero bien diferenciado, síndrome de Sjögren, fibrilación auricular paroxística y glaucoma.

Tratamiento habitual: apixabán 2,5 mg, amlodipino 5 mg, rabeprazol 20 mg, Kreon® 25000 U, flecainida 100 mg.

Durante la exploración física no se detecta ninguna alteración en la zona periauricular, como tumefacciones, cambios de coloración u otras lesiones. Se realiza otoscopia sin encontrar anomalías llamativas a nivel de oído medio o en conducto auditivo externo. Ante la sospecha de una ototubaritis que pudiera explicar la clínica de la paciente, se decide iniciar mometasona nasal.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente, enfermera jubilada, es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero vive con una cuidadora que le facilita el desarrollo de las tareas. Tiene un buen entorno familiar con apoyo por parte de sus tres hijos que viven en su misma ciudad y la visitan a menudo. En los últimos años su estado general se ha visto deteriorado tras el diagnóstico del mieloma múltiple, aunque, aun así, la paciente permanece animada y sale de vez en cuando a pasear con una amiga.

A pesar de ser valorada por distintos especialistas del ámbito hospitalario, siempre consulta con su médico de familia para valorar su opinión y tomar una decisión conjunta, depositando su confianza en nosotros.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Tras descartar otras causas como otitis media, otitis externa, perforación timpánica, enfermedad de Ménière o reacción adversa de algún medicamento, se sospechó que la paciente podía padecer una ototubaritis que justificara la pérdida de audición temporal y la otalgia.

Plan de acción y evolución

Tras la persistencia de la sintomatología después de un mes de tratamiento se decide hacer interconsulta con Otorrinolaringología para solicitar valoración junto a realización de TAC de cráneo y cuello, como pruebas complementarias.

Coincidiendo con la cita la paciente empieza a presentar una tumefacción a nivel de arco cigomático malar de hemicara derecha, aparentemente adherido a planos profundos, así como una masa violácea que ocupa cara anterior del CAE y lo oblitera parcialmente.

- **Resultados de pruebas complementarias:**
 - » **TC de cráneo y cuello:** masa expansiva en fosa pterigomaxilar derecha.
 - » **Biopsia de la lesión:** neoplasia de células plasmáticas IgA lambda compatible con Mieloma Múltiple.



Dado el carácter invasivo de la lesión se decide radioterapia con carácter paliativo sobre la misma. Desde el servicio de Hematología, considerando la situación de la paciente, se descarta tratamiento intensivo y se valora con ella continuar con la siguiente línea de tratamiento para el mieloma múltiple que padece.

Conclusiones

Es necesario llevar a cabo un abordaje multidisciplinar para un correcto seguimiento y tratamiento de esta paciente. Desde el punto de vista de la Atención Primaria, el caso se orientó a pensar en la principal posibilidad diagnóstica. En este caso, el correcto seguimiento que se hizo pudo llevar a detectar la lesión, pero se refleja la incertidumbre que vivimos a veces en las consultas de primaria.

Cabe destacar la importancia que tienen los antecedentes patológicos de cada uno de los pacientes y como pueden influir en su cuadro actual, aplicando así el razonamiento clínico.

Por último, incidir en el papel que juegan los médicos de familia en el seguimiento y acompañamiento de los pacientes, con enfoque biopsicosocial, en situación de neoplasias en estadios avanzados, tratando de garantizar el máximo confort y apoyo a la paciente y a sus familiares.

Palabras claves

Hipoacusia, mieloma múltiple, otalgia.

45. 7/362 NO ES SOLO UNA FRACTURA DE CADERA

M^a del Mar Montoya Fernández

Médica Especialista en MFyC. EBAP, UGC Adra. Almería

Marina Cejudo Casas

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Adra. Almería

Francisco Javier Pérez Romera

Médico Especialista en MFyC. EBAP, UGC Adra. Almería

Ámbito

Atención primaria y domicilio.

Motivo de consulta

Fractura de cadera.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

*Antecedentes personales: hombre de 64 años, fumador (actualmente 1 paquete al día). Hipertensión tratada con enalapril 20 mg. No otra medicación/patología.

Anamnesis: acude a consulta su mujer refiriendo que hace una semana tras caída accidental sufrió una fractura en la cadera izquierda, siendo operado con colocación de prótesis completa. Trae informe en el que se le indica analgesia (paracetamol y metamizol) y anticoagulación profiláctica (enoxaparina cada 24 horas/15 días). Se acuerda visita domiciliaria con enfermería

Exploración: paciente consciente y orientado. Herida post-intervención en buen estado. Movilización dolorosa pese a la analgesia indicada al alta (EVA basal 5 y EVA 8 a la manipulación). Varios hematomas evolucionados.

Enfoque familiar y comunitario

Contextualización: se les propone realización de entrevista familiar explicándole la razón de ésta, así como su utilidad.

Casado y con 2 hijos independizados, vive con su mujer y su madre de 93 años (diabética insulinodependiente y enfermedad de Alzheimer). Desde hace 2 años encamada-Barthel 0 puntos) en casa de planta baja en barrio de clase media de la localidad.

En paro desde hace 7 años (camarero), se dedica al cuidado de su madre desde que hace 5 años acordó con su hermano que se fuera a vivir con ellos.

Económicamente cuentan con el sueldo de su mujer (limpiadora en un banco) así como una ayuda gubernamental dentro de la ley de dependencia y de la pensión de su madre (pactó con su hermano que la pensión la gestionaría él a cambio de cuidarla).

Nunca sale de casa, ha de cuidar de su madre (sólo sale para gestiones en las que no puede representarlo su mujer). No se perdonaría que le pasara algo a su madre. Niega tener amistades ni participar en ninguna actividad lúdico-social.

Estructura familiar: familia nuclear con parientes próximos (sus hijos y familia de origen viven en la localidad) y un ampliado familiar (madre).

Ciclo Vital familiar: fase fin de contracción (hace 4 años se independizó su último hijo).

Acontecimientos vitales estresantes: enfermedad actual de él, avance de la enfermedad/grado de dependencia de su madre, situación económica delicada y tensa relación marital (Escala Holmes-Rahe 170).

Repercusiones psíquicas: trastorno ansioso-depresivo (Escala de Golberg Ansiedad 4 puntos / Depresión 4 puntos). Tabaquismo.

Repercusión orgánica: mal control tensional, gran dependencia tabáquica, EPOC mal tratado y seguido. No actividad física.

Red social/apoyo social: pobre red social de primer y segundo orden (tanto familiar como extra-familiar). Pobre apoyo social percibido (Escala Duke-UNC 19).

Capacidad funcional: familia disfuncional (APGAR familiar 2 puntos). Refiere no contar con el apoyo de su familia. No existe comunicación entre ellos y prácticamente no están juntos.

Test de Zarit (como cuidador): 78 puntos. El paciente presenta un alto nivel de sobrecarga como cuidador de su madre, intensificándose a raíz de verse limitado. Su hermano está viniendo para la comida, medicación y aseo; por esta ayuda le reclama parte de la pensión (perjudicando el equilibrio económico familiar). Su mujer argumenta que no puede con su trabajo y el cuidado de él.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Diagnósticos principales: fractura de cadera. Situación de claudicación familiar.
- Otros diagnósticos: trastorno ansiedad-depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión, hábito tabáquico.

Plan de acción y evolución

• Como paciente:

Desde un abordaje multidisciplinar con enfermería y fisioterapeuta atendiendo la opinión y sugerencias del propio paciente y cuidadora (esposa) se confecciona plan de actuación y seguimiento personalizado. En respuesta a su principal demanda (dolor y saber cuándo retomar su rutina) se procede a ajustar la medicación analgésica y se gestiona fisioterapia domiciliaria.

Se inicia curas de la herida, control tensional y estudio de EPOC (grupo A de la GOLD) iniciándose tratamiento broncodilatador.

Se realiza consejo antitabáquico individual (con medicación) infructuoso a día de hoy, así como revisión vacunal y consejo dietético.

• Como cuidador:

En colaboración con trabajadora y enfermera gestora de casos se gestiona respiro familiar con ingreso en residencia.

Se realiza revisión del grado de dependencia y de las prestaciones que está recibiendo.

Se incluye dentro de grupo de cuidadores con participación en actividades de prevención/ promoción de la salud.

• Evolución:

A las dos semanas de estar en casa se consigue la institucionalización de su madre de manera temporal (dos meses).

El paciente recibe fisioterapia en su domicilio durante una semana y posteriormente en la sala del centro de salud, pasando de estar en cama a deambulación sin necesidad de apoyo en un mes.

Al no tener que estar pendiente del cuidado de su madre, el paciente ha comenzado a retomar actividades con la comunidad: participación en grupo de cuidadores (en donde entre otros se le instruye en el uso de la insulina y en técnicas de movilización), asistencia a taller de inhaladores, salidas sociales con su esposa y antiguos amigos...

Se ha revisado grado de dependencia de su madre (de II pasa a grado III) y se ha acordado que renuncie a la ayuda económica que estaba recibiendo a favor de que un cuidador formal acuda 94 horas al mes y se le ha gestionado ayuda económica dada su situación de mayor en paro con

46. 7/330 ¡OJO ANTE SÍNTOMAS DE ALARMA! LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Galache Reboloso

Médica Residente de MFyC. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga

Ignacio Marín Serrano

Médico Residente de MFyC. CS Villanueva del Rosario. Málaga

Montserrat Fontalba Navas

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud de Villanueva del Rosario. Málaga

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Resultados analíticos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. Fumador activo de 5-6 cigarrillos/día. Ingesta de alcohol de 0.5 l cerveza al día. No diagnosticado de HTA, ni dislipemia, ni DM. Intervenido de hernia inguinal derecha en 2006 y de izquierda en 2014; además de fístula perianal y de cadera derecha. Entre los antecedentes familiares destacar a madre y padre que sufrieron ictus con 70 y 50 años respectivamente.

• Anamnesis

Paciente varón de 64 años que acude a consulta de Atención Primaria para valoración de resultados analíticos solicitado previamente por problemas digestivos. Se entrevista al paciente detenidamente y nos cuenta que desde hace 4-5 meses presenta alternancia de diarrea y estreñimiento con sangrado en algunas deposiciones, sin coágulos, pero asociado además a la pérdida de peso de unos 10 Kg durante este periodo; le ha llevado incluso al cambio de talla en la ropa. No pirosis ni regurgitación, no vómitos, ha disminuido la ingesta, aunque continua con buena tolerancia oral.

• Exploración física

En general buen aspecto, bien hidratado y perfundido, buena coloración, eupneico. Presentaba un abdomen blando y depresible, ligera molestia a la palpación en hipocondrio derecho, no impresionaba de hepatomegalia. Dolor en FII a la palpación sin signos de irritación peritoneal, no se palpaban masas. Al realizar el tacto rectal presentaba esfínter normotónico, hemorroides externas sin signos de complicación, no se palpaban masas o nodulaciones, restos de heces marrones sin sangrado.

• Pruebas complementarias:

- » Análisis de sangre: Hb 13, Hto 40%, VCM 87.3, plaquetas 244000, leucocitos 9370. Glucosa 185, creatinina 1.15, FG 64. Colesterol 154, TG 63, FA 119, GGT 67, BT 0.88. Hierro 47, Ferritina 136.1, Transferrina 280. PCR 19.9.
- » Sangre Oculta en Heces (SOH 3 muestras): 0 - 3,4 - 200.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Vive solo, aunque en este momento se ha ido a vivir con una hermana y su sobrina. Tiene una hija, pero vive en el extranjero. Actualmente está desempleado. Ha trabajado previamente en hostelería y en el campo.

Juicio clínico (listado de problemas, diagnóstico diferencial)

Listado de problemas: síndrome constitucional. Neoplasia Colorrectal (adenocarcinoma estenosante de recto con metástasis pulmonares, hepáticas y ganglionares). Hipotiroidismo subclínico. Glucemia basal alterada.

Diagnóstico diferencial: neoplasias digestivas (cáncer colorrectal, cáncer de estómago). Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).

Plan de acción y evolución

En el Área Sanitaria Norte de Málaga contamos con una consulta de diagnóstico rápido (CDR) llevada a cabo por el servicio de Medicina Interna, por lo que interconsultamos ese mismo día con ellos dado el cuadro constitucional del paciente y los resultados de las pruebas complementarias. Señalar que quedaría por nuestra parte además el seguimiento de FRCV (glucemia basal alterada) aunque nos centramos en este momento en la clínica más importante.

Evolución

Seis días después de nuestra primera consulta en AP, el paciente es valorado en la CDR de Medicina Interna. Se solicita nueva analítica de control, colonoscopia y TC de tórax y abdomen. En la colonoscopia describen: "neoplasia estenosante de recto. Exploración incompleta. Biopsias". En estudio de extensión: "hallazgos radiológicos sugestivos de neoplasia de recto superior con MTS pulmonares, hepáticas y ganglionares. Dudosa suprarrenal. Oclusión de un segmento de 15 mm de la arteria ilíaca común derecha, en su origen."

Posteriormente desde el Comité de Tumores se decide colocación de endoprótesis de recto en Hospital Regional de Málaga. Durante su ingreso no hay complicaciones, excepto por cifras tensionales altas, con buena respuesta a doble terapia antihipertensiva.

Valorado por Oncología, donde se decide el plan terapéutico: "estado a priori paliativo, salvo excelente respuesta en cuyo caso se presentará el caso en comité para valorar cirugía. Candidato a esquema FOLFOX - Cetuximab en 1º línea".

Volvemos a captar al paciente en nuestra consulta de AP para realizar valoración y seguimiento del proceso. En una primera ocasión, llamamos al paciente y muestra su deseo de acudir a consulta presencial. Viene acompañado por su hermana. Nos refiere muy buen estado anímico; comenta sentirse muy agradecido por la rápida actuación que se produjo desde nuestra primera valoración. Se ha administrado la primera sesión de quimioterapia, encontrándose con apetito conservado, sin náuseas. Tiene buen hábito intestinal, con normalización de la coloración de las heces postquirúrgica. En una segunda ocasión, acudimos a su domicilio para abordaje de necesidades: se encuentra viviendo en un hotel regentado por su hermana, con buena cobertura de necesidades básicas y apoyo social. Sigue animado y niega precisar ayuda psicológica. Acordamos continuar seguimiento estrecho desde Atención Primaria.

Conclusiones

Como médicos de Atención Primaria y Comunitaria debemos de estar siempre alerta ante posibles signos de alarma en nuestros pacientes. En nuestro caso se trataba de un cupo nuevo, por lo que, para conocer lo mejor posible a nuestros pacientes, debemos pararnos todo lo necesario a realizar una buena anamnesis y exploración con un abordaje integral a todos aquellos que así lo precisen.

El síndrome constitucional supone la asociación de las tres A: Astenia, Adelgazamiento (involuntario) y Anorexia. De ellas, el núcleo fundamental lo constituye el adelgazamiento involuntario. Se considera clínicamente significativo la pérdida de peso (tejido graso y a veces acompañado de disminución de masa muscular) involuntario de más del 2% en un mes, más del 5% en tres meses o más del 10% en seis meses.

Entre las causas más comunes de pérdida de peso no intencionada se encuentran: las neoplasias (16-36%), Gastrointestinales (6.19%) y Endocrinas (4-11%). Los algoritmos o guías de actuación orientan a la aproximación diagnóstica, pero debe ser nuestra sospecha clínica y rápido estudio y derivación lo que más ayuda al paciente.

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

Palabras claves

Neoplasia colorrectal (colorectal neoplasms), sangre oculta (occult blood), pérdida de peso (weight loss), cuidados paliativos (palliative care).

47. 7/322 OJO ROJO ¿SOLO CONJUNTIVITIS?

Alma Isabel Cruz Briega

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Cristina Durán García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Manuel Gavilán Martínez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla

Ámbito

Urgencias de atención primaria.

Motivo de consulta

Ojo rojo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 27 años. NO RAMc. Rinoconjuntivitis alérgica. Usuaria de LDC mensuales, aunque alarga el pack algo más de 30 días. Las utiliza en piscina y playa. Buena higiene de manos previa al uso.

Valorada en Urgencias de centro de salud por ojo rojo sin alteración de la agudeza visual. Hiperemia conjuntival con blefaroespasma y epifora sin secreciones. Se establece juicio clínico de conjuntivitis vírica y se pautan corticoides y antibióticos oftálmicos para reducir inflamación y prevenir sobreinfección.



A los 2 días reconsulta por pérdida de agudeza visual y empeoramiento clínico. A la exploración se aprecia inyección conjuntival, opacidad corneal e hipopión de ojo derecho. No dolor asociado. Se deriva a Urgencias de hospital para valoración por Oftalmología.

Valorada con lámpara de hendidura, se visualiza absceso centrocorneal redondeado de 5x5 mm de diámetro con el resto de la córnea deslustrada e hipopión de 1 mm en cámara anterior, pérdida completa de agudeza visual. Mantenía diferenciación de luz. Ojo izquierdo sano.

Se extraen hemocultivos y exudado oftálmico. Se analizan lentes de contacto y líquido portalentillas, detectándose crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*. Se realizan controles con reevaluación diaria.

Enfoque familiar y comunitario

Actualmente trabajando en una tienda de fotografías mientras estudia un Máster de profesorado. Vive con sus padres. Buena relación con ellos y con una hermana.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- Diagnóstico diferencial:

OJO ROJO							
NO DOLOROSO				DOLOROSO			
NO MOLESTA	MOLESTIA (CE)			PUPILA MIDRIÁTICA	PUPILA MIÓTICA		
HIPOSFAGMA	CONJUNTIVITIS			GLAUCOMA AAE	TIÑE CON FLUO		NO TIÑE
	BACT	VIR	ALER		QUERATITIS		UVEITIS ANT
					VIR	BACT	FIS QUI

- Juicio clínico: absceso corneal ojo derecho por Pseudomona aeruginosa.

Plan de acción y evolución

Tras 5 días de ingreso presenta recuperación parcial de agudeza visual (0.2), mejoría clínica. Alta con antibioterapia domiciliaria y revisión en consultas externas de Oftalmología.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta las diferentes patologías que pueden originar OJO ROJO, así como los antecedentes personales del paciente. En este caso, durante sus primeras visitas a Urgencias de centro de salud no se recogió el antecedente de uso de lentes de contacto (ni de su mal uso). De haberlo hecho, quizás la actitud terapéutica habría sido más agresiva desde el inicio.

Palabras clave

Conjuntivitis, Pseudomona, Contact Lenses.

Los datos utilizados para la realización de este caso clínico se han obtenido mediante consentimiento informado del paciente conforme a la normativa vigente.

48. 7/341 PICADURA DE ARAÑA LOXOSCELES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Encarnación María Jiménez Plaza

Médica Residente de MFyC. UGC Níjar. Consultorio San José. Almería

Antonio Jesús Pedrosa Pacheco

Médico Especialista en MFyC. Tutor. UGC Níjar. Almería

Ámbito

Atención primaria y consulta dermatología.

Motivo de consulta

Paciente mujer de 46 años sin AF de interés, fumadora habitual, sufre picadura de insecto/artrópodo en la cara interna del miembro superior izquierdo de evolución tórpida a pesar de tratamiento, sin afectación sistémica.



Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Punto de inoculación con induración alrededor. Dolor a la palpación.

Posible adenopatía axilar izquierda, lesión equimótica y ampollosa con eritema extenso en antebrazo izquierdo.



Enfoque familiar y comunitario

Las picaduras por artrópodos son muy frecuentes en nuestro medio. Las más habituales son producidas por los insectos (moscas, mosquitos, pulgas, abejas, avispas), algunos miriápodos (ciempiés, escolopendra) y los arácnidos (arañas y escorpiones). La picadura por *Loxosceles* ocupa un lugar de importancia dentro de las picaduras de arañas en el mundo, después de la producida

por *Latrodectus* o viuda negra. En nuestro país pueden producirse picaduras por arañas venenosas del tipo *Loxosceles rufescens* o araña de rincón, *Latrodectus tridecimguttatus* o viuda negra y *Lycosa tarantula*. La picadura por *Loxosceles* siempre es accidental y puede dar lugar a una necrosis muy extensa con formación de úlceras de difícil cicatrización y en ocasiones produce lesiones deformantes que requieren una intervención quirúrgica. Las *Loxosceles* son arañas de actividad principalmente nocturna, se reproducen fundamentalmente en la época de verano, se alimentan de pequeños insectos, no suelen ser agresivas y sólo atacan si se sienten amenazadas y no existe alternativa de huida. Las picaduras se producen sobre todo en los miembros superiores o inferiores, cara, tórax y cuello. A pesar de que en España y en otras zonas del mediterráneo existen algunos casos registrados por la picadura de esta araña, en su variedad de *Loxosceles rufescens*, las formas de *Loxoscelismo* más graves (por *L. laeta* y *L. reclusa*) son más típicas de los países de África y América del Sur fundamentalmente.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- **Orientación diagnóstica:**
Impétigo ampolloso / Celulitis.

- **Diagnóstico diferencial:**

Es necesario tener en mente este tipo de padecimientos y descartar cuadros de diagnóstico diferencial, como infecciones por bacterias, ectima gangrenoso, infecciones virales (herpes simple o varicela-zóster), infecciones fúngicas, enfermedad venosa oclusiva (como vasculitis necrotizante), lesiones químicas, térmicas o traumáticas, e incluso el cuadro de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica, para lo cual debe hacerse una anamnesis detallada.

Es necesario tener en mente este tipo de padecimientos y descartar cuadros de diagnóstico diferencial, como infecciones por bacterias, ectima gangrenoso, infecciones virales (herpes simple o varicela-zóster), infecciones fúngicas, enfermedad venosa oclusiva (como vasculitis necrotizante), lesiones químicas, térmicas o traumáticas, e incluso el cuadro de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica, para lo cual debe hacerse una anamnesis detallada.

Plan de acción y evolución

- Tratamiento antibiótico y analgésico oral.
- Teleconsulta con el servicio de Dermatología.
- Control de temperatura cada 8 h.
- Reposo en cabestrillo.
- Si empeoran los síntomas volver a consultar.



Conclusiones

Los cuadros de mordeduras por arañas venenosas pueden ser de gravedad variable, por lo que se debe mantener al paciente bajo vigilancia estrecha, alertando sobre el desarrollo de síntomas y signos sistémicos, y proceder de acuerdo a los protocolos establecidos.

Palabras clave

Loxoscelismo, *loxosceles rufescens*, araña negra.

49. 7/312 ¿POR QUÉ DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

María del Carmen Pinilla González

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

David Castillo Burgos

Médico especialista en MFyC. Tutor. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

Sofía Pallares Padrón

Médica Residente de MFyC. Consultorio de Maribáñez. Sevilla

Ámbito

Nuestra consulta de Atención Primaria se localiza en un ámbito rural, donde la actividad predominante de la población está relacionada con la agricultura, lo que implica una significativa exposición a la luz solar.

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta empujado por su esposa para valorar una mancha pigmentada en un dedo del pie, presente desde hace tiempo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Historia clínica

El paciente refiere que fue su esposa la que insistió para que consultara sobre un lunar en el dedo del pie. Al observarla, presenta características de nevus atípico. Informamos al paciente de la necesidad de realizar una teleconsulta con Dermatología para la valoración y seguimiento del caso. Al indagar sobre otras posibles anomalías cutáneas, el paciente menciona una verruga en la espalda, la cual no puede ver, pero que ha notado más prominente al tacto. Al examinar dicha verruga tanto a simple vista como mediante dermatoscopia, tenemos una alta sospecha de malignidad, por lo que incluimos imágenes y diagnóstico de sospecha de melanoma en la teleconsulta.

• Enfoque individual

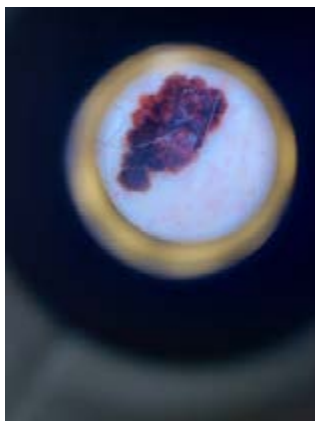
Explicamos al paciente la importancia de estudiar esta lesión cutánea, haciéndole entender que no tenemos claro que sea benigna y puede que necesite ser extirpada. Nos aseguramos de que comprende la gravedad potencial, ya que algunos pacientes tienden a minimizar la importancia de estas situaciones dejando de darle el seguimiento necesario y, por tanto, agravando una situación potencialmente reversible en la primera consulta.

Enfoque familiar y comunitario

Insistimos en la importancia de educar a nuestros pacientes sobre la vigilancia de cambios en su piel, especialmente aquellos relacionados con la exposición solar, ya que algunas de estas alteraciones pueden tener complicaciones graves.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La dermatoscopia reveló una alta sospecha de malignidad, cumpliendo tres puntos de la regla de Soyer, lo que nos llevó a sospechar un melanoma.



Plan de acción y evolución

Realizamos una teleconsulta con Dermatología, quienes coinciden en la alta sospecha de melanoma. Se agenda al paciente para quirófano, enviando previamente el consentimiento informado para que lo firme y lo entregue el día de la intervención.

- **Evolución:**

El paciente acude a quirófano en la fecha programada, donde se realiza la extirpación de la lesión sospechosa. El diagnóstico de melanoma es confirmado por el servicio de Anatomía Patológica. Actualmente, el paciente sigue en revisión en la consulta de melanoma de Dermatología.

Conclusiones

La dermatoscopia en Atención Primaria debe centrarse en la identificación precoz del melanoma, dado que un diagnóstico tardío aumenta significativamente la mortalidad. Es fundamental que esta evaluación se realice en el mismo acto médico y por cualquier médico de familia, evitando así la necesidad de derivaciones que puedan provocar demoras. Estas demoras podrían resultar en la pérdida de seguimiento de pacientes y en un diagnóstico tardío, como podría haber sucedido en este caso.

En los tres años que llevamos atendiendo a esta población, hemos hecho un esfuerzo continuo por detectar lesiones cutáneas relacionadas con la exposición solar, dado que la mayoría de los pacientes trabajan en el campo. Hasta ahora, hemos identificado varias queratosis actínicas, carcinomas basocelulares y algunos espinocelulares, pero este es el primer melanoma diagnosticado en nuestra consulta. Este resultado subraya la importancia del trabajo de concienciación entre la población sobre la vigilancia de sus lunares, así como nuestra dedicación a revisar lesiones cutáneas de manera regular y exhaustiva.

Palabras clave

Dermatoscopia, atención primaria, melanoma.

50. 7/301 “SIN OLVIDAR LO PRIMORDIAL: PRIMUM NON NOCERE”

Elena Pérez Expósito

Médica Residente de MFyC. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería

María de la Aurora González Orero

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud San Isidro de Níjar. Almería

Julia Porcel Ruiz

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud San Isidro de Níjar. Almería

Ámbito

Visita desde atención primaria.

Motivo de consulta

Mareo y caídas de repetición.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

No alergias medicamentosas conocidas ni a productos de uso sanitario.

Factores de riesgo cardiovascular: HTA, Dislipemia.

• Antecedentes personales:

» Neuralgia del trigémino derecho recidivante, intervenida hace 36 años. Perdió el seguimiento con Neurología hace 11 años.

» Glaucoma.

» Distimia.

» Hipoacusia del anciano.

» Deterioro cognitivo moderado.

» Lumboartrosis.

• Intervenciones quirúrgicas:

» Neurotomía percutánea retrogaseriana con glicerol derecha.

» Facoemulsificación de cataratas bilateral en 2015.

Tratamiento habitual: enalapril 20 mg 1 comprimido cada 24 h, simvastatina 20 mg 1 comprimido cada 24 h, carbamazepina 200 mg 1 comprimido cada 8 h, omeprazol 20 mg 1 cápsula cada 24 h, sertralina 100 mg 1 comprimido cada 24 h, quetiapina 25 mg 1 comprimido cada 24 h, risperidona 5 mg/ml 1 ml cada 24 h, trazodona 100 mg 1 comprimido cada 24 h, brinzolamida colirio, rivastigmina parches.

• Enfermedad actual:

En una de nuestras primeras visitas programadas a la residencia, la enfermera nos pide que valoremos a esta paciente. Es una mujer de 87 años que sufrió una caída accidental con traumatismo craneoencefálico hace 3 meses, siendo trasladada al servicio de urgencias hospitalarias. Tras realizar varias pruebas complementarias fue diagnosticada de un hematoma subdural agudo, que fue valorado por neurocirugía y se trató de forma conservadora.

Tras este episodio, la paciente ha continuado con sensación de mareo y ha presentado nuevos episodios de caídas. Interrogando a la enfermera de la residencia, refiere que los episodios de caídas y mareo comenzaron hace 7-8 años. Estos episodios de mareo se han ido exacerbando, hasta el punto de precisar andador por inestabilidad en la marcha.

• Exploración física:

» Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. TA 136/ 78 mmHg. FC 75 lpm. Sat O2 basal 97%.

» Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

» Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes.

» MMII: sin edemas ni signos de TVP.

» Exploración neurológica: PINLA. MOEC. GCS 15. Alerta y colaboradora. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. No hay disimetría. No nistagmo. No disdiadococinesia. No signos meníngeos. Marcha inestable.

- **Pruebas complementarias:**

- » Realización de electrocardiograma.
- » Realización de analítica de sangre de control.
- » Realización de TAC craneal de control.
- » Derivamos de nuevo a Neurología.
- » Realizamos una revisión del histórico de sus pruebas complementarias y de su tratamiento actual en búsqueda de posibles causas de caídas.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 87 años institucionalizada desde hace 7 años. Es dependiente para ABVD, y deambula con andador desde hace unos meses. No tiene trastornos de la deglución. Es la última de 4 hermanas. La primera hermana falleció hace 12 años. Sus otras dos hermanas están institucionalizadas en la misma residencia y mantiene una estrecha relación con ellas. Solo tiene una sobrina, hija de su hermana fallecida. Estudió el graduado escolar básico. A lo largo de su vida ha ejercido como costurera.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

- **Diagnóstico diferencial:**

- » Trastorno del movimiento.
- » Deterioro cognitivo grave.
- » Alteración iónica.
- » Latrogenia medicamentosa.
- » Caídas debidas a hipoacusia (alteración en el equilibrio).

- » **Resultados:**

- » Recibimos el resultado de las pruebas complementarias realizadas:
 - ECG: ritmo sinusal a 67 lpm. Eje eléctrico normal. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. QT no prolongado.
 - TAC craneal de control: sin nuevos hallazgos. (Hematoma subdural crónico).
 - Tras revisar sus antecedentes, nos percatamos de que la paciente tiene una hiponatremia crónica que consta desde hace 10 años.

- **Juicio clínico:**

Hiponatremia crónica de probable origen medicamentoso.

Plan de acción y evolución

Revisamos la bibliografía y el tratamiento, e identificamos sertralina y/o carbamazepina como posibles causantes de la hiponatremia.

En primer lugar, comenzamos una retirada progresiva de sertralina, para sustituirla por otro antidepresivo. Por otra parte, realizamos un informe para su cita en Neurología, proponiendo la suspensión de carbamazepina y la sustitución por otro fármaco.

Explicamos, en un lenguaje adaptado, a la paciente y sus hermanas el posible origen de los síntomas. Les indicamos los cambios progresivos que se van a realizar en el tratamiento y la propuesta que hemos realizado al neurólogo. Nos indican su conformidad con el plan establecido. Por otra parte, revisamos con el personal de la residencia la importancia de las medidas anticaídas. Tras ser valorada por Neurología, se realiza la suspensión de carbamazepina y se inicia tratamiento con lacosamida.

- **Evolución:**

Realizamos varias revisiones en los meses siguientes, comprobando que se produce una normalización del sodio y una desaparición de los episodios de caídas y de la sensación de mareo.

Conclusiones

- Las caídas en la población anciana son comunes y tienen importantes consecuencias, a menudo ignoradas por los profesionales de la salud. Son causadas por factores intrínsecos, extrínsecos y circunstanciales. Entre ellos destacan los factores iatrógenos (especialmente de origen medicamentoso).
- Asimismo, la prescripción inapropiada es un problema frecuente en los ancianos, que contribuye al aumento del riesgo de reacciones adversas medicamentosas.
- La deprescripción es crucial en ancianos polimedicados, frágiles o terminales. Debe realizarse de forma escalonada con seguimiento estrecho, y considerando la opinión del paciente y cuidadores, para ajustar el tratamiento a la situación clínica, funcional y social.
- En conclusión, es esencial revisar regularmente el tratamiento de nuestros pacientes y deprescribir fármacos que puedan afectar su funcionalidad y calidad de vida.

Palabras clave

Prescripción Inapropiada, Factores Iatrógenos, Deprescripción.

51. 7/332 SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Carla Andrea Iturralde Ramos

Médica Residente de MFyC. Consultorio Llanos de la Cañada. Almería

María del Mar Aparicio Castaño

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Consultorio Llanos de la Cañada. Almería

Ámbito

Visita desde atención primaria.

Motivo de consulta

Pérdida de peso.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Paciente masculino de 65 años, institucionalizado, diagnosticado de deterioro cognitivo tipo Alzheimer, fibrilación auricular, hipertensión arterial y dislipemia. Fumador, ingesta de alcohol ocasional y ex consumidor de cannabis y cocaína.

Avisan desde residencia por presencia de pérdida de peso de aproximadamente 20 kg en el último año, acompañada de marcada reducción de la ingesta a pesar de tratamiento estimulante, además de deterioro del estado general.

• Exploración física:

Estado general aceptable, consciente, desorientado, facies hipomímica. Piel y mucosas bien hidratadas y perfundidas, sin lesiones. Ruidos cardíacos arrítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin presencia de sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, hepatomegalia de 3 cm bajo reborde costal, ruidos hidroaéreos presentes. No meningismo ni datos de focalidad neurológica.

• Pruebas complementarias:

- » Analítica: hemograma: Hb 11.9 g/dL, Hto 38 %, VCM 81.8 fL, leucocitos $10.07 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 70.99 %, linfocitos 18.58 %, plaquetas $290.4 \times 10^3/\mu\text{L}$. Bioquímica: glucosa 129 mg/dL, HbA1c 6.42%, creatinina 0.93 mg/dL, FG 85.84 mg/dL, ácido úrico 5.8 mg/dL, proteínas totales 7.2 g/dL, albúmina 4.2 g/dL, GOT 29 U/L, GPT 22 U/L, GGT 212 U/L, Na 135 mEq/L, K 4.6 mEq/L, Fe 34 $\mu\text{g}/\text{dL}$, ferritina 150.8 ng/mL, CT 181 mg/dL, HDL 44 mg/dL, LDL 115 mg/dL, TG 110 mg/dL. Hormonas: TSH 1.794 $\mu\text{UI}/\text{mL}$, PSA 5.02 ng/mL, PSA libre 0.99 ng/mL.
- » Orina: indicios de proteína, Urobilinógeno Positivo ++. Resto negativo.
- » Sangre oculta en heces negativa.
- » Radiografía de tórax: engrosamiento hilar izquierdo, sin evidencia de masas ni infiltrados.

Enfoque familiar y comunitario

Institucionalizado, dependiente para todas las actividades básicas, marcha autónoma, portador de pañal, utiliza espesante. Antes vivía solo, bajo supervisión de sobrinas, trabajaba como pescador.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

• Lista de problemas:

Síndrome constitucional.
Deterioro cognitivo tipo Alzheimer.

• Diagnóstico diferencial:

Enfermedades orgánicas: neoplasias, enfermedades autoinmunes sistémicas, enfermedades endocrinas, enfermedades infecciosas.
Enfermedades psiquiátricas: depresión.

Plan de acción y evolución

Control ponderal semanal.

Solicitud de analítica sanguínea, radiografía de tórax, sistemático de orina.
Tras obtener resultados, valorar derivación a Medicina Interna.

» **Evolución:**

Tras la obtención de los resultados descritos se realiza la derivación a Medicina Interna, quienes en consenso con la familia desestiman ampliación de estudio dada la situación basal del paciente.

Transcurridos unos días, ante deterioro del estado de consciencia y cifras de hiperglucemia; acude a Urgencias hospitalarias donde se decide ingreso por compromiso clínico y diagnóstico de infección de vías urinarias e infección por SARS-COV19. En planta se amplía estudio imagenológico, encontrándose hallazgos compatibles con hígado metastásico. Suprarrenal izquierda engrosada, de aspecto pseudonodular y dudosa lesión exofítica en fundus gástrico.

Durante su ingreso presenta evolución desfavorable, falleciendo al cuarto día de ingreso.

Conclusiones

El seguimiento de pacientes con deterioro cognitivo en las consultas de Atención Primaria es de gran importancia por las particularidades del curso y progreso de la enfermedad. Además, estos pacientes suelen presentar un amplio abanico de comorbilidad médica; cuyo diagnóstico y manejo se ven complicados por el cuadro neurológico degenerativo de base.

Es común que los adultos mayores presenten pérdida del apetito o disminución de la ingesta de alimentos, dado que la anorexia y la disgeusia en el anciano son cambios fisiológicos normales que pueden afectar su metabolismo energético y el estado general de salud. Además, las comorbilidades y algunos medicamentos pueden afectar la ingesta alimentaria y la pérdida de peso. Por lo descrito es crucial indagar en los diagnósticos diferenciales de esta entidad clínica.

Ante los cuadros de pérdida de peso en pacientes con estas características siempre se debe descartar la existencia de patología orgánica adicional y no atribuir esta consecuencia únicamente a la progresión de su patología neurodegenerativa.

Palabras clave

Deterioro cognitivo, comorbilidad, diagnóstico diferencial.

Bibliografía

- » Muñoz Muñeton C, Chacón-Valenzuela E, Rodríguez Varón A, Vargas MP, Chavarro-Carvajal D. El síndrome constitucional desde una perspectiva geriátrica. *Universitas Médica*. 2022 Aug 24;63(3).
- » Gómez-Gómez ME, Zapico SC. Frailty, cognitive decline, neurodegenerative diseases and nutrition interventions. Vol. 20, *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI AG; 2019.
- » Bergman H, Borson S, Jessen F, Krolak-Salmon P, Pirani A, Rasmussen J, et al. Dementia and comorbidities in primary care: a scoping review. *BMC Primary Care*. 2023 Dec 1;24(1).

52. 7/329 TODO EMPEZÓ CON UNOS EDEMAS

Beatriz Jiménez de la Rosa

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Rosalía Maisanaba Velasco

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ámbito

Urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta

Edemas palpebrales y de miembros inferiores.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Varón de 42 años con antecedentes de:

*No alergias medicamentosas.

*No hábitos tóxicos.

*No FRCV.

*Meniscopatía izquierda no intervenida que en ocasiones precisa toma de AINES.

*IQx: desviación de tabique nasal y cornetes nasales.

Acude al servicio de Urgencias hospitalarias por llevar 1 mes con un cuadro consistente en edemas en miembros inferiores y palpebrales que iban progresivamente en aumento junto con frialdad y palidez. Refiere además aumento de peso (1,5 kg en 5 días). Previamente episodio de faringoamigdalitis vírica tratada con AINES. Niega fiebre, ni clínica respiratoria, ni dolores articulares, ni lesiones cutáneas. No síntomas miccionales. Orinas claras pero espumosas.

• Exploración:

Buen estado general. Consciente, Orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Tolerando el decúbito. Hemodinámicamente estable. Afebril.

- ACP: tonos cardíacos rítmicos, soplo discreto I-II/IV en foco pulmonar. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

- Edemas palpebrales y edemas en MMII perimaleolares con fóvea.

- Abdomen blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No signos de peritonismo.

-No lesiones cutáneas ni signos de insuficiencia venosa.

• Pruebas complementarias:

* Analítica: Creat 1.12, iones en rango. No leucocitosis ni neutrofilia. Prots T 6.2g/dl. Hb 15. Plaquetas 44600. Coagulación normal.

* Rx tórax: ICT normal. No imágenes de condensación ni derrame.

* Sistemático de orina: normal salvo proteínas >1000 mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario

Aunque este caso se haya presentado en Urgencias, los edemas son un motivo de consulta habitual en Atención Primaria, y pueden ser un reto diagnóstico, ya se pueden ser la manifestación inicial de una gran variedad de patologías. Es fundamental tener claro su diagnóstico diferencial, como abordarlo desde la consulta de Atención Primaria y su estudio inicial.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Edemas periféricos secundarios a síndrome nefrótico.

• Diagnóstico diferencial:

» Insuficiencia cardíaca. Edema agudo de pulmón.

» Fracaso renal. Síndrome nefrótico/nefrítico.

» Cirrosis/obstrucción venosa hepática. Insuficiencia hepática.

- » Trombosis/insuficiencia venosa.
- » Desnutrición/enteropatía.
- » Linfedema.
- » Filariasis.
- » Mixedema.
- » Infecciones.
- » Quemaduras.
- » Inmovilización.

Plan de acción y evolución

Ante los hallazgos y sospecha clínica se decide ingreso para inicio de tratamiento y ampliación del estudio.

En planta se realiza analítica y orina de 24 h con diagnóstico de síndrome nefrótico (proteinuria >3g/dl, hipoproteinemia a expensas de hipoalbuminemia, hipercolesterolemia leve). Se realiza biopsia renal con hallazgo compatibles con glomerulonefritis membranosa. Se inicia tratamiento con glucocorticoides y furosemida y se instaura el tratamiento de primer escalón para el cuadro con olmesartán y estatinas. Tras una mejoría clínica y analítica se da de alta con seguimiento en consultas.

Durante su evolución se intenta tratamiento con los distintos esquemas terapéuticos basados en inmunosupresores (tacrolimús, rituximab, ciclofosfamida y anticuerpos monoclonales) pero el cuadro se hace resistente y el paciente persiste con brotes de proteinuria y edemas. Tras dos años de evolución tórpida se plantean causas secundarias de glomerulonefritis membranosa, realizándose un body-TAC con hallazgo de masa abdominal sólida con probable dependencia de asas de intestino delgado de 4,9 cm. Se realiza biopsia dirigida con diagnóstico anatomopatológico de neoplasia maligna de estirpe mesenquimal. Es derivado a cirugía general y tras la intervención y tratamiento oncológico obtiene respuesta completa del cuadro nefrológico.

Conclusiones

El diagnóstico diferencial de los edemas debe ser objeto de estudio en Atención Primaria. Debemos conocer el manejo inicial y hacer una anamnesis dirigida, así como las pruebas complementarias a realizar.

Es importante conocer el manejo inicial de un paciente con proteinuria, así como reconocer un síndrome nefrótico por su presentación y hallazgos analíticos, así como diferenciarlo de otros cuadros como el síndrome nefrítico.

En caso de que una glomerulonefritis membranosa no responda al tratamiento, se debe sospechar una patología secundaria.

Palabras clave

Edema, síndrome nefrótico, proteinuria.

53. 7/303 TODO SE COMPLICA UN POCO MÁS

Gonzalo Tena Santana

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Valverde del Camino. Huelva

Francisco Martínez García

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Esteban Requena Carrión

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ámbito

Urgencias de atención primaria.

Motivo de consulta

Hematuria en paciente con catéter de nefrostomía y astenia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 72 años con adenocarcinoma de colon estadio IIA intervenido por sigmoidectomía laparoscópica y portador de catéter de nefrostomía bilateral como antecedentes fundamentales para el caso. Igualmente, es diabético tipo II, hipertenso y padece de dislipemia en tratamiento con estatinas.

Realiza tratamiento domiciliario con buen cumplimiento con metformina 850 mg / 12 h, empagliflozina 25 mg / 24 h, olmesartán 20 mg / 24 h, edoxabán 60 mg / 24 h, tramadol clorhidrato de liberación modificada 50 mg / 12 h, atorvastatina 40 mg / 24 h, ezetimiba 10 mg / 24 h, Eutirox 75 mcg / 24 h y tratamiento semanal con fosfomicina-trometamol 3G.

Consulta en Urgencias de su centro de salud por deterioro del estado general, con dolor subcostal izquierdo no irradiado de características opresivas, sin cortejo vegetativo ni disnea.

La exploración cardio-respiratoria impresiona normal. A nivel abdominal solo describe ligeras molestias a la palpación de cuadrante umbilical, siendo el resto anodino y sin palpación de masas, sin defensa. En nefrostomía derecha se aprecia hematuria, siendo la izquierda normal, ambas con débito similar.

En condiciones habituales, ante una sospecha de cuadro de infección urinaria, se hubiera planteado tratamiento domiciliario, cursando incluso muestra para urocultivo para valorar resultados transcurridos unos días. No obstante, al asociar el cuadro de astenia y dolor abdominal en un paciente portador de nefrostomía, se decide traslado a Urgencias hospitalarias para valoración.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lo más común, es que se trate de una infección del tracto urinario (ITU) que haya podido incluso hacerse alta como pielonefritis condicionando el estado del paciente. Otra posibilidad es que sea una hematuria franca, bien por presentar alguna litiasis renal o bien por la propia progresión tumoral que esté lesionando a órgano diana.

Plan de acción y evolución

En la analítica de Urgencias se aprecia leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal aguda (entendemos que, dado el cuadro, de características prerrenales) asociado a cuadro de ITU por sedimento patológico. La ecografía de vías urinarias es normal, no apreciando desestructuración renal ni tampoco dilatación de pelvis urinaria.

Se pasa al paciente a observación pautando antibioterapia intravenosa y colocando bomba de infusión de fluidoterapia con recuento de líquidos (entradas y salidas), como paso previo a su ingreso en planta de Medicina Interna, con el objetivo de recuperar la tolerancia oral perdida en domicilio asociada al propio malestar y debilidad, así como reanudar las sesiones de quimioterapia en hospital de día.

» **Evolución:**

Durante el ingreso comienza con abdomen distendido y dolor en zona hipogástrica y fosa ilíaca izquierda, apreciándose en TAC recidiva tumoral en colon sigmoide condicionando la práctica totalidad de la luz sigmoidea. Sin indicación quirúrgica en la actualidad se decide iniciar cuidados paliativos en domicilio.

» **Conclusiones**

Los cuidados paliativos domiciliarios son una opción cada vez más extendida y aceptada, permitiendo que el paciente reciba los cuidados que precise con seguimiento compartido por el equipo de Cuidados Paliativos y su Médico de Familia hasta que finalmente acabó falleciendo en su domicilio.

Palabras clave

“Colonic neoplasms”; “Percutaneous Nephrostomy”; “Palliative Care”.

Autorización explícita del paciente para el uso de sus datos anónimos para la publicación de caso.

54. 7/344 TOS ¿FERINA?

Sofía Sánchez-Bayton Griffith

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga

Pablo Trujillo Franco

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Campillos. Málaga

Cristina Pulido Vázquez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Campillos. Málaga

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Tos persistente.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Mujer de 51 años sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. HTA. Sin ningún tratamiento crónico activo en receta electrónica.

La paciente acude a consulta no demorable en 3 ocasiones en un mes, refiriendo tos persistente con expectoración no purulenta, volviéndose posteriormente no productiva. Afebril en todo momento, sin otra sintomatología. En dichas consultas se describen roncus aislados en la auscultación como único hallazgo exploratorio. Se prescribió tratamiento con paracetamol 500 mg/codeína 15mg/8 h, cefuroxima 500 mg/12 h 7 días y posteriormente por no mejoría se añadió moxifloxacino 400 mg 1/24 h 10 días, deflazacort 30 mg/12 h 5 días y aerosoles (LAMA + corticoide).

Tras estas consultas, el Área Sanitaria notifica una onda epidemiológica de tosferina. En este contexto, la paciente consulta de nuevo por persistencia de tos de 4 semanas de evolución que se ha vuelto paroxística, con algún vómito asociado. Se declara el caso como sospechoso de tosferina contactando con el servicio de Epidemiología, se toman muestras a ella y sus convivientes (su marido y su hijo mayor de edad, asintomáticos) y se les prescribe azitromicina 250 mg/12 h el primer día y después 250 mg/24 h hasta completar 5 días. Durante estos 5 días la paciente debe realizar aislamiento respiratorio por lo que se le tramita incapacidad laboral temporal.

Diez días más tarde acude a consulta a demanda con su médica de familia, refiriendo persistencia de tos paroxística sin estridor inspiratorio. No sintomatología digestiva ni otros síntomas. Al preguntarle sobre su tratamiento actual refiere que está tomando enalapril 20 mg/24 h desde unos meses antes de comenzar con la sintomatología, prescrito para controlar la TA por un médico privado por lo que no aparece en su receta electrónica.

• Exploración física:

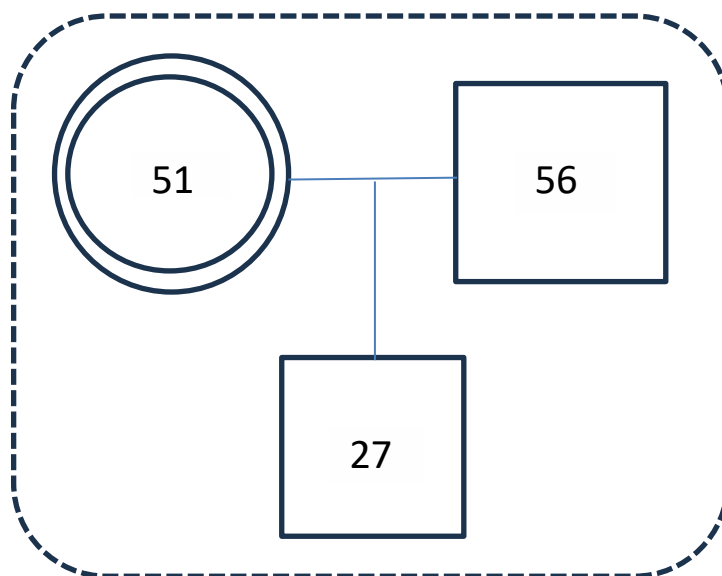
Buen estado general, eupneica en reposo, SatO₂ 99% basal. ACR con MV conservado sin ruidos patológicos.

• Pruebas complementarias:

El resultado de la PCR es "no válido". La paciente se ha realizado analítica en centro privado con Bordetella pertussis IgM negativo, IgG positivo. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente trabaja como administrativa. Convive con su marido e hijo mayor de edad, expresa preocupación por la salud de ambos, aunque están asintomáticos. Trabajadora activa, se le explicó que no podía acudir a su centro de trabajo hasta completar 5 días de tratamiento, lo cual no fue de su agrado, pero lo comprende y acepta. Además, como actividad deportiva practica yoga en pequeño grupo en sala cerrada y, aunque refiere no haber ido, le genera cierta preocupación la posibilidad de haber contagiado a sus compañeras.



Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tosferina, tos postviral, tos por IECAs, goteo postnasal, asma, TBC, ERGE, tos idiopática.

Plan de acción y evolución

Se sustituye enalapril 20 mg por losartán 25 mg. Se indica MAPA, Mantoux y se deriva a CCEE de Neumología. Se prescribe codeína 28.7 mg/8 h. Por indicación del servicio de Epidemiología se le recomienda 1 dosis de vacuna dTPa a la paciente y su pareja cuando finalice el proceso infeccioso. Cita de revisión en 7 días con su médica de familia.

• Evolución:

En la revisión tras una semana, la paciente refiere algo de mejoría sintomática, aquejando dolor en reborde costal derecho de características mecánicas, atribuible a fatiga muscular por el cuadro tusígeno. Cifras tensionales controladas. Mantoux negativo.

Valorada al mes y medio por Neumología, refiriendo persistencia de accesos tusígenos matutinos y durante el día. JC: tos crónica. Alta sospecha de tosferina pasada. Tratamiento: acetilcisteína 600 mg/24 h 20 días, bromuro de ipratropio 2 inhalaciones durante golpes de tos. Revisión con espirometría y test broncodilatador, FeNO y radiografía de tórax en 6 meses.

Conclusiones

La tos es un mecanismo de defensa del cuerpo, una acción involuntaria que ayuda a limpiar las vías respiratorias superiores de moco, irritantes y sustancias extrañas. Cuando es prolongada, se convierte frecuentemente en motivo de consulta, suponiendo en AP aproximadamente el 10% de estas. La prevalencia se estima entre el 3.3-10%, siendo mayor en mujeres. Según su duración, hablamos de tos aguda (< 3 semanas), tos subaguda (3-8 semanas) y tos crónica (> 8 semanas). En la anamnesis, el único predictor que ha demostrado ser útil en el diagnóstico es preguntar por el tratamiento con IECA (efecto secundario no dosis-dependiente, puede aparecer en cualquier momento del tratamiento y tras su retirada la tos desaparece con un tiempo medio de resolución de 26 días) y el tabaquismo.

Por otro lado, la tosferina es una infección bacteriana del tracto respiratorio causada por Bordetella pertussis: reservorio humano, transmisión aérea, se contagia hasta la tercera semana después del inicio de la tos paroxística o hasta 5 días después de antibioterapia. Tiene un comienzo insidioso indistinguible de otras infecciones respiratorias leves (fase catarral) con tos irritativa que en 1-2 semanas se vuelve paroxística y puede acompañarse de un estridor inspiratorio característico y frecuentemente seguida de vómitos. Las crisis de tos aumentan tanto en frecuencia como en gravedad y luego van cediendo, aunque puede persistir hasta 6 semanas más. La antibioterapia no reduce la duración de los síntomas.

En nuestro caso clínico, aunque la paciente no presenta sintomatología de alarma, la tos le produce incomodidad y preocupación por la posibilidad de contagio o diagnóstico más grave, generando múltiples consultas. Esta incertidumbre con la que convivimos habitualmente en AP se combate con longitudinalidad, buena relación médico-paciente y estudio en profundidad de los casos durante su evolución. No obstante, en algunos pacientes no se puede identificar la causa de la tos crónica. El diagnóstico de tos crónica inexplicada es de exclusión y su prevalencia oscila entre 12-40%. Dextrometorfano y gabapentina podrían ser alternativas terapéuticas en dichos pacientes.

Palabras clave

Tosferina, Bordetella pertussis.

Bibliografía

- » Ribas Aulinas M, Corpes Comes A. La tos de larga duración. ¿Tendrá algo «malo»? AMF. 2023;19(9):515-518. DOI: 10.55783/AMF.190904
- » Bravo Toledo R. A propósito de la tos. AMF. 2024;20(4):238-240. DOI: 10.55783/AMF.200410
- » Fisterra [Internet]. Tos crónica en adultos. 2020. Disponible en <https://www-fisterra-com.bvsspa.idm.oclc.org/guias-clinicas/tos-cronica-adultos/>
- » Protocolo de vigilancia de Tos Ferina de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica <https://cne.isciii.es/doc>

55. 7/365 UN CUADRO MUY DEL GUADALQUIVIR

Alma Isabel Cruz Briega

Médica Residente de MFyC. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Manuel Gavilán Martínez

Médico Residente de MFyC. Centro de salud Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla

Cristina Durán García

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Ntra. S^a. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Paciente de 80 años que consulta por cuadro de debilidad, desorientación y fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

• Anamnesis:

Paciente de 80 años que acude a Urgencias hospitalarias por clínica de debilidad en miembros inferiores de unos días de evolución. Durante su estancia en sala de espera hace pico febril de 38°C por lo que se extraen hemocultivos y urocultivos. Se va de alta por mejoría y escaso tiempo de evolución del cuadro sin foco claro. Al día siguiente persiste la fiebre y se añade desorientación franca. Se diagnostica de probable infección del tracto urinario y se da de alta con antibiótico. El cuadro, incluida la fiebre persiste a pesar de antibioterapia por lo que a los 4 días regresa a Urgencias. Mantiene estabilidad hemodinámica y analítica con pocas alteraciones y sin nueva sintomatología. Se decide cursar ingreso en Infeccioso previa punción lumbar.

• Exploración física:

- Regular estado general, bajo nivel de conciencia con Glasgow 8-10/15. Bien hidratada y perfundida. Taquipnéica en reposo con necesidad de aporte de oxígeno. TA 125/73mmHg, 78lpm, Sat 98%.
- Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos sin soplos o extratonos evidentes. Murmullo vesicular conservado.
- Abdomen globuloso, no masas o megalias evidentes, no signos de irritación peritoneal.
- No edemas en miembros inferiores, sensibilidad conservada.
- PINLA, con dificultad para el resto de la exploración neurológica por bajo nivel de conciencia y falta de colaboración. Dudosa rigidez de cuello.

• Pruebas complementarias:

» Analítica sanguínea:

- Hemograma: Hb 12,5 g/dl; leucocitos 7300/uL (neutrófilos 6030/uL, linfocitos 780/uL); plaquetas 106000/uL.
- Coagulación: normal.
- Bioquímica: función renal e ionograma normal. AST 93 U/L, PCR 36,8 mg/L, PCT 0,04 ng/mL.

» Sedimento de orina: normal.

» Microbiología: Test Ag SARS-Cov-2: negativo. Streptococcus pneumoniae, Ag (orina): negativo.

» LCR: aspecto macroscópico (LCR) claro, glucosa (LCR) 73 mg/dL (BMTTest 170 mg/dl), proteínas totales (LCR) 97,0 mg/dL, hematíes (recuento; LCR) 100 x 1/uL, leucocitos (recuento; LCR) 146 x 1/uL, polimorfonucleares (porcentaje; LCR) 57,6%, mononucleares (porcentaje; LCR) 42,4%. Tinción gram LCR: negativa. PCR virus del Nilo positiva.

» TAC cráneo: normal.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Meningoencefalitis aguda causada por virus de West-Nile.

• Lista de problemas:

Alergia a clavulánico. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Dislipemia. Cardiopatía hipertensiva. Hígado graso con episodios de hipertransaminemia. Insuficiencia venosa periférica. Síndrome Ansioso-Depresivo. Intervenciones quirúrgicas: prótesis de rodilla por gonartrosis.

* Situación basal: independiente para ABVD.

• Diagnóstico diferencial:

Meningoencefalitis aguda bacteriana. Bajo nivel de conciencia por insuficiencia respiratoria global. Bajo nivel de conciencia por abuso de opioides/benzodiacepinas. Cuadro infeccioso con desorientación asociada en paciente frágil. Estatus epiléptico.

Plan de acción y evolución

Durante estancia en Observación de Urgencias la paciente comienza con taquipnea y uso de respiratoria accesoria, con necesidad de ventilación mecánica no invasiva, aunque mal adaptada y con taquipnea de 40 rpm. Además, deterioro a nivel neurológico, con Glasgow de hasta 5/15 durante estancia en Observación. Por ello, se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos para valoración, que debido a situación de fallo respiratorio y el empeoramiento de nivel de conciencia procede a intubación orotraqueal e ingreso en su unidad. Desde su ingreso en UCI discreta mejoría neurológica, abriendo los ojos de manera espontánea y obedeciendo órdenes sencillas. Mejoría de la dinámica respiratoria con retirada de tubo endotraqueal y paso a ventilación mecánica no invasiva. La paciente persiste ingresada en UCI (día 35) pendiente de evolución.

Conclusiones

Se trata de un caso del mediático y agresivo virus del Nilo vivido en el área sur de Sevilla, en una paciente residente de Los Palacios y Villafranca. Son múltiples los casos que se han descrito ya en esta provincia y concretamente en éste área por lo que no está de más recordar los síntomas que puede producir y sobre todo las complicaciones asociadas al mismo para así evitar retrasos en el diagnóstico que puedan resultar fatales para nuestros pacientes, especialmente en épocas de epidemia. También recordar que a día de hoy se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria.

Palabras clave

Meningoencefalitis, Virus del Nilo, desorientación, fiebre.

56. 7/333 UN MÉDICO DE FAMILIA PARA TODA LA FAMILIA

Gema Isabel Moya Berruga

Médica Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

Juan Francisco Ochoa Gómez

Médico Residente de MFyC. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén

María Dolores Alcalde Molina

Médica Especialista en MFyC. Tutora. Centro de salud Federico del Castillo. Jaén

Ámbito

Atención primaria en domicilio.

Motivo de consulta

Aviso a domicilio por tos no productiva en paciente oncológica.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: mujer de 80 años que realiza aviso domiciliario por tos no productiva. No ha presentado disnea ni fiebre. No otra sintomatología acompañante.

Antecedentes personales: alergia a nolotil. Hipertensión, diabetes mellitus tipo II, cefaleas tensionales, dispepsia, adenocarcinoma gástrico (intervenido en diciembre de 2022) y episodio de TEP y TVP. En tratamiento con atenolol, sitagliptina/metformina, paracetamol, ibuprofeno, Primperan®, lorazepam, Motilium®, mometasona nasal, colecalciferol, prednisona.

• Exploración:

Buen estado general. Normocoloreada, normoperfundida y normohidratada. Eupneica en reposo. No disnea. Afebril. Faringe hiperémica, sin exudados. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores con edemas +/+++; no eritema, no aumento de temperatura ni empastamiento.

La paciente se encuentra con ánimo deprimido y llanto fácil por el fallecimiento reciente de su marido.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente fue diagnosticada de adenocarcinoma gástrico hace dos años. Al mismo tiempo, a su hijo, VIH positivo, le detectaron adenocarcinoma pulmonar. Su marido, con el cual convivía, falleció el mes pasado por carcinoma prostático con metástasis pulmonares y óseas. Toda esta situación hizo que la hija asumiera el papel de cuidadora principal de la unidad familiar.

En los meses siguientes el hijo fallece, sometiendo a la paciente a dos procesos de duelo en un corto periodo de tiempo. La hija, desbordada por la situación, ha precisado la baja laboral en varias ocasiones por trastorno ansioso-depresivo.

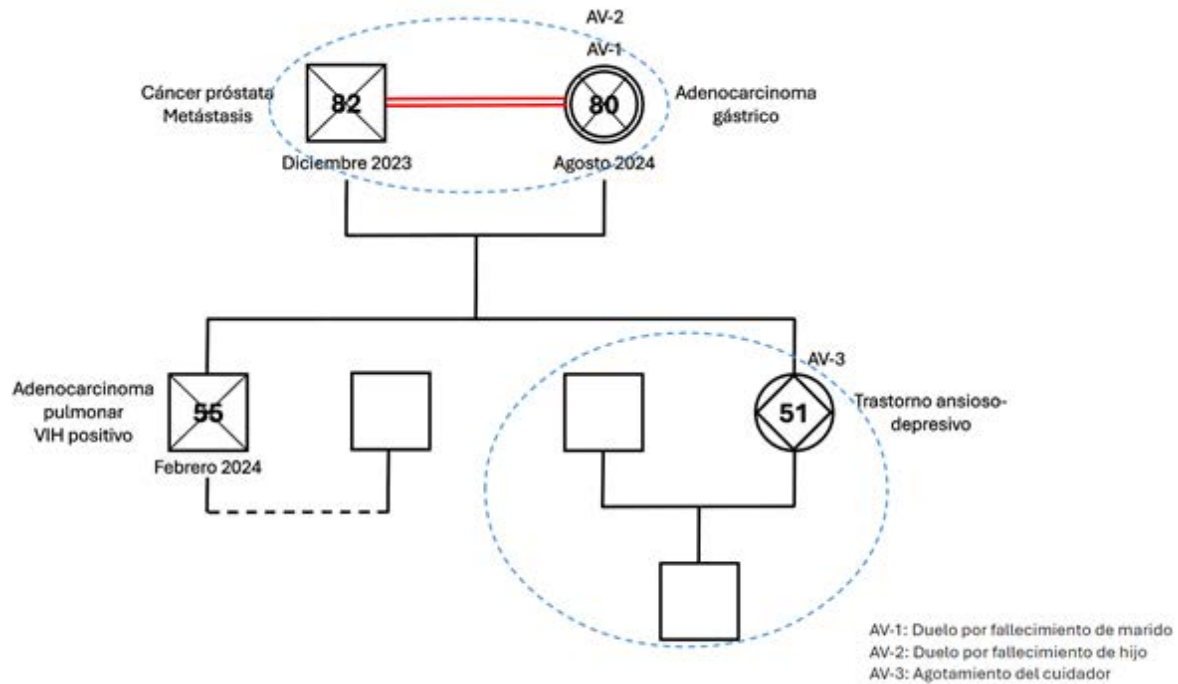


Figura 1. Genograma

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas:

- Adenocarcinoma gástrico.
- Duelo por fallecimiento.

Diagnóstico diferencial:

- Duelo patológico.
- Trastorno ansioso-depresivo.

Plan de acción y evolución

- Se puso a disposición de la paciente y de su familia un servicio de atención continuada durante los siguientes meses que consistió en:
- Visitas domiciliarias para solventar los diversos problemas de salud y conciliación de tratamiento.
- Coordinación con trabajador social de su centro de salud para material ortopédico.
- Realización de curas por enfermería de Atención Primaria durante proceso patológico.
- - Información sobre los requisitos para solicitar la Tarjeta + cuidado por parte de la enfermera gestora de casos.
- Rehabilitación domiciliaria.
- Seguimiento conjunto entre Atención Primaria y atención hospitalaria por parte de Oncología Médica y Cuidados Paliativos.

Evolución

Tras solventar el aviso por tos no productiva, la paciente acude posteriormente a consulta donde nos cuenta el fallecimiento de su hijo. Este hecho unido al duelo actual por su marido ha provocado que haya perdido apetito, intentando mantener las tres comidas al día sin éxito. Además, presenta dificultad para conciliar el sueño y expresa temor a salir a la calle por miedo a que conocidos le den el pésame y revivir los eventos recientes.

La paciente empieza a presentar un deterioro paulatino de las actividades de la vida diaria y, aunque intenta hacer las labores de la casa, reconoce no tener la misma energía ni ganas. Anímicamente se encuentra derrotada y no se plantea recibir la siguiente sesión de quimioterapia, refiriendo “¿para qué?”. En los meses siguientes desarrolla varios episodios de infección urinaria que precisaron atención en el servicio de Urgencias, junto a un cuadro de infección por SARS-

CoV-2. Pese al tratamiento quimioterápico, presenta un deterioro clínico significativo, por lo que se decide realizar tratamiento sintomático exclusivo. En posteriores visitas a domicilio, continúa dicho deterioro llegando a no tolerar vía oral en pocos días y pasando a vía subcutánea. La paciente prefiere permanecer en el domicilio y no desea realizar pruebas complementarias. Se valora conjuntamente por Atención Primaria y Cuidados Paliativos, comenzando cuidados para situación de últimos días con posterior éxitus.

Conclusiones

La Atención Primaria es el eje principal del Sistema Nacional de Salud en nuestro medio, no solo representando el primer contacto del paciente con la atención sanitaria, sino el pilar de apoyo de las demás especialidades a la hora de tratar al paciente. En este caso se planteó un abordaje multidisciplinar y conjunto entre los diversos equipos de Atención Primaria; integrado por su médica, enfermera, enfermera gestora de casos y trabajador social; y los equipos hospitalarios de Cuidados Paliativos y Oncología Médica.

La Atención Primaria coordinó los cuidados físicos de la paciente y presentó un papel fundamental a la hora del abordaje biopsicosocial de la familia. Además de abordar a la paciente como un individuo, se tuvo que englobar la situación familiar con cada uno de sus integrantes como un todo. El acompañamiento y apoyo psicológico proporcionado a los distintos miembros de la unidad familiar ha sido clave para afrontar el proceso de duelo familiar. De este modo, el médico de Atención Primaria se consolida no solo como un médico para un paciente, sino para toda una familia.

Palabras clave

Abordaje biopsicosocial, duelo, continuidad asistencial.

57. 7/328 UNA FIEBRE GENERALMENTE FATAL

Pablo Molina Herranz

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Francisco Martínez García

Médico Residente de MFyC. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Esteban Requena Carrión

Médico Especialista en MFyC. Tutor. Centro de salud de Huércal-Overa. Almería

Ámbito

Urgencias.

Motivo de consulta

Fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 26 años, sin alergias medicamentosas. Padece linfedema congénito genital, el cual le generó un trastorno ansioso en seguimiento bajo psicoterapia activa por privado. Asimismo, cuadros recurrentes de erisipela que trata con tandas de penicilina. Posible síndrome de Noonan-Milroy, (linfedema primario congénito raro cuya incidencia es de 1/100.000 niñas y 1/400.000 niños).

Consulta en Urgencias por síndrome febril de 10 días de evolución de hasta 38°C asociando al quinto día de evolución una erupción cutánea en abdomen, axilas, ingles y huecos poplíteos. Presenta síntomas respiratorios (tos, expectoración mucosa y disnea a grandes esfuerzos). Refiere episodio auto limitado de diarrea sin productos patológicos al tercer día del proceso y coluria aislada de forma errática. Astenia y anorexia durante las últimas tres semanas. Niega pérdida de peso o síntomas B.

Impresiona de REG, pálido y normohidratado. Manifiesta hipotensión con cifras en triaje: 69/40mmHg. La auscultación cardíaca resulta normal sin embargo en la respiratoria se objetivan crepitantes finos bibasales, sin roncus ni sibilantes. El abdomen sin irritación peritoneal y no doloroso. EE II linfedema crónico, sin adenopatías ni signos de TVP. Pulsos periféricos palpables. A la exploración física se objetivan lesiones cutáneas eritematosos hiperqueratósicas en placas compatibles con erisipela.

Se solicita analíticas de Urgencias apreciándose como datos relevantes: PCR 33, procalcitonina 1.9, pancitopenia, destacando neutrofilia, linfopenia y trombocitopenia. Frotis de sangre periférica 4/6 y 8/6 sin importantes alteraciones morfológicas. Coagulopatía con INR 2; y un leve aumento de las transaminasas hepáticas.

Se solicita serologías de VIH, VHB, VHC, CMV, VEB y T. Pallidum. Pasamos ESCALA SOFA (Anexo 1). Dados antecedentes personales del paciente con claro deterioro del estado general e hipotensión, asociado a fiebre prolongada de origen desconocido se decide ingreso en Medicina Interna para evolución.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente recibe seguimiento de su linfedema en clínica Foldi en Hinterzarten (Alemania). Es visto en dicha clínica una vez al año gracias a que es un servicio concertado con el SAS.

Paralelamente convive desde los 13 años con crisis recurrentes de ansiedad por las limitaciones que le producía su linfedema. Eso lo ha llevado a ser una persona retraída, insegura, introspectiva, y con dificultades para socializar. Recuerda ya desde niño, perderse excursiones y evitar practicar deportes que le gustaban, porque “por su enfermedad no podía hacerlo” “claro...y si entonces...” Nunca ha presentado ideaciones autolíticas.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

SEPSIS / Neumonía asociada a SRIS.

Plan de acción y evolución

La intención es la estabilización hemodinámica del paciente, así como filiar el origen febril para proponer un tratamiento dirigido. Completamos estudio solicitando ferritina, ANA, C3, C4, CD25, Igs, proteinograma, serologías virales, B. Henselae, Brucella, Leishmania, T. Gondii, hemocultivos, urocultivos y esputo. Se asocia también Angio TC de tórax y abdomen.

• **Evolución:**

Iniciamos tratamiento antibiótico con meropenem y clindamicina. A pesar de lo cual el paciente no presenta mejoría y la fiebre se mantiene persistente durante los días de ingreso. En pruebas de imagen se objetiva lámina de derrame pleural bilateral y en laboratorio obtenemos ferritina elevada de 11.046 y aumento de las transaminasas, persiste citopenias, con positividad para CD25 y serología compatible con infección por CMV. Dada la tórpida evolución clínica y hallazgos analíticos se sospecha la posibilidad diagnóstica de síndrome de activación macrofágica.

Tras esto, se solicita a Hematología punción de aspirado de medula ósea, en la cual se halló una médula hiper celular (>del 80%), con formas inmaduras como segmentados, sin observarse microorganismos patógenos ni neoplasias, pero sí macrófagos con células sanguíneas intracitoplasmáticas, compatible con hemofagocitosis macrofágica (Anexo 2) que terminaría por confirmar el diagnóstico de síndrome hemofagocítico (cumple 6/8 criterios, necesarios al menos 5, : fiebre elevada persistente, esplenomegalia, citopenias en al menos 2 series, hiperferritinemia, hemofagocitos y CD25 +), desencadenado probablemente por infección por CMV.

Paralelamente, durante su estancia en planta, (en menos de 72 horas tras la misma) el paciente requiere de ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SDRA, con desarrollo de infiltrados pulmonares bilaterales. Soporte con ONAF.

En UCI se estabiliza al paciente y se le añade al tratamiento infeccioso ganciclovir por CMV (IgG/IgM) que se mantendría durante 2-3 semanas. Tras 7 días en UCI vuelve a planta finalizando antibioterapia.

Conclusiones

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una reacción inflamatoria sistémica patológica, generalmente fatal y usualmente no diagnosticada que se asocia a un fallo multiorgánico y puede precipitarse asociada a enfermedades reumáticas, neoplasias, infecciosas o a drogas. El no presumirlo conlleva a no diagnosticarlo y como consecuencia a un incremento significativo del riesgo de mortalidad en el paciente; es por esto que el diagnóstico es un reto y el tratamiento debe instaurarse con celeridad.

El abordaje diagnóstico precisa siempre de una proyección integrada y dirigida con base en los hallazgos clínicos, histológicos y de laboratorio que permitirán el diagnóstico final de un SAM. Una enfermedad de tanta complejidad como esta sólo puede ser diagnosticada, gracias al trabajo en equipo y comunicación de los distintos servicios hospitalarios, pero siempre iniciado con el desafío de la sospecha de gravedad desde el primer contacto en la consulta de Urgencias.

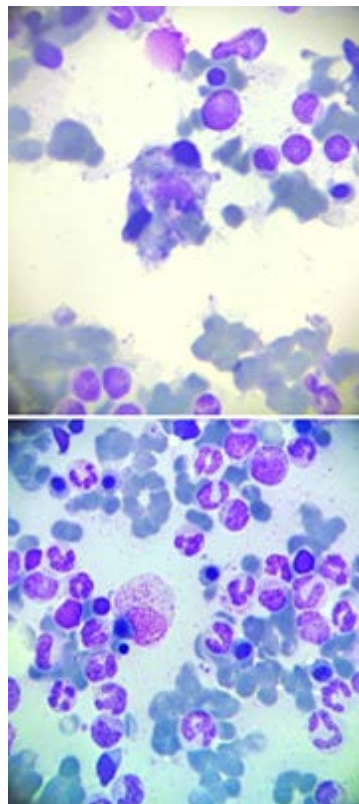
Palabras clave

“Noonan-MilroySyndrom”; “Cytomegalovirus”; “Lymphohistiocytosishemophagocytic”.

** Autorización explícita del paciente para el uso de sus datos anónimos para la publicación de caso.

ESCALA SOFA "SEPSIS-RELATED ORFAN FAILURE ASSESSMENT"					
CRITERIOS	PUNTOS				
	0	1	2	3	4
RESPIRACIÓN ▪ PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) ó ▪ SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
RENAL ▪ Creatinina (mg/dl) ó ▪ Diuresis (ml/d)	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9 ó <500 ml/día	≥5 ó <200 ml/día
HÍGADO ▪ Bilirrubina (mg/dl)	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	>12
CARDIOVASCULAR ▪ Tensión Arterial <u>Media</u> ó ▪ Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	PAM > 70mmHg	PAM < 70mmHg	Dopamina < 5 ó Dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5,1-15 ó Adrenalina ≤0,1 ó Noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ó Adrenalina ≥0,1 ó Noradrenalina ≥ 0,1
COAGULACIÓN ▪ Plaquetas (x1000)	>150	<150	<100	<50	<20
NEUROLÓGICO ▪ Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6

Anexo 1. ESCALA SOFA



Resultado: 5

Anexo 2. Imágenes Histopatológicas.

58. 7/336 UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA DE TELECONSULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Ángeles Carmona Ruiz

Médica Residente de MFyC. Hospital La Inmaculada Huércal-Overa. UGC Garrucha. Almería

Ana Cristina Simón Pérez

Médica Especialista en MFyC. Tutora. UGC Garrucha. Almería

Ámbito

Atención primaria.

Motivo de consulta

Molestias abdominales inespecíficas y alteraciones del hábito intestinal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: hipercolesterolemia y cervicoartrosis. Tratamiento habitual: hierro 256,30 mg, omeprazol 20 mg, paroxetina 20 mg, colecalciferol cada 15 días. Como antecedentes familiares destaca cáncer de mama en su abuela.

• Anamnesis:

Mujer de 60 años que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por astenia, molestias abdominales inespecíficas, sensación de plenitud postprandial y cambios en el hábito intestinal. Consultando su historia clínica se comprueba que presenta en analíticas previas desde 2022 anemia que se ha tratado con diversos tratamientos desde entonces, en su última analítica destaca anemia ferropénica. Además, se observa resultado de sangre oculta en heces positiva hace un año y no acudió a consulta médica para solicitud de colonoscopia tras resultado de cribado positivo. Refiere amenorrea desde hace años con episodios de sudoración profusa que asocia con menopausia. Refiere además cambios en el hábito intestinal con episodios frecuentes de diarrea y sensación de hinchazón postprandial, está intentando cambiar hábitos alimenticios por hipercolesterolemia. Interrogando sobre posibles signos de alarma la paciente comenta posible pérdida de peso a pesar de presentar abdomen más abultado. Niega dolor anal, fisuras o hemorroides.

• Exploración física:

Tensión arterial 123/86 mmHg, temperatura 36.3°C, saturación de oxígeno 98%, frecuencia cardíaca 75 latidos por minuto. Paciente consciente y orientada, buen estado general, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Signos de Blumberg y Murphy negativos. No defensa ni signos de irritación peritoneal. No masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos aumentados. Puñopercusión renal bilateral negativa. Tacto rectal: no hemorroides ni skin tags, esfínter normotónico, no se palpan masas, dedil manchado de heces de coloración y consistencia normales.

• Pruebas complementarias:

En su analítica destaca hemoglobina de 9, anemia microcítica e hipocrómica con presencia de ferritina de 6. En colonoscopia se explora hasta 10 cm de ano donde destaca neoplasia excrecente colónica, ulcerada que con estenosis de la luz, que se biopsia. Tras el análisis de anatomía patológica se obtiene el diagnóstico de adenocarcinoma colónico infiltrante, bien diferenciado. En TAC toracoabdominal destaca adenocarcinoma colónico estenosante de ángulo hepático T3N2M0 con adenopatías subcentiméricas locorreccionales.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Buen soporte familiar. Convive con su marido.

Juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: dispepsia, colelitiasis no complicada, patología tumoral, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome del intestino irritable.

Juicio clínico: adenocarcinoma colónico estenosante de ángulo hepático T3N2M0.

Plan de acción y evolución

Ante la sospecha de posible patología tumoral el médico de Atención Primaria realiza teleconsulta al servicio de Digestivo explicando el caso quien tras evaluarlo indica realización de colonoscopia mediante la consulta de diagnóstico rápido. Con los hallazgos obtenidos el Digestivo deriva a la paciente a cirugía de manera preferente tras ampliar el estudio con TAC toracoabdominal. Con el resultado del TAC se diagnostica de adenocarcinoma colónico estenosante de ángulo hepático bien diferenciado T3N2M0 con adenopatías subcentiméricas locorreccionales. Con este diagnóstico se programa intervención quirúrgica preferente. La paciente ingresa 1 día antes de la intervención para preparación con Citrafleet® y se administra hierro iv previo a la intervención en la que se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica sin complicaciones, se coloca drenaje Penrose y se retira el sexto día postoperatorio siendo dada de alta el séptimo día postoperatorio sin complicaciones con tratamiento con enoxaparina 40 mg cada 24 horas durante 30 días.

Analgesia con paracetamol 1 g cada 8 horas e ibuprofeno 400 mg si fiebre o dolor además de omeprazol 20 mg uno cada 24 horas en el desayuno. La paciente tiene cita para comunicarle la decisión tras analizar las posibilidades de tratamiento mediante el Comité de Tumores tras un mes de la intervención coincidiendo con su revisión postoperatoria. Tras una evolución favorable de la herida se retira todo el material de sutura y se da por finalizada la cura por su enfermera tras 10 días de la intervención. Según refiere la paciente se encuentra asintomática en el momento actual.

Conclusiones

Destacar el papel fundamental de la teleconsulta para evaluación y diagnóstico precoz en pacientes con patologías graves y tiempo-dependientes. Desde la fecha de la teleconsulta hasta la intervención quirúrgica pasó un mes y medio.

La importancia del papel del médico de familia como identificador de factores de riesgo y signos de alarma ante patología grave.

Recordar que todas estas intervenciones suponen un tiempo extra del que no siempre se dispone en las consultas de Atención Primaria.

Palabras clave

Teleconsulta, Diagnóstico Precoz, Médico de Familia.

JART 2024