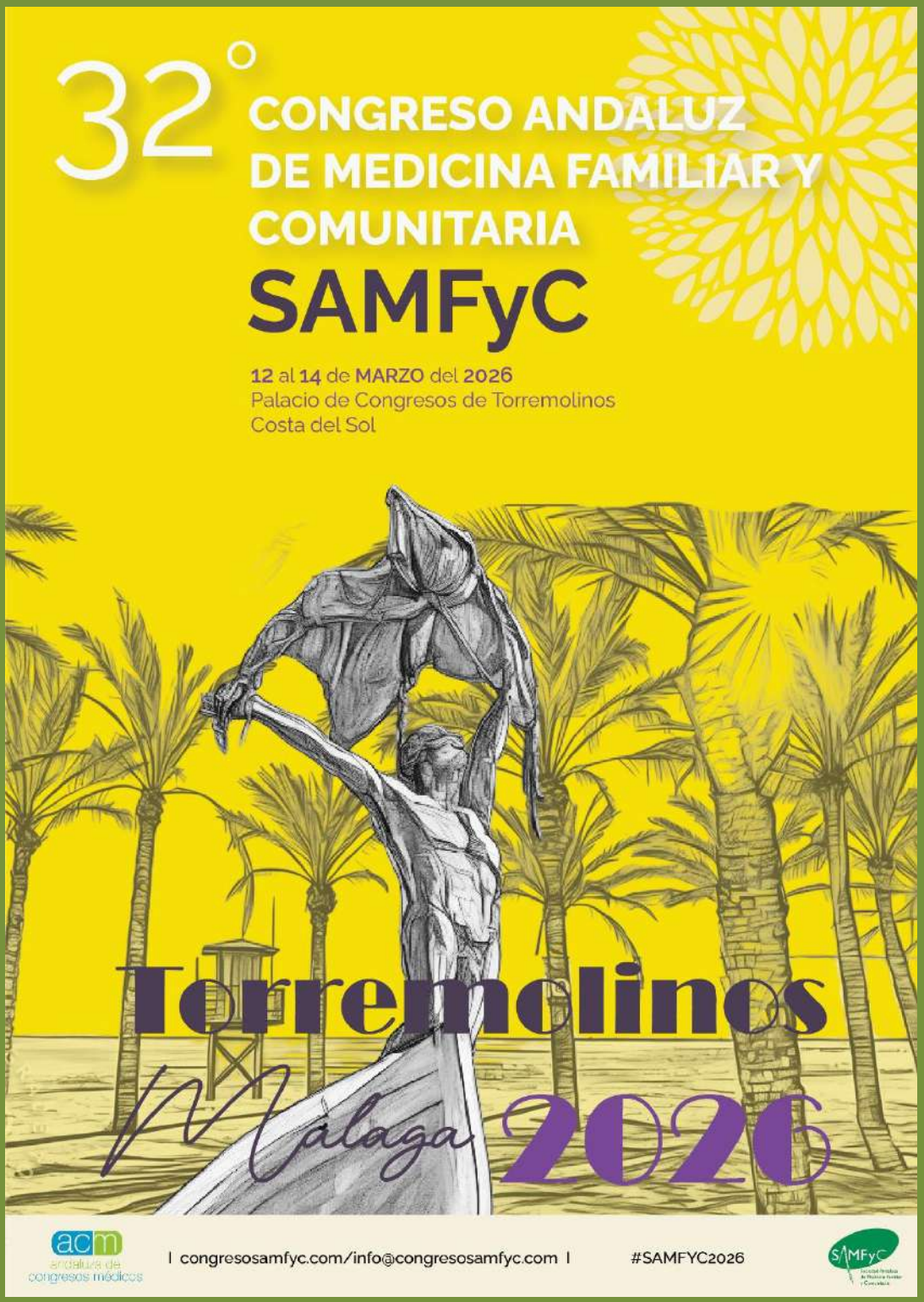
Medicina de Familia
Andalucía

Volumen 27, número 1, suplemento 1, marzo 2026



Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

COMITÉS

Presidente Comité Científico

Rubén Luciano Vázquez Alarcón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Gestión, Calidad y Seguridad Clínica. Miembro del GdT SAMFyC Respiratorio.

Presidenta Comité Organizador

Cristina Yuki Sepúlveda Muro

Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud Benalmádena. Málaga

Vocales

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Limonar. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Neurología. Vicepresidenta SAMFyC

María Filomena Alonso Morales

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Coordinadora del GdT SAMFyC Urgencias. Vicepresidenta SAMFyC

Marcos Castillo Jimena

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud Internacional.

Miguel Ángel Domínguez Santaella

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Respiratorio.

Eva Gallego Castillo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Salud Mental.

Juan Manuel García Torrecillas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. Miembro del GdT SAMFyC Neurología. Miembro del GdT SAMFyC Urgencias.

Francisco Javier Guerrero Carrasco

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Limonar. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Neurología

Rocío Medero Canela

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico Unidad Docente Multiprofesional de AFyC. Huelva. Vocal de Docencia SAMFyC

Inmaculada Mesa Gallardo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe. Sevilla. Miembro del GdT SAMFyC Adolescente. Vocal de Investigación SAMFyC

Pedro Mesa Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camas. Sevilla. Miembro del GdT SAMFyC Cirugía menor y dermatoscopia. Miembro del GdT SAMFyC Ecografía en MF. Miembro del GdT SAMFyC Urgencias.

Herminia Moreno Martos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.

Rocío Emilia Moreno Moreno

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga

Andrea Pérez Gonzalez

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga

Cristina Pulido Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Málaga. Miembro del GdT Estratégico SAMFyC URM

María Araceli Soler Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería. Coordinadora del GdT SAMFyC Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. Miembro del GdT SAMFyC Cirugía menor y dermatoscopia

Pablo Trujillo Franco

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Málaga. Miembro del GdT SAMFyC Inequidades en Salud. Salud Internacional

Irene Zapata Martínez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente
Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente
Ignacio Merino de Haro

Vicepresidente
Francisco José Rodríguez Arnay

Secretaria
Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Vicepresidenta Económica
María Filomena Alonso Morales

Vocal de Docencia
Rocío Medero Canela

Vocal de Formación

Vocal de Investigación
Mª. Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes
Alberto Pajarón Álvarez
Samar N. Hassan Querol

Vocal de Comunicación e Imagen
Antonio Muñoz Gamez

Vocales Jóvenes Médicos de Familia
Carmen Escudero Sánchez
Emilio José Delgado Soto

Vocal provincial de Almería
María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz
José Joaquín Cordero de Oses

Vocal provincial de Córdoba
Ana Fons Díaz

Vocal provincial de Granada
Carmen Esducero Sánchez

Vocal provincial de Huelva
Eduardo Pérez Razquin

Vocal provincial de Jaén
Mª Villa Juárez Jiménez

Vocal provincial de Málaga
Rubén L. Vázquez Alarcón

Vocal provincial de Sevilla
Mercedes Casado Martín

SAMFyC
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

C/ Arriola 4, Bajo D – 18001 Granada

958 804 201 663 039 516

samfyc@samfyc.es http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Director
Alejandro Pérez Milena

Subdirector
Francisco José Guerrero García

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

Consejo Editorial
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Pilar Barroso García. *Almería*
Mª. Teresa Carrión de la Fuente. *Málaga*
José Mª de la Higuera González. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Juan Manuel García Torrecillas. *Almería*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Antonio Manteca González. *Málaga*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Andrés Moreno Corredor. *Málaga*
Herminia Mª. Moreno Martos. *Almería*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Jesús Torío Durántez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

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

Título clave: Med fam Andal.
ISSN-e: 2173-5573
ISSN: 1576-4524
Depósito Legal: Gr-368-2000

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

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

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

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

Maquetan:
Juan Francisco González Ibáñez

Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital

SUMARIO

Comunicaciones orales

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

Comunicaciones póster

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

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

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

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del 32º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y/o defendidas.

Gracias por vuestra colaboración.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

CASOS CLÍNICOS:

MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Torremolinos Málaga 2026

De adenopatías y antecedentes: un diagnóstico inesperado

Gallego Antequera V

Médico Investigador. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Tumoración a nivel supraclavicular de 8 meses de evolución, dolorosa al ejercicio.

Historia clínica
Paciente de 27 años, mujer, procedente de Portugal. Ningún antecedente familiar de interés. Niega cuadros catarrales recientes o infecciones recientes. Trabaja en residencia de ancianos.

Enfoque individual
La paciente acude inicialmente a consulta por una tumoración en región supraclavicular derecha, dolorosa al tacto, de varios meses de evolución, que se evidencia en la exploración. Se pauta inicialmente tratamiento empírico ante sospecha de adenopatía, pero a la semana persiste clínica.

En dicha visita se solicita ecografía de región supraclavicular de manera preferente, y se evidencian nódulos ganglionares de aspecto inflamatorio. Se programa TAC, donde se evidencia dicho conglomerado de adenopatías, y en ecografía mamaria se denotan dos nódulos en mama izquierda de 8x5 mm y 5x3 mm, con criterios de BIRADS III.

Se deriva a la paciente a medicina interna (MI), donde, al valorar los hallazgos, derivan a cirugía para extracción de adenopatías, realizada con éxito.
En Julio de 2025 se evidencian por parte de Anatomía Patológica granulomas necrotizantes sugerentes de tuberculosis; al realizar Mantoux y PCR, ambos salen positivos, evidenciándose así escrófula.

Enfoque familiar y comunitario
Nivel de vida medio. Tío paterno que padeció de tuberculosis en su infancia sin infección de la paciente. Niega relaciones de riesgo. Exposición a posibles portadores por trabajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Escrófula, diagnostico diferencial con adenopatías, cáncer de mama, metástasis / ganglios centinela de procesos tumorales.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento con tuberculostáticos (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol 2 meses y isoniazida/pirodoxina durante 4 meses), así como vigilancia en MI. Se realiza seguimiento en AP para observar evolución clínica.

Evolución
Favorable a lo largo del curso del tratamiento, solo presentando molestias leves ocasionales sin agudización o empeoramiento de estado basal. En seguimiento por MI, con control programado en febrero de 2026 en consulta de enfermedades infecciosas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Se resalta con este caso no solo la importancia de un diagnóstico y valoración precoz, sino también de lo crucial que es la derivación temprana, ya que en solo unos meses del diagnóstico inicial, la paciente pudo ser abordada tanto a nivel medico como quirúrgico y realizarse un despistaje precoz que ha conllevado con él una buena evolución.

Palabras clave
Tuberculosis, Adenopatias, Ecografia

.

Mielopatía por gas de la risa

Moreno Pérez de Tudela R, Palacios Carroza A, Silva Domínguez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hinchazón en todo el cuerpo.

Historia clínica
Mujer de 29 años que ha consultado en tres ocasiones por sensación de hinchazón de todo el cuerpo, hormigueo en las manos y pérdida de fuerza de MMII con dificultad para la deambulación.

Enfoque individual
Antecedentes personales: consumo de alcohol, tabaco, tusi y óxido nitroso.

Anamnesis: paciente de 29 años que en tres ocasiones acude a consulta de AP por parestesias y sensación de hormigueo en miembros superiores e inferiores. En la última visita asocia dificultad para la deambulación y movimiento de mmii.

Exploración: NRL: ligeramente somnolienta. Lenguaje normal. PINLA. MOEC. No focalidad neurológica. Pares craneales conservados. Pérdida del equilibrio y de la coordinación. Fuerza conservada en sedestación, pero debilidad a la deambulación. Romberg positivo.

Pruebas complementarias: analítica sin hallazgos significativos, a destacar en hemograma VCM 95.

Manejo: realización de RM de cráneo y columna. Solicitad de niveles de vitamina B12 en laboratorio. Derivación a consultas de Neurología para valoración.

Enfoque familiar y comunitario
El óxido nitroso se ha popularizado como droga recreativa entre los jóvenes, percibida erróneamente como inofensiva. Sin embargo, su consumo crónico puede causar neurotoxicidad y mielopatía subaguda. Este daño se debe a la inactivación de la vitamina B12, esencial para la mielina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Estos casos resaltan la importancia de incluir el óxido nitroso en el diagnóstico diferencial de las mielopatías agudas, especialmente en pacientes jóvenes. Los síntomas son inespecíficos y la única pista puede ser la macrocitosis.

Tratamiento, planes de actuación
- Cese de consumo de óxido nitroso.
- Inicio inmediato de Hidroxocobalamina i.m., posteriormente suplementos de vitamina B12 oral.
- Ejercicios de rehabilitación y fisioterapia para secuelas.

Evolución
La evolución suele ser favorable si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz y hay cese del consumo. Es importante la realización de pruebas complementarias para descartar otra causa y valoración por Neurología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Óxido nitroso en el diagnóstico diferencial de las mielopatías agudas.
Los síntomas son inespecíficos y la única pista puede ser la macrocitosis.
Un diagnóstico tardío puede llevar a un deterioro irreversible.
Tratamiento precoz para mejorar el pronóstico y prevenir secuelas neurológicas.

Palabras clave
Óxido nitroso, toxicidad, mielopatía, vitamina b12.

Más allá de la artrosis en un paciente joven: contribución de la Inteligencia Artificial en el diagnóstico diferencial

Carbajo Vázquez E[1], De Amo García P[1] Jiménez Jiménez M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria en coordinación con Traumatología, Reumatología y Hematología.

Motivos de consulta

Dolor y limitación funcional en muñeca izquierda de varios meses de evolución. Antecedente reciente de artrosis avanzada bilateral de tobillos.

Historia clínica

Varón de 41 años.

Antecedentes personales: asma estable en tratamiento y cirugía de ligamento cruzado anterior de rodilla en 2014.

Antecedentes familiares: padre con cáncer de próstata (67 años), madre con cáncer de mama (73 años) y prima con trasplante hepático neonatal.

En 2024 fue valorado en Traumatología por artrosis avanzada en ambos tobillos, sin antecedentes traumáticos ni sobrecarga mecánica. En junio de 2025 consultó por dolor en muñeca izquierda; la radiografía mostró artrosis significativa del carpo. Analíticamente destacaba leve elevación de transaminasas.

Enfoque individual

Ante artrosis precoz en localizaciones atípicas y alteración hepática, se solicitó perfil reumatológico y serologías de virus hepatotropos, sin hallazgos concluyentes. Dada la atipicidad, se utilizó una herramienta de inteligencia artificial biomédica para orientar el diagnóstico diferencial, que sugirió descartar trastornos del metabolismo del hierro. El perfil férrico mostró ferritina de 4054,8 ng/ml e índice de saturación de transferrina del 106%, sugestivos de sobrecarga férrica.

Enfoque familiar y comunitario

Tras confirmarse hemocromatosis homocigota mediante estudio genético, se consideró el estudio de familiares de primer grado. El caso resalta el papel de Atención Primaria en la detección precoz de enfermedades sistémicas a partir de síntomas musculoesqueléticos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Problemas: artrosis precoz atípica, elevación leve de transaminasas y sobrecarga férrica marcada.

Diagnóstico diferencial: artropatías inflamatorias, artrosis secundaria y enfermedades metabólicas.

Diagnóstico final: hemocromatosis homocigota con Artropatía hemocromatósica.

Tratamiento, planes de actuación

El paciente fue derivado a Reumatología y Hematología, donde tras análisis genético, se confirmó el diagnóstico de hemocromatosis homocigota y artropatía hemocromatósica. Se inició tratamiento con flebotomías semanales y, ante respuesta insuficiente, se añadió quelante férrico oral.

Evolución

En el último contacto, el paciente refería mejoría del dolor articular.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso resalta la importancia de considerar hemocromatosis ante artrosis precoz y afectación de articulaciones atípicas, especialmente si coexiste alteración hepática y evidencia la utilidad de la inteligencia artificial como apoyo diagnóstico en Atención Primaria en cuadros clínicos poco frecuentes.

Para la elaboración de este caso clínica, se solicitó consentimiento informado al paciente.

Palabras clave
Hemocromatosis; artrosis; inteligencia artificial

Más allá del tabú: eyaculación precoz en la consulta de Atención Primaria

Peña Segura A[1], Santana Almonte D[2], Bellerín García M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana del Condado. Huelva

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dificultad persistente para controlar la eyaculación durante las relaciones sexuales.

Historia clínica
Varón de 30 años que consulta por dificultad persistente para controlar la eyaculación desde el inicio de sus relaciones sexuales.
Refiere eyaculación en menos de un minuto tras la penetración, con incapacidad para retrasarla y malestar significativo tanto propio como en su pareja.
No refiere disfunción eréctil asociada.

Enfoque individual
El abordaje se centró en el paciente, considerando su situación personal, expectativas y repercusión emocional.
Se creó un entorno de confianza que facilitó una comunicación abierta y sin juicios.
Las decisiones se basaron en objetivos realistas y consensuados, adaptados a su evolución y preferencias.

Enfoque familiar y comunitario
Se consideró el impacto en la relación de pareja, promoviendo su implicación con consentimiento del paciente y facilitando apoyo e información. Desde Atención Primaria se reforzó la educación en salud sexual y la normalización de la consulta, favoreciendo una atención integral centrada en el bienestar biopsicosocial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Eyaculación precoz primaria en varón joven, con repercusión emocional y relacional, sin evidencia de patología orgánica asociada.
Diagnóstico diferencial: disfunción eréctil, ansiedad, prostatitis, depresión.
Identificación de problemas: eyaculación precoz persistente. Ansiedad anticipatoria ante las relaciones sexuales. Disminución de la autoestima

Tratamiento, planes de actuación
Abordaje escanolado, priorizando inicialmente medidas no farmacológicas.
Se indican técnicas conductuales de control eyaculatorio (parada-arranque y compresión) y entrenamiento de relajación.
Se promueve la implicación de la pareja en el proceso terapéutico.
Ante respuesta insuficiente, se valorar medidas farmacologícas (ISRS, AT).
Revisiones periódicas

Evolución
Presenta mejoría progresiva con medidas educativas y conductuales, sin precisar tratamiento farmacológico.
Mayor satisfacción personal y de pareja, manteniéndose estable en el seguimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La EP es un problema frecuente y tratable desde Atención Primaria, con impacto significativo en la calidad de vida. Existe probablemente una elevada infraconsulta debido a factores culturales, vergüenza y estigmatización, que dificultan que muchos hombres expresen este tipo de problemas en consulta. Un abordaje integral, basado en educación y técnicas conductuales, puede ser eficaz sin necesidad de tratamiento farmacológico. La consulta de Medicina de Familia constituye una oportunidad clave para normalizar la salud sexual masculina y favorecer su abordaje precoz

Palabras clave
Eyaculación precoz, disfunción sexual masculina, salud sexual, intervención conductual.

"Doctora, me siento inflamada"

Pinilla González M[1], Castillo Burgos D[2], Cruz Briega A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribáñez. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Consultorio de Maribañez. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria – Urgencias.

Motivos de consulta
Paciente femenina de 25 años que acude a urgencias por molestias abdominales de aproximadamente un mes de evolución, con sensación de hinchazón y pesadez abdominal, principalmente tras la ingesta.

Historia clínica
Los síntomas mencionados se han iniciado hace 3-4 semanas, destacando la no presencia de dolor abdominal, no fiebre, pérdida de peso ni otros síntomas asociados. La paciente se encuentra en estudio por su médico de familia debido a esta sintomatología persistente.

Enfoque individual
Antecedentes personales: no relevantes.
Anamnesis: molestias abdominales persistentes, predominando sensación de hinchazón y pesadez, sin signos inflamatorios ni sistémicos.
Exploración física: paciente en buen estado general, consciente y hemodinámicamente estable. Abdomen globuloso y endurecido, con timpanismo a la percusión, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal.
Pruebas complementarias: ecografía abdominal en consulta: imagen quística homogénea, bien delimitada, sin septos ni componente sólido, con ejes aproximados de 30 cm longitudinal y 18-19 cm transversal, desde epigastrio hasta región infraumbilical. Doppler negativo. Origen indeterminado, con sospecha de ovario por localización.
TAC abdominopélvico: útero de tamaño normal. Formación quística unilocular dependiente del ovario izquierdo, de aproximadamente 25 cm, sin proyecciones papilares evidentes, con dos finos septos en la porción craneal, de aspecto benigno y sin invasión de estructuras vecinas. Hallazgos compatibles con cistoadenoma seroso de ovario.

Enfoque familiar y comunitario
No aplicable o relevante en este caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Imagen quística abdominal de gran tamaño con características ecográficas y radiológicas sugestivas de cistoadenoma seroso gigante de ovario.

Tratamiento, planes de actuación
Se contacta con el servicio de radiología para valoración especializada. Se decide no repetir ecografía y realizar TAC abdominopélvico para mejor definición y planificación terapéutica. Tras confirmación radiológica, se deriva a ginecología para valoración.

Evolución
Paciente pendiente de valoración por ginecología para decisión y manejo definitivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destaca la relevancia de la ecografía como herramienta diagnóstica inicial en Atención Primaria para identificar masas abdominales, facilitando la coordinación con niveles hospitalarios para estudios complementarios y manejo multidisciplinar. La detección precoz y seguimiento desde Atención Primaria contribuyen a optimizar la atención integral de pacientes con masas abdominales, evitando demoras diagnósticas. Además, subraya la importancia del razonamiento clínico y la comunicación internivel para decidir pruebas complementarias apropiadas, evitando procedimientos innecesarios.

Palabras clave
Cistoadenoma seroso, hinchazón abdominal

Mira más allá de lo que ves

Gámez Navarro M[1], Escudero Domínguez L[2], Espinal Sánchez M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro, Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Palpitaciones.

Historia clínica
Varón de 27 años que acude a consulta por presentar ocasionalmente taquicardia al realizar actividad física llegando a alcanzar frecuencias cardíacas de 200 lpm junto a mareos y cediendo con reposo. No dolor torácico, no disnea, no datos de insuficiencia cardíaca. No cortejo vegetativo.
Antecedentes personales: sin interés.

Enfoque individual
Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general.
Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico, no soplos. No ruidos patológicos.
Miembros inferiores: no edemas, ni signos de trombosis.
Constantes: TA 130/85 mmHg, FC 75 lpm.
Analítica sanguínea mes previo: tiroides en rango.

Enfoque familiar y comunitario
Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para actividades instrumentales de vida diaria. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Taquicardia sinusal fisiológica (ejercicio físico) vs arritmias vs cardiopatía estructural.

Tratamiento, planes de actuación
Realizamos electrocardiograma del paciente visualizándose ritmo sinusal a 65lpm, eje izquierdo, BIRDHH, T negativa en V1-V2 e impresiona de onda delta en cara inferior.

Se realiza teleconsulta a Cardiología por sospecha de Síndrome de Wolf Parkinson White (WPW).

En Cardiología realizan ergometría que es detenida por superar la FC máxima, apareciendo la preexcitación a partir de 160lpm. Ecocardiografía: insuficiencia aórtica moderada (trivalva). Tras ello, se decide ingreso del paciente en Cardiología.

Evolución
Durante el ingreso, se realiza ablación de vía accesoria de conducción cardíaca posteroseptal derecha (causante del síndrome de WPW), consiguiéndose desaparición de la conducción por esa vía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El síndrome de WPW debe considerarse en pacientes jóvenes que consultan por episodios recurrentes de palpitaciones de inicio y final brusco, especialmente si se acompañan de mareo, presíncope o síncope. El diagnóstico se sospecha en el ECG basal por la presencia de intervalo PR corto, onda delta y QRS ancho, lo que refleja la existencia de una vía accesoria responsable de preexcitación ventricular.
El tratamiento definitivo del WPW sintomático es la ablación por catéter de la vía accesoria, con alta tasa de éxito y baja tasa de complicaciones, siendo la opción recomendada especialmente en pacientes jóvenes con episodios recurrentes. Finalmente, este caso subraya la relevancia de una actuación precoz, la identificación de signos electrocardiográficos claves y la derivación a Cardiología para prevenir recurrencias y reducir el riesgo de eventos arrítmicos graves.

Palabras clave
Taquicardia, Síndrome de Wolff-Parkinson-White, Técnicas de Ablación.

La oportunidad diagnóstica en cada contacto clínico: a propósito de un caso en atención domiciliaria

Mateos Gómez A[1], Gámez Navarro M[1], Moguer Galán M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro, Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Fiebre y ruidos respiratorios.

Historia clínica
Mujer de 86 años, acude su familiar solicitando aviso domiciliario por fiebre y ruidos respiratorios. Acudimos a su domicilio, describiendo la paciente fiebre de 38.5ºC que cede con antitérmicos, tos, mucosidad clara y autoescucha de ruidos respiratorios. No disnea. Observamos en región frontal de la paciente costra de 4 cm de diámetro. Refieren ser una herida de 5 meses que no termina de cicatrizar, con sangrado intermitente autolimitado.
Antecedentes personales: no fumadora. HTA. DM2. Fractura de cadera derecha intervenida en octubre 2025. Trombosis venosa superficial en miembro inferior izquierdo en 2018.

Enfoque individual
Sentada en sillón. Buen estado general, buena hidratación piel/mucosas, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. SatO2 96%. ORL: no edema úvula, orofaringe normal. ACP: rítmico. MV conservado con crepitante basal izquierdo. MMII: no edemas ni trombosis.

Enfoque familiar y comunitario
Situación basal: funciones superiores conservadas, independiente para actividades básicas de vida diaria, precisa ayuda parcial para el baño. Apoyo familiar adecuado. Deambula con andador.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sospecha de neumonía adquirida en la comunidad.
Lesión dérmica facial. A descartar carcinoma basocelular, queratosis actínica hipertrófica, carcinoma espinocelular, queratoacantoma...

Tratamiento, planes de actuación
Dada estabilidad de la paciente iniciamos tratamiento domiciliario con antitérmicos y antibioterapia con amoxicilina 875mg/ácido clavulánico 125mg /8horas 7 días. Programamos nueva visita en 48 horas.

Ante lesión en zona frontal de 5 meses de evolución con datos de alarma, citamos en telederma para valoración con dermatoscopia.

Evolución
A las 48 horas, mejoría clínica. Afebril. A la auscultación mejoría del crepitante izquierdo.
A los 10 días valoramos en telederma. Objetivándose lesión ulcerada con bordes perlados que a la dermatoscopia aprecia vascularización. Sospecha clínica de carcinoma basocelular. Realizamos interconsulta con dermatología, incluyéndose en lista de espera quirúrgica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destacar el papel central de la Medicina de Familia en la atención integral del paciente, especialmente en atención domiciliaria, donde la valoración no debe limitarse al motivo de consulta inicial.
Gracias a esta visión, se identificó incidentalmente un carcinoma basocelular, que probablemente habría retrasado su diagnóstico. Permitiendo una derivación precoz, con la inclusión de la paciente en lista quirúrgica.

Palabras clave
carcinoma basocelular, neoplasias de piel no melanoma, visita domiciliaria.

Control de crisis epilépticas mediante intervención dietética: un caso de inercia terapéutica

González Vico C[1], León Aguilar L[2], Ramos Marmolejo F[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Roca. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga
[3] Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Graduado en Nutrición Humana y Dietética. Málaga.

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Crisis convulsiva tónico-clónica en paciente epiléptica.

Historia clínica
Mujer de 65 años consulta por nuevo episodio de crisis convulsiva tras 4 años sin episodios. Suspendió tratamiento antiepiléptico 10 meses antes. En urgencias hospitalarias reiniciaron zonisamida.

Enfoque individual
Antecedentes: cirugía bariátrica (gastrectomía vertical + yeyunostomía en Y de Roux) hace 15 años, epilepsia de diagnóstico 5 años después e hipotiroidismo.
Anamnesis: refiere síntomas que identifica como prodrómicos en crisis previas (sudoración, nerviosismo, palidez, confusión y temblores) que van en aumento de frecuencia. Suele ocurrir 1-2 h tras las comidas y ceden tras ingesta de alimentos azucarados, aunque reaparecen. Tiene un glucómetro de su marido registrando hipoglucemias hasta 50 mg/dl.
Exploración neurológica anodina. Analítica y ECG sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su marido, quien fallece durante este diagnóstico agravándose el cuadro. Tiene apoyo de hijas, aunque sufre sobrecarga de cuidados. Teletrabaja. Vive en barrio obrero en medio rural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: síndrome de Dumping tardío.
Diagnóstico diferencial: epilepsia refractaria a tratamiento, sincopes de origen cardiaco, Insulinoma.

Tratamiento, planes de actuación
Se consiguió visado de monitorización glucémica permanente demostrando coincidencia de hipoglucemias con sintomatología y patrón característico de descenso rápido tras subida postprandial. Se inició coordinadamente con nutricionista (externo al SAS) una intervención dietética que prioriza estrategias nutricionales que ayuden a retrasar el vaciado gástrico.

Evolución
Cese de crisis convulsivas tras intervención dietética y disminución de los episodios de hipoglucemia. Mejoría de la calidad de vida referida por la paciente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El síndrome de dumping es una complicación frecuente de la cirugía bariátrica (hasta el 50%) y por tanto en nuestras consultas. En él, el vaciamiento gástrico acelerado produce un pico glucémico posprandial que desencadena una respuesta hiperinsulinemica que lleva a la hipoglucemia.
Para su diagnóstico es esencial una anamnesis detallada y revisión de la historia clínica para romper la inercia diagnóstica (en este caso la epilepsia). Se investiga actualmente qué fármacos hipoglucemiantes, paradójicamente, podrían ser beneficiosos.

Palabras clave
Síndrome de Vaciamiento Rápido (Dumping Syndrome), Epilepsia (Epilepsy) y Dietoterapia (Diet Therapy).

Lo que oculta una odontalgia y la importancia de las consultas de última hora

Escudero Sánchez C[1], Expósito Martínez C[2], Pedrosa Arias M[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio Monachil. Monachil (Granada)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria jubilada. La Zubia. Granada

Ámbito del caso
Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivos de consulta
Odontalgia.

Historia clínica
Paciente de 52 años que consulta de urgencias a las 14:30h de un jueves de agosto por dolor por un flemón en hemiarcada superior izquierda.
Durante la exploración, evidencio importante tumoración en parte lateral derecha de cuello. Refiere que lo presenta desde hace un par de meses, consultó en una ocasión y se le recomendó tomar antiinflamatorios y revisión en dos semanas, pero la paciente nunca acudió a dicha revisión. La tumoración ha crecido bastante. Dentro de la cavidad bucal evidencio el flemón e importante inflamación de amígdala derecha.

Enfoque individual
Como antecedentes, se intervino de by pass gástrico en su país. Presenta clínica de reflujo pendiente de valoración por Digestivo y migraña con aura.
No es una paciente especialmente conocida por nuestro cupo.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente tiene 52 años, natural de Venezuela, reside en el Barrio de Monachil desde hace 8 años junto a su esposo, hijos y su madre. Trabaja en ayuda a domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Adenopatía neoplásica, cáncer de cavidad oral

Tratamiento, planes de actuación
Pese a que no era el motivo de consulta principal, derivo de forma preferente a ORL y solicito ecografía de cuello, que se realiza un mes después.
Se evidencia Lesión hipoecoica compatible con adenopatía de posible origen metastásico. Se deriva desde Radiología (sin informar a la paciente) al Comité de Tumores, desde donde amplían a TC de tórax y cuello.
Es en mi consulta donde tengo que informar a la paciente de los resultados y de los siguientes pasos. Una semana después se realiza el TC, donde se aprecia se aprecia asimetría de amígdalas palatinas y la adenopatía ya comentada.
Desde ORL realizan biopsia: carcinoma de células escamosas no queratinizante asociado a VPH p16.

Evolución
Ha recibido dos sesiones de quimioterapia y muchas de radioterapia, con respuesta muy positiva al tratamiento. Como secuelas, presenta importante disfagia, afonía, dolor y estreñimiento por altas dosis de opioides.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
No debemos pasar por alto lesiones a las que los pacientes no den importancia, así como tampoco olvidar que el VPH puede producir otro tipo de neoplasias más allá del cáncer de cérvix.

Palabras clave
Adenopatía neoplásica, amígdala, VPH

No se encuentra lo que no se busca. Anemia como primer signo de gammapatia monoclonal

Cubero Córdoba E, González Becerra L, González Pastor J

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Limonar. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Anemia.

Historia clínica
Paciente de 70 años que acude a consulta para recoger resultados de analítica de control anual.

Enfoque individual
Alergia a látex.
Intervenciones quirúrgicas: famoemulsificación y lente intraocular de ambos ojos. No otros antecedentes clínicos.
En analítica sanguínea destaca: hemoglobina (Hb) 11,9 g/dL, hematocrito 34,3%, volumen corpuscular medio (VCM) 96,1 fL, hemoglobina corpuscular media 33,3 pg, hierro 91 mcg/dL, ferritina 73 ng/dL.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
La paciente presenta un anemia normocítica y normocrómica.
A pesar de no presentar ferropenia, se realiza estudio de anemia y se solicita sangre oculta en heces (SOH) para descartar causa digestiva, que resulta positiva (200 mcg/g).
Para completar el estudio, se solicitó una colonoscopia donde se extirparon dos pólipos, un adenoma tubular con displasia de bajo grado y un adenoma tubulo-velloso con focal displasia de alto grado superficial.
Tras la realización de la colonoscopia y extirpación de ambos pólipos, en el siguiente control analítico a los seis meses objetivamos persistencia de la anemia: hb 11,4 g/dL, hierro 36 mcg/dL, VCM 101,7 fL y vitamina B12 566 pg/mL.
Al año, se realiza nuevo control analítico donde incluso se objetiva un empeoramiento analítico de la anemia (Hb 10,3 g/dL) que continúa siendo normocítica y normocrómica, con niveles de hierro, ferritina y vitamina B12 normales.
Ante el empeoramiento clínico (astenia intensa) y persistencia de la anemia, a pesar de haber extirpado dos pólipos, indagamos en otras causas de anemia por lo que se solicitó un proteinograma donde se objetivo una gammapatía monoclonal IgG-kappa.

Tratamiento, planes de actuación
Posteriormente, se realizó derivación a Hematología para completar estudio de gammapatía monoclonal. Se realizó biopsia y aspiración de médula ósea. El resultado fue: infiltración por linfoma no hodgkin B de bajo grado, compatible con linfoma linfoplasmocítico.

Evolución
En momento actual la paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de Hematología y su médico de Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La longitudinalidad es importante en el ámbito de la Atención Primaria, ya que, en este caso, un anemia leve, que inicialmente podría haber pasado desapercibida, ha resultado ser un linfoma linfoplasmocítico que ha sido diagnosticado por su médico de familia que realiza el seguimiento longitudinal del paciente.

Palabras clave
Gammopatía Monoclonal de Relevancia Indeterminada, anemia, paraproteinemias

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

CASOS CLÍNICOS:

MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Torremolinos

Málaga 2026

Absceso de partes blandas por migración de cuerpo extraño intraabdominal

Chica Vicente A[1], Lozano Rodríguez M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Absceso en muslo derecho crónico.

Historia clínica
Femenina de 69 años.
Antecedentes patológicos personales: hiperlipemia, menopausia prematura, apendicectomizada (2003).

Enfoque individual
Cuadro clínico de cinco meses de evolución caracterizado por la aparición de un absceso sin orificio externo localizado en muslo derecho, sin causa desencadenante, presenta evolución tórpida a diversas pautas de antibiótico con datos de alarma: cambios de la consistencia, hipersensibilidad, empastamiento y eritema extendido, tendencia acelerada al crecimiento y la observación de detritus durante el rastreo ecográfico ambulatorio con alta sospecha de tabicación, siendo derivada a Traumatología. Acude durante dos ocasiones a urgencias, es evaluada por traumatología y Cirugía general con técnicas de imagen, para este momento el bultoma comprometía un diámetro de 15 cm y se situaba en la raíz del muslo derecho extendiéndose a cara anterolateral.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente denota alteración de calidad de vida y escaso control del dolor con limitación para la realización de actividades habituales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: lesiones de partes blandas. Tras revisar imágenes se define rarefacción grasa en torno a suturas de región apendicular y alteración del contorno muscular iliopsoas derecho con una colección que inicia en la región anterior y discurre hacia tercio proximal del muslo, con captación sugerente a sobreinfección y 2 imágenes metálicas, al compararse con radiografías de pelvis previas se identifican 5 clips metálicos en fosa ilíaca derecha, concluyendo que han migrado a muslo. *Diagnóstico definitivo:* absceso de partes blandas por migración de cuerpo extraño.

Tratamiento, planes de actuación
Se drena colección en quirófano, identificándose con rastreo ecográfico sitio de punción favorable con extracción de líquido seropurulento para estudio bioquímico, lavado y extracción de uno de los clips metálicos visualizando el segundo en cavidad muscular tras el control radiológico.

Evolución
Se pauta tratamiento dirigido y evoluciona favorablemente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Si la patología de partes blandas no responde a medidas conservadoras, en colecciones identificadas debe intentarse un drenaje diagnóstico y terapéutico, con el fin de estudiar el material exudativo y evitar resistencia antibiótica, preveer la complicación de recidivas establece criterios de derivación hospitalaria que controlen el foco infeccioso y mitiguen la progresión sistémica.

Palabras clave
Absceso, migración de cuerpo extraño, Uso Racional de Medicamentos.

Manejo integral de abscesos abdominales exteriorizados: experiencia en Atención Primaria

Rodríguez Jiménez C, Reche Fernández I, Maculet Rey A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villanueva de Algaidas. Villanueva de Algaidas (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Cirugía General y Servicios de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Tumoración dolorosa en pared abdominal con supuración persistente, de varios meses de evolución, refractaria a tratamiento antibiótico.

Historia clínica

Varón de 71 años, en seguimiento por Atención Primaria, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, síndrome de apnea del sueño leve-moderado sin tolerancia a CPAP, y ferropenia actualmente en estudio por Digestivo. En mayo de 2025 acude por presentar una lesión en la pared abdominal caracterizada por induración, eritema y calor local, sin fiebre asociada, clínicamente compatible con un absceso cutáneo.

Enfoque individual

Paciente con evolución tórpida a pesar de varias pautas antibióticas y curas realizadas por enfermería.

Tumoración subcutánea de 2–6 cm, indurada, con supuración intermitente.

Inicialmente no se realizaron estudios de imagen; ante la persistencia de los síntomas se decidió derivar a Cirugía. La tomografía computarizada abdominal mostró un trayecto inflamatorio desde la piel hasta la cavidad abdominal, con colección y presencia de material radiodenso lineal compatible con cuerpo extraño.

Enfoque familiar y comunitario

Es importante de la continuidad asistencial y el seguimiento longitudinal que se realiza en Atención Primaria. Al tratarse de un paciente adulto mayor con múltiples comorbilidades, es fundamental considerar su contexto familiar y social, incluyendo apoyo en autocuidados, adherencia a tratamientos y manejo de posibles limitaciones funcionales ya que fue un proceso "largo".

Educación sanitaria sobre signos de alarma de infección y complicaciones de abscesos; coordinación con enfermería para curas locales y seguimiento de la evolución de la lesión y con Cirugía para agilizar la derivación y evitar retrasos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

- Absceso intraabdominal crónico exteriorizado a piel por cuerpo extraño, probablemente un hueso de pollo, con formación de granuloma.
- Quiste epidérmico, absceso intraabdominal secundario a cuerpo extraño, neoplasia de partes blandas.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación a Cirugía General. Intervención quirúrgica. Seguimiento posterior por AP, Cirugía y Urgencias ante complicaciones locales.

Evolución

Evolución favorable tras cirugía, con episodios posteriores de inflamación local y eventración en seguimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso resalta el papel del médico de familia en la identificación temprana de signos de alarma, la gestión de incertidumbre clínica y la coordinación asistencial ante lesiones cutáneas atípicas con posible origen intraabdominal.

Palabras clave
Abceso; infección; Cuerpo extraño.

Anisocoria como signo centinela de neoplasia pulmonar microcítica: a propósito de un caso en Urgencias

Barón Alarcón A[1], Ruiz Ortiz A[2], González Ramírez A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palos de la Frontera. Palos de la Frontera (Huelva)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta
Malestar y mareo.

Historia clínica
Mujer de 58 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por un cuadro clínico de aproximadamente tres meses de evolución, con empeoramiento progresivo en las últimas semanas, consistente en sensación vertiginosa, mareos y náuseas. La paciente lo relaciona con disminución de la ingesta tras un episodio de ERGE, asociando pérdida de peso.
Ha acudido previamente en dos ocasiones a Urgencias, siendo derivada a Atención Primaria. Ese mismo día se solicita teleconsulta con Medicina Interna por síndrome constitucional. Es valorada posteriormente por Otorrinolaringología (20/11/2025), donde se objetiva anisocoria, motivo por el cual es remitida nuevamente a Urgencias, aunque refiere que el síntoma estaba presente desde semanas atrás.

Enfoque individual
Exfumadora (1 paquete/día, 44 años), sin antecedentes cardiovasculares relevantes. *Exploración física:* buen estado general, pupilas anisocóricas, sin focalidad neurológica, signos meníngeos negativos. Analítica normal. TC y Angio-TC craneal normales; Oftalmología sin hallazgos. Radiografía de tórax: lesión pulmonar en lóbulo medio inferior. TC tóraco-abdomino-pélvico: lesión en lóbulo inferior derecho sugestiva de malignidad, con adenopatías mediastínicas y claviculares ipsilaterales.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con esposo e hijo; IABVD; funciones cognitivas conservadas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
1. Síndrome para neoplásico PANCOAST asociado a Neoplasia pulmonar.
2. Metástasis pulmonares con primario a filiar
3. Síndrome neurológico con afectación del III PAR no Isquémico.

Tratamiento, planes de actuación
En su nueva consulta al servicio de urgencias con empeoramiento de patología, se decide ingresar para estudio de extensión y tratamiento por neumológica.

Evolución
Ingreso hospitalario para estudio y manejo por Neumología. PET-TC confirmó carcinoma microcítico pulmonar T1cN3M0. Desarrolla polirradiculopatía y encefalopatía paraneoplásica; inicia quimioterapia con evolución inicial favorable. Comité multidisciplinar descarta cirugía. Se plantea derivación a Unidad de Cuidados Paliativos. Paciente en seguimiento clínico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
- La Atención Primaria es clave para la detección precoz de signos de alarma en síntomas inespecíficos y persistentes.
- La visión longitudinal y biopsicosocial permite identificar cambios sutiles orientativos de patología grave.
- En pacientes con antecedentes de tabaquismo, mantener alto índice de sospecha de neoplasia pulmonar, aunque estudios iniciales sean normales.
- *La coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria facilita un diagnóstico oportuno y un abordaje integral centrado en el paciente.

Palabras clave
Cancer pulmonar, Anisocoria, Fumador.

Cuando lo viral no es viral: sospecha clínica en Atención Primaria

Ruiz Ortiz A[1], Barón Alarcón A[2], González Ramírez A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palos de la Frontera. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso
Atención primaria, Urgencias hospitalarias

Motivos de consulta
Fiebre y tos.

Historia clínica
Paciente de 6 años que acude a centro de salud por cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizado por fiebre cuantificada hasta 39 °C, tos y mucosidad. Refiere dolor abdominal y cefalea. Niega emesis o disnea.
Presenta buena ingesta alimentaria, hábito urinario e intestinal sin alteraciones. No otra clínica por aparatos
Ante hallazgos clínicos, se deriva a Urgencias Pediátricas para valoración y estudio complementario.

Enfoque individual
Sin antecedentes personales. Buen estado general, hidratado. Palidez mucocutánea. Sin lesiones cutáneas. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen distendido y doloroso a la palpación; se palpa hepatoesplenomegalia.
Son síntomas frecuentes en pediatría; sin embargo, ante la fiebre persistente, la palidez cutánea y los hallazgos en la exploración física, se realizó interrogatorio dirigido.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con sus padres y hermanos. Procedencia Marruecos. Se ofreció información, soporte emocional, seguimiento estrecho desde CS, evolución, acompañamiento familiar y educación sanitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: sospecha hemopatía aguda.
Diagnóstico diferencial:
- Infección viral sistémica (VEB / CMV)
- Linfoma.
- Leishmaniasis visceral.

Tratamiento, planes de actuación
En centro de salud se realizó una valoración clínica completa, objetivándose fiebre, palidez y hepatoesplenomegalia, con derivación urgente a Urgencias Pediátricas para estudio hematológico.
Se realizaron pruebas complementarias ante la sospecha de hemopatía aguda sugestiva de leucemia linfoblástica aguda. Analítica: DD 3950, LDH 2790. Radiografía de tórax sin ensanchamiento mediastínico. Ecografía abdominal: gran hepatoesplenomegalia severa, sin complicaciones aparentes por compromiso de espacio.
Fue valorado por Hematología, indicándose ingreso para evolución, realización de pruebas complementarias adicionales e inicio de manejo con quimioterapia.

Evolución
Se inicia protocolo de quimioterapia ante debut de leucemia linfoblastica aguda T con evolución estacionaria a espera de respuesta de tratamiento, se deriva a hospital de mayor complejidad y seguimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La fiebre prolongada en Pediatría sin un foco infeccioso claro debe considerarse una señal de alarma que requiere una valoración integral y sistemática en Atención Primaria. La identificación precoz de signos de gravedad y la adecuada sospecha clínica permiten una derivación y actuación urgente, evitando retrasos diagnósticos y mejorando el abordaje de posibles patologías graves incluso cuando el cuadro inicial parece banal.

Palabras clave
Fiebre, hepatoesplenomegalia, hemopatía maligna

Dolor abdominal y alteración del perfil hepático: diagnóstico inesperado de tumor neuroendocrino metastásico

González Ramírez A[1], Ruiz Ortiz A[2], Barón Alarcón A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria, Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta
Dolor abdominal.

Historia clínica
Anamnesis: mujer de 52 años: RAMc a penicilina. Niega hábitos tóxicos. No FRCV.
Antecedentes personales: hipotiroidismo.
Enfermedad actual: paciente con cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en dolor en zona lumbar irradiado al abdomen, asociado a nauseas, diarrea e hiporexia, hace dos días había consultado al SUH donde impresiona de posible hepatitis a determinar por elevación de transaminasas. Niega fiebre, pérdida de peso, vómitos.
Su médico de Atención Primaria le indica acudir nuevamente al SUH.

Enfoque individual
BEG, consciente, orientado. FC:110 lpm TA: 145/91 mmHg. SO_2: 98% a/a Tº: 35.4ºC.
Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en HCD, posible hepatomegalia, Murphy dudoso. Resto del examen físico sin alteraciones.
Analítica: BT 0.55, LDH 649, GGT 616 AST 215, ALT 264, FA 491, PCR 7.
Eco abdominal: imágenes en hígado sugestivas de esteatohepatitis sin poder descartar otras etiologías.
Ingreso:

- Colonoscopia: pólipo LST en colon ascendente.
- Tc dinámico de hígado: múltiples MTX hepáticas difusas.
- PET-Tc: lesiones hipermetabólicas hepáticas, sugestivas de malignidad. Correlacionar con anatomía patológica a fin de descartar como primera posibilidad TNE.
- Biopsia de hígado: tumor neuroendocrino, mitosis aprox 5/CGA. Ki67: 95%

Enfoque familiar y comunitario
Sin antecedentes familiares de importancia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

- Tumor neuroendocrino indiferenciado, mtx en hígado origen primario no filiado, con signos clínicos de agresividad.
- Hepatitis aguda.
- Esteatohepatitis no alcohólica.
- Hipertransaminasemia de predominio colestásico.

Tratamiento, planes de actuación
Manejo del dolor y ante la elevación persistente de enzimas hepáticas y hallazgos en ecografía se ingresó en digestivo.

Evolución
En planta se interroga a la paciente sobre AP que sugieran elevación de transaminasas. Se realizan estudios de extensión.
Se confirma LOES hepáticas, IC con ginecología que descarta patología tumoral por su parte.
Es dada de alta con seguimiento por oncología médica que inicia QT, continua progresión de la enfermedad, por lo cual fallece cuatro meses después.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
A pesar de que la paciente había sido atendida días antes en el SUH con posible diagnóstico de hepatitis, su médico de familia no se conformó con este diagnóstico y tras realizar una adecuada exploración física indica acudir nuevamente al SUH. La clínica y la exploración física son pilar fundamental para llegar a un diagnóstico de certeza.

Palabras clave
Hipertransaminasemia, tumor neuroendocrino, metastasis

Síntomas del tracto urinario inferior en paciente con linfoma folicular en remisión: un diagnóstico inesperado

González Mata A[1], Camacho Mateos A[2], García Lozano M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)
[2] Enfermera de MFyC. UGC Camas. CS Camas. Camas (Sevilla)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. CS Camas. Camas (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Síntomas del tracto urinario inferior.

Historia clínica
Varón de 53 años que acude a consulta de Atención Primaria octubre 2024 por clínica miccional de 3-4 días. SUAP pauta ciprofloxacino sin mejoría. Ante persistencia de clínica, acude a su MAP, realiza estudio orina con urocultivo y posterior ciclo fosfomicina. Resultados negativos. Tras el 2º ciclo la clínica cesa.
Octubre 2025 acude nuevamente a SUAP por misma clínica, pautando fosfomicina. Solicita cita con MAP por persistencia y asociación de síntomas del tracto urinario inferior (disuria, hematuria, secreción uretral y molestias en periné y testes). MAP realiza estudio de orina con urocultivo, cultivo de semen y muestra de exudado uretral, negativos. Analítica completa con PSA, función renal y serología, sin hallazgos.
Ante negatividad de PPCC y persistencia de clínica, teleconsulta a Infeccioso, quien indica ciclo doxiciclina y si persiste, betalactámico (cefixima) 7 días. Tras realizarlos, persiste clínica, contactando nuevamente con Infeccioso, quien solicita nuevo exudado uretral, citología de orina y urocultivos para micobacterias (x3) y cita en consultas. Todo negativo y PCR positiva a Mycobacterium Tuberculosis complex. Al valorarlo en consultas, el paciente presenta dolor e inflamación de teste izquierdo.

Enfoque individual
AP: linfoma folicular estadio IV diagnosticado en noviembre 2023 y en actual remisión tras 6 ciclos de quimioterapia con Bedamustina-Rituximab + 9 ciclos de Rituximab de mantenimiento desde junio 2024.

Enfoque familiar y comunitario
Padre neoplasia próstata. Madre neoplasia en cuello. 3 hermanos sanos. Casado y 2 hijos sanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Tuberculosis genitourinaria, probable orquitis + prostatitis.
Diagnóstico diferencial: ITU recurrente, prostatitis crónica, uretritis ETS, litiasis o tumor urológico.

Tratamiento, planes de actuación
Se solicitan nuevas muestras de orina con micobacterias para optimizar cultivo, negativas tras inicio de tratamiento, no observándose bacilos ácido-alcohol resistentes.
IGRA: negativo.
Radiografía tórax urgente: sin hallazgos.
TC con contraste de pelvis, ecografía renal y de testículos: pendiente de citar.
Tratamiento: moxifloxacino 400 mg + Rifinah (rifampicina + isoniacida) 2 comprimidos en ayunas durante 2 meses, seguido de 4 meses de Rifinah.
Nueva cita con Infeccioso en febrero 2026.

Evolución
Asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En AP, persistencia o recurrencia de STUI con cultivos negativos y mala respuesta antibiótica, especialmente en pacientes tratados con Rituximab, requiere reevaluación diagnóstica, coordinación con especializada e incluir tuberculosis genitourinaria como causa infrecuente.

Palabras clave
Tuberculosis genitourinaria; STUI; Rituximab.

Deterioro neurológico y consumo crónico de alcohol: un reto diagnóstico en Atención Primaria

Jarabo Tevar B[1], Martínez Castillo C[1], García De Haro M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cúllar Vega. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 66 años que acude acompañada de su hermana por decaimiento progresivo de 10 días de evolución.

Historia clínica
Antecedentes personales: consumo crónico de alcohol (7–9 cervezas diarias), sin otros antecedentes médicos. Previamente era una persona activa y autónoma.
Desde el inicio del cuadro presenta deterioro progresivo del estado general, con limitación creciente de la movilidad hasta imposibilidad de deambulación. Asocia alteración del lenguaje con mutismo progresivo y disminución de la ingesta, limitada a batidos proteicos. Afebril. Como antecedente relevante, sufrió una caída un mes antes del inicio de la clínica.

Enfoque individual
Exploración: acude en silla de ruedas. En la exploración neurológica destaca lentitud psicomotora y disminución global de la fuerza muscular (3/5), simétrica y bilateral, con imposibilidad para la bipedestación. Exploración incompleta por escasa colaboración.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente cuenta con una red de apoyo proporcionada por su familia cercana, principalmente por sus hermanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Ante un cuadro de deterioro neurológico subagudo y funcional grave, se plantea como diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, tumor cerebral con efecto masa, hematoma subdural crónico, infección del sistema nervioso central, enfermedad priónica, hidrocefalia normotensiva y encefalopatía metabólica o tóxica.

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a Urgencias Hospitalarias, realizando TC craneal y analítica sin hallazgos. Es valorada por Neurología, que descarta focalidad neurológica, dándose de alta. Posteriormente, derivo a consulta de Atención Inmediata de Medicina Interna, donde se solicita una analítica ampliada que evidencia hipovitaminosis B1. Ante estos, se decide ingreso hospitalario con sospecha de síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Evolución
Tras alta hospitalaria, se contacta con la enfermera gestora de casos y se continúa seguimiento en Atención Primaria. Se objetiva mejoría progresiva de la movilidad y del lenguaje, persistiendo alteraciones conductuales fluctuantes. La familia refiere como principales problemas insomnio y episodios de agresividad, realizándose educación sanitaria para cuidados y manejo conductual en domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso resalta la importancia de explorar sistemáticamente el consumo de alcohol ante cuadros neurológicos subagudos. La detección precoz y el abordaje integral del consumo perjudicial desde Atención Primaria, mediante entrevista motivacional, apoyo familiar y coordinación con recursos sociosanitarios, son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico.

Palabras clave
Síndrome de Wernicke-Korsakoff, disfunción cognitiva.

Epigastralgia

Martínez Castillo C Jarabo Tevar B, Vidal Grive C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 71 años que acude por epigastralgia desde hace una semana. Vuelve a consulta pasado un mes por persistencia de clínica.

Historia clínica
Antecedentes personales: HTA, miopía magna, artrosis, mioma uterino. No hábitos tóxicos.
Anamnesis: dolor epigástrico irradiado hipocondrios desde hace 1 semana asociado a distensión abdominal, gases y náuseas. No empeoramiento ni mejora tras ingesta. No diarrea ni vómitos ni rectorragia ni melenas ni perdida de ponderal ni fiebre.

Enfoque individual
Exploración: abdomen globuloso, blando y depresible. Ruidos conservados. No palpación de masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puño percusión negativa. Ligero dolor a palpación epigástrica.
Pruebas complementarias:
- 16/06/2025 ECO abdominal realizado en centro de salud: hígado con numerosas lesiones no quísticas, hipo e isodensas con respecto a parénquima. No dilatación del sistema colector ni biliar. Páncreas, bazo y riñones sin hallazgos destacables.
- Analítica: ligero aumento de transaminasas.

Enfoque familiar y comunitario
Red de apoyo proporcionada por su familia cercana, principalmente por sus dos hijas y por su marido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Proceso oncológico avanzado; adenoma ciego estadio IV.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación al servicio de urgencias para adelantar el estudio de los hallazgos encontrados.

Evolución
- 18/06/25 TAC body: neoplasia ciego con obstrucción intestinal sin sufrimiento de intestino. Mtx hepáticas. Adenopatías metastásicas ileocecales, retroperitoneales y cervicales. Carcinomatosis peritoneal.
- 26/06/25 Ingreso en medicina interna por obstrucción intestinal: ileostomía temporal + estudio neoplasia. Inicio quimioterapia con seguimiento por parte de Oncología. Tras varias sesiones de quimioterapia se para por mala tolerancia de la paciente.
- 23/12/25 Ingreso por rectorragia anemizante donde se desestiman medidas agresivas por gran fragilidad de paciente y posibles complicaciones. Tras dicho ingreso paciente rechaza tratamiento oncológico realizadose seguimiento exclusivamente por servicio de paliativos. Hallazgo casual en pruebas de imagen de TVP.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La importancia de una buena anamnesis, así como estudiar un caso cuando paciente insiste en determinada clínica aunque no presente síntomas y signos de alarma. La formación a profesionales de Atención Primaria en ecografía, teniendo en cuenta la demora en pruebas complementarias. El acompañamiento al paciente y familiares en un proceso oncológico avanzado junto con servicio de paliativos.

Palabras clave
Epigastralgia, ecografía, acompañamiento, limitación del esfuerzo terapéutico.

Dejar el tabaco y tratar la tuberculosis al mismo tiempo en Atención Primaria: ¿misión imposible?

García Maldonado S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Ejido. El Ejido (Almería)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Deshabituación tabáquica.

Historia clínica
Varón de 36 años, alérgico a Metamizol, fumador de 40 cigarrillos al día desde hace 20 años, sin otros antecedentes ni tratamiento habitual.

Enfoque individual
Paciente con ingreso hospitalario hace 1 mes por tuberculosis pulmonar, en tratamiento con rifampicina/isoniacida/pirazinamida/etambutol , acude a consulta de Atención Primaria para renovación de incapacidad temporal. El paciente aprovecha la visita para manifestar su deseo por dejar de fumar. Se considera incapaz de dejarlo sin ayuda y pregunta opciones farmacológicas que puedan ayudarlo.
Exploración física incluyendo auscultación cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones.
Analítica sanguínea sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario
Natural de Rumanía, vive en España desde hace 10 años con su esposa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Terapia Sustitutiva con Nicotina.
Citisina.
Bupropión.
Vareniclina.

Tratamiento, planes de actuación
Se revisan con el paciente las opciones farmacológicas disponibles para ayudarlo a dejar el tabaco. No desea tratamiento sustitutivo con nicotina por precio y ausencia de financiación. Se descarta citisina ya que según ficha técnica "no debe tomarse junto a fármacos antituberculosos". Bupropión tampoco está recomendado por interacción con fármacos antituberculosos. No se encuentran contraindicaciones con vareniclina. Así, dada ausencia de limitaciones y posibilidad de financiación, se consensua prescribir vareniclina. Se explica posología, efectos adversos y se acuerda seguimiento estrecho.

Evolución
Tras 4 meses, el paciente refiere haber dejado el tabaco. Se aprovecha la ocasión para felicitarlo y obtener el consentimiento informado para usar su experiencia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
A las medidas clásicas de deshabituación tabáquica, se han sumado en los últimos años la existencia de fármacos como terapia sustitutiva con nicotina, bupropión, vareniclina y citisina que han demostrado duplicar las posibilidades de éxito en el abandono tabáquico. Para decidir con el paciente qué opción utilizar, deben considerarse elementos como contraindicaciones o efectos adversos. En el caso de elegir Vareniclina, opción compatible con fármacos antituberculosos, los primeros 3 días de tratamiento se toman 0,5 mg cada 24 horas. Los siguientes 4 días la posología es 0,5 mg cada 12 horas. A partir del día 8 la dosis sube a 1 mg cada 12 horas y el paciente ya no puede fumar. Se recomienda una duración de tratamiento de unas 12 semanas.

Palabras clave
Tabaquismo, agentes para el cese del hábito de fumar, reducción del consumo de tabaco.

Doctora desde hace unos días veo regular

Alba Bermúdez D, Vargas Peñalver A, Prieto Esparza N

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Diplopía.

Historia clínica
Mujer de 30 años que acude al médico de familia para visita de control de embarazo en la semana 16. Sin enfermedades de interés, previamente aborto bioquímico, tiene un embarazo de bajo riesgo. Acude a su médico de familia para visita habitual de control del embarazo y consulta porque desde hace dos días presenta visión doble.

Enfoque individual
Refiere no haberle ocurrido nunca y no presentar cefalea ni ninguna otra sintomatología acompañante. A la exploración en consulta se realiza campimetría de confrontación sin alteraciones, agudeza visual con optotipo completa, pupilas isocóricas normorreactivas.
La diplopía se comprueba que es binocular, tendencia a la endotropía del ojo izquierdo por lo que puede presentar afectación del VI par craneal izquierdo, en el resto de exploración neurológica no se encuentran alteraciones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diplopía binocular, parálisis del VI par OI. *Diagnóstico diferencial:* hipertensión intracraneal, afectación microvascular, aneurima, miastenia gravis, tumor, afectación inflamatoria/vasculitis.

Tratamiento, planes de actuación
Ante estos hallazgos se deriva a Urgencias Hospitalarias para completar estudio.

En primer lugar fue vista por oftalmólogo de Urgencias donde realiza fondo de ojo observando papila de bordes netos y bien definidos lo que no indica hipertensión intracraneal.
En segundo lugar fue vista por parte de neurología donde corroboran la exploración realizada en el centro de salud y deciden ingreso para estudio. Se realiza RMN observando tres lesiones hiperintensas en T2/FLAIR estando una de ellas en margen postero-lateral izquierdo de la protuberancia-pedúnculo cerebeloso (adyacente a la salida del V par) y en localización parasagital izquierda del surco bulbo-pontino (origen del VI par). Además realizan estudio de potenciales evocados de vías visuales sin alteraciones en la conducción. Por todo esto se diagnostica de esclerosis múltiple remitente recidivante.

Evolución
Se plantea el tratamiento del brote con corticoides sin embargo al estar embarazada no se administra y se opta por natalizumab. Actualmente la paciente presenta buena evolución con este tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La exploración médica es el pilar del diagnóstico clínico; mediante el examen físico sistemático, el médico valida sospechas, descarta patologías y prioriza pruebas, logrando así un enfoque preciso

Palabras clave
Exploración neurológica, diplopía, esclerosis múltiple

Rx normal = Rx no neumonía?

García De la Oliva J[1], Escassi Giménez C[1], Romero García J[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)
[2] FEA. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso
Infección respiratoria.

Motivos de consulta
Mujer de 60 años acude a consulta por tos, fiebre y disnea.

Historia clínica
Antecedentes personales: FA paroxística. Angina microvascular. DLP. Disnea con espirometría no concluyente con utilización de Atroaldo a demanda. Gota
Niega hábitos tóxicos: no fumadora, no bebedora
Mujer de 60 años que acude a consulta por tos y fiebre de hasta de 38.5º de 8 días de evolución y disnea de aparición en los últimos 2 días.

Enfoque individual
Realizo anamnesis sobre clínica de otros órganos y aparatos: cardiológica, miccional, digestiva. Niega todas ellas.
Niega familiares enfermos o convivencia con niños.
Exploración física: satO_2: 96% y ACP: crepitantes gruesos en campo derecho medio-basal.

Enfoque familiar y comunitario
Valorar a la paciente, solicitar PPCC y apoyarnos en la IC para solicitar consejo del manejo por parte del especialista hospitalario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: neumonía adquirida en la comunidad.
Diagnóstico diferencial: enfermedad intersticial, TBC, Enf autoinmune con afectación pulmonar.
Problemas: fiebre elevada, ACR patológica, disnea en aumento.

Tratamiento, planes de actuación
Inicio levofloxacino 500 mg cada 24 h de forma empírica con cita para reevaluación a las 48 h y solicito Rx tórax.

Evolución
Reevalúo a las 48 h: persisten crepitantes. SatO_2: 96-98%. Rx: leve hiperdensidad en zona inferior parahiliar derecha sin clara condensacion ni infiltrado.
Ante sospecha de neumonía sin Rx concluyente realizo Ecografía en la que se aprecian múltiples líneas B con zona de pulmón blanco en la zona en la que auscultaban crepitantes.
Reevalúo al día 4 con tratamiento: ha desaparecido la fiebre y mejorado la disnea, con SatO_2: 97%. ACP ya sin ruidos sobreañadidos. Realizo IC con Neumología exponiendo el caso y solicitando consejo para el manejo, dejando solicitada nueva Rx de control.
Respuesta de la IC: en la nueva Rx aprecian atelectasia laminar secundaria a infección respiratoria, pautando fisioterapia con espirómetro como tratamiento rehabilitador de la misma.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El caso destaca la utilidad de la ecografía en AP, siendo una prueba rápida e inocua que nos da información que otras PPCC no siempre nos pueden aportar. El manejo de este caso muestra cómo también trabajar en equipo con especialidades hospitalarias, sin necesidad de que el paciente deba acudir al hospital, pudiendo ser tratado y seguido únicamente en AP.

Palabras clave
Neumonía, crepitantes, Rx, ecografía

"Doctor, me pica todo el cuerpo": a propósito de un caso de prurito crónico en Atención Primaria

Ortega Pérez S[1], Conchilla Parrilla J[2], Maldonado Balbin Y[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Campo. Torre del Campo (Jaén)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Campo. Torre del Campo (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Prurito generalizado de meses de evolución, inicialmente diagnosticado como urticaria, con empeoramiento nocturno y aparición de brotes recurrentes.

Historia clínica

Paciente de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía. Desde agosto de 2025 consulta a su médico de familia en cuatro ocasiones por lesiones cutáneas pruriginosas generalizadas, interpretadas como urticaria. Recibe tratamiento con antihistamínicos, corticoides tópicos y sistémicos, sin mejoría clínica significativa. En septiembre se asocia prurito nocturno intenso. Posteriormente se detecta hiperparatiroidismo primario, atribuyéndose parcialmente la sintomatología al mismo. Refiere contacto familiar previo con sarna, tratado meses antes.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipertensión arterial, cardiopatía, hiperparatiroidismo primario.
Anamnesis: acude a urgencias de Atención Primaria por prurito persistente, empeoramiento nocturno, lesiones por rascado, ausencia de respuesta a tratamientos previos. Convivencia con familiar con antecedente de escabiosis hace varios meses.
Exploración: lesiones papulosas eritematosas en espacios interdigitales, flexuras de muñecas, región periumbilical, axilas y genitales, con excoriaciones.
Pruebas complementarias: dermatoscopia con visualización de surcos acarinos y signos compatibles con "ala delta" y "estela de jet".

Enfoque familiar y comunitario

Convivencia con familiares, uno de ellos con antecedente reciente de escabiosis. Riesgo de transmisión intradomiciliaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial inicial: urticaria crónica, dermatitis de contacto, prurito secundario a hiperparatiroidismo, escabiosis.
Juicio clínico final: escabiosis confirmada mediante dermatoscopia.
Problema principal: retraso diagnóstico con cronificación del prurito y deterioro de calidad de vida.

Tratamiento, planes de actuación

Permetrina tópica al 5% en pauta estándar e ivermectina oral en dosis única repetida a los 7 días. Tratamiento simultáneo de convivientes. Medidas higiénicas: lavado de ropa y aislamiento temporal. Antihistamínicos para control sintomático.

Evolución

Tras el tratamiento específico, mejoría progresiva del prurito y resolución de las lesiones cutáneas en las semanas posteriores.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso pone de manifiesto la importancia de una anamnesis detallada, incluyendo antecedentes epidemiológicos, y de la exploración dirigida en pacientes con prurito crónico. La dermatoscopia en Atención Primaria es una herramienta útil para el diagnóstico precoz de la escabiosis, sobre todo en casos en los que exista duda. Su utilización puede evitar retrasos diagnósticos, tratamientos innecesarios y cronificación de los síntomas. Se refuerza la necesidad de mantener una alta sospecha clínica ante prurito persistente sin respuesta terapéutica.

Palabras clave
Prurito, escabiosis, Atención Primaria de Salud

Amigdalitis cada 4 semanas. Un caso para pensar más allá del estreptococo

León Aguilar L[1], Manzano Vázquez M[1], Corral Sánchez A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Campillos (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Campillos (Málaga)

Ámbito del caso
Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta
Fiebre elevada desde hace 24 horas y odinofagia.

Historia clínica
Niña de 5 años que acude a la consulta de urgencias de Atención Primaria acompañada por su padre por presentar fiebre de hasta 39ºC, odinofagia y cefalea frontal desde hace 24 horas. Asocia tos seca. No mejora con Ibuprofeno. Revisando su historial médico observamos episodios semejantes desde hace 4 años, de carácter cíclico, con una periodicidad aproximada de cada 4-6 semanas. En múltiples oportunidades, su pediatra indicó antibioticoterapia, sin observarse una mejoría clínica. Cuentan que entre las crisis la paciente se encuentra asintomática, con buen estado general y desarrollo acorde a su edad.

Enfoque individual
Antecedentes personales: NAMC, desarrollo y vacunación adecuados, sin enfermedades, cirugías ni medicación habitual; peso 21 kg
Exploración: BEG, hemodinámicamente estable, febril, orofaringe hiperémica sin exudados, adenopatías cervicales bilaterales, sin lesiones aftosas; auscultación cardiopulmonar normal.
Pruebas complementarias: test rápido de *Streptococcus* β-hemolítico del grupo A: negativo.

Enfoque familiar y comunitario
Familia que vive en zona rural. Ningún antecedente familiar de interés conocido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome de PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Aphthae).
Diagnóstico diferencial: faringoamigdalitis bacterianas o víricas, brucelosis, neutropenia cíclica o enfermedad de Behçet.

Tratamiento, planes de actuación
Corticoides en dosis única: prednisolona 3 mg/ml solución/suspensión oral: 7 ml y seguimiento periódico con su pediatra.

Evolución
Respuesta favorable rápida (en horas). A las 4 semanas sufrió otro cuadro que se autolimitó en domicilio con Prednisolona.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Fiebre y odinofagia son motivos frecuentes en Atención Primaria; PFAPA tiene una incidencia de 2–3 casos por cada 10.000 niños menores de 5 años, por lo que dado el gran volumen de pacientes que atendemos, es posible que nos lo encontremos en nuestro día a día.
El diagnóstico es clínico, basado en anamnesis detallada, revisión de la historia y exploración. Los criterios más utilizados son los de Thomas: inicio de fiebre recurrente antes de los 5 años, al menos uno de estos síntomas: estomatitis aftosa, faringitis o adenitis cervical, estado asintomático entre episodios, crecimiento y desarrollo normales y exclusión de otras causas. La respuesta rápida a una dosis única de corticoide puede apoyar el diagnóstico.

Palabras clave
Fiebre, Faringitis, Corticoides // Fever, Pharyngitis, Corticoid

La importancia de los cuidados en las personas sinhogar. El impacto del pronóstico tras su abordaje

Batlle i Viñas J[1], Muñoz Martínez B[2], Alargunsoro Maiztegui L[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

Ámbito del caso
Atención en calle.

Motivos de consulta
Avisa la trabajadora social del centro de salud por un paciente que ha sufrido una fractura no desplazada de maleolo medial de tobillo derecho y está viviendo en la calle tras ingreso hospitalario.

Historia clínica
Antecedentes personales: VHB pasada, consumo perjudicial de alcohol, persona sin hogar.

Enfoque individual
El paciente se encuentra en silla de ruedas, con evidente falta de cuidados básicos. Refiere dolor en MID e incomodidad constante por la sedestación durante 24 horas.
Exploración física: importante edematización de miembro inferior derecho y déficit de higiene.

Enfoque familiar y comunitario
Explica que está en tratamiento con heparina, que se lo guardan en la nevera de un bar. también, las personas de la placeta que viven allí lo ayudan con la comida, para moverse con la silla de ruedas y la medicación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Fractura de maléolo tibial medial en persona sin hogar con falta de cuidados.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza un contacto directo con trabajo social del ayuntamiento para una acogida urgente.

Evolución
Tras el ingreso en un recurso de larga estancia el paciente mejora significativamente, con un mejor autocuidado, de la alimentación, vestido e higiene, deja la toma de alcohol, mejora su ánimo y comienza a realizar ejercicios de rehabilitación del tobillo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La situación de sinhogarismo se define por una exclusión social extrema, lo que conlleva una falta de cuidados por dicha situación. El abordaje médico sin una perspectiva bio-psico-social en estas personas, en la que no se tienen en cuenta los cuidados, puede comportar una mala evolución de su patología, incluso un empeoramiento, aumentando sus visitas a urgencias y hospitalizaciones.
Esta intervención refleja que un buen abordaje de este colectivo, no solo puede suponer una mejora para su salud, sino que mejora en otros ámbitos tanto psicológicos como sociales.
Este caso refleja la necesidad de crear equipos sanitarios especializados en la atención de las personas sinhogar.

Palabras clave
Personas sinhogar, Atención Primaria, Inequidades en salud

Del eccema crónico a queratodermia acral paraneoplásica

Sánchez Fernández E[1], Peña Pérez S[2], Vargas Peñalver A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Fisuras digitales y descamación persistente en pulpejos de ambas manos.

Historia clínica
Varón de 62 años, fumador activo (40 paquetes/año), sin antecedentes de interés. Presenta lesiones hiperqueratósicas, psoriasiformes y fisuras en pulpejos y bordes laterales de los dedos de ambas manos de 4 meses de evolución, sin mejoría tras tratamiento tópico previo con corticoides. Niega exposición a irritantes, traumatismos repetitivos o relación laboral. Refiere astenia con empeoramiento progresivo y disnea leve de esfuerzo que asocia a un cuadro respiratorio autolimitado sin fiebre de dos semanas de evolución.

Enfoque individual
Exploración física: hiperqueratosis acral distal bilateral y simétrica con fisuras dolorosas en pulpejos, sin afectación plantar. Onicodistrofia leve asociada. Auscultación pulmonar con roncus dispersos bilaterales. Signos vitales dentro de límites normales.
Pruebas complementarias: ante la falta de respuesta a tratamiento tópico y la asociación de síntomas respiratorios en paciente de alto riesgo, se solicita analítica general, función hepática, perfil de autoinmunidad con reactantes de fase aguda y radiografía de tórax.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su pareja. Sin antecedentes familiares relevantes. Persistencia del tabaquismo pese a intervenciones previas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Inicialmente se consideraron dermatitis de contacto, eccema crónico, psoriasis palmoplantar y queratodermia adquirida. La asociación de dermatosis acral refractaria y síntomas respiratorios orienta a posible síndrome paraneoplásico.

Tratamiento, planes de actuación
La radiografía torácica evidencia nódulo pulmonar sospechoso. Se realiza derivación preferente a Neumología para TAC torácico, broncoscopia y estadificación oncológica. Manejo cutáneo sintomático con queratolíticos y emolientes.

Evolución
El TAC torácico confirma neoplasia pulmonar. Se establece diagnóstico de síndrome de Bazex (queratodermia acral paraneoplásica) secundario a carcinoma pulmonar epidermoide. Se inicia tratamiento sistémico oncológico, observándose mejoría parcial de las lesiones cutáneas tras el abordaje de la enfermedad de base.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La aparición de dermatosis acrales atípicas, simétricas, refractarias o de reciente inicio en adultos debe alertar sobre enfermedad sistémica o paraneoplásica. Una correcta anamnesis y realización de pruebas complementarias en Atención Primaria puede ser determinante para un diagnóstico precoz. Es necesario reforzar la sospecha clínica ante dermatosis de nueva aparición en pacientes de riesgo.

Palabras clave
Paraneoplastic Syndromes, Lung Neoplasms, Keratoderma

Salud y exclusión: necesidad de un abordaje sociosanitario del sinhogarismo

Muñoz Martínez B[1], Batlle i Viñas J[2], Alargunsoro Maiztegui L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Acude hace cuatro meses a consulta por síndrome constitucional con pérdida ponderal cuantificada y metrorragia abundante de una semana de evolución.

Historia clínica
A la exploración destaca caquexia importante y crepitantes finos bibasales, sin otros hallazgos. Planteamos derivación a urgencias, pero prefiere vía ambulatoria. Solicitamos radiografía tórax y analítica urgente. Destaca un infiltrado intersticial bilateral, glucemia high y cultivo orina SARM (+). Ante desnutrición severa, sospecha ITU complicada, metrorragia postmenopausia y situación de vulnerabilidad, derivamos a Urgencias.

Enfoque individual
Mujer de 54 años diabética tipo I muy mal controlada, antecedentes de TBC tratada y neumopatía intersticial, con último ingreso en Neumología hace un año, pautándose OCD que no usa por falta de recursos. Desde entonces, sólo constan varias visitas a Urgencias por disnea.

Enfoque familiar y comunitario
En situación de calle junto a su marido desde hace años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Carcinoma escamoso de cérvix estadio IV. Metrorragia postmenopausia. Desnutrición severa. Sinhogarismo.

Tratamiento, planes de actuación
Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico final tras estudio de carcinoma escamoso de cérvix estadio IV, candidata a Cuidados Paliativos (CP).

Evolución
Tras estabilización se procede al alta a casa de un familiar pero vuelve a condición de calle por situación desbordante y claudicación domiciliaria. Acude a los días a consulta con decaimiento del estado general, tras informar de situación clínica y valorar distintas opciones con ella y su marido, contactamos con Trabajadora Social (TS) y con CP para ingreso social. Finalmente permanece ingresada con buen control de síntomas hasta fallecimiento. Junto a TS del centro y distintos recursos para Personas Sin Hogar (PSH) se consigue recurso para su marido.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El sinhogarismo per se es un grado extremo de exclusión social. Las PSH se enfrentan a múltiples barreras (administrativas, institucionales, sociosanitarias…). Está demostrado que tienen una atención sanitaria más precaria, lo que implica mayor dificultad de acceso, mal control de enfermedades crónicas, mayor morbimortalidad y menor esperanza de vida, pobreza farmacológica y el uso de los servicios de urgencias como principal puerta de entrada al sistema sociosanitario. Se requieren modelos sanitarios accesibles, coordinados e integrados con los recursos comunitarios, que garanticen una atención sanitaria equitativa para este colectivo.

Palabras clave
Sinhogarismo, PSH, Metrorragia postmenopausia

No todo es lo que parece: la importancia de la anamnesis y el papel de Atención Primaria ante el auge de la suplementación

Guerrero Pérez C[1], Jiménez Arteaga C[1], Mesa Rodríguez P[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas (Sevilla)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Revisión analítica anual en paciente asintomático.

Historia clínica
Varón de 56 años, sin antecedentes nefrológicos, con función renal previamente estable (creatinina 1,14 mg/dl; FG estimado 72 ml/min/1,73 m²). En analítica de control presenta creatinina 1,48 mg/dl y FG 52 ml/min/1,73 m², compatible con deterioro renal leve-moderado según estimación.

Enfoque individual
Ante la discrepancia con valores previos y ausencia de clínica, se realiza anamnesis dirigida descartando infecciones recientes, deshidratación, AINEs o fármacos nefrotóxicos. El paciente refiere inicio, dos meses antes, de suplementación con creatina monohidrato por recomendación deportiva para mejora del rendimiento muscular.
Exploración física y sedimento urinario sin hallazgos patológicos. Se plantea como hipótesis elevación de creatinina secundaria a aumento exógeno de creatina y mayor conversión a creatinina, con infraestimación del FG calculado mediante fórmulas basadas en creatinina.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente físicamente activo, influenciado por información obtenida en redes sociales y entorno deportivo. El caso refleja el creciente consumo de suplementos sin supervisión médica y la percepción de inocuidad de los mismos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Pseudodeterioro de FR secundario a suplementación con creatina.
Diagnóstico diferencial: enfermedad renal crónica incipiente, fracaso renal agudo subclínico, interferencias analíticas.

Tratamiento, planes de actuación
Se indica suspensión temporal de creatina y control analítico diferido. Educación sanitaria sobre indicaciones, posibles efectos y necesidad de comunicar suplementos en futuras consultas.

Evolución
A los dos meses, creatinina 1,16 mg/dl y FG 70 ml/min/1,73 m², confirmando reversibilidad y ausencia de daño renal estructural.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La creatina es uno de los suplementos más utilizados y con evidencia de beneficio en mejora de fuerza y rendimiento en ejercicio de alta intensidad. Sin embargo, puede elevar la creatinina sérica al aumentar su producción, falseando la estimación del FG sin implicar necesariamente daño renal.
En AP, donde se interpreta longitudinalmente la analítica y se conoce el contexto del paciente, resulta fundamental interrogar activamente sobre suplementación. Está indicado mantener su uso en sujetos sanos, con FR normal y seguimiento periódico; debe evitarse o retirarse ante enfermedad renal previa, FR significativos o elevaciones persistentes no explicadas.
Este caso subraya la necesidad de incorporar la valoración sistemática de suplementos al razonamiento clínico habitual y abre líneas de mejora en educación sanitaria y en el uso de marcadores alternativos (p. ej., cistatina C).

Palabras clave
Creatine.DietarySupplements.GlomerularFiltrationRate.

Más allá del ánimo: cuando la Atención Primaria evito un suicidio bioquímico

Díaz Oreste M, Pastrana Gallego E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Depresión e ideación autolítica.

Historia clínica
Hombre de 77 años.
Antecedentes: cólicos nefríticos de repetición, no RAMs, no fumador, sin otros antecedentes de salud.
Enfermedad actual: paciente traído por familiares por depresión con ideación autolítica, insomnio, fatiga extrema y apatía desde hace 2 semanas. Familiares refieren que hace una semana lo llevaron al servicio de urgencias, siendo valorado por psiquiatría que indicó sertralina 50 mg/día por episodio depresivo pero las últimas 48 hrs el paciente se resiste a la ingesta con empeoramiento de la depresión. El paciente refiere ideas de muerte y pide "sedación para acabar con todo".
Exploración: BEG, consciente y orientado, afecto plano, bradipsiquia, decaimiento, afebril, eupneico, sin focalidad neurológica. ACP: normal, Abdomen blando, no doloroso, puñopercusión renal negativa bilateral. MMII sin edema.
Solicitamos estudios complementarios y citamos para los resultados.

Pruebas complementarias:
Analítica: Hb 13,5 g/dl, leucocitos 13300, neutrófilos 88%, glucemia 165 mg/dl, calcio 17.2 mg/dl, creatinina 4.24 mg/dl urea 208 mg/dl, sodio 148 mEq/L, PCR 29.4 mg/l, potasio 5.3 mmol/l TSH 0.04 T4 0.84, PTH 1457 pg/ml, B12, ácido fólico y función tiroidea normales.

Enfoque individual
Paciente sin antecedentes de salud de interés, sin cambios recientes en dinámica familiar ni laboral.

Enfoque familiar y comunitario
Independiente para ABDV, trabaja, vive con su familia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: fracaso renal agudo, hiperparatiroidismo, hiperpotasemia e hipercalcemia.
Diagnóstico diferencial: depresión mayor, anemia, hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación
Derivamos a urgencias hospitalarias para valoración y continuidad asistencial.

Evolución
El paciente es ingresado en planta de MI donde se realiza TAC cervicotorácico encontrando nódulos extratiroideos sospechosos de adenomas atípicos de paratiroides, sin evidencia de enfermedad metastásica. Son corregidos el sodio, el calcio y la función renal con mejoría de síntomas depresivos. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y a cargo de cirugía y endocrinología a la espera de paratiroidectomía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Los síntomas son las pistas que guían al diagnóstico, pero el médico de familia que ve más allá del síntoma puede ver el contexto integral del paciente para indagar señales más profundas. La ideación suicida puede ser multifactorial y pensar lo orgánico en la Atención Primaria puede salvar vidas y cambiar destinos.

Palabras clave
Síntomas depresivos, endocrinología, Atención Primaria, hiperparatiroidismo

Entre la contusión y la complicación: pensamiento clínico en Urgencias de Atención Primaria

Guerrero Pérez C, González Mata A, Jiménez Arteaga C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias y derivación hospitalaria tras agresión física.

Motivos de consulta

Varón de 38 años acude a urgencias del centro de salud en madrugada tras agresión física múltiple con dolor torácico y hematomas.

Historia clínica

Agresión ocurrida esa misma noche, con patadas y puñetazos por varias personas desconocidas. Paciente refiere consumo excesivo de alcohol previo al episodio, mostrando agitación y verborrea que dificultan la asistencia. Único antecedente relevante: fumador activo (20 cig/día).

Enfoque individual

Exploración inicial: bEG, agitado y nervioso, eupneico en reposo y al habla, $SatO_2$ 98%, estable hemodinámicamente. Heridas contusas: labio inferior, MMSS, tórax anterior y posterior, hombro derecho posterolateral. Ante traumatismo torácico cerrado en contexto de agresión y consumo de alcohol, se realiza exploración respiratoria seriada, descartando inicialmente signos de compromiso ventilatorio. Se informa al paciente, sobre signos de alarma y se recomienda reevaluación precoz ante cualquier empeoramiento, dado el riesgo de complicaciones diferidas tras traumatismo torácico. A las 48 h, reaparece con dolor torácico y disnea leve; auscultación con hipoventilación en hemitórax derecho y $SatO_2$ 94% A/A. Se realiza eco-FAST objetivándose ausencia de deslizamiento pleural en hemitórax derecho. Radiografía torácica confirma neumotórax traumático derecho con enfisema subcutáneo cervical y costal.

Enfoque familiar y comunitario

El contexto de consumo de alcohol y la agresión refleja factores de riesgo social y vulnerabilidad. La valoración primaria permitió identificar signos de alarma y derivación rápida, demostrando la importancia del abordaje integral del paciente, considerando tanto la situación clínica como el contexto social inmediato.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico principal: neumotórax traumático derecho con enfisema subcutáneo.
Diagnósticos diferenciales: contusión pulmonar, fracturas costales aisladas sin compromiso pleural.
Problema central: detección temprana de complicaciones graves tras traumatismo cerrado.

Tratamiento, planes de actuación

Derivación hospitalaria inmediata para colocación de drenaje pleural.

Evolución

Expansión pulmonar completa, control del dolor y buena tolerancia al procedimiento. Alta hospitalaria con revisión programada en consultas externas de cirugía torácica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso subraya la capacidad resolutiva de Atención Primaria en la detección precoz de complicaciones potencialmente graves tras agresiones físicas, la importancia de valorar el contexto social y de reconocer signos de alarma, facilitando derivaciones oportunas y evitando complicaciones. Destaca la necesidad de integrar razonamiento clínico, contexto social y seguimiento longitudinal inicial en la práctica diaria de AP.

Palabras clave
Neumothorax, chest trauma, primary health care

La monitorización salva vidas

Espinal Sánchez M[1], Moguer Galán M[1], Gámez Navarro M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Urgencias Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor torácico.

Historia clínica
Varón de 73 años, avisa a centro coordinador por dolor torácico opresivo desde hace media hora. Dolor en reposo con sudoración y vértigos. A nuestra llegada, paciente en posición de Trendelemburg por crisis hipotensiva constatada en tensiómetro tras uso de cafinitrina sublingual y asténico.
Antecedentes personales: hipertensión arterial. Ex deportista de élite.

Enfoque individual
Paciente consciente, afectado por el dolor y sudoración fría.
ACR: rítmico, no soplos. No ruidos patológicos.
TA 118/74 mmHg, BMT 111, $SatO_2$ 97%, FC 60 lpm.

Enfoque familiar y comunitario
Profesión: médico jubilado. Situación basal: funciones superiores conservadas. Independiente para ABVD. Buen apoyo familiar, juntos a esposa cardiópata conocida.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome coronario agudo vs Dolor torácico anginoso vs Hipotensión.

Tratamiento, planes de actuación
Realizamos electrocardiograma del paciente donde se visualiza elevación de ST V2-V6 y se procede a activación de código infarto por SCACEST antero-lateral, administrándose 300 mg Aspirina oral, 180 mg Ticagrelor oral y 5000 UI de Heparina sódica intravenosa.
Se realiza derivación del paciente a centro hospitalario de referencia en ambulancia medicalizada.
En el traslado, el paciente refiere dolor torácico y sufre pérdida de conocimiento y cese de funciones vitales, identificándose fibrilación ventricular en monitor. Se realiza primera descarga a 200J, retomando el ritmo sinusal y recuperando conocimiento y ventilación.

Evolución
A su llegada al hospital se realiza cateterismo, implantando dos stent en la arteria descendente anterior derecha y otro en la circunfleja.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El médico de familia es clave en la cadena de supervivencia del SCA y en la evaluación inicial de patologías tiempo dependientes, actuando en numerosas ocasiones como el primer contacto del paciente, tanto desde consulta, como desde puntos de urgencias extrahospitalarias y hospitalarias. Este caso ilustra que la formación en patología tiempo-dependiente, la realización e interpretación de un ECG en menos de 10 minutos en pacientes con dolor torácico, la monitorización continua con parches con monitor desfibrilador en pacientes con SCA y la desfibrilación precoz en menos de 2 minutos son determinantes para transformar un evento potencialmente mortal en la recuperación funcional del paciente.

Palabras clave
Dolor en el pecho, infarto del miocardio con elevación del ST, paro cardíaco.

Perder el seguimiento no significa perder al paciente: una década hasta el diagnóstico

Murillo Morillas L[1], Ramírez Ceballos A[2], Sánchez Gutierrez L[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, Neumología, Cirugía torácica.

Motivos de consulta
Hemoptisis de repetición.

Historia clínica
Varón de 68 años, fumador con IPA 30 paq/año, con HTA, espondilitis anquilosante en tratamiento con antiinflamatorios e intervenido de hernia inguinal hace 30 años. En 2015 consulta en Atención Primaria por episodio de esputo hemoptoico autolimitado. Radiografía de tórax con imagen nodular en lóbulo medio derecho, derivándose a Neumología. TAC torácico muestra nódulo de 8,7 mm en pulmón derecho que impronta en el lóbulo medio, posible tumor carcinoide. La biopsia endobronquial informa mucosa bronquial con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos. Se propone repetir la biopsia, pero el paciente rechaza la intervención por motivos personales. En 2025, diez años después, presenta nuevo episodio de hemoptisis con 14-15 esputos hemoptoicos, sin otra semiología respiratoria ni síndrome constitucional. No se identifica otro foco de sangrado. Se deriva de nuevo a Neumología. El TAC no muestra cambios respecto al de 2015. La nueva biopsia evidencia mucosa bronquial con proliferación glandular sin atipia ni mitosis, sugestiva de adenoma de glándulas mucosas, sin poder descartar carcinoma mucoepidermoide o carcinoma adenoide quístico.

Enfoque individual
Atención centrada en la persona, respetando decisiones del paciente, reforzando la información clínica, el control de síntomas y el seguimiento tras cirugía, valorando riesgos y beneficios de procedimientos invasivos.

Enfoque familiar y comunitario
El papel de Atención Primaria resulta clave para reanudar el seguimiento tras pérdida de contacto, implicando al entorno familiar en la vigilancia de síntomas de alarma y garantizando continuidad asistencial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Adenoma de glándulas mucosas, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico.

Tratamiento, planes de actuación
Se decide lobectomía de lóbulo medio.

Evolución
El estudio anatomopatológico confirma neoplasia epitelial/mioepitelial tipo glándula salival compatible con adenomioepitelioma neumocítico endobronquial de 0,9 cm, sin signos de malignidad. Seguimiento en Cirugía Torácica con TAC a los tres meses.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El caso evidencia cómo la pérdida de seguimiento en 2015 retrasó el diagnóstico, pese a sospecha inicial. La Atención primaria permitió retomar el estudio años después ante nueva hemoptisis, garantizando continuidad asistencial. A pesar de pruebas invasivas y lobectomía, el resultado fue una patología benigna, destacando el valor del seguimiento clínico prudente

Palabras clave
Hemoptisis, nódulo, adenoma, carcinoma

Complicaciones postprocedimiento y Atención Primaria: una red de seguridad asistencial

Guerrero Pérez C[1], González Mata A[1], García López A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso
AP. Consulta urgente.

Motivos de consulta
Familiar alerta al centro de salud por malestar con presíncope, valorándose inicialmente al paciente en su vehículo en la puerta del centro. Agitado, refiere aumento de volumen cervicofacial de inicio súbito con voz bitonal y disfagia asociadas, cuatro horas después de realizarle una ecobroncoscopia con PAAF y criobiopsias.

Historia clínica
Varón de 59 años, en estudio por sospecha de sarcoidosis sistémica, al que se le realiza EBUS con PAAF y biopsias bajo anestesia general y mascarilla laríngea, sin incidencias periprocedimiento. Inicio domiciliario de clínica compresiva cervical sin disnea franca.

Enfoque individual
Al explorarlo presenta $SatO_2$ 97%, FC 71 lpm, PA 147/96 mmHg. Cuello con aumento de volumen cervical, submandibular y facial, con crepitación palpable. Eupneico en reposo y al habla, voz bitonal. Auscultación pulmonar con hipofonesis global sin ruidos añadidos. Abdomen y extremidades sin hallazgos.
Ante la sospecha de enfisema subcutáneo secundario a complicación postendoscópica, se solicita radiografía de tórax urgente que objetiva enfisema subcutáneo toraco-cérvico-facial. Se administran corticoides intravenosos y se activa traslado hospitalario preferente por riesgo de progresión a compromiso mediastínico o de vía aérea.

Enfoque familiar y comunitario
La aparición de síntomas tras el alta hospitalaria genera incertidumbre en el paciente. La accesibilidad de Atención Primaria permitió valoración inmediata, contención clínica y derivación segura, actuando como nivel integrador entre procedimiento especializado y domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: neumomediastino iatrogénico post-EBUS con enfisema subcutáneo asociado.
Diferencial: reacción alérgica con edema cervical, hematoma cervical, perforación esofágica o traqueobronquial.
Problema clave: identificación precoz de complicación infrecuente potencialmente grave tras técnica diagnóstica avanzada.

Tratamiento, planes de actuación
Traslado hospitalario urgente, iniciando corticoterapia intravenosa y oxigenoterapia, con monitorización estrecha y aseguramiento de la vía aérea.

Evolución
Se confirma mediante TC torácico-cervical neumomediastino extenso con enfisema subcutáneo, sin datos de perforación macroscópica. Se plantea manejo conservador con oxigenoterapia y vigilancia clínica y tras dos días de ingreso con mejoría progresiva y estabilidad respiratoria, se da alta con revisión posterior.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso evidencia el papel esencial de Atención Primaria en la detección temprana de complicaciones iatrogénicas tras procedimientos invasivos. La exploración dirigida y la sospecha clínica permitieron activar un circuito seguro, reforzando la función de AP como garante de continuidad asistencial y seguridad del paciente en el periodo postalta.

Palabras clave
Pneumomediastinum; endobronchial ultrasound; primaryhealthcare.

Déficit neurológico subagudo en anciana: importancia del enfoque integral en Atención Primaria

Lay Barriga D[1], Suarez Barrera C[2], Cabello Pérez G[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas (Córdoba)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalcázar. Córdoba

Ámbito del caso
Urgencia Atención Primaria y Medicina Interna.

Motivos de consulta
Disminución de fuerza en miembro inferior izquierdo (MII).

Historia clínica
Mujer, 82 años: tumor carcinoide pulmonar intervenido en 2022. Dorsalgia de un mes de evolución, progresiva, con de pérdida de peso. Pérdida de fuerza, hace 5 días, en miembro inferior izquierdo (MII), sin alteraciones sensitivas ni esfinterianas. Radiografía reciente muestra fractura vertebral dorsal, sin traumatismo previo.
Tras valoración en Urgencia de Atención Primaria es derivada a Urgencia Hospitalaria para estudio complementario. En urgencia hospitalaria descartan patología e ingresa en Servicio de Medicina Interna con de sospecha de ictus.
Exploración neurológica: disminución de fuerza en MII. Resonancia nuclear magnética: fractura vertebral patológica en D8 y D9 con metástasis ósea, que condiciona compresión medular.

Enfoque individual
La pérdida de fuerza es un síntoma de nueva aparición que debemos relacionar con los síntomas previos e integrar en la Historia del paciente, junto con los antecedentes recogidos.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente pluripatológica con frecuentes consultas en Atención Primaria y Urgencia. Varias consultas el último mes por aumento del dolor y limitación que ha hecho que sus familiares soliciten gestión de ayuda a Domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Déficit neurológico por compresión medular de origen metastásico
Diagnóstico diferencial: ICTUS, enfermedades desmielinizantes, enfermedades vasculares, síndrome compresivo no tumoral: hernia discal, osteoporosis.

Tratamiento, planes de actuación
Radioterapia urgente descompresiva y analgesia de tercer escalón.

Evolución
Al alta programamos visita a domicilio conjunta con enfermería para valorar situación, necesidades y plan terapéutico: estado nutricional, movilidad, higiene, revisión de botiquín, necesidad analgésica, voluntades vitales anticipadas, etc.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante un nuevo síntoma, poder relacionar e integrar sintomatología y antecedentes es una herramienta diagnóstica de gran valor, solo posible con la longitudinalidad que se logra en las consultas de Atención Primaria Integrar clínica y conocimiento personal del paciente nos permite establecer un diagnóstico de sospecha y un plan de tratamiento y asistencia específica al alta hospitalaria que cubra todas las necesidades personales y familiares.

Palabras clave
Pathological fracture, neurological deficit, metastasis

Detención precoz esclerosis múltiple en Atención Primaria

López Ruiz A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Pozo de la Higuera. Pulpí (Almería)

Ámbito del caso
Atención Primaria, urgencias, medio rural y atención domiciliaria.

Motivos de consulta
Paciente de 25 años acude al SUH por presentar parestesias en MII, que iniciaron en la rodilla e irradian hasta MSI de 3 días de evolución.

Historia clínica
NAMC, No tratamiento crónico, no antecedentes quirúrgicos de interés, no relaciones de riesgo. No fiebre.
En la Exploración: somatometría: peso 70 kg; Talla: 180 cm. Constantes: Tª:36,5, FC: 77 lpm; $SatO_2$: 100%, TA: 156/78mmHg.
BEG, CyO, NH y NP, eupneico en reposo. Afebril.
NRL: orientado en las 3 esferas. No focalidad neurológica, no focalidad motora ni sensitiva
ACR: tonos ritmitos sin soplos ni extratonos, mcv sin ruidos sobreañadidos.
ABD: no signos de irritación peritoneal.
MMII: no exantemas ni petequias, buena perfusión periférica. Pulsos presentes y periféricos. No signos de TVP.

Enfoque individual
Enfermedad crónica del Sistema Nervioso Central, caracterizada por desmielinización, inflamación y daño axonal, que lleva a síntomas neurológicos variables y progresivos.
Virus de Epstein-Barr (VEB).

Enfoque familiar y comunitario
En un entorno rural las visitas al domicilio del paciente constituyen un punto clave para enfatizar la relación médico paciente y poder ofrecer una atención al estado emocional del paciente y de su familia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: esclerosis múltiple.
Diagnóstico diferencial: enfermedad desmielinizante, Neuropatia Diabética, ACV/AIT, Radiculopatía, LUS, Herpes Zóster, Neurosífilis, Sd. Guillain-Barré

Tratamiento, planes de actuación
- Metilprednisolona 1g.
- Plasmaféresis.
- Rituximab.
- Tozilizumab.

Evolución
Buena, la EM remitente-recurrente (EMRR) los episodios de empeoramiento agudo de la función neurológica, seguidos de una recuperación total o parcial.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
- EM la principal causa de discapacidad neurológica no traumática en adultos jóvenes (20-40)
- EM genera una carga notable en AP por síntomas neurológicos o inespecíficos (fatiga crónica, parestesias, problemas de marcha, etc.),
- Las consultas por síntomas neurológicos en general (migraña, cefaleas, vértigos, neuropatías, etc.) representan solo el 5-10% del total en AP en países como España.
- Atención del estado emocional del paciente y de su familia.
- Solicitar siempre evaluación por Neurología, en torno al 25% de diagnósticos nuevos de EM provenientes de derivaciones desde AP.
- Detección temprana para iniciar tratamientos modificadores de la enfermedad (DMTs) que reducen recaídas en un 30-70%.

Palabras clave
Esclerosis múltiple, detención precoz, Atención Primaria, parestesias, enfermedad desmielinizante, neuropatía diabética, ACV/AIT, radiculopatía, LUS, Herpes Zóster, neurosífilis, Sd. Guillain-Barré,

Ver para comprender: cercanía asistencial como herramienta diagnóstica

Jiménez Arteaga C[1], Campos Cano M[2], Martínez Granero M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Expo Mairena. Sevilla
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Lesión en dorso de lengua.

Historia clínica
Mujer de 38 años con los siguientes antecedentes: no RAM conocidas; fumadora; niega FRCV; hipotiroidismo y asma bronquial; IQ previas: colecistectomía en 2023.
Realiza el siguiente tratamiento habitual: levotiroxina 175 mcg/24 h.
Consulta por lesiones linguales sin prurito ni sangrado de reciente aparición, aproximadamente una semana. No prurito ni sangrado. Niega ingesta de bebidas muy calientes/frías ni cambios farmacológicos. Afebril. Sin otra clínica por aparatos.

Enfoque individual
Exploración orofaríngea: lesiones redondeadas eritematosas en mucosa de dorso de lengua, lengua depapilada, no dolorosas a la palpación, sin signos de sobreinfección.
Se solicita analítica (hemograma y bioquímica) y se cursa interconsulta a Dermatología. Dermatología informa de forma precoz a través de teleconsulta de "lengua geográfica" y pauta colutorio.
Tras ello, se valida la analítica que resulta normal salvo hemoglobina 10,5 g/dL.
Se cita a paciente con resultados y se revalúa. Se observa persistencia de lesiones y clínica.
Se decide pautar hierro oral inicialmente y se amplía estudio con metabolismo del hierro, ácido fólico, vitamina B12, serologías y autoinmunidad.
En segunda analítica, se objetiva déficit de vitamina B12 con hierro y ácido fólico normales. Aumento de transferrina y anticuerpos antinucleares positivos. Resto normal. Se decide iniciar tratamiento con vitamina B12 y se realiza interconsulta a medicina interna.

Enfoque familiar y comunitario
Vive en vivienda unifamiliar adosada con su marido e hijos. Ámbito periurbano.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: glositis de Hunter secundaria a anemia perniciosa.
Diagnóstico diferencial: glositis migratoria benigna (lengua geográfica), candidiasis eritematosa, liquen plano oral.

Tratamiento, planes de actuación
Además de tratamiento con vitamina B12, se realiza interconsulta a Medicina Interna para estudio etiológico.
En consulta de medicina interna, solicitan nueva analítica de autoinmunidad para confirmación y endoscopia digestiva alta.

Evolución
Tras iniciar vitamina B12, la paciente refiere mejoría clara y precoz de la astenia, con evolución favorable de las lesiones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Subrayar la importancia en Atención Primaria de integrar clínica y analítica, reevaluar diagnósticos iniciales cuando no explican el cuadro completo y mantener una actitud de búsqueda activa ante síntomas persistentes. "Mirar al paciente" y no conformarse con una etiqueta diagnóstica puede evitar retrasos y mejorar resultados.

Palabras clave
Glositis; anemia; vitamina B12

La anosmia que miraba hacia arriba

Morgan Sepúlveda I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria. CS urbano.

Motivos de consulta
Disminución progresiva del olfato desde hacía varios meses.

Historia clínica
Mujer de 60 años que refería hiposmia, sin cefalea, alteraciones visuales ni otra sintomatología neurológica.
Antecedentes personales: rinitis alérgica, colitis ulcerosa y escoliosis cervical y lumbar. Exfumadora (IPA 6,7).
Tratamiento habitual con colecalciferol y mirabegrón.

Enfoque individual
En la exploración no se objetivaron alteraciones: sin focalidad neurológica ni signos de hipertensión intracraneal.
Dado el antecedente de rinitis alérgica, se planteó etiología otorrinolaringológica y se inició rehabilitación olfatoria, sin mejoría.
Ante la persistencia se solicitó resonancia magnética, que evidenció aumento de la adenohipófisis. El estudio confirmó lesión de 12,5 mm compatible con macroadenoma hipofisario no funcionante, sin alteraciones hormonales.
En controles posteriores alcanzó 14 mm, con crecimiento hacia clivus y seno cavernoso, a 3 mm del nervio óptico izquierdo, sin afectación quiasmática. La valoración neurooftalmológica fue normal.

Enfoque familiar y comunitario
El hallazgo generó preocupación significativa. La paciente contaba con buen apoyo familiar y laboral. Se realizó acompañamiento longitudinal y coordinación con Endocrinología y Neurooftalmología.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio Clínico: macroadenoma hipofisario no funcionante diagnosticado tras estudio de hiposmia persistente.
Diagnóstico diferencial: inicialmente se consideraron causas inflamatorias, otorrinolaringológicas y neurológicas.
Problemas identificados: hiposmia persistente, hallazgo tumoral incidental y riesgo potencial de compromiso visual.

Tratamiento, planes de actuación
Actitud conservadora con seguimiento clínico, analítico y radiológico periódico.

Evolución
Estabilidad clínica y radiológica durante el seguimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La hiposmia persistente debe valorarse de forma sistemática en Atención Primaria. Este caso subraya la importancia del razonamiento clínico, la longitudinalidad y la coordinación entre niveles asistenciales.

(Consentimiento informado obtenido conforme a la normativa vigente.)

Palabras clave
Adenoma, anosmia, Enfermedades del Sistema Endocrino.

Hallazgo incidental de masa hepática tras ecografía en Atención Primaria

Girón García J[1], Parras Rejano J[2], Afán Alamillo M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina. Córdoba
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina. Córdoba

Ámbito del caso

Las masas hepáticas pueden diagnosticarse de forma incidental durante exploraciones ecográficas realizadas en consulta por síntomas inespecíficos. La ecografía abdominal es una herramienta accesible y de gran utilidad para la orientación diagnóstica inicial en Atención Primaria.

Motivos de consulta

Sensación de tumoración subcostal derecha de semanas de evolución, sin otros síntomas acompañantes de relevancia. Refractaria a tratamientos iniciales.

Historia clínica

Paciente mujer de 44 años, con antecedentes personales de esofagitis erosiva grado A, duodenitis erosiva, bocio nodular y trastorno ansioso depresivo. Fumadora de 5 cigarrillos diarios y ex bebedora de riesgo, actualmente consumidora de 4 UI/semanales. Sin intervenciones previas ni antecedentes familiares de interés.

Enfoque individual

Conviviente con su pareja, sin hijos, empleada de hostelería, bajos recursos sociales.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente residente en zona de bajos recursos comunitarios.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El estudio ecográfico en consulta de Atención Primaria muestra dos lesiones hepáticas con vascularización interna.

Tratamiento, planes de actuación

Dados los hallazgos se solicita ecografía reglada, confirmando la existencia de gran masa en parénquima hepático de 131 mm de diámetro, heterogénea y vascularizada y de lesión focal adyacente de 14mm, sugestiva de angioma hepático.

Evolución

Se completa el estudio mediante pruebas de imagen complementarias solicitadas directamente por radiólogo (TC abdominopélvico y RM hepática) y se remite a Aparato Digestivo para valoración especializada preferente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La realización de ecografía abdominal en Atención Primaria permitió el diagnóstico precoz de una masa hepática clínicamente relevante. Este caso subraya el valor de la ecografía clínica como herramienta diagnóstica en la evaluación de síntomas inespecíficos y su impacto en la toma de decisiones y derivación temprana. La formación y actualización en técnica ecográfica supone un recurso primordial para agilizar la atención integral del paciente y la detección de patologías en estadios inciales.

Palabras clave
Ultrasonografía; neoplasias hepáticas; hemangioma.

Cefalea en trueno asociada a la actividad sexual: un síntoma banal ante una posible urgencia neurológica

Sánchez Fernández E[1], Caurcel Gómez R[2], Catalán Fernández E[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UDM AYFC Málaga - Guadalhorce.

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cefalea súbita en trueno de máxima intensidad durante la actividad sexual.

Historia clínica
Mujer de 42 años sin antecedentes neurológicos ni psiquiátricos de interés que consulta por episodio de cefalea en trueno holocraneal de inicio brusco durante la actividad sexual, coincidiendo con el orgasmo, alcanzando intensidad máxima en menos de un minuto y persistiendo durante varias horas. Describe el dolor como opresivo e incapacitante, siendo el peor episodio de cefalea de su vida. Asocia náuseas, fotofobia y sensación de mareo sin pérdida de conciencia. Se trata del primer episodio de estas características. La paciente refiere que en días previos había presentado cambios en el estado de ánimo con sensación de tristeza y pérdida de interés por actividades habituales de inicio reciente, sin antecedentes psiquiátricos previos. Niega traumatismos recientes o consumo de sustancias vasoactivas.

Enfoque individual
A la exploración presenta leve rigidez cervical sin otros signos meníngeos. Exploración neurológica sin focalidad motora ni sensitiva, con pares craneales conservados. Signos vitales dentro de límites normales. Ante la sospecha de cefalea secundaria al padecer signos con criterios de gravedad, se realiza derivación urgente a Servicio de Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas de neuroimagen.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su pareja e hijos. Sin antecedentes familiares neurológicos ni psiquiátricos relevantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Se plantea diagnóstico diferencial entre cefalea primaria asociada a actividad sexual y causas secundarias como hemorragia subaracnoidea, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, disección arterial o trombosis venosa cerebral, dada la presencia de cefalea en trueno de inicio súbito asociada a rigidez cervical y sintomatología neuropsiquiátrica.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza tomografía computarizada craneal (TAC) urgente, sin hallazgos patológicos agudos. Se mantiene seguimiento clínico estrecho y tratamiento sintomático.

Evolución
La paciente presenta resolución progresiva del cuadro sin nuevos episodios de cefalea ni persistencia de la sintomatología neuropsiquiátrica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La cefalea en trueno asociada a actividad sexual requiere descartar causas secundarias potencialmente graves desde Atención Primaria. Entidades como el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible constituyen una causa frecuente de este tipo de cefalea y pueden cursar con exploración neurológica y TAC normales. La identificación precoz de signos de alarma permite una adecuada derivación urgente y mejora del pronóstico.

Palabras clave
Headache Disorders, Cerebral Vasospasm, Subarachnoid Hemorrhage

No todo lo que se ve es lo que se siente

Ríos Pérez L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras-Sur Saladillo. Cádiz

Ámbito del caso

Varón de 38 años. Profesor de ocupación.
No enfermedades médico-quirúrgicas de interés. No hábitos tóxicos.

Motivos de consulta

Dolor intenso y persistente en MMII.

Historia clínica

Consulta por dolor intenso y continuo en ambas piernas, de tres semanas de evolución, con empeoramiento nocturno y limitación para la deambulación. Refiere infección cutánea previa en pierna derecha tras herida leve, que se resolvió. Posteriormente apareció dolor progresivo en dicha zona. Niega otra sintomatología. Muestra preocupación y frustración por la persistencia del dolor pese a la aparente resolución cutánea.
Exploración cutánea: placas residuales eritemato-violáceas en ambas piernas, de bordes mal definidos. Áreas de hiperpigmentación postinflamatoria. Discreta atrofia cutánea central. Zonas de hipoestesia superficial en áreas afectadas. Dolor intenso a la palpación ligera.

Enfoque individual

Valoración integral, atendiendo a las lesiones cutáneas visibles y al dolor persistente, la afectación funcional y el impacto emocional asociado. Se priorizó la escucha activa y la validación de los síntomas, abordándose el problema desde una perspectiva biopsicosocial. Se inició tratamiento precoz del dolor neuropático, realizándose seguimiento longitudinal y adaptando las decisiones terapéuticas a la evolución y a la situación laboral del paciente, con el objetivo de aliviar el sufrimiento, prevenir la cronificación del dolor y favorecer la recuperación funcional y la autonomía personal.

Enfoque familiar y comunitario

Conocimos el contexto socio-laboral, valoramos el impacto de la enfermedad en su dinámica familiar y facilitamos apoyo junto con educación sanitaria. Promovimos la reincorporación progresiva al trabajo y el uso adecuado de recursos comunitarios, evitando aislamiento y cronificación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: dolor neuropático secundario a celulitis infecciosa descartando otras patologías como una vasculitis cutánea ó un síndrome de dolor regional complejo tras exploración física y resultado de parámetros analíticos normales.

Tratamiento, planes de actuación

Gabapentina a dosis altas con analgesia de rescate.
Cuidados cutáneos con emolientes y fotoprotección.

Evolución

La evolución fue favorable tras iniciar tratamiento con seguimiento estrecho. Mejoró la funcionalidad y se evitó la cronificación. Posterior valoración por dermatología confirmó el diagnóstico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Actuamos como primer detector, coordinador y sostén del paciente, ejerciendo un papel esencial en el sistema sanitario.
Porque, en Atención Primaria, a veces ser "superhéroe" no consiste en hacer grandes gestos, sino en no mirar hacia otro lado.

Palabras clave
Neuropatía; lesión cutánea; celulitis; dolor

Impacto de la valoración domiciliaria en situaciones complejas

Baena del Pino M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Higuerón. Córdoba

Ámbito del caso

Se desarrolló en Atención Primaria a nivel de aviso domiciliario y posteriormente en el ámbito hospitalario.

Motivos de consulta

Paciente de 74 años que solicitó aviso a domicilio para valoración por cuadro catarral con tos y mucosidad de cuatro días de evolución, además de disnea leve.

Historia clínica

La paciente presentaba como antecedentes médicos asma de larga data, obesidad moderada, e hipercolesterolemia. Siendo una paciente con mala adherencia terapéutica.

A nuestra valoración en primer lugar, se sospecha de reagudización asmática moderada, pautando corticoides y aerosoles.

Tras una semana de tratamiento, volvimos a acudir, con empeoramiento clínico, indicándose derivación hospitalaria que rechazó la misma paciente.

Posteriormente a las 2 semanas acudió a hospital por insistencia familiar, ingresando en UCRI tras diagnóstico de TEP bilateral e insuficiencia respiratoria grave.

Enfoque individual

Encontramos una situación complicada ya que la paciente no llegaba a comprender la dimensión de no acudir a hospital para ampliar pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario

Intentamos convencer a su núcleo familiar para razonar las posibles complicaciones y mala evolución que podría desencadenar el cuadro, insistiendo en signos de alarma por los que avisar a los servicios de emergencias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Insuficiencia respiratoria grave desencadenado por TEP bilateral de riesgo trombótico moderado-alto junto con infarto pulmonar en LID y trombosis venosa profunda de safena y poplítea derechas, dado reposo prolongado.

Se hizo diagnostico diferencial con neumonía dado fiebre de 38.3º acompañada de disnea, y también de angina de esfuerzo dado dolor centrotorácico además de disnea a esfuerzos leves.

Tratamiento, planes de actuación

Al alta se pauta heparina, corticoterapia, Linezolid, refuerzo de aerosoles y furosemida.

Programándose TAC tórax, y revisión en consultas de Neumología.

Evolución

La paciente estuvo 19 días ingresada en el hospital, presentando evolución favorable pasando desde la UCRI a la planta de neumología, realizándose pruebas de diverso índole, además de tratamientos necesarios, y finalmente, tras el paso de los días fue disminuyendo la disnea hasta el alta domiciliaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Es fundamental conocer los riesgos y complicaciones de patologías a priori leves, dado sus antecedentes. Razonar y conciliar tanto con el paciente como con su familia dichos riesgos. Y, por último, comprender que la valoración domiciliaria es un pilar más en la Atención Primaria.

Palabras clave

pulmonary thromboembolism, pulmonary infarction, deep vein thrombosis

Hallazgo inesperado en estudio de deterioro cognitivo

Escudero Domínguez L[1], Mateos Gómez A[2], Espinal Sánchez M[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Estudio de deterioro cognitivo.

Historia clínica
Mujer 73 años cuya hija consulta mediante cita telefónica por olvidos frecuentes de un año de evolución. Se programa valoración presencial y se solicita estudio analítico para despistaje de deterioro cognitivo.
Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, DM II. Ciclotimia. Analfabetismo funcional.
Niega hábitos tóxicos

Enfoque individual
Exploración neurológica: sin hallazgos. Valoración cognitiva: MEC-Lobo: 13 puntos. Resultado probablemente sesgado por analfabetismo.
En Analítica sanguínea, destaca anemia normocítica hipocrómica (Hb 11.3) con déficit de Vitamina B12 y ácido fólico normal, HbA1c: 7,4%, TSH normal, Serología VIH negativa y Serología luética positiva.
TAC craneal: sin hallazgos significativos, salvo signos de microangiopatía isquémica crónica.
Se reinterroga a la paciente, refiere haber mantenido relaciones sexuales exclusivamente con su marido y no mantener actividad sexual desde hace años. Refiere que hace unos 30 años su marido mantuvo una relación sexual extramatrimonial tras la cual presentó una infección genital tratada con tratamiento tópico, sin conocer más detalles.

Enfoque familiar y comunitario
Situación basal Analfabetismo funcional. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive en domicilio con adecuadas condiciones higiénico-sanitarias y cuenta con buena red de apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sífilis latente de duración indeterminada, a descartar neurosífilis.
Deterioro cognitivo multifactorial

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza teleconsulta a Enfermedades Infecciosas, quien realiza analítica donde se detecta serología luética positiva para anticuerpos frente a *Treponema pallidum*, con prueba reagínica negativa, diagnosticando de sífilis latente.

Evolución
Pautan tratamiento con penicilina benzatina G 2,4 millones UI intramuscular semanal durante 3 semanas y derivan a Neurología para estudio de deterioro cognitivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El caso resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico amplio ante el deterioro cognitivo en Atención Primaria, considerando factores de riesgo que pueden no detectarse inicialmente. Se diagnosticó una sífilis latente de larga evolución junto a otros posibles factores contribuyentes, como déficit de vitamina B12, anemia, microangiopatía cerebral y mal control glucémico. También se enfatiza la importancia del manejo de contactos en infecciones de transmisión sexual y que los datos se utilizaron con consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave
Deterioro cognitivo. Sífilis latente. Neurosífilis. Penicilina G benzatina

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

Necesidades, impacto emocional y resignificación de los profesionales sanitarios en la prestación de ayuda para morir

Melguizo Jiménez M[1], Cruz Piqueras M[2], Martínez López M[3], Tamayo Velázquez M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria jubilado. CS Almanjáyar. Granada
[2] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
[3] Universidad De Granada

Objetivo
Analizar la experiencia y opinión de profesionales que han participado y finalizado la prestación de ApM en Andalucía con el interés de identificar barreras y recoger propuestas de mejora.

Pacientes y métodos
Estudio exploratorio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas presenciales a profesionales participantes directos en la prestación de ApM (1/1/2022 a 1/1/2025). Ámbito Andalucía. 23 seleccionados (11 Médicos/as de Familia, 5 Médicos/as hospitalarios, 5 Enfermeras/os y 2 Trabajadores/as Sociales) según territorialidad, rol profesional y nivel asistencial. 1º análisis descriptivo temático para identificar patrones comunes. 2º análisis interpretativo en las dimensiones de impacto emocional y resignificación profesional. Aprobación por C.E.I. de Granada y consentimiento firmado por participantes.

Resultados
Identificadas 4 dimensiones de valoración. 1.- El procedimiento de la prestación genera inseguridad y alta responsabilidad. Hay déficits formativos, insuficiente apoyo, alta carga asistencial, descoordinación entre niveles y desmesurado trabajo burocrático. 2.- El impacto emocional es intenso y multifacético. Se acompaña de ansiedad y riesgos de estigmatización. El paciente, su familia, junto al apoyo de iguales, suponen el respaldo para conseguir un acto íntimo, digno y compasivo. La experiencia final está marcada por serenidad, deber cumplido y dignidad del paciente. 3.- Se produce una resignificación profesional marcada por una reorientación de objetivos y de práctica profesional. El giro conceptual se traduce en la priorización del cuidado, acompañamiento y respeto a la autonomía. 4.- La objeción de conciencia se considera un derecho profesional irrenunciable, pero se revelan situaciones fraudulentas que producen tanto sobrecarga, frustración, demoras y tensiones profesionales, como desconcierto en los pacientes.

Conclusión
Para los profesionales sanitarios la prestación de ApM exige una reducción de burocracia, apoyo informático, necesidad de disponer de tiempo, soporte emocional, respaldo a la nueva significación profesional y evitar disrupciones de falsas objeciones de conciencia. Se demanda un mayor compromiso e implicación de la organización sanitaria.

Palabras clave
Eutanasia. Final de la vida.

Vivencias y necesidades en salud con perspectiva de género en personas con trastorno de salud mental grave y cuidadores de zonas rurales de Andalucía

Pérez Milena A[1], Ramos Ruiz J[2], Ruiz Díaz B[3], Noguera Cuenca C[4], Pérez Castro M[5], Guevara García M[5]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UDM AFYC Jaén Norte-Nordeste. Jaén
[3] TCAE Hospital San Juan de la Cruz. (Úbeda) Jaén
[4] Profesora titular del departamento de Psicología. Universidad de Almería. Almería
[5] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares (Jaén)

Objetivo
Visibilizar las diferencias existentes para la población con trastorno de salud mental grave (TMG) y las personas cuidadoras según género y ámbito de residencia.

Pacientes y métodos
Metodología cualitativa, fenomenológico. Muestreo intencional, pacientes >18 años con TMG (evolución>2 años) y cuidadores de zonas urbanas (>50.000 habitantes) y rurales (aldeas <1.000 habitantes, escogidos por un informante clave. Recogida de información mediante entrevista diádica, hasta saturación del discurso. Criterios de heterogeneidad: sexo, función familiar (test Apgar-familiar) y discapacidad (cuestionario WHODAS 2.0). Moderador no sanitario, videograbación y transcripción literal. Análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención de resultados.

Resultados
42 personas en 21 entrevistas diádicas (43% hombres, 29% disfunción familiar, 43% discapacidad, duración=20 minutos). 1. Diferencias de género en personas con TMG: las mujeres demandan apoyo emocional continuo, los hombres más recursos instrumentales (acceso, fármacos) y menor verbalización de malestar; patrón más marcado en rural. 2. Diferencias de género en cuidadores: las mujeres relatan estrés crónico y necesidad de apoyo emocional; los hombres piden información operativa y apoyo para tareas administrativas, se siente más aislados y con más dificultad para expresar vulnerabilidad. 3. Gradiente urbano-rural y género: en las zonas rurales las barreras y estigmas se perciben más que en zona urbana, hay más barreras de acceso (distancia, transporte), rotación de profesionales y estigma social, con mayor impacto en mujeres (pacientes y cuidadoras); demanda accesibilidad y continuidad, siendo la telemedicina útil para seguimiento, pero complementaria a la consulta presencial.

Conclusión
Se precisan itinerarios y planes de cuidados sensibles al género y los ámbitos rurales de pequeño tamaño para mejorar la calidad de vida en personas con TMG y sus cuidadores. La Atención Primaria es clave para coordinar una atención accesible y continuada, facilitando una mejor vivencia social de la enfermedad mental.

Palabras clave
Mental Health Assistance, Persons with Psychiatric Disorders, Caregiver Burden, Gender Perspective, Rural Areas.

El cáncer de cérvix y su prevención: grandes desconocidos

Hortal Carmona J[1], Alonso Sherman S[2], Carbajo Vázquez E[2], García Rodríguez S[2], Jiménez Jiménez M[5], Garrote Sotelo H[1]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín, Granada

Objetivo
Explorar el conocimiento en torno al cáncer de cérvix y su prevención para identificar las dificultades de acceso al cribado de cáncer de cérvix.

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

Muestreo mediante selección intencionada de la muestra a partir de categorías de segmentación: 1) <50 años, no migrante, bajos ingresos, 2) <50a, migrante, bajos ingresos, 3) >50a, no migrante, bajos ingresos y 4) >50a, migrante, bajos ingresos. Realizadas dos entrevistas por perfil hasta saturar discurso.

Análisis temático del contenido y por categorías de acuerdo al marco teórico de partida: las inequidades de acceso en salud.

Cuestiones éticas: dictamen favorable del CEIm Granada (código 2017-N-23).

Resultados
El conocimiento en torno al cáncer de cérvix y su prevención se muestra limitado:

- Localización anatómica vaga: "En el cuello del útero,… no sé, en la vagina, por ahí cerca."
- El virus del papiloma es conocido, pero existen dudas sobre su relación con el cáncer o su forma de contagio: "sobre todo con hombres, ¿no? Por relaciones con hombres"
- La vacuna es también poco conocida: "No. No lo sé (la existencia de una vacuna). Tampoco he preguntado."
- La citología como método de cribado es el ámbito de prevención mejor conocido, aunque hay dudas respecto a cómo se realiza, periodicidad, etc: "creo que una vez al año, o así, ¿no? O cada dos (…) creo que es un bastoncillo ¿no?"

Conclusión
El desconocimiento en torno al cáncer de cérvix y su prevención se constituye en una barrera a la adherencia a su cribado y también en una oportunidad de intervenir a través de la comunicación y divulgación.

Palabras clave
Cribado, Equidad, Acceso a Atención Primaria.

¿Qué espera el paciente con multimorbilidad y polimedicación de su enfermero/a y de su médico/a de Atención Primaria?

Carmona Ruiz V[1], García García M[2], Morente Rodríguez P[3], Moreno Zafra I[3], Bujalance Zafra M[4], Grupo Multipap G[5]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga
[2] Granada
[3] Málaga
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora UGC Victoria. Málaga
[5] Grupo MULTIPAP

Objetivo

Explorar experiencias, perspectivas de pacientes con multimorbilidad y polimedicación en la atención recibida por sus profesionales en Atención Primaria (AP).

Pacientes y métodos

Pacientes de 65 a 74 años con ≥ 2 enfermedades y ≥ 5 fármacos de 2 centros de salud urbanos. Muestreo intencional de participantes Proyecto MUTIPAP.
Estudio cualitativo descriptivo a través de grupos focales con entrevista semiestructurada con guion abierto. Criterios de homogeneidad: edad, sexo y nivel socioeconómico medio alto. La entrevista fue grabada, analizada de forma anónima, previo consentimiento informado, para explorar diferentes categorías

Resultados

Dos grupos focales, de hombres (8 participantes) y de mujeres (5 pacientes).
Impacto de las enfermedades: escasa percepción de enfermedad crónica y buena adaptación a su situación. El dolor crónico impacta más en el grupo de mujeres.
Adherencia al tratamiento: variabilidad en la adherencia. Utilizan herramientas para recodar la medicación
Accesibilidad: dificultad para obtener citas médicas, tiempos de espera prolongados Consulta telefónica recurso útil sin desplazar a la consulta presencial. Demora en pruebas complementarias y derivación a especialistas.
Coordinación: buena coordinados en AP, aunque reflejan escaso papel de la enfermera en el seguimiento de la cronicidad.
Tiempo dedicado: insuficiente.
Trato recibido: adecuado.
Confianza: confían en sus profesionales.
Formación del profesional: suficiente.
Toma de decisiones: los participantes no se sienten parte activa del proceso.
Expectativas: más profesionales, más tiempo en consulta y menos demora en la atención y las derivaciones.

Conclusión

El dolor crónico, especialmente en mujeres, destaca como una preocupación no suficientemente abordada.

- Escasa adherencia al tratamiento.
- Destacan la dificultad de acceso a las citas, el escaso tiempo por consulta y la falta de recursos humanos.
- La escasa visibilidad del rol de enfermería en el seguimiento de la cronicidad podría ser objeto de mejora, reforzando el conocimiento de su papel.
- Satisfacción y confianza en los profesionales de AP.

Palabras clave
multimorbilidad, Polimedicación, Atención Primaria

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

Perfil de pacientes, seguimiento y utilización de servicios en pacientes EPOC

Alonso Martínez J, Carmona Ruiz V, Lucena López R, Pérez González A, Abascal Morente L, Bujalance Zafra M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir el perfil, el seguimiento y la utilización de los servicios sanitarios de pacientes con EPOC en nuestro centro de salud.

Material y métodos

Diseño: descriptivo transversal.
Ámbito: CS urbano.
Criterios de selección: pacientes incluidos en el proceso de EPOC y priorizados como crónicos complejos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía en 2025.
Variables: edad, sexo, inclusión en programa de incapacitados, en seguimiento proactivo (realización de un plan de atención personalizado), promedio de visitas a urgencias de hospital y de Atención Primaria, ingresos hospitalarios (por cualquier causa) durante 2025.
Análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medias y desviación estándar para variables cuantitativas.
Se dispone de autorización del responsable de la Unidad para la utilización de datos agregados

Resultados

En nuestra Unidad hay 409 pacientes EPOC priorizados por el SSPA en 2025 con una edad media de 71, 8 años (DS 10,8), siendo hombres 268 (65,5%) y mujeres 141 (34,5%).
De los 409 pacientes, al 46,5% (190 pacientes) se les ha realizado un seguimiento proactivo en 2025. Del total, un 7,8 % (32 pacientes) están incapacitados y se les ha realizado seguimiento domiciliario.
El 70,4% de los pacientes han acudido a urgencias hospitalarias, con un total de 288 visitas y el 8,1 % han acudido a dispositivos de urgencias de AP con un total de 33 visitas. El 28,8% de pacientes han sufrido algún ingreso hospitalario.

Conclusiones

Los pacientes EPOC requieren una alta utilización de los servicios de salud, con frecuentes asistencias a urgencias e ingresos hospitalarios.
La mejora en el seguimiento proactivo podría disminuir el número de ingresos y asistencia a urgencias de estos pacientes.

Palabras clave
EPOC, Atención Primaria, Seguimiento, Control, Recursos, Ingreso Hospitalario.

Influencia de la vulnerabilidad física y social en la atención sanitaria durante la pandemia por COVID-19 (proyecto GASAP-COVID)

Pérez Milena A[1], Rodríguez Castilla F[2], Leal Helmling F[3], Mengíbar Cabrerizo P[2], Duarte Linares Y[2], Darwish Mateos S[4]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[2] MIR de Medicina de familia. CS El Valle (Jaén)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén
[4] MIR de Medicina de Familia, CS El Valle (jaén),
[5] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Objetivos
Determinar la influencia de la vulnerabilidad física y social en la demanda de atención sanitaria en pacientes con COVID-19 durante la pandemia.

Material y métodos
Cohorte histórica (auditoría de historias clínicas) de casos probables (1ª ola) y confirmados (2º-5ª ola) de COVID-19. CS urbano, 40% riesgo social. Se valoró la vulnerabilidad física (criterios del ministerio de sanidad) y social (ancianos que viven solos, familias no nucleares, situaciones de soledad no deseada). Se recogió frecuentación sanitaria, seguimiento telefónico, curso clínico y tratamiento. Análisis bivariante y regresión logística. Autorización del CEI.

Resultados
1037 pacientes (45,0±19,4 años, 55% mujeres). Vulnerabilidad física-9,1%, social-13,8%, ambas-13,7%. Son personas más mayores (72,4años±12,4; p<0,001 ANOVA), que precisaron más atención a domicilio (+13,6%) y en urgencias hospitalarias (+20%) (p<0,001 χ2), con más frecuentación médica (+1,9±2,4), días de seguimiento (+5,3±2,4), contactos telefónicos (+1,5±2,4) (p<0,001 ANOVA) e ingresos hospitalarios (19%) (p<0,05 χ2). Presentaron más síntomas persistentes (fiebre, tos, disnea) (p<0,05 χ2). Precisaron más pruebas complementarias (análisis +15,2%, Rx 17,4%), uso de antibioterapia (+24,9%) y corticoides (+16,8%) (p<0,05 χ2). Solo fallecieron pacientes con vulnerabilidad física+social (2,7%). La vulnerabilidad física y/o social se relacionó con mayor edad (OR 1,06-1,09), ingresos hospitalarios (OR 1,41-10,42) y número de llamadas telefónicas (OR 1,02-1,20).

Conclusiones
Durante la pandemia COVID-19, las personas vulnerables necesitaron más recursos sanitarios, con síntomas más intensos y prolongados, y una peor evolución que los no vulnerables. La vulnerabilidad social es tan importante o más que la física para centrar la atención en colectivos que pueden precisar, durante periodos de pandemia, una mayor atención por su fragilidad

Palabras clave
COVID-19; Health Services Needs and Demand; Social Vulnerability; Access to Primary Care

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

Pérez Milena A[1], Darwish Mateos S[2], Bohórquez Ríos J[3], Martín Caño S[4], Becerra Almazán M[1], Martínez Fernández M[5]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Jaén
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
[6] Profesora de Educación Secundaria. IES Jabalcuz. Jaén

Objetivos
Valorar la presencia de conductas de violencia de pareja en adolescentes y su relación con factores psicológicos, familiares y sociales.

Material y métodos
Diseño mixto:

1. Cuantitativo (mediante encuesta, muestreo censal y análisis multivariante): cuestionario VREP (violencia recibida, ejercida y percibida), valorando conductas físicas, sexuales y psicológicas. Test Apgar-Familiar y DUKE-UNC-11.
2. Cualitativo (grupos de discusión, 6-8 participantes, videograbación y análisis de contenido). Adolescentes de 12-18 años, curso escolar 2022/23. Aprobado por el CEI, firma de consentimiento informado por padres/madres/menores.

Resultados
1. Cuantitativo: 408 encuestas (81,6% alumnado total), 50% mujeres, edad 14,7±2,1años. 44,2% con pareja. Hombres y mujeres realizan conductas violentas en igual medida (física recibida-25,5% y ejercida-18,2%; sexual recibida-22,9% y ejercida-11,4%; psicológica recibida-55% y ejercida-40,4%). Un 85% perciben las conductas violentas. El mal funcionamiento familiar se relaciona con violencia sexual (OR=2,7) y psicológica (OR=2,5), y una mayor edad con violencia física (OR=2,5).
2. Cualitativo: 48 adolescentes, 6 grupos. Categorías: a) Normalización de las conductas violentas, confundidas con machismo o celos. Fomentan desigualdad y relaciones tóxicas, generando dependencia en la mujer. B) Relacionada con personalidad sumisa o con poca voluntad por los más jóvenes, con soledad por los mayores. C) Relacionada con violencia intrafamiliar o indiferencia/falta de acompañamiento por padres/madres. D) Sostenida por mal apoyo de pares y mensajes violentos de redes sociales.

Conclusiones
Hay una elevada presencia de conductas violentas normalizadas en parejas adolescentes de ambos sexos, sobre todo de tipo psicológico. Una mala dinámica familiar transmitiría experiencias vitales que promueven violencia de pareja. Es vital la orientación a relaciones saludables de pareja desde el comienzo de la adolescencia.

Palabras clave
Students, Adolescent, Intimate Partner Violence, Family Relations; Social support

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: MÉDICO RESIDENTE

XV Málaga 2026

Desigualdades entre comunidades autónomas de acceso a la LORE

Alonso Sherman S[1], Toral López A[1], De Amo García P[1], Hernández Hernández B[1], Fernández Sayago Y[2], Sánchez García C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada

Objetivos
Evaluar las desigualdades entre comunidades autónomas españolas en el acceso al derecho a la prestación de ayuda para morir.

Material y métodos
Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad sobre prestaciones de ayuda para morir entre 2021 y 2024, centrándose en las diferencias entre comunidades autónomas tanto en solicitudes como en prestaciones.

Resultados
Se observaron diferencias en los datos agregados de los cuatro años de la LORE en la distribución territorial de solicitudes y prestaciones.

En solicitudes por 100.000 habitantes/año destacan Navarra (2,6), Cataluña (2,4) y Baleares (2,4) frente a la media estatal de 1,3. Las tasas más bajas corresponden a Murcia (0,31), Andalucía (0,48) y Extremadura (0,52).

En prestaciones, la tasa media de mortalidad por prestación (proporción de muertes por ayuda para morir sobre el total de fallecimientos) situó también en cabeza a Navarra (0,16%), País Vasco (0,15%), Cataluña (0,13%) y Baleares (0,12%), frente a una media estatal de 0,07%. Murcia (0,02%), Extremadura (0,02%) y Andalucía (0,03%) presentaron los valores más bajos.

Conclusiones
Las diferencias entre comunidades se mantienen estables durante los cuatro años analizados. Las regiones con más solicitudes quintuplican a las de menor tasa y, en prestaciones, las cifras llegan a multiplicarse por siete.
Estos resultados podrían sugerir desigualdades de acceso con un posible patrón con gradiente norte-sur en el que podrían influir la ruralidad o la renta. Se necesitan datos más precisos para dar respuesta a esta posibilidad de inequidad.

Palabras clave
Prestación de ayuda para morir, Eutanasia, Equidad, Accesibilidad.

Cuatro años de LORE: la Medicina de Familia como garante del derecho a la eutanasia

De Amo García P[1], García Rodríguez S[1], Hernández Hernández B[1], Toral López A[1], Carbajo Vázquez E[1], Roldán Romero M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada

Objetivos
Analizar el papel de los y las médicas de familia en la implementación de la ley orgánica de regulación de la eutanasia (LORE).

Material y métodos
Análisis descriptivo y retrospectivo de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad acerca de las prestaciones de ayuda para morir entre los años 2021 a 2024.

Se ha puesto el foco en las especialidades médicas que han realizado el rol de Médico/a Responsable (MR), aquella que gestiona la prestación desde su primera solicitud, y Médico/a Consultor (MC), quien realiza una labor complementaria de revisión del caso.

Resultados
En los cuatro años de LORE la especialidad de Medicina de Familia se responsabilizó de 1449 solicitudes de prestación de ayuda para morir del total de 2331 realizadas en España, un 65% de los procesos: casi nueve veces más que la segunda especialidad en frecuencia (Neurología con el 7,6%). Este es un porcentaje estable año a año.

Respecto al papel de MC, la Medicina de Familia ocupa el segundo lugar en frecuencia con 278 (17,2%) de las 1619 solicitudes que llegaron a este segundo filtro, tan solo precedido por Neurología (27,9%) y destaca su crecimiento en 2024 hasta el 25,8% de las solicitudes por el 26,9% de Neurología.

Conclusiones
La especialidad de Medicina de Familia se ha constituido en la figura fundamental del/la MR, y en un protagonista notable del rol de MC. Esto convierte a la Atención Primaria de salud en el garante de primer orden del derecho a la eutanasia y convierte los problemas de la especialidad en cuanto a precariedad, sobrecarga, inestabilidad laboral o pérdida de la longitudinalidad en serias barreras de acceso a este derecho.

Palabras clave
Prestación de ayuda para morir, Eutanasia, Equidad, Accesibilidad.

Características clínicas de los pacientes crónicos complejos polimedicados en Atención Primaria

Jiménez Arteaga C[1], González Mata A[1], Guerrero Pérez C[1], Martínez Granero M[2], García Lozano M[2], Pascual De La Pisa B[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas (Sevilla)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Objetivos
Describir las características clínicas de pacientes crónicos complejos (PCC) con polimedicación en Atención Primaria (AP) según proceso asistencial de la comunidad autónoma de referencia.

Material y métodos
Diseño: descriptivo transversal.
Ámbito: CS de Atención Primaria.
Criterios selección: mayores de 18 años que reúnen criterios de PCC según proceso asistencial de referencia (una categoría clínica de paciente pluripatológico (PPP) más un criterio de complejidad (CC) de polifarmacia.
Criterios de exclusión: negativa a participar.
Muestra: 31 sujetos seleccionados por muestreo consecutivo.
Variables: sociodemográficas, sociofamiliares y clínicas.
Análisis estadístico: descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.
Limitaciones: falta de información de los pacientes.
Aspectos éticos-legales: conformidad del Comité de Ética local.

Resultados
31 pacientes.
51,6% mujeres.
Edad media 73 años (IC 95% 69,6-77,3). 51,6% casados. 54,8% estudios primarios. 45,2% manifiestan cierta dificultad para llegar a fin de mes.
29% presentó la categoría A (patología cardiaca) y el 22,6%, la categoría E (patología neurológica). El 6,5% presentó 2 CC y el 3,2% 3 criterios. Los CC más frecuentes asociados a polifarmacia fueron, con un 6,5%, criterio C (Gijón mayor de 10) y H (2 o más ingresos en los últimos 12 meses).
La mediana del Índice de comorbilidad de Charlson es 1.
En la valoración de la esfera funcional, cognitiva y afectiva presenta valores para el Índice de Barthel 100, Lawton-Brody 8 Barber 1, Pfeiffer: 1 y Yesavage: 0.
El 56% tiene una percepción de la calidad de vida regular.
En el último año han acudido a consulta de Atención Primaria de médico de familia una mediana de 12 y enfermería 8.

Conclusiones
Los pacientes crónicos complejos presentan elevado consumo de recursos asistenciales en Atención Primaria, siendo esencial la identificación de los mismos para garantizar abordaje integral que garantice el uso de recursos apropiados.

Palabras clave
Chronic disease; comorbidity; frail elderly.

Características clínicas de los enfermos crónicos no oncológicos en estado avanzado institucionalizados

González Mata A[1], Jiménez Arteaga C[1], Guerrero Pérez C[1], Márquez Calzada C[2], Pascual De La Pisa B[3], García Lozano M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. CS Camas. Sevilla
[2] Enfermera de MFyC. DS Sevilla
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. CS Camas. Sevilla

Objetivos
Describir las características clínicas de pacientes institucionalizados con enfermedad crónica en estado avanzado no oncológicos.

Material y métodos
Diseño: estudio descriptivo transversal.
Ámbito: residencia
Criterios selección: mayores de 18 años que reúnen criterios de paciente con enfermedad crónica avanzada en abordaje paliativo no oncológica según el índice Paliar.
Criterios de exclusión: negativa a participar, ámbito privado.
Muestra: 35 pacientes
Variables: sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, funcionales, asistenciales, farmacológicas y pronósticas.
Fuente de datos: entrevista estructurada,

Historia clínica.
Análisis estadístico: descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.
Limitaciones: falta de información de los pacientes, asistencia en ámbito privado.
Aspectos éticos-legales: conformidad del Comité de Ética local.

Resultados
35 pacientes.
77,1% mujeres.
Edad media 84 años (IC 95% 82,21-86,53), siendo al ingreso en residencia de 80,83 años (IC 95% 78,12-83,54).
El tiempo de ingreso al inicio del estudio es de 3 años (IC 95% 1,95-4,22).
51% viudos. 65,7% sin estudios.
El 77% de la muestra presentaba deterioro cognitivo y funcional. El 3% presenta 2 criterios de inclusión (insuficiencia cardiaca).
El número de enfermedades tiene un valor para la mediana de 10 [3], siendo el Índice de comorbilidad de Charlson de 3 [2].
El número total de fármacos activos es de 6 [3].
El 34,3% cumplen criterios de terminalidad según National Hospice Organization. Las variables pronósticas tienen valor para ECOG 3 [1] e índice PALIAR 10,5 [4].
El 23 % está incluido en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

Conclusiones
Los pacientes institucionalizados con enfermedades cronicas avanazadas en abordaje paliativo no oncológicos, presentan elevada comorbilidad, siendo esencial la identificación de los mismos para garantizar abordaje integral que garantice el uso de recursos apropiados.

Palabras clave
Polifarmacia, pacientes institucionalizados, enfermedad crónica avanzada.
Polipharmacy, nursing home residents, advanced chronic illness.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

Prevalencia de soledad y valor pronóstico en pacientes mayores ingresados en medicina interna

Moreno Pérez de Tudela R[1], Charlo Pumar M[2], Lissen González A[3], Fondon A[4], Ruiz Reyes E[5], Castilla De Dios J[6]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla. Hospital Universitario Virgen Del Rocio. Sevilla
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla. Hospital Universitario Virgen De Valme. Sevilla
[3] MIR de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz
[4] MIR de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
[5] MIR de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Merced. Osuna (Sevilla)
[6] MIR de Pediatría. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz

Objetivos

- *Principal:* conocer la implicación que tiene la soledad auto-percibida en el pronóstico de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna de diferentes hospitales españoles.
- *Secundarios:* determinar la prevalencia de soledad auto-percibida, conocer las características clínicas, sociales, funcionales y pronósticas de los pacientes que se definen como aislamiento social o con auto-percepción de soledad y conocer las diferencias entre los pacientes con sensación de soledad y sin ella.

Material y métodos

- *Diseño del estudio:* estudio observacional descriptivo prospectivo de una muestra de pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se realizará un corte transversal en el que se reclutarán los pacientes ingresados que cumplan criterios de inclusión y no de exclusión. Se realizará una entrevista a cada uno de ellos en la que se recogerán una serie de escalas y variables y transcurrido un año, se contactará de forma telefónica a cada paciente para conocer su pronóstico. Como referencia previa, en 2022 se desarrolló un estudio piloto que mostró una prevalencia de soledad autopercibida del 24%. Se ha estimado un tamaño muestral de 330 pacientes.
- *Criterios de inclusión:* ser mayor de 65 años y aceptación en participar mediante consentimiento informado. Criterios de exclusión: ser menor de 65 años, deterioro cognitivo moderado, imposibilidad de comunicarse con el paciente, episodio de delirium durante la recogida de datos o negación a participar.
- *Variables:* las variables dependientes serán la soledad autopercibida, evaluada mediante la Escala de Soledad UCLA de tres y diez ítems. Las variables independientes incluirán datos sociodemográficos, situación social y familiar, consumo de fármacos, variables clínicas (Pfeiffer, Barthel, Escala de Gijón, Clinical Frailty Scale e Índice PROFUND), categorías de pluripatología y parámetros analíticos (hemoglobina, creatinina y proteína C reactiva).
- *Análisis estadístico:* creará de una base de datos y se hará uso de pruebas estadísticas adecuadas según el tipo y distribución de las variables. Los factores significativos en el análisis bivariado se incluirán en un modelo de regresión de Cox para identificar asociaciones independientes con la mortalidad. Se considerará significativa una $p < 0,05$ y los resultados se expresarán mediante odds ratio con intervalos de confianza del 95%.

Resultados esperados y aplicabilidad

- La hipótesis de los resultados esperados sugiere que los pacientes con autopercepción de soledad presentarán una mayor mortalidad.
- La aplicabilidad del estudio es relevante, ya que permitirá reconocer la soledad como un factor pronóstico, fomentar su valoración sistemática en la práctica clínica y mejorar la identificación de pacientes con mayor vulnerabilidad social.

Aspectos ético-legales

Este estudio cuenta con la aprobación de CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío en noviembre de 2024. La participación en el estudio es voluntaria y sin riesgos, los participantes firmarán un documento de consentimiento informado para la inclusión. Se garantizará la confidencialidad de los datos conforme a la legislación vigente.

Financiación

Este estudio ha sido premiado en la X edición de Premios Fundación DomusVi, en la categoría Investigación en el sector sociosanitario.

Palabras clave
Soledad, prevalencia, pronostico

Características y factores asociados a los procesos de incapacidad laboral temporal de larga duración

Duarte Linares Y[1], Ticona Ticona R[1], Álamo Martínez A[1], Rodríguez Castilla F[1], Mengíbar Cabrerizo P[1], Pérez Milena A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivos

Determinar las características asociadas con los procesos de incapacidad laboral temporal que presentan una duración superior al tiempo estimado según la patología del paciente.

Material y métodos

Se realizará un estudio descriptivo transversal sin seguimiento mediante auditoría de historias clínicas en una zona básica de salud urbana con aproximadamente 11.500 habitantes; considerando una tasa de actividad del 51,81%, la población activa estimada será de 5.980 personas. Se incluirán pacientes en edad laboral, de ambos sexos, que durante 2025 hayan requerido incapacidad temporal por cualquier patología tras consulta en el centro de salud, excluyéndose personas desempleadas y aquellas pertenecientes a mutualidades. Se estimará un tamaño muestral mínimo de 196 sujetos (prevalencia esperada 5%, nivel de confianza 95% y precisión 3%), ampliándose a 206 para compensar pérdidas del 5%. El reclutamiento será sistemático y retrospectivo mediante listados del módulo de incapacidad temporal de la historia clínica electrónica. La variable principal será la duración total de la baja laboral y su desviación respecto al tiempo óptimo estimado, categorizada en muy corta (<5 días), corta (5–30), media (31–61) y larga (>61). Como variables independientes se recogerán edad, sexo, características laborales, patología codificada según CIE-10, uso de recursos sanitarios, pruebas complementarias, atención hospitalaria, intervenciones y frecuentación sanitaria durante la incapacidad. Se realizará análisis descriptivo, bivariante (ANOVA o Ji²) y multivariante mediante regresión logística. Entre las limitaciones se considerará la imposibilidad de establecer relaciones causales y la limitada generalización de los resultados al tratarse de un único centro.

Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera identificar la frecuencia de incapacidades temporales prolongadas y su asociación con factores personales, laborales, clínicos y de utilización de servicios sanitarios. Los resultados permitirán reconocer perfiles de mayor riesgo y posibles áreas de mejora en la gestión asistencial, especialmente en relación con demoras diagnósticas o terapéuticas. La información obtenida podrá contribuir a optimizar la gestión de la incapacidad temporal en Atención Primaria, orientando intervenciones para mejorar la eficiencia del sistema sanitario y reducir el impacto social y laboral de las bajas prolongadas, facilitando la toma de decisiones clínicas y organizativas basadas en evidencia.

Aspectos ético-legales

El proyecto cuenta con la autorización del Comité de Ética de Investigación y la dirección del centro. Se seguirá la Declaración de Helsinki, normas de buena práctica clínica y legislación de protección de datos (Reglamento UE 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, España), utilizando datos seudonimizados y garantizando consentimiento informado y confidencialidad.

Financiación

Actualmente, el proyecto no cuenta con financiación.

Palabras clave
Sick Leave, Recovery of Function, Convalescence, Primary Health Care

Innovación digital para la salud mental: TICS comunitarias para mejorar la calidad de vida de personas con trastorno mental grave y sus cuidadores en Andalucía rural

Ramos Ruiz J[1], Pérez Milena A[2], Ruiz Díaz B[3], Calvillo Mazarro M[4], García Ruiz M[5], Martínez Robles J[6]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares A Virgen de Linarejos. Jaén
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[3] TCAE. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)
[4] Psicólogo clínico. UGC Norte Córdoba.
[5] Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas. AGS Jaén Norte. Jaén
[6] Licenciado en Humanidades. Alcalde-Presidente del Ayuntamiento de Segura de la Sierra

Objetivos

General: evaluar la efectividad y aceptación de una intervención psicoeducativa mediada por TICS en la mejora de la salud y la calidad de vida de personas con trastorno mental grave (TMG) y sus cuidadores en zonas rurales de Andalucía. Específicos: mejorar apoyo social y adherencia terapéutica, valorar sobrecarga del cuidador, mejorar estabilidad clínica e identificar barreras y facilitadores.

Material y métodos

Ensayo controlado aleatorizado con grupos paralelos. Personas con TMG ≥18 años y cuidadores, excluyendo deterioro cognitivo/evolución inestable. Participan municipios rurales de Jaén, con menos de 1000 habitantes (zonas de difícil cobertura sanitaria). Muestreo aleatorio estratificado por sexo, reclutando 180 participantes (diferencia≥0,4, potencia≥80%, nivel de significación>0,05, pérdidas≤20%). Intervención psicoeducativa digital, empleando un programa informático para móvil (app) con módulos psicoeducativos, ejercicios interactivos conductuales, foros moderados por profesionales, cuestionarios de seguimiento y recursos de autogestión para mejorar adherencia y autocuidado. Tres brazos de intervención: (A) uso autónomo de la app; (B) uso guiado de la app (contacto telefónico semanal por profesionales); (C) control activo, accediendo al material psicoeducativo por escrito. Duración: 12 semanas: visitas inicial, 12 semanas y 6 meses. Variables: apoyo social (escala DUKE-UNC-11), adherencia terapéutica (MARS), sobrecarga del cuidador (Zarit), recaídas/ingresos hospitalarios, ansiedad (escala de Hamilton). Se valorarán las métricas de uso de la app y la satisfacción mediante entrevistas grupales (diseño cualitativo, videograbación y análisis de contenido). Enmascaramiento a entrevistadores. Análisis estadístico por intención de tratar, comparaciones intergrupales en grupos A y B (modelos de regresión lineal múltiple y OR), modelos lineales mixtos para evolución temporal, magnitud de efectos y precisión (Cohen's d-medias cuantitativas, OR-variables categóricas), análisis de sensibilidad y subgrupos (adherencia, pérdidas, intensidad de uso de la app) mediante análisis estratificados y ajustes por covariables. Limitaciones: sesgo de selección (casos más graves, pérdidas), sesgo de información (efecto Hawthorne), dificultades en la conectividad o uso de la app, tiempo necesario para la supervisión del profesional.

Resultados esperados y aplicabilidad

El equipo investigador ha comprobado en estudios previos la brecha digital, el estigma social y la falta de continuidad asistencial en zonas rurales aisladas. Se busca ofrecer una intervención comunitaria mediante soluciones digitales que favorezca una respuesta inclusiva a desigualdades territoriales. Se puede mejorar la experiencia de enfermedad mediante la implementación del apoyo social percibido, la adherencia terapéutica, la estabilidad clínica y la resiliencia de las personas cuidadoras.

Aspectos ético-legales

Contempla los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2013). Autorización del CEI, información completa y firma de consentimiento informado. Aplicación de la Ley 41/2002 para personas con TMG y limitaciones parciales en la capacidad de decisión. Protección de datos personales (LOPDGDD 3/2018-RGPD 2016/679). Anonimización y seudonimización de la base de datos, encriptación de la información en tránsito y en reposo (protocolos SSL/TLS, almacenamiento seguro) en servidores europeos con estándares de ciberseguridad. Conservación y destrucción de datos según RD1090/2015. Protocolos para la seguridad clínica de los participantes y supervisión constante por profesional sanitario.

Financiación

XIII Convocatoria Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces para la Investigación Científica en Ciencias Sociales, Económicas y Humanísticas (PRY026/25, Resolución 12/2025).

Palabras clave

Mobile Applications;Mental Health Assistance;Persons with Psychiatric Disorders;Caregiver Burden;Rural Areas;Community-Based Participatory Research

Trayectos profesionales de dos cohortes de médicos de familia de la Unidad Docente de Sevilla (1979-1984 vs 1999-2004)

Martín Pérez F[1], Giménez Yeste M[2], Sánchez González A[3], Domínguez Albandea E[4], Pérez Díaz H[5], De La Carrera Rodríguez M[6]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria jubilado. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. (Sevilla)
[3] FEA Traumatología. Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Sra de la Paz. S. Juan de Aznalfarache (Sevilla)
[5] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC Osuna. Sevilla
[6] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UD de MFyC Sevilla. Sevilla

Objetivos

Objetivo principal: describir y comparar los trayectos profesionales de dos cohortes de médicos de familia formados en la Unidad Docente de Sevilla de los años 1979-1984 comparando con la serie de 1999-2004.
Objetivos secundarios: analizar la estabilidad en la especialidad de MFYC mediante el estudio del abandono durante la residencia o una vez finalizada esta, con la elección de una nueva especialidad. Comparar los ámbitos principales de desempeño profesional (CS, Urgencias de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Gestión administrativa). Explorar la influencia de variables como el sexo del profesional, lugar de realización de la residencia y número de orden obtenido en la convocatoria MIR, evaluando su posible influencia en el desarrollo profesional a medio y largo plazo

Material y métodos

Diseño: estudio observacional retrospectivo comparativo de cohortes históricas.
Lugar de realización y marco: unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla en el ámbito de Atención Primaria.
Criterios de selección: médicos pertenecientes a cinco promociones consecutivas de cada periodo (1979-1984 y 1999-2004). Se excluirán aquellos sin información verificable.
Número de sujetos: se incluirán todos los residentes de las promociones seleccionadas, constituyendo una muestra poblacional completa.
Intervención: se realizará recogida estructurada y sistemática de información sobre trayectoria profesional y situación laboral.
Variables: principal, ámbito profesional predominante tras la residencia. Secundarias, abandonos de la especialidad en la residencia, tras el final de la misma, sexo, lugar de formación, número de orden MIR.
Fuentes de información: listados oficiales de aprobados MIR y entrevistas estructuradas a los profesionales de ambas cohortes

Resultados esperados y aplicabilidad

Se realizará un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. La comparación de los resultados se hará mediante prueba de chi-cuadrado para variables cualitativas y t de Student para cuántitativas. Se explorarán asociaciones para identificar factores asociados a diferentes trayectos profesionales y abandono de la especialidad. Se utilizará un nivel de significación $p<0.05$.
Esperamos identificar diferencias generacionales en trayectos profesionales, abandono de la especialidad y acceso a puestos de responsabilidad. Los resultados permitirán comprender la evolución del perfil profesional del médico de familia en Sevilla y aportar evidencia para la planificación docente, la gestión de recursos profesionales y el diseño de estrategias de fidelización y desarrollo profesional en Atención Primaria

Aspectos ético-legales

Se garantiza la confidencialidad y gestión anónima de los datos conforme a la normativa vigente en protección de datos. Solicitaremos valoración por el Comité de Etica. Se obtendrá consentimiento informado verbal o escrito para las entrevistas, asegurando la participación voluntaria

Financiación

No hay actualmente financiación externa ni conflicto de intereses declarados

Palabras clave
Medicina Familiar. Educación Médica. Internado y residencia. Recursos humanos en salud. Atención Primaria de salud. Estudio de cohortes

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: MÉDICO RESIDENTE

Málaga 2026

Satisfacción sexual y factores asociados en mujeres perimenopáusicas de 45-55 años

Morales Carralero M, Fuentes Marín J

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén,

Objetivos

Determinar el grado de satisfacción con la vida sexual en mujeres perimenopáusicas de 45–55 años atendidas en un centro de salud de Atención Primaria.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal cuantitativo.

Ámbito y nivel asistencial: Atención Primaria y comunidad.

Población de estudio: mujeres de 45–55 años en periodo perimenopáusico.

Criterios de selección: se incluirán mujeres entre 45 y 55 años de la población de un centro de salud que acepten participar mediante consentimiento informado.

Se excluirán mujeres con menopausia quirúrgica, embarazo o puerperio reciente, enfermedad psiquiátrica grave o deterioro cognitivo, tratamiento oncológico activo o dificultad idiomática.

Muestreo: muestreo consecutivo en consultas y captación comunitaria hasta alcanzar el tamaño muestral.

Variables:

- *Variable principal:* satisfacción sexual medida mediante escala validada (Sexual Satisfaction Scale for Women o New Sexual Satisfaction Scale).
- *Variables explicativas:* edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, paridad, estado menopáusico, uso de terapia hormonal, comorbilidades, medicación, frecuencia de actividad sexual, presencia de dolor en las relaciones sexuales, puntuación del Índice de Función Sexual Femenina, puntuación del cuestionario de salud del paciente para depresión, consumo de tóxicos e índice de masa corporal.

Análisis estadístico: estadística descriptiva. Comparación de medias con pruebas paramétricas o no paramétricas según distribución. Correlaciones entre escalas y modelos de regresión para identificar factores asociados. Nivel de significación $p<0,05$.

Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera estimar el nivel de satisfacción sexual y los factores asociados en mujeres perimenopáusicas, facilitando la detección precoz de problemas de salud sexual y el diseño de intervenciones biopsicosociales desde Atención Primaria.

Los resultados podrían contribuir a mejorar el abordaje clínico integral y orientar programas de promoción de la salud sexual en esta etapa.

Aspectos ético-legales

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación correspondiente y con la autorización de la dirección del centro sanitario donde se desarrollará.

Se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos conforme al Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018.

Todas las participantes firmarán consentimiento informado previo a su inclusión.

Financiación

Sin financiación externa.

Palabras clave

Sexual Satisfaction. Perimenopause. Primary Health Care

Cribado y seguimiento del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años: impacto en la calidad de la atención y en los servicios de salud

Calzada Algravez J[1], Valverde Bolivar F[2], Zafra Ramírez N[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Objetivos
Evaluar la efectividad y factibilidad de un programa estructurado de cribado y seguimiento del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años en Atención Primaria, así como su impacto en la calidad asistencial y en la utilización de servicios sanitarios. De forma específica, se pretende determinar la prevalencia de deterioro cognitivo no diagnosticado previamente mediante herramientas validadas; analizar el impacto del cribado sistemático en la detección precoz y en la adecuación de la derivación a servicios especializados; evaluar la evolución clínica, funcional y la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo durante el seguimiento; y valorar la influencia del programa en indicadores de calidad asistencial, incluyendo registro clínico, planificación de cuidados y coordinación.

Material y métodos
Diseño: ensayo clínico controlado aleatorizado, prospectivo y unicéntrico. Tras el cribado inicial, los pacientes con resultado compatible con deterioro cognitivo serán asignados aleatoriamente (1:1) a grupo intervención o grupo control. El grupo intervención participará en un programa estructurado de estimulación cognitiva, además de la atención habitual. El grupo control recibirá la atención estándar, que incluye derivación cuando proceda y recomendaciones generales. El seguimiento se realizará a 12 y 24 meses.
El resultado primario será el cambio en la puntuación MoCA-E entre la evaluación basal y los 12 y 24 meses, o la proporción de pacientes con estabilización o mejoría cognitiva. Entre los resultados secundarios se incluirán la evolución del riesgo de aislamiento social, cambios funcionales, indicadores de proceso y calidad asistencial, así como utilización de servicios sanitarios.
La aleatorización se realizará mediante secuencia 1:1 con ocultación de la asignación. Debido a la naturaleza de la intervención, no será posible el cegamiento de los participantes, se intentará que el evaluador de las escalas permanezca ciego cuando sea viable. El análisis estadístico se realizará por intención de tratar, incluyendo análisis descriptivo y comparativo entre grupos. Se emplearán pruebas paramétricas o no paramétricas según distribución y modelos ajustados por valores basales y covariables relevantes. El nivel de significación se establecerá en $p<0,05$.
El diseño metodológico y el plan de análisis han sido elaborados con el asesoramiento del grupo investigador InvestigaFyC.

Resultados esperados y aplicabilidad
Se espera mejorar la detección precoz del deterioro cognitivo y sistematizar su seguimiento en Atención Primaria. En el grupo intervención se anticipa una mayor estabilización o mejoría en la puntuación MoCA-E y una posible reducción del riesgo de aislamiento social. A nivel organizativo, se prevé optimización del registro clínico, adecuación de derivaciones y uso racional de recursos sanitarios. El programa es integrable en la práctica habitual y potencialmente replicable en otros centros.

Aspectos ético-legales
El estudio seguirá la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en protección de datos. Cuenta con aprobación del CEI correspondiente y se obtendrá consentimiento informado. Los datos serán anonimizados y tratados con confidencialidad. El grupo control recibirá atención estándar, garantizando equidad asistencial.

Financiación
El proyecto no dispone actualmente de financiación externa y se presentará a las Becas Isabel Fernández. Su diseño es factible en Atención Primaria, utilizando herramientas validadas y recursos ya disponibles, lo que favorece su sostenibilidad y replicabilidad.

Palabras clave
deterioro cognitivo, cribado, Atención Primaria

Estudio cuantitativo y cualitativo de mortalidad de las personas sin hogar

Alargunsoro Maiztegui L[1], Hortal Carmona J[2], Muñoz Martínez B[3], Batlle i Viñas J[1], Hernández Hernández B[4], Jarabo Tevar B[5]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada
[4] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[5] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

Objetivos
Analizar el contexto de mortalidad y el final de vida de las Personas Sin Hogar (PSH) fallecidas en calle en nuestra ciudad durante 2024 - 2025 y estudiar cómo ha sido su relación y/o uso previo con el sistema sanitario.

Material y métodos
Estudio mixto con diseño cuantitativo observacional retrospectivo y abordaje cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se incluirán aquellas PSH fallecidas en calle en 2024-2025, así como a profesionales, voluntarios de asociaciones de PSH, PSH o familiares de las personas fallecidas. Se estima una muestra de 20-25 PSH fallecidas para el análisis cuantitativo y 10–20 participantes vinculados a las PSH fallecidas para el estudio cualitativo. Los casos serán identificados a través de una base de datos social específica; se revisarán las historias clínicas y los informes de autopsia. Posteriormente, se realizarán entrevistas grupales con el objetivo de reconstruir la situación previa al fallecimiento.
Como variables se utilizarán las características clínicas y uso del sistema sanitario: presencia de enfermedad de salud mental y consumo de tóxicos; frecuentación de servicios de urgencias, Atención Primaria y hospitalización en el último mes, seis meses y cinco años; prescripción farmacológica; adecuación de las pruebas complementarias; y registro de la situación de sinhogarismo en la historia clínica.
El análisis se realizará mediante estadística descriptiva (frecuencias, medias, medianas) y mediante el análisis cualitativo de contenido y discurso con comparación constante.
Como limitaciones del estudio identificamos un tamaño muestral reducido y el posible hallazgo de registros clínicos incompletos.

Resultados esperados y aplicabilidad
Identificar muertes potencialmente evitables y déficits asistenciales, aportando evidencia para mejorar la accesibilidad y continuidad de la atención sanitaria en las PSH.

Aspectos ético-legales
Datos anonimizados por tercero independiente; consentimiento informado en la fase cualitativa; estudio pendiente de aprobación por comité de bioética.

Financiación
Actualmente sin financiación.

Palabras clave
Personas sin hogar, final de la vida, sistema sanitario.

Estudio cuantitativo y cualitativo sobre el acceso al sistema de salud de las personas sin hogar (PSH)

Alargunsoro Maiztegui L[1], Hortal Carmona J[2], Muñoz Martínez B[3], Batlle i Viñas J[4], Hernández Hernández B[5], Jarabo Tevar B[6]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada
[4] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[5] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada

Objetivos
Analizar de forma integral el estado de salud de las personas sin hogar (PSH), su calidad de vida percibida, las dificultades de acceso al sistema sanitario público y las posibles mejoras organizativas orientadas a optimizar su atención.

Material y métodos
Se realizará un estudio mixto con componente cuantitativo y cualitativo. La fase cuantitativa consistirá en la aplicación anónima de la escala de calidad de vida EQ-5D adaptada. La fase cualitativa incluirá entrevistas semiestructuradas dirigidas a PSH, personal de asociaciones que trabajan con este colectivo y profesionales sanitarios.
En el estudio cuantitativo se incluirán PSH que lleven más de seis meses en situación de calle o en alojamiento temporal y que hayan tenido contacto previo con el sistema sanitario.
En el estudio cualitativo participarán PSH con experiencia de contacto con servicios sanitarios, voluntarios o trabajadores de asociaciones que las hayan acompañado a consultas o servicios de urgencias, y profesionales sanitarios con experiencia en la atención a este colectivo. Todos los participantes deberán presentar comprensión y expresión fluida en español.
En cuanto a la recogida de datos, para la fase cuantitativa se reclutarán participantes en recursos asistenciales y asociaciones de atención diurna dirigidas a PSH. El personal colaborador administrará las escalas, que posteriormente serán entregadas de forma anónima al equipo investigador. En la fase cualitativa, el reclutamiento de PSH y de personal de asociaciones se realizará a través de las propias entidades colaboradoras, mientras que los profesionales sanitarios serán contactados a través de sus instituciones. Se explicará el procedimiento del estudio, se proporcionará información detallada y se solicitará el consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas.
Se prevé la recogida de 120 cuestionarios anónimos en la fase cuantitativa. En la fase cualitativa se realizarán entrevistas a 15–20 PSH, 6 trabajadores o voluntarios de asociaciones y 20 profesionales sanitarios, considerando variables de segmentación como edad y género.
Los datos cuantitativos se analizarán mediante estadística descriptiva. El material cualitativo se examinará mediante análisis de contenido y del discurso, aplicando el método comparativo constante para la identificación de categorías y patrones emergentes.
Entre las posibles limitaciones se encuentran la autoselección de los participantes, las dificultades de comprensión de los cuestionarios en la fase cuantitativa y la posible deseabilidad social en las respuestas obtenidas en las entrevistas.

Resultados esperados y aplicabilidad
Se espera identificar el nivel de calidad de vida percibida, las principales barreras estructurales y relacionales en el acceso a la atención sanitaria y áreas de mejora en la organización de los servicios, con el fin de proponer estrategias que favorezcan una atención más accesible, equitativa y adaptada a las necesidades de las PSH.

Aspectos ético-legales
Se garantizará el consentimiento informado de todos los participantes y la anonimización de los datos recogidos. El estudio se encuentra pendiente de aprobación por el comité de bioética correspondiente.

Financiación
Actualmente sin financiación.

Palabras clave
Personas sin hogar, sistema de salud, barreras de acceso.

Mortalidad a los seis meses en pacientes crónicos complejos en Atención Primaria

Jiménez Arteaga C[1], González Mata A[1], Guerrero Pérez C[1], Márquez Calzada C[3], García Lozano M[4], Pascual De La Pisa B[4]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)
[3] Enfermera de MFyC. DS Sevilla
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Objetivos

Determinar la mortalidad a los seis meses en pacientes crónicos complejos atendidos en Atención Primaria e identificar los factores sociodemográficos, sociofamiliares, clínicos, funcionales, cognitivos, emocionales y de calidad de vida asociados a un mayor riesgo de mortalidad en pacientes que cumplen al menos un criterio de pluripatología.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo realizado en el ámbito de Atención Primaria, en la Unidad de Gestión Clínica de Camas (Sevilla).

Se incluyeron pacientes ≥18 años adscritos al Sistema Sanitario Público de Andalucía, identificados como pacientes crónicos complejos según el Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico, que presentaran al menos un criterio de complejidad y otorgaran consentimiento informado. Se excluyeron pacientes en situación de últimos días, embarazo o lactancia, y deterioro cognitivo severo sin tutor legal.

El muestreo fue consecutivo hasta alcanzar el tamaño muestral estimado (n≈65), considerando una tasa de pérdidas del 5%. La variable principal fue la mortalidad a los seis meses. Se recogieron variables sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, funcionales, cognitivas, emocionales, de calidad de vida y consumo de recursos sociosanitarios mediante entrevista clínica estructurada y revisión de la historia clínica electrónica (DIRAYA), utilizando escalas validadas.

El análisis estadístico incluyó análisis descriptivo, bivariante y multivariante mediante regresión logística, así como análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank. Entre las limitaciones destacan el carácter unicéntrico del estudio, el posible sesgo de selección y el tamaño muestral.

Resultados esperados y aplicabilidad

Se estimará la mortalidad a los seis meses y su asociación con variables clínicas, funcionales y sociales, identificando factores predictivos independientes de mortalidad precoz y el tiempo hasta el evento.

Como conclusión, a identificación de factores asociados a la mortalidad a seis meses en pacientes crónicos complejos atendidos en Atención Primaria permitirá mejorar la estratificación del riesgo, optimizar la planificación asistencial y orientar intervenciones integrales en una población especialmente vulnerable.

Los resultados son directamente aplicables a la práctica clínica habitual en Atención Primaria, permitiendo mejorar la estratificación del riesgo y la planificación del seguimiento de pacientes crónicos complejos con los recursos existentes.

Aspectos ético-legales

El estudio cumple la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en protección de datos y autonomía del paciente.

Financiación

El estudio no cuenta con financiación externa.

Se ha desarrollado utilizando recursos asistenciales habituales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y medios propios del equipo investigador, sin generar costes adicionales ni conflictos de interés.

Palabras clave

Múltiples condiciones crónicas; multimorbilidad; Atención Primaria de Salud; mortalidad; polifarmacia.

Validación del índice paliar como predictor de mortalidad en residentes no onco

González Mata A[1], Guerrero Pérez C[1], Jiménez Arteaga C[1], Torronteras Prados G[1], Pascual De La Pisa B[2], García Lozano M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. CS Camas. Sevilla
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Camas. CS Camas. Sevilla

Objetivos

Validar el índice PALIAR como herramienta predictora de mortalidad a los 3 y 6 meses en pacientes institucionalizados con enfermedad crónica avanzada no oncológica. Como objetivos secundarios, describir las características clínicas, funcionales y asistenciales de la cohorte, analizar la asociación entre variables clínicas y mortalidad, y evaluar la capacidad de discriminación y calibración del índice.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional longitudinal prospectivo de validación pronóstica.
Lugar de realización y marco asistencial: residencia sociosanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en coordinación con la Unidad de Gestión Clínica de Atención Comunitaria.
Criterios de selección:

- Inclusión: pacientes ≥18 años institucionalizados en residencia sociosanitaria, con enfermedad crónica avanzada no oncológica según criterios PALIAR y consentimiento informado.
- Exclusión: enfermedad neoplásica maligna activa, inclusión en lista activa de trasplante, previsión de depuración extrarrenal crónica, situación de últimos días (48–72 h) o ausencia de consentimiento.

Número de sujetos necesarios: para el cálculo muestral partimos de los resultados obtenidos en la validación del índice PALIAR AP, donde la mortalidad a los 6 meses fue del 12,8%. Por ello, una muestra aleatoria de 530 individuos es suficiente para estimar, con un nivel de confianza del 95%, una precisión de +/-3 unidades porcentuales y un 15% de posibles pérdidas de seguimiento. Se ha utilizado la aproximación de POISSON.
Muestreo: muestreo consecutivo no probabilístico.
Intervenciones: no procede. Estudio observacional sin modificación de la práctica clínica habitual.
Mediciones:
En la valoración basal se realizó revisión de historia clínica electrónica (Diraya), registros residenciales y entrevista estructurada cuando fue necesario. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidad, gravedad, analíticas, farmacológicas, asistenciales y valoración geriátrica integral mediante escalas validadas (Barthel, Pfeiffer/MEC, Mini-Yesavage, MNA, EAT-10). Se calcularon índices pronósticos (Charlson, ECOG, PPS, PPI, criterios NHO e índice PALIAR).
Seguimiento a 3 y 6 meses registrando situación vital y fecha de fallecimiento.
Variables: mortalidad por cualquier causa a los 3 y 6 meses (variable principal). Variables independientes: sociodemográficas, clínicas, funcionales, cognitivas, analíticas, farmacológicas, asistenciales y pronósticas.
Análisis estadístico propuesto: estadística descriptiva. Análisis bivariante según naturaleza de variables (χ^2/Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney). Análisis de supervivencia mediante Kaplan–Meier. Validación del índice PALIAR mediante discriminación (AUC-ROC) y calibración. Nivel de significación $p<0,05$. Software: iBM SPSS Statistics.
Limitaciones: diseño unicéntrico, tamaño muestral limitado y dependencia de la calidad del registro clínico.

Resultados esperados y aplicabilidad

Se espera determinar la capacidad predictiva del índice PALIAR en población institucionalizada. Los resultados podrían mejorar la estratificación pronóstica, facilitar la planificación anticipada de cuidados, optimizar la adecuación terapéutica y contribuir al uso racional de recursos en pacientes crónicos avanzados no oncológicos en ámbito residencial.

Aspectos ético-legales

Estudio de riesgo mínimo. Se garantizarán confidencialidad, anonimización y tratamiento de datos conforme a normativa vigente. Se solicitará consentimiento informado. El proyecto será evaluado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente.

Financiación

El estudio no cuenta con financiación externa y se desarrollará con recursos asistenciales habituales y medios propios del equipo investigador.

Palabras clave
Mortality, Institutionalized patients, Prognostic index, Advanced chronic disease, Polypharmacy
Mortalidad, Pacientes institucionalizados, Índice pronóstico, Enfermedad crónica avanzada, Polifarmacia

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:

OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

SAMFyC Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Reducción de las desigualdades en salud y experiencia situada de las mujeres en la atención sanitaria

González Ramos A[1], Benazizi Dahbi I[1], López Ruiz M[2]

[1] Instituto de Estudios Sociales Avanzados. CSIC. Córdoba,
[2] Gerencia Provincial del Servicio Andaluz de Salud. Córdoba

Objetivos

El proyecto de investigación se desarrolla dentro de la línea de reducción de las desigualdades en salud, con un enfoque de género interseccional y ecosocial, que atiende a la experiencia situada de las mujeres en el ámbito de la atención sanitaria. Dicho paradigma ha sido desarrollado en una reciente publicación en la revista Social Science https://doi.org/10.3390/socsci14110636. Los enfoques ecosocial e interseccional permite situar los procesos biológicos en su contexto social, atendiendo a cómo las condiciones estructurales y relacionales se incorporan biológicamente y generan desigualdades en salud desde la experiencia de las mujeres.

Objetivos:

1. Identificar y cuantificar la traslación de las evidencias médicas y diagnósticas, relativas a la dimensión sexo/género, a las guías de salud en el área de la atención familiar y comunitaria.
2. Explorar lagunas y desviaciones debidas a la ausencia de atención a las desigualdades en salud, desde un enfoque interseccional y ecosocial de la noción de salud experimentada por la población atendida (diferenciando hombres y mujeres).
3. Establecer estrategias para incorporar y para alimentar la concienciación de la población en general y de los profesionales a las dimensiones de género interseccional y ecosocial, estableciendo instrumentos de intervención diferenciados.

Material y métodos

Estudio multicéntrico de metodología mixta que se compone de 3 fases:

1. El objetivo 1 se ha llevado a cabo mediante el scraping de Palabras claves de las guías de salud alojadas en la plataforma internacional G_I_N. El análisis de las Palabras claves se ha acompañado de un conjunto de variables que describen cada guía.
2. El objetivo 2 está en fase de elaboración, aún está decidiéndose si se abordará de manera cualitativa y cuantitativa para abordar los conceptos de salud y enfermedad, atención recibida, etc. desde la experiencia de las personas entrevistadas. Serán elegidas por muestreo intencional o representativo (según el caso) de manera ajustada a nuestro marco interseccional.
3. Se realizarán recomendaciones a partir de los resultados hallados elaborándolos en distintos formatos según la población diana.

Resultados esperados y aplicabilidad

Los resultados del objetivo 1 está elaborados, generando evidencias de las desviaciones en las guías de práctica clínica sobre la salud de las mujeres y de los hombres, careciendo de suficiente información en aquellas dolencias no consideradas más prevalentes en la población femenina. Las guías de orientación comunitaria y/o social contienen más evidencias. El resto de objetivos no están desarrollados en el campo. Esperamos descubrir diferencias entre las experiencias situadas de hombres y mujeres y, respecto en mayor medida conforme las vulnerabilidades se acumulan en las personas por su interseccionalidad.

Aspectos ético-legales

Sobre el objetivo 1 no aplica pues se analiza datos abiertos sin referencia a personas. En el objetivo 2 se aplican pero es una investigación en elaboración. Se prevé realizarla antes de su realización y cuando se materialice el diseño.

Financiación

No aplica de momento.

Palabras clave

Gender perspective, gender studies, health inequities

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

EXPERIENCIAS: MÉDICO RESIDENTE

Torremolinos

Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

SAMFyC Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Crónica de un codo que no mejora

Galindo Carrasco J[1], Gil Mellado M[2], Rojas Saborido L[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, Traumatología y Oncología.

Motivos de consulta
Traumatismo codo derecho. Dolor irradiado. Tumoración.

Historia clínica
Antecedentes personales: nAMC, HTA, DM y dislipemia.
Paciente mujer de 64 años que refiere traumatismo en codo derecho, tras el cual inicia cuadro de parestesias y dolor persistente, refractario a tratamiento analgésico. Se solicita radiografía simple, en la que no se evidencian lesiones sugestivas de patología ósea aguda.
Ante la persistencia de la clínica, se deriva al servicio de Traumatología, donde se realizan electromiografía y ecografía, estableciéndose el diagnóstico de neuritis postraumática del nervio cubital derecho con neuropatía sensitivo-motora axonal severa.
Tras múltiples consultas de seguimiento para control del dolor, la paciente acude nuevamente por aparición de tumoración a nivel de la muñeca. Se decide nueva derivación preferente a Traumatología, solicitándose en consulta resonancia magnética y biopsia con aguja gruesa. El estudio anatomopatológico concluye el diagnóstico de neoplasia mesenquimal maligna de alto grado, con extensa necrosis, compatible con sarcoma maligno de la vaina nerviosa periférica

Enfoque individual
Se realizó un abordaje biopsicosocial considerando comorbilidades (HTA, DM y dislipemia) y el impacto funcional y emocional del dolor crónico. La persistencia de síntomas pese a pruebas iniciales obligó a la reevaluación clínica continua.

Enfoque familiar y comunitario
Se exploró red de apoyo y capacidad de afrontamiento ante la incertidumbre diagnóstica y se facilitó el acompañamiento longitudinal y coordinación con segundo nivel asistencial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: dolor neuropático persistente inicialmente atribuido a neuritis postraumática del nervio cubital,con posterior aparición de signos de alarma.
Diagnóstico diferencial: dolor neuropatía compresiva, síndrome doloroso regional complejo, lesión ocupante de espacio y complicación metabólica asociada a DM.
Identificación de problemas: dolor neuropático refractario, retraso diagnóstico potencial, impacto psicológico ante sospecha oncológica.

Tratamiento, planes de actuación
Manejo analgésico escalonado, derivación preferente ante nueva tumoración y coordinación multidisciplinar tras diagnóstico de sarcoma, amputación miembro afectado y seguimiento estrecho en Atención Primaria para control sintomático y apoyo emocional.

Evolución
Sospecha de neuropatía post-traumática, confirmación histológica de neoplasia mesenquimal maligna de alto grado, inicio de estudio de extensión y planificación terapéutica hospitalaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La longitunalidad permitió detectar signos de alarma y agilizar derivación, evidenciando el papel clave de Atención Primaria en procesos oncológicos infrecuentes.

Palabras clave
Atención Primaria; dolor neuropático; sarcoma; longitunalidad; diagnóstico precoz.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

EXPERIENCIAS DOCENTES: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

Paciente frágil polimedicado: estatinas sí o no

Centeno Hita I[1], Navarro Rivero P[2], Martínez de la Ossa Sáenz-López R[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EBAP Moraleda de Zafayona. UCG Huétor Tájar. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EBAP Salar, UGC Huétor Tájar. Granada
[3] Pediatra EBAP. UGC Huétor Tájar. Granada

Objetivos de la experiencia

Describir una experiencia orientada a capacitar a médicos de familia en la deprescripción de estatinas en pacientes mayores frágiles polimedicados, basada en la evidencia disponible y algoritmos específicos, partiendo de las limitaciones de las guías clásicas en este contexto clínico.

Descripción de la experiencia

La experiencia consiste en un taller formativo para dar herramientas respecto a la deprescripción de estatinas. Surge de la necesidad de optimizar la toma de estatinas en un perfil de paciente muy concreto y muy frecuente en nuestra consulta (mayor, frágil, polimedicado), ya que cada vez hay más estudios observacionales que muestran aumento progresivo de deprescripción sin aumento de eventos cardiovasculares tras la retirada.

Está diseñado a partir de la revisión de la literatura científica más actualizada que evidencia la escasez de recomendaciones claras para la retirada de estatinas en pacientes frágiles. Como herramienta fundamental se ha utilizado los algoritmos de "deprescribing.org" además de revisión de guías internacionales.

El taller busca optimizar la toma de decisiones de forma individualizada, teniendo en cuenta el perfil del paciente: prevención primaria vs secundaria, comorbilidad, fragilidad y expectativa de vida.

El taller se complementa con una encuesta anónima al mes para evaluar la efectividad, cambios en la práctica clínica y seguridad percibida del proceso de deprescripción, y el análisis de datos objetivos en deprescripción de estatinas en este perfil de pacientes. Se plantea realizar otro cuestionario a los tres y seis meses futuros.

Conclusiones

Se trata de una experiencia con enfoque práctico, basada en la evidencia disponible más actualizada y centrada en herramientas para mejorar la competencia y la seguridad de los médicos de familia respecto a la deprescripción de estatinas.

Aplicabilidad

La experiencia es reproducible en cualquier equipo y unidad docente de Atención Primaria, integrable en programas de formación continuada y alineada con estrategias de uso racional del medicamento.

Palabras clave
Estatinas; fragilidad; polifarmacia

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

EXPERIENCIAS DOCENTES: MÉDICO RESIDENTE

Torremolinos Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026 SAMFyC

Un nuevo papel de los comités de ética asistencial: la transmisión de valores en la práctica clínica a los profesionales en formación

Díaz García R[1], Gallardo García I[2], Expósito Martínez C[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Objetivos de la experiencia

Los estudiantes de Ciencias de la Salud tienen en sus planes formativos conocimientos básicos en Bioética pero cuando llegan a ejercer carecen de destrezas necesarias para resolución de conflictos éticos en la relación clínica.

El Comité de Ética Asistencial (CEA) supone una magnífica puerta de entrada a la adquisición de competencias en bioética clínica aportando elementos de juicio y reflexión para comprender los conflictos éticos que se producen en el contexto sanitario y social.

Pretendemos mejorar conocimientos en bioética y que adquieran destrezas necesarias para la detección y resolución de conflictos éticos en la relación clínica.

Queremos transmitir que los valores éticos son los elementos en torno a los cuales giran las decisiones clínicas.

Descripción de la experiencia

Desde 2023 en nuestro CEA ofrecemos a los profesionales en formación de los centros de referencia una rotación.

La rotación es voluntaria, dura 6 meses, con asistencia a las sesiones ordinarias y extraordinarias.

En cada periodo se ofertan 4 plazas. Durante su rotación cuentan con la tutorización de un vocal.

Se incorporan como miembros con derecho a voz participando en consultas de casos y resto de actividades.

Han rotado con nosotros 19 residentes, 12 MIR (médicos internos residentes) de Medicina Familiar y Comunitaria (FYC) y 4 Enfermeros residentes de FYC.

Conclusiones

Nuestros residentes están muy sensibilizados e interesados en mejorar su competencia en Bioética.

Está muy bien valorada (4.75/5) destacando el aprendizaje del método deliberativo y la formación interna.

La rotación por un CEA mejora las competencias en materia de Bioética desde la práctica con casos reales y toda la complejidad que suponen.

Como todas las experiencias docentes supone un estímulo para los tutores.

Aplicabilidad

Supone un complemento a la formación ofertada en las Unidades Docentes que se puede llevar a cabo en cualquier CEA.

Palabras clave
Bioética. Valores. Residentes. Formación.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

INTERVENCIONES COMUNITARIAS: MÉDICO RESIDENTE

Málaga 2026

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

Intervención comunitaria: VI jornadas de salud comunitaria del Albayzín

Carbajo Vázquez E[1], Hernández Hernández B[1], De Amo García P[1], Fansa Fernández F[2], Fernández Sayago Y[3], Garrote Sotelo H[6]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Beas de Granada. Granada
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Monachil. Granada
[6] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Cruz de Tenerife.

Identificador de problemas

Las Jornadas de Salud Comunitaria del Albayzín constituyen un proceso de acción comunitaria participativa fundamentado en el enfoque biopsicosocial y salutogénico. Tras el periodo de interrupción de la vida comunitaria provocado por la pandemia de COVID-19, se detectó una disminución significativa de la actividad comunitaria en el barrio, así como un debilitamiento de las redes entre entidades sociales, educativas, culturales y vecinales. Asimismo, se identificó la necesidad de reforzar una concepción de la salud desde una perspectiva positiva y colectiva. Las VI Jornadas representan la segunda edición de un modelo de intervención con una perspectiva intersectorial y participativa diferente a las realizadas anteriormente.

Recogida de información

La fase inicial consistió en un estudio del entorno mediante un mapeo de activos en salud elaborado por el equipo de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del centro. Este proceso permitió identificar recursos formales e informales del territorio y detectar oportunidades de colaboración. Posteriormente, se desarrollaron reuniones con asociaciones y ciudadanía, organizadas en mesas de salud, para identificar necesidades percibidas, establecer prioridades y recoger propuestas de actividades. Este proceso de co-creación facilitó la alineación entre las demandas comunitarias y las capacidades existentes en el barrio.

Medidas correctoras

La planificación y desarrollo de las Jornadas incluyó:

- La organización conjunta de actividades con las entidades del barrio.
- La generación de espacios de participación ciudadana en el diseño y ejecución.
- La visibilización de los activos en salud existentes.
- La elaboración de un plan de difusión con participación de comercios locales del barrio.
- La producción de alianzas entre entidades generando actividades conjuntas.

Las Jornadas incluyeron intervenciones de carácter educativo, cultural, intergeneracional, deportivo y artístico; exposiciones, concursos y una jornada final con espectáculos. Fueron priorizadas aquellas actividades que surgían directamente de una necesidad de la comunidad, contando con el conocimiento y los recursos ya existentes.

Evaluación

La evaluación posterior evidenció un alto nivel de participación, una mayor visibilidad de recursos locales, incremento de interacciones intergeneracionales y refuerzo del sentido de pertenencia. La experiencia confirmó la eficacia de las intervenciones basadas en activos y la necesidad de integrar estructuralmente la acción comunitaria en los sistemas sanitarios como estrategia de promoción de salud y equidad.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES ORALES

TRABAJO FINAL DE RESIDENCIA O GRADO: MÉDICO RESIDENTE

acm andaluza de congresos médicos | congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com | #SAMFYC2026

Diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica por ecografía

Pastrana Gallego E[1], Jiménez Ortega S[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija Virgen del Valle. Écija (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Objetivo

Evaluar la capacidad diagnóstica de la ecografía de bazo para identificar la faringoamigdalitis aguda estreptocócica.
Comparar sus resultados con la prueba rápida de detección de antígeno estreptocócico en pacientes adultos con sospecha clínica.

Material/Pacientes y métodos

Diseño: estudio comparativo de pruebas diagnósticas cruzadas.
Ámbito: CS de Écija (mayo–octubre 2025).
Población:

- Mayores de 18 años con FAA con 2–3 puntos en escala Centor-McIsaac.
- Ausencia de asplenia o esplenomegalia previas.

Variables

- Independiente: test rápido estreptococo (+/–).
- Dependiente: esplenomegalia en ecografía (sí/no).

Muestra: 105 pacientes.
Pruebas realizadas (en el mismo acto): test rápido de antígeno estreptocócico. Ecografía abdominal para valorar esplenomegalia.
Variables: resultado del test (positivo/negativo). Presencia de esplenomegalia (sí/no).
Análisis estadístico:

- Descriptivo.
- Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher.
- Odds ratio (IC 95%).
- Significación: $p < 0,05$.

Resultados

Edad media: 40,3 ± 13,9 años.
Sexo: 65,7% mujeres.
Test estreptococo positivo: 18,1%.
Esplenomegalia: 55,2%.
Asociación significativa:

- Mayor ausencia de esplenomegalia en test positivo.
- $\chi^2 = 11,02$; $p \approx 0,0009$.
- Fisher $p < 0,01$.

Magnitud del efecto: OR = 6,33 (IC 95%: 1,93–20,7).

Conclusiones

1. Existe una asociación estadísticamente significativa entre test de estreptococo positivo y ausencia de esplenomegalia.
2. La magnitud del efecto es clínicamente relevante. Los pacientes con test positivo tienen más de 6 veces más probabilidad de no presentar esplenomegalia.
3. La ecografía abdominal podría ser una herramienta complementaria útil en el diagnóstico etiológico de la faringoamigdalitis en ausencia de test de detección rápida de antígeno estreptococo.
4. Puede ayudar a optimizar la prescripción antibiótica en Atención Primaria.
5. Como limitación, el número de positivos con esplenomegalia fue pequeño, por lo que recomendamos ampliar la muestra en futuros estudios.

Palabras clave
Ecografía. Tonsilitis. Infección por Estreptococo Grupo A. Antibacterianos. Adultos.

Estudio ALYUES: evaluación del control anticoagulante con acenocumarol en Atención Primaria

Beriguete Gómez E[1], Tomas García Y[2], Rosales Fernández A[2], Ramos Ruiz J[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares A Virgen de Linarejos. Jaén
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)
[3] Técnico Salud UDMAFyC

Objetivo

Describir los factores clínicos, sociodemográficos y de comorbilidad asociados a mal control anticoagulante (tiempo en rango terapéutico, TTR <65%) en pacientes tratados con acenocumarol en Atención Primaria. Estimar la proporción de mal control, analizar su relación con complicaciones clínicas mayores y evaluar la capacidad predictiva del score SAMe-TT_2R_2 para identificar pacientes con riesgo de mal control.

Material/Pacientes y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en Atención Primaria del Área de Gestión Sanitaria Jaén Norte. Se incluirán pacientes ≥18 años con fibrilación auricular no valvular o enfermedad tromboembólica venosa en tratamiento estable con acenocumarol ≥12 meses. Se excluirán portadores de válvulas mecánicas, estenosis mitral moderada-grave, síndrome antifosfolípido de alto riesgo, anticoagulación intermitente o datos incompletos. Tamaño muestral estimado: 1.000 pacientes. Muestreo consecutivo mediante revisión de historia clínica electrónica. Variables: TTR (principal), tiempo fuera de rango, complicaciones mayores (hemorragia, ictus, AIT, TVP/TEP, mortalidad), factores clínicos, comorbilidades, tratamientos concomitantes y escalas CHA_2DS_2-VASc, HAS-BLED y SAMe-TT_2R_2. Análisis: descriptivo, bivariante, regresión logística multivariante, supervivencia (Kaplan-Meier/Cox) y curva ROC. Significación p<0,05. Limitaciones: diseño retrospectivo, incompletitud de registros y posibles factores de confusión no medidos.

Resultados

Se espera identificar perfiles de riesgo de mal control anticoagulante y mejorar la estratificación clínica. Los resultados facilitarán decisiones terapéuticas individualizadas, incluida la posible transición a anticoagulantes orales de acción directa, mejorando seguridad, calidad asistencial y eficiencia sanitaria.

Conclusiones

El estudio ALYUES permitirá conocer la magnitud real del mal control anticoagulante con acenocumarol en Atención Primaria e identificar los factores clínicos y de comorbilidad asociados. La utilización del TTR como indicador de calidad y la evaluación del score SAMe-TT_2R_2 pueden facilitar la detección precoz de pacientes con alto riesgo de control inadecuado. En conjunto, el estudio pretende mejorar la seguridad del tratamiento anticoagulante, reducir complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas, y aumentar la calidad asistencial en Atención Primaria.

Palabras clave
Fibrilación Auricular; Acenocumarol; Anticoagulantes; ÍNR; Atención Primaria de Salud.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTER

CASOS CLÍNICOS:

MÉDICO DE FAMILIA / ATENCIÓN PRIMARIA

Torremolinos Málaga 2026

¿Adenopatía o algo más? El papel de la ecografía clínica en atención primaria

Pérez Expósito E[1], Masegosa Sáez L[2], Samper Zapata J[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Almería. CS Plaza de Toros. Almería
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Almería. CS San Isidro. San Isidro de Níjar. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Tumoración laterocervical izquierda de 6 días de evolución.

Historia clínica
Varón de 36 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Consulta por aumento de partes blandas laterocervical izquierdo tras cuadro catarral. Refiere halitosis ocasional. No presenta fiebre, disfagia ni dolor.
Exploración: masa de 3,5 cm en nivel II-III cervical izquierdo, indurada, bien delimitada, indolora y sin signos inflamatorios. Orofaringe con leve hiperemia y caries dentales.

Enfoque individual
El paciente presenta preocupación ante la persistencia de la masa pese al uso de antiinflamatorios. Destaca la incertidumbre por su conocimiento del medio sanitario.

Enfoque familiar y comunitario
El paciente es Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) y convive con su pareja. A pesar de su contacto diario con múltiples especialistas en su entorno laboral, el paciente decide acudir a su médica de familia por la relación de confianza y longitudinalidad, buscando una visión integral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: adenopatía reactiva/infecciosa, linfoma, quiste tirogloso o metástasis de tumor primario de cabeza y cuello.

Tratamiento, planes de actuación
- Se realiza ecografía clínica en el CS por su médica de familia, objetivando estructura de 35x18 mm, avascular (Doppler negativo) con ecogenicidad mixta sugerente de quiste.
- Se solicita analítica con serologías (normales).
- Se realiza derivación a Cirugía Maxilofacial.

Evolución
Cirugía Maxilofacial solicita un TAC cervical en el que se objetiva un quiste de la 2º hendidura branquial izquierda.
Actualmente estable. Pendiente de decisión terapéutica definitiva por parte de Cirugía Maxilofacial.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
1. El quiste de hendidura branquial es una patología congénita que suele debutar tras infecciones respiratorias en el adulto joven.
2. Este caso subraya la importancia de la ecografía clínica como herramienta de alta resolución en AP, que permite orientar el diagnóstico de forma inmediata y disminuir la ansiedad del paciente.
3. Reivindica el papel del médico de familia como referente, incluso para otros profesionales sanitarios, gracias a la accesibilidad y el enfoque humano.

Palabras clave
Ecografía; Atención Primaria; Longitudinalidad.

A propósito de un caso: diagnóstico de parasitosis intestinal en un paciente asintomático

Suárez Sánchez R[1], Valle Martín F[2], Silva Domínguez M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla
[3] MIR R4 de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente varón de 66 años que acude a su médico de familia para realizarse su control analítico semestral.

Enfoque individual

Antecedentes personales: fRCV (Dislipemia en tratamiento con simvastatina; prediabetes); Enucleación láser de próstata por HBP con necesidad de uretroplastia posterior por estenosis uretral. Sin otros AP de interés.
Exploración física: sin hallazgos relevantes. Normopeso, TA 120/75, FC 80 lpm.
Analítica:

- Hemograma: leucocitos 5.410, Hb 14.9 g/dl, plaquetas 210.000, eosinófilos 440 (eosinofilia relativa 8.1%, siendo el LSN 5.5%).
- Bioquímica. Glucosa 84 mg/dl, FG 94 ml/min, colesterol 155, TGC 58, perfil hepático en rango, iones en rango. Hormonas tiroideas en rango. HbA1c 6%.
- Metabolismo de hierro normal; B12 y Fólico normales.
- PSA 0.17.
- Orina: sin alteraciones. Microalbuminuria negativa.

Solicitamos estudio de parásitos en heces por eosinofilia relativa: Se observan quistes de *Giardia Lamblia.*

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Diagnóstico diferencial de eosinofilia:

- Recuperación post-infección o tras episodios de neutropenia.
- Alergia o atopia.

Juicio clínico: infestación intestinal por *Giardia lamblia.*

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento con metronidazol 500 mg/12 h durante 7 días, y se incide en las medidas higiénicas.

Evolución

El paciente no presentó ninguna sintomatología asociada a parasitosis intestinal (diarrea aguda o crónica, dolor abdominal, prurito anal o dolor abdominal, entre otros). En la última analítica tras el tratamiento se corrigió la eosinofilia relativa. No fue necesario el control posterior para confirmar la erradicación, ya que el paciente era asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso pone de manifiesto la necesidad de plantear el diagnóstico de parasitosis intestinal ante el hallazgo de eosinofilia (incluso relativa), sin causa aparente. La eosinofilia es más frecuente en infestación por helmintos que debemos plantearnos como posibilidad ante pacientes que viajan a zonas endémicas, entre otras posibilidades, si bien, aunque es menos frecuente también puede elevarse por otros parásitos como *Giardia*. En cuanto al tratamiento de contactos del paciente con *Giardia*, a diferencia de la oxiuriasis, se restringe a contactos inmunodeprimidos y deberá individualizarse en otros supuestos.

Palabras clave
Eosinofilia; parasitosis intestinal; *Giardia Lamblia*

Acerca un caso de anafilaxia

Segura Quirante A[1], Bonilla Bermejo J[2], Ballesteros Ortiz M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Cúllar. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cúllar. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Anafilaxia tras picadura de avispa, síncopes en situaciones de estrés.

Historia clínica
Varón de 38 años, nos avisa mujer para valoración en domicilio por presentar cuadro de mareo, sudoración fría, sensación falta de aire con pérdida de conocimiento de segundos tras picadura de avispa 15 minutos antes. Paciente conocido por nosotros en consulta además por presentar episodios de síncopes vasovagales ante extracciones sanguíneas.

Enfoque individual
Jubilado por accidente laboral en la construcción, sigue revisiones por linfoma B del área marginal, en remisión y litiasis calicial y piélica inferior.
Exploración física: regular estado general, sudoroso y pálido en cara, eritema generalizado en cuerpo, saturación 98%, tensión arterial 100/60 mmHg, con auscultación cardiopulmonar normal destacando edema de úvula con leve obstrucción de vía aérea, que va en aumento tratándose con 0.5 mg adrenalina intramuscular, corticoides y dexclorfeniramina intravenosos.
Se traslada a urgencias y se realiza teleconsulta a alergología que realiza pruebas cutáneas con veneno de avispa vespula positivo (1 mcg/ml) y polistes (0.1 mcg/ml) y presentando en analítica triptasa (masa) * 16,8 µg/L (valores normales 0,0 - 10,0). Mutación D816V en gen KIT positiva.

Enfoque familiar y comunitario
Familia nuclear con un hijo de 16 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Mastocitosis sistémica indolente sin lesiones cutáneas.
En el *diagnóstico diferencial* se deben valorar otras entidades como síndrome de activación de mastocitos, urticaria crónicas, otras alergias, hemopatías como histiocitosis y síndromes linfoproliferativos.
Para el diagnóstico es preciso realizar pruebas invasoras y valoración multidisciplinar (dermatología, hematología, reumatología) teniéndose que desplazar el paciente a unidad especializada en Toledo, suponiendo desplazamientos y ausencias familiares.

Tratamiento, planes de actuación
Prevenir la activación de mastocitos y minimizar los síntomas cuando aparecen con cetirizina o loratadina, cromoglicato sódico si síntomas gastrointestinales e inmunoterapia para picaduras.

Evolución
En seguimiento por diferentes especialidades.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La mastocitosis sistémica consiste en un grupo de trastornos que presentan una acumulación excesiva de mastocitos en los tejidos y médula. Los pacientes pueden presentar diversos síntomas episódicos, como sofocos, dispepsia o diarrea, o pueden experimentar anafilaxia recurrente o dolor óseo persistente, síntomas neuropsiquiátricos y fatiga.
El médico de familia debe conocer los posibles desencadenantes para poder realizar un abordaje de los síntomas agudos, además de indicar actividades preventivas al paciente.

Palabras clave
Mastocitosis, anafilaxia, triptasa

Extrasistolia ventricular en bigeminismo tras neumonía bilateral por SARS-CoV-2 con resolución mediante tratamiento prolongado y seguimiento en Atención Primaria

Villalba Alcalá F[1], Díaz Robledo J[1], Gálvez Guerrero F[1]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria, con coordinación y seguimiento compartido con cardiología hospitalaria.

Motivos de consulta
Palpitaciones persistentes y sensación de latido irregular, con disminución de la tolerancia al esfuerzo respecto a su situación basal previa.

Historia clínica
Varón de 54 años, deportista habitual, sin antecedentes personales de interés ni cardiopatía conocida, que presenta en diciembre de 2021 neumonía bilateral por SARS-CoV-2, requiriendo seguimiento clínico estrecho tras el episodio agudo. Semanas después del alta comienza con palpitaciones persistentes, percepción de latido irregular, disminución de la tolerancia al esfuerzo respecto a su situación basal previa y sensación de limitación funcional durante la actividad física habitual, sin síncope ni dolor torácico, lo que motiva consultas en Atención Primaria por taquicardia.

Enfoque individual
Se realiza valoración clínica integral, teniendo en cuenta el cambio funcional respecto a su estado previo, el impacto en la actividad física habitual y la preocupación del paciente ante la persistencia de los síntomas tras la infección por SARS-CoV-2.

Enfoque familiar y comunitario
Se ofrece información clara y tranquilizadora al paciente y su entorno sobre el posible curso evolutivo del síndrome postcovid, reforzando la adherencia al seguimiento y evitando restricciones innecesarias de la actividad física.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
El electrocardiograma realizado en consulta de Atención Primaria muestra ritmo sinusal con extrasistolia ventricular muy repetida y frecuente en patrón de bigeminismo, sin alteraciones de la repolarización presentando un Holter con 1371 EV en 7 horas (cardiólogo). Analítica básica con ionograma, función renal y función tiroidea normales. Se plantea extrasistolia ventricular en contexto de síndrome postcovid.
Diagnóstico diferencial: miocarditis postinfecciosa, cardiopatía isquémica silente, arritmia secundaria a alteraciones metabólicas y descondicionamiento físico postinfeccioso.

Tratamiento, planes de actuación
Desde Atención Primaria se realiza derivación razonada a cardiología. Tras valoración especializada se inicia tratamiento con betabloqueantes, estableciendo seguimiento compartido y control clínico periódico desde Atención Primaria.

Evolución
El tratamiento con betabloqueantes se mantiene durante dos años, observándose mejoría clínica progresiva, desaparición total de las palpitaciones/extrasístoles y recuperación completa de la capacidad funcional previa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Las manifestaciones cardiovasculares del síndrome postcovid pueden aparecer incluso en pacientes previamente sanos y deportistas. El electrocardiograma en consulta y el seguimiento longitudinal permiten un manejo prudente y resolutivo desde Atención Primaria, optimizando derivaciones y tratamientos eficaces.

Palabras clave
Covid-19; extrasístole ventricular; síndrome postcovid

A propósito de un caso: hepatitis tóxica e ISRS

Suárez Sánchez R[1], Valle Martín F[2], Domínguez Bejarano L[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas, Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Paciente varón de 54 años que consulta por astenia, ictericia y coluria.

Historia clínica
Paciente que comienza con astenia intensa, coluria, ictericia y prurito en junio. Se constata una elevación de transaminasas de perfil hepatocelular, sin elevación de RFA. La analítica previa no presentaba alteración del perfil hepático y tiene un Fibroscan de junio sin datos de esteatosis ni fibrosis. Niega tatuajes, uso de anabolizantes ni prácticas sexuales de riesgo. Como dato reseñable, comienza sertralina en mayo por sintomatología depresiva.

Enfoque individual
Antecedentes personales:
- Bebedor esporádico.
- Sin FRCV.
- Sd ansioso-depresivo.

Exploración física:
Talla 180 cm. Peso 83 kg. Ictericia mucocutánea. Mínimas lesiones por rascado. ACP: rítmico sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. RHA conservados sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo, Blumberg negativo. No ascitis.
Analítica:
- Analítica: leucocitos 7370, Hb 14,7, plaquetas 307.000; Cr 1,17, colesterol 351 (HDL 48, LDL 257), triglicéridos 231, BT/BD 3,54/1,94, GGT 855, AST 327, ALT 707, FA 307. Proteinograma normal. HbA1c 5,7%. Ferritina 2959, IST 60,3 %, aFP < 2,0
- Autoinmunidad negativa.
- Serología de Hepatitis (A, B y C) negativas; IgG VEB +, IgG CMV +, Ac VHS 1, 2 neg, VIH negativo.

Ecografía: hepatopatía inespecífica, de carácter leve sin hipertensión portal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial:
- Hepatitis Viral (A, B, C, D, E, CMV, VEB).
- Alcohol.
- Fármacos.
- MASLD.
- Neoplasia.
- Autoinmune.
- Infiltrativas.

Juicio clínico: hepatitis tóxica por sertralina.

Tratamiento, planes de actuación
Se retiró sertralina, tratamiento de soporte (colestiramina, antihistamínicos).

Evolución
La astenia continuó durante 2 meses. Actualmente ha normalizado transaminasas a excepción de una discreta elevación de GGT.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La patología ansioso-depresiva es cada vez más prevalente en la sociedad y un porcentaje importante de pacientes toman ISRS, siendo sertralina uno de los más usados y seguros de este grupo. Los médicos de familia son los facultativos que encabezan la prescripción de fármacos, es por ello fundamental tener muy en cuenta sus posibles efectos adversos en consulta. Asimismo, debemos enfatizar en la importancia de deprescribir aquellos fármacos que son prescindibles para evitar la posibilidad de reacciones adversas, interacciones y facilitar la adherencia.

Palabras clave
ISRS, hepatitis

Doctor la espalda me cambia de color

Almazán Quesada A[1], Vázquez González A[2], Almazán Gallardo A[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcalá del Río. Alcalá del Río (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcalá del Río/H. U. Virgen Macarena. Sevilla
[3] Enfermero de MFyC. ZBS Alcalá de Rio. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 70 años sin antecedentes médicos personales o familiares de relevancia, consulta por "manchas en piel de espalda".

Historia clínica
Paciente presenta lesión eritematoviolacea numular en espalda. además, presenta otras lesiones ya evolucionadas, con hiperpigmentación postinflamatoria. Las manchas son duras, engrosadas y de coloración cambiante. De aspecto ovaladas o redondeadas, solo presentes en tronco sin manifestación en abdomen o en extremidades.

Enfoque individual
Sin sintomatología asociada solo estética.

Enfoque familiar y comunitario
A pesar de los cambios en coloración de la piel el paciente y familia no se encuentran preocupados por este cuadro.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Se realiza consulta con dermatología con Diagnostico de Presunción de Morfea en placas. Al presentar características similares con la Esclerodermia Sistémica, es obligado el diagnostico diferencial con dicha patología.
Desde dermatología se enfoca como erupción fija medicamentosa vs Dermatosis a Filiar planificando biopsia con Punch 4 mm confirmándose el diagnostico de "esclerosis dérmica compatible con morfea".

Tratamiento, planes de actuación
El tratamiento incluye corticoides tópicos potentes, fototerapia y metotrexato e inmunosupresores en casos más severos.
En el caso actual mejoró con corticoides tópicos, aunque persistieron algunos cambios de coloración en la piel.

Evolución
La Morfea, salvo en las formas más profundas, es una entidad benigna que tiende a desaparecer en 3-6 años, aunque pueden aparecer nuevas lesiones en otras zonas de la piel incluyendo extremidades. Las formas benignas o poco profundas afectan a capas superficiales de la piel.
Las formas profundas (afecta a todas las capas de la piel, pudiendo afectar a tejido celular subcutáneo en incluso fascia muscular) puede ser persistente dejando secuelas estéticas o funcionales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La Morfea en placas es la forma más común de esclerodermia localizada, es una enfermedad del tejido conectivo, con engrosamiento cutáneo, en los casos superficiales, y afectación de tejido subyacente en los casos profundos.
Aunque su fisiopatología no está clara parece tener una base inmunológica.
El diagnóstico es sospecha clínica o dermatoscópica y confirmación con biopsia cutánea. Ante la sospecha de estar ante un caso de Morfea deberemos consultar con Dermatología para planificar biopsia.
A pesar de ser un cuadro autolimitado puede tratarse con corticoides tópicos y orales, fototerapia y metrotrexato a dosis bajas con buenos resultados de este último.

Palabras clave
Morfea, discromía, esclerodermia.

La importancia de la visión global del médico de familia en el diagnóstico

Pérez Cervantes R[1], Marfil Rodríguez M[2], Salas Casanueva C[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. Almería
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Ciudad Jardín. Almería
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Abla. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria. Atención especializada.

Motivos de consulta
Dolor lumbar y pélvico de 6 meses de evolución con varias consultas previas en diversos servicios (urgencias y traumatología, públicos y privados).

Historia clínica
Paciente varón de 43 años de edad con episodios de dolor lumbar y pelvis autolimitados de 6 meses de evolución que acudió a urgencias hospitalarias en 2 ocasiones y a traumatólogo de servicio privado en 3 ocasiones, sin diagnostico etiológico y prescripción de diversos analgésicos y antiinflamatorios sin mejoría. Acudió a su médico de familia que tras realizar exploración física completa y ante la potencial gravedad del caso decide derivación a urgencias hospitalarias, dónde se diagnostica enfermedad grave que precisa ingreso hospitalario y tratamiento urgente.

Enfoque individual
Antecedentes personales: no enfermedades conocidas. No alergias conocidas.
Anamnesis: refiere episodios de dolor lumbar y pelvis, erráticos, cambiantes, sin irradiación de 3-4 días de evolución, autolimitados, acompañados de sensación de "paralización de piernas" desde hace 6 meses. También dolor en ambos brazos mecánicos, deposiciones diarreicas con dolor abdominal desde hace un año, cefaleas recurrentes, sensación de mareos con pérdidas de conocimiento y caídas y, en las últimas semanas, sensación de disnea con los esfuerzos.
Exploración física: eupneico en reposo, normohidratado, ictericia de piel y mucosas. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen doloroso a palpación generalizada, hepatomegalia. Hematomas periumbilicales. Tensión arterial normal. Febril. Saturación de 0_2 93%.
Pruebas complementarias: analítica; hemoglobina 5 g/dl, hematocrito 15.4%, VCM 116.3. Leucocitos 50.740 (Neutrófilos 3.25%). Plaquetas 15.300. PCR 12.7 mg/dl. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario
Información a paciente y familiares. Se ofrece criopreservación de fertilidad. Seguimiento por psicooncología. Estudio HLA familiar sin donante compatible.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hemopatía aguda. Leucemia aguda linfoblástica pH + (p190) preB común. Riesgo genético alto (monosomía 7). Bacteriemia por SAMS, tromboflebitis séptica superficial.

Tratamiento, planes de actuación
Soporte transfusional y sintomático. Administración de quimioterapia. Solicitud de estudios complementarios. Protocolo completo para trasplante de médula ósea.

Evolución
Favorable, ya realizado trasplante de médula ósea reciente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destacar la importancia de una anamnesis, exploración física completa y exploraciones complementarias básicas ante la aparición de unos síntomas inespecíficos y no comunes ya que el dolor lumbar es más común en hemopatías agudas en niños que en adultos.

Palabras clave
Dolor lumbar, leucemia aguda

Detección temprana oportunista de cáncer de próstata

Palacios Carroza A, Silva Domínguez M, Moreno Pérez de Tudela R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso
Cribado oportunista Ca próstata.

Motivos de consulta
Paciente varón de 67 años que acude para resultados de analítica de control de hipotiroidismo.

Historia clínica
Paciente de 67 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento sin clínica asociada en tratamiento diario con buena adherencia. En el día de la consulta acude para recoger resultados de revisión de perfil tiroideo. Dentro de los parámetros: hemograma, bioquímica básica, perfil hepático-renal y lipídico; se incluye PSA.
Destaca PSA 9.48 ng/ml. Perfil tiroideo normal.

Enfoque individual
Paciente en seguimiento para control de perfil tiroideo, al que se realiza enfoque global del paciente para prevención primaria.

Enfoque familiar y comunitario
No familiares directos de cáncer de próstata.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Alteración PSA. Diagnostico diferencial: prostatitis, HBP y Ca Próstata.

Tratamiento, planes de actuación
Se observa PSA previa de 1 años de 7.1 ng/ml. Con lo cual ha aumentado, por lo que se decide realizar el cálculo de PSA libre 1.8 ng/ml y el porcentaje 19% (al ser menor de 20%) se realiza tacto rectal, en el que se palpa una lesión indurada en próstata.
Se decide derivación preferente a Urología.

Evolución
A las 2 semanas es valorado por Urólogo. Plantea realización de RMN y toma de biopsia ecoguiada de lesión.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Importancia a realizar una valoración global del paciente a pesar de que el motivo de consulta sea de rápida resolución.

Palabras clave
PSA, prevención, global

Exploración física pilar de la capacidad resolutiva de la Atención Primaria

Vega Romero M[1], Sánchez Maestre J[1], García Macias A[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. La Carlota (Córdoba)
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. Córdoba

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Aumento de diámetro abdominal.

Historia clínica
Paciente de 32 años, nueva en cupo. Que presenta desde hace dos años, aumento de diámetro abdominal, edema facial, astenia, cansancio y parestesias, más nocturnas, en manos y pies.
Aumento de 10 kg de peso en último año.
No dolor abdominal.
Disnea de esfuerzo.
No edemas en MMII ni recorte de diuresis.
Varias consultas previas por dicho motivo, realizando analítica con parámetros normales, indicando dieta y ejercicio.

Enfoque individual
Sin *antecedentes personales* de interés, manifiesta quejas de no ser escuchada ni explorada adecuadamente, por los síntomas que presenta en consultas previas.
Nos centramos en una adecuada exploración física.
Auscultación cardiaca y pulmonar normal.
Abdomen voluminoso, obesidad limitada a abdomen sin masas ni megalias.
Exploración facial cara redondeada, plétora facial, aumento de grasa en zona de cuello.
Extremidades sin obesidad, no edemas, con sensibilidad y fuerza conservadas.
Sequedad de piel
Se solicita analítica con hipercolesterolemia leve.

Enfoque familiar y comunitario
Sin anteceden familiares de interés, acompañada por su madre, que manifiesta que los síntomas han empeorado en los últimos meses.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sospecha clínica de S. Cushing por los datos exploratorios.
Se descarta S. Cushing exógeno por no toma de corticoides. No toma ningún medicamento.
Se descarta Pseudocushing. No posibilidad de embarazo, no diabetes, no consumo de alcohol, no patología psiquiátrica
Problema identificado: no sospecha de patología de la paciente por no centrar caso en una escucha activa de la paciente y exploración física adecuada.

Tratamiento, planes de actuación
Se indica no toma de corticoides
Derivación preferente a endocrinología.

Evolución
En consulta de endocrino, ante los datos exploratorios se solicita: prueba de supresión oral con dexametasona suprime > 50%. Test desmopresina para ACTH. ACTH dependiente. RNM hipófisis Macroadenoma hipofisiario. Cateterismo senos petrosos.
Se aprecia compresión de quiasma óptico. Se realiza intervención transesfenoidal de macroadenoma. Tras intervención disminución de peso y mejoría sintomática, en seguimiento actualmente por oftalmologías, endocrino y atención primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Descartar la importancia de la anamnesis, con una escucha activa del paciente y exploración física adecuada, para el diagnóstico de patologías poca prevalencia en atención primaria, pero con datos exploratorios muy orientativos.

Palabras clave
Escucha activa, exploración física, S. Cushing

Doctor, me duele el hombro

Escassi Giménez C[1], Romero García J[2], García de la Oliva J[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso
Consulta de urgencias de CS.

Motivos de consulta
Dolor abdominal.

Historia clínica
Antecedentes personales:
- RAMC: no.
- Hábitos tóxicos: niega.
- IQ: no.
- FUR: 23/08/2025.

Enfermedad actual: mujer de 21 años que consulta por dolor abdominal que comenzó hace 24 horas mientras tenía relaciones sexuales y se ha ido intensificando sin ceder con la analgesia. Desde entonces presenta dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Mientras está en sala de espera presenta cuadro presíncopal. Niega sangrado o leucorrea. No ha presentado fiebre.

Enfoque individual
Exploración: regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Constantes: TA 95/60 mmHg FC 105 lpm $SatO_2$ 99%. ABD: blando, depresible, no se palpan masas ni megalias. Dolor difuso en hipogastrio. Muprhy, Blumberg y Rovsing negativos.
Mientras se le administra analgesia y sueroterapia comienza con dolor en ambos hombros.

Enfoque familiar y comunitario
Apoyo emocional, información clara y respeto a la autonomía de la paciente. Pone el valor el papel de la atención primaria en la detección precoz, derivación oportuna, la educación en la salud sexual y el seguimiento posterior.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Abdomen agudo a descartar causa digestiva o ginecológica.

Tratamiento, planes de actuación
Ante las características del dolor y no mejoría con la analgesia se deriva a servicio de urgencias hospitalarias de ginecología.

Evolución
En urgencias se realiza analítica en la que se objetiva descenso de 4 puntos de hemoglobina y se confirma mediante ecografía la presencia de hemoperitoneo que sobrepasa fondo uterino y se extiende más allá de pelvis menor, alcanza polo inferior renales a nivel de flancos. Tras estos resultados se realiza laparoscopia por sospecha de folículo hemorrágico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Dolor abdominal agudo de inicio súbito durante relaciones sexuales, asociado a presíncope e inestabilidad hemodinámica. La ausencia inicial de signos claros de irritación peritoneal no descartó patología grave. La evolución clínica, el descenso de hemoglobina y la ecografía confirmaron hemoperitoneo. La sospecha precoz y la derivación oportuna permitieron un diagnóstico adecuado y tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia, evitando complicaciones y garantizando una evolución favorable.

Palabras clave
Dolor abdomen agudo, hemoperitoneo, dolor referido a hombros

Una causa pro frecuente de dolor en hipocondrio derecho

Martínez Chaves V, Berchid Debdi M

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villacarrillo. Jaén

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor abdominal recurrente en hipocondrio.

Historia clínica
Mujer de 74 años con antecedentes de: diabetes tipo 2. Cardiopatía isquémica. HTA. Deterioro cognitivo leve. Medicación actual: insulina glargina, atorvastatina, bisoprolol, acido acetil salicílico, olmesatran 40 / hidroclorotiazida 25, sitagliptina /metformina.

Enfoque individual
Buen estado general. ACR: normal. Abdomen: dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy + . Extremidades inferiores sin edemas ni signos de patología circulatoria de tipo periférico.
TA: 120/60 mmHg. FR: 12 rpm. FC:68 lpm, T: 36,4 ºC, Sat. O_2: 98%.
Complementarias: Rx de Tórax y ECG: normales.
Ecografía abdominal, ha sido decisiva para el manejo de la paciente y cuyos hallazgos principales han sido:

- Esteatosis hepática difusa grado I
- Dilatación/aneurisma venoso que parece depender de la rama portal derecha a valorar mediante otras pruebas de imagen.

Flujo turbulento o en remolino con el Doppler.

Enfoque familiar y comunitario
Autónoma para las AVD. Vive con su esposo, edad similar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Patología bilio- pancreática. Ulcus/gastritis. Meteorismo abdominal. Litiasis renal. Otros

Tratamiento, planes de actuación
El hallazgo ecográfico fue clave, siendo diagnosticada de aneurisma de la porta.
Los principales hallazgos son:

- Dilatación focal: una estructura anecoica comunicada con el sistema portal.
- Signo del Doppler: al aplicar color, se observa un flujo turbulento o "en remolino" dentro de la dilatación.

Evolución
Favorable, en la actualidad se ha optado por controles periódicos mediante ecografía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Los aneurismas de porta son un 3% de los aneurismas venosos.
Es una patología rara, su detección ha aumentado gracias al uso frecuente de la ecografía.
Puede ser congénito o adquirido (cirrosis, hipertensión portal, pancreatitis crónica o traumatismos).
La mayoría (80%) son asintomáticos y se descubren de forma incidental.
El síntoma más común es el dolor abdominal inespecífico.
La cirugía se reserva para aneurismas que crecen, causan dolor severo o presentan complicaciones (trombosis o rotura).
La complicación más temida es la trombosis de la vena porta. Es clave el seguimiento para decidir la actitud terapéutica

Palabras clave
Dolor abdominal, aneurisma porta

Sarna con gusto si pica

Cobo Burgos S[1], Jibaja Mundaca J[2], Pérez Castaño R[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Granada

Ámbito del caso
Dermatología en Atención Primaria, dermatoscopia en Atención Primaria teleconsulta con dermatología hospitalaria.

Motivos de consulta
Paciente de 68 años con clínica prurigo.

Historia clínica
Paciente que acude con picor en zona sacra en julio 2025. No lesiones elementales de interés, no patrón circadiano del mismo, no relación en apariencia con alérgenos, no mascotas, no más familiares afectos, si bien vive con su pareja. Tampoco historia previa de atopias o cuadros alérgicos estacionales.

Enfoque individual
Se realiza analítica al no mejorar con antihistamínicos y mirtazapina (cetirizina 10 cada 12 horas), solo leve eosinofilia. Realizamos anticuerpos de anisakis y son negativos así como la fracción C3 de complemento.
Al mantenerse la clínica más de 3 meses, incrementándosela la intensidad del picor, haciéndose generalizado, y la impotencia funcional del paciente, interconsulta a dermatología, pero las lesiones por dermatoscopia no clarifican el diagnóstico. Cita presencialmente en dermatología un mes después
En una de las múltiples citas del paciente aparecen lesiones más puntiformes y definidas y el picor se hace más intenso por la noche, por lo que decidimos realizar biopsia de lesiones a la espera de cita. Aunque la sarna entraba dentro de nuestras sospechas, el hecho que la pareja no tuviese síntomas, hacia que dudaremos del mismo.

Enfoque familiar y comunitario
La relación médico paciente se fue deteriorando por la dificultad para manejar síntomas y llegar al diagnóstico. En una de las múltiples visitas, después de la biopsia, la mujer nos indica que ella ha empezado a tener síntomas (4 meses después que inicio de su pareja), por lo que el enfoque salta definitivamente al tratamiento de sarna, tanto él como su pareja.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sarna.
D. atípica, de contacto, urticaria, prurigo sine materia, urticaria colinérgica, psoriasis, dermatofitosis.

Tratamiento, planes de actuación
Fármacos: ivermectina oral, permetrina tópica, benzoato de benzoilo. Medidas de higiene domicilio.

Evolución
A pesar de tratamiento combinado escalonado oral y típico, el paciente precisó benzoato benzoilo.
Mejora clínica manifiesta pero picor residual.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Picor crónico pensar en sarna siempre.
Dificultad de tratamiento y medidas en hogar.
Angustia por el diagnóstico y estigma asociado.

Palabras clave
Sarna prurigo ivermectina

Cuando un sangrado nasal no es banal: debut de una PTI en paciente sin antecedentes

Martos Vargas L[1], Martos Vargas Y[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Las Albarizas. Marbella (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla

Ámbito del caso
Servicio de Urgencias de CS.

Motivos de consulta
Sincope de repetición en paciente con epitaxis que no cede.

Historia clínica
Mujer de 59 años sin antecedentes de interés que avisan por segundo síncope al intentar levantarse de la cama tras haberse despertado con epistaxis que no cede. A nuestra valoración, paciente en decúbito con hematoma en región maxilar izquierda y labio inferior, así como epistaxis activa y sangrado de herida de labio inferior también activo. Se encuentra consciente y orientada.
Comentan las familiares que tras según sincope se ha golpeado con puerta y ha presentado relajación de esfínter anal. Observamos melena y al ser interrogada refiere unos 4 días con heces oscuras.
Niega consumo AINES, antiagregantes ni anticoagulantes. Ha estado acatarrada y ha tomado Couldina con paracetamol.
Trasladamos a la paciente a SUH y durante traslado se sincopa una vez y realiza tres vómitos en posos de café.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síncope vasovagal. Epistaxis activa. PTI, coagulopatía.

Tratamiento, planes de actuación
Se administra ac. Tranexamico 1 g, omeprazol 80 mg y SSF 500 mg intravenoso. Se monitoriza a la paciente durante el traslado.

Evolución
A su llegada al hospital, la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, Consciente y orientada. Durante su ingreso, en analítica se objetiva pancitopenia y se objetiva que en analíticas previas presentaba leve trombocitopenia. Se realiza pruebas de imágenes donde se objetiva hemorragia intracraneal. Diagnostico probable de PTI por lo que iniciaron tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides. Tras estabilización, recibe el alta y continua seguimiento en Hematología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
No todo sangrado nasal es local ni trivial; un sangrado que no cede o se acompaña de otros signos de sangrado sistémico debe hacer pensar en patología hematológica (PTI, otras trombocitopenias, coagulopatías).
En Atención Primaria es importante revisar y presentar atención a las analíticas previas para identificar alteraciones leves que nos puedan orientar hacia un proceso crónico o subagudo (como PTI de evolución insidiosa) que ha "debutado" clínicamente cuando el recuento ha caído más.
Además, este tipo de casos debería ayudar a reforzar la coordinación AP–Urgencias–Hematología en el seguimiento posterior del paciente con PTI, que muchas veces se controla de forma ambulatoria tras el debut.

Palabras clave
Epistaxis, coagulopatía, PTI, pancitopenia, sincope

Anemia ferropénica refractaria como forma de presentación de enfermedad de Crohn: importancia del abordaje integral en Atención Primaria

De León Almonte J, Peña Segura A, Santana Almonte D

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Cartaya. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 32 años que consulta por astenia progresiva, disnea de esfuerzo leve y caída de cabello de cuatro meses de evolución.

Historia clínica
Mujer de 32 años. Sin AP de interés, sin RAMC ni tratamiento habitual. AP obstétricos: g1P1 hace 3 años, con anemia ferropénica gestacional que respondió a hierro oral. Ciclos irregulares sin hipermenorrea. Desde hace 4 meses presenta astenia intensa, menor rendimiento laboral, mareos ocasionales, deposiciones blandas intermitentes y pérdida ponderal de 3 kg. Niega metrorragias, rectorragia o melenas.
Exploración física: palidez cutáneo-mucosa, IMC 21 kg/m², abdomen blando con discreto dolor en FID, sin masas ni megalias. Analítica: Hb 9,2 g/dl, VCM 72 fl, ferritina 8 ng/ml, IST baja y PCR elevada. Sin respuesta a hierro oral tras 8 semanas. Ampliación de estudio: serología celíaca negativa, SOH positiva. Colonoscopia con lesiones ulceradas parcheadas en íleon terminal; anatomía patológica compatible con enfermedad de Crohn.

Enfoque individual
Se realiza abordaje biopsicosocial valorando impacto funcional y familiar. Educación sanitaria sobre enfermedad inflamatoria intestinal (EII), importancia de adherencia terapéutica y planificación reproductiva futura. Coordinación con Digestivo y seguimiento compartido.

Enfoque familiar y comunitario
Educación sanitaria sobre anemia y signos de alarma, promoción de dieta rica en hierro y hábitos saludables, coordinación con Enfermería para seguimiento y adherencia, información sobre asociaciones de EII y apoyo psicosocial, y asesoramiento preconcepcional en Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Anemia ferropénica secundaria a malabsorción por enfermedad de Crohn ileal. Diagnóstico diferencial inicial: pérdidas ginecológicas, déficit nutricional, enfermedad celíaca, sangrado digestivo crónico y anemia de trastorno inflamatorio.
Problemas identificados: anemia sintomática, EII de debut, Impacto emocional ante enfermedad crónica.

Tratamiento, planes de actuación
Hierro intravenoso por mala respuesta oral. Tratamiento de inducción para Crohn según protocolo hospitalario. Control clínico-analítico y nutricional en Atención Primaria, actualización vacunal y educación en signos de alarma.

Evolución
Mejoría clínica y analítica (Hb 12,1 g/dl a los 3 meses). Remisión digestiva y recuperación ponderal. Seguimiento estable a 6 meses.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La anemia ferropénica en mujer joven, incluso con alteraciones menstruales, requiere estudio etiológico completo si no responde al hierro oral. Atención Primaria es clave en la detección precoz, enfoque integral y seguimiento longitudinal de la EII.

Palabras clave
Anemia ferropénica; enfermedad de Crohn; Atención Primaria; Mujer en edad fértil; malabsorción

RGE refractario en paciente con apnea obstructiva del sueño y sobrepeso: diagnóstico de esófago de Barrett en Atención Primaria

De León Almonte J[1], Puello Varela C[2], Illescas Lanceta M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Cartaya (Huelva)
[2] CS Lepe

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 35 años con pirosis y regurgitación ácida nocturna persistentes pese a tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Historia clínica
Antecedentes: RGE desde hace 3 años, apnea obstructiva del sueño (AOS) en tratamiento con CPAP, sobrepeso (IMC 33 kg/m²). No fumador, consumo ocasional de alcohol. En tratamiento con omeprazol 20 mg/12 h correctamente administrado, sin mejoría. Refiere pirosis diaria, regurgitación nocturna que le despierta y tos irritativa matutina. No disfagia ni pérdida de peso.
Exploración física sin hallazgos relevantes.
Se optimiza tratamiento (esomeprazol 40 mg/día y alginato nocturno) y medidas higiénico-dietéticas; tras 3 meses, persiste clínica. Se deriva a Digestivo, realizándose endoscopia: mucosa distal sugestiva de metaplasia, biopsia compatible con esófago de Barrett sin displasia.

Enfoque individual
Explicación al paciente sobre la entidad de Barrett y su seguimiento endoscópico. Intervención sobre factores modificables: pérdida de peso, dieta fraccionada, evitar cenas copiosas, alcohol, elevación del cabecero, adherencia a CPAP. Apoyo emocional y fomento de autocuidado.

Enfoque familiar y comunitario
Educación grupal sobre hábitos alimentarios y actividad física. Coordinación con Enfermería para seguimiento de peso y adherencia terapéutica. Información sobre signos de alarma digestiva. Promoción de redes comunitarias de apoyo para pacientes con RGE y obesidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: RGE refractario con esófago de Barrett.
Diagnóstico diferencial: mala adherencia al IBP, reflujo no ácido, hernia de hiato, trastorno motor esofágico, dispepsia funcional.
Problemas identificados: RGE sintomático, obesidad, AOS en CPAP, esófago de Barrett, riesgo aumentado de adenocarcinoma esofágico.

Tratamiento, planes de actuación
IBP a dosis plenas de mantenimiento. Alginate nocturno y medidas posturales. Seguimiento endoscópico según protocolo. Intervención sobre estilos de vida y pérdida de peso. Coordinación multidisciplinar AP–Digestivo.

Evolución
A los 6 meses, pérdida de 7 kg (IMC 27 kg/m²) y notable mejoría clínica. Paciente asintomático con cumplimiento adecuado de CPAP y seguimiento endoscópico planificado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El RGE refractario requiere reevaluación diagnóstica y abordaje integral. La obesidad y la AOS son factores perpetuadores. La Atención Primaria es clave en detección precoz de complicaciones como el Barrett, intervención sobre factores modificables y coordinación comunitaria y familiar.

Palabras clave
Reflujo gastroesofágico; esófago de Barrett; apnea del sueño; sobrepeso; Atención Primaria; manejo integral.

El reto del dolor neuropático agudo: herpes zóster sin lesiones cutáneas iniciales

De La Carrera Rodríguez M[1], Fernández Ponce M[2], Peñate Déniz T[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Clara Campoamor. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Parestesias y dolor en miembro superior izquierdo.

Historia clínica
Mujer de 64 años. Sin alergias medicamentosas. Acude a consulta no demorable por hormigueo en brazo izquierdo (territorio cubital, 4º-5º dedo) y dolor neuropático urente intenso al mínimo roce (alodinia), con febrícula (37,5°C). Niega traumatismos o dolor mecánico.

Enfoque individual
En la primera visita, la exploración cutánea es normal; se orienta como neuralgia y se prescribe AINE y pregabalina (75 mg/12 h inicial). A los 4 días la citamos en consulta programada para ver evolución y acude con la aparición de vesículas umbilicadas sobre base eritematosa en cara interna de la palma de la mano con pico febril de 38,5°C.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su marido. Refiere estrés emocional reciente y deprivación de sueño por conflicto familiar grave, factor precipitante de inmunodepresión relativa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: herpes Zóster (HZ) en dermatoma C8-T1.
Diagnóstico diferencial: radiculopatía cervical compresiva, síndrome del túnel cubital, plexopatía braquial o neuralgia posherpética precoz.

Tratamiento, planes de actuación
Tras confirmar las lesiones, se inicia Valaciclovir 1000 mg cada 8 horas (7 días).
Se optimiza analgesia: pregabalina 150 mg/12 h y paracetamol/tramadol 325/37,5 mg de rescate. Educación sanitaria sobre cuidados de las lesiones y prevención de contagio.

Evolución
A la semana, presenta costras residuales, desaparición de la fiebre y mejoría significativa del dolor (EVA 2/10), permitiendo el descanso nocturno.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Conclusiones y prospectiva: el caso destaca la importancia de la longitudinalidad y el seguimiento en Atención Primaria. El HZ puede presentarse inicialmente sin lesiones (fase prodrómica), simulando patologías osteomusculares.
Novedad: subraya el estrés psicofísico como desencadenante clínico detectable en la entrevista.
Mejora asistencial: refuerza la necesidad de sospecha clínica ante dolor neuropático unilateral con febrícula, permitiendo un tratamiento antiviral precoz (idealmente <72h) para reducir el riesgo de neuralgia posherpética.
Se propone revisar protocolos de vacunación en pacientes con factores de riesgo por estrés crónico.

Palabras clave
Neuralgia postherpética, herpes Zoster, Atención Primaria

Morir en época de alta frecuentación. Un caso sobre duelo patológico que podría haberse evitado

Daga Navarta G

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tarifa. Tarifa (Cádiz)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Tristeza por la muerte de mi padre.

Historia clínica
Mujer de 32 años que acude a consulta por cuadro de tristeza persistente, apatía y anhedonia de seis meses de evolución, iniciado tras el fallecimiento de su padre.
Refiere que el fallecimiento se produjo en el área de observación de urgencias de un hospital comarcal durante el mes de enero, en un contexto de alta presión asistencial. El paciente permaneció tres días en dicha área, sin ingreso en planta por falta de disponibilidad de cama. No se permitía el acompañamiento de familiares.
La paciente expresa intensa frustración, rabia y sentimientos de injusticia. Verbaliza: "Mi padre murió solo, cuando podía haberlo hecho cogido de mi mano, en una habitación de la planta" y "ningún médico me explicó qué le pasaba a mi padre ni por qué había ingresado".
Niega ideación autolítica.

Enfoque individual
Sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario
Natural de un pueblo. Vive con su pareja. Administrativa. Sin hijos. Mayor de dos hermanas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio cínico; duelo patológico.
Diagnóstico diferencial; episodio depresivo.

Tratamiento, planes de actuación
Realizo escucha activa en la consulta y validación de sentimientos. Seguimiento estrecho con citas programadas cada 1 o 2 semanas para ventilación emocional.
Doy recomendaciones para mejorar los síntomas depresivos: ejercicio físico, búsqueda activa de ratos de bienestar (cultivar aficiones, a ser posible en grupo), baños de sol...

Evolución
Tras un mes y dada la abulia y la clinofilia acentuadas, inicio ISRS y derivo a grupos de salud mental para duelo patológico.
La paciente continua con el ISRS y su ánimo se mantiene bajo, aunque ha recuperado la funcionalidad.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El duelo se considera patológico cuando se prolonga y produce síntomas que dificultan la funcionalidad de la persona.
El colapso y la sobrecarga que se repiten invierno tras invierno en el sistema sanitario, junto con la falta de recursos para garantizar una atención adecuada a los pacientes, han provocado en este caso una complicación del duelo.
Quiero reivindicar la importancia de una Sanidad Pública fuerte y bien dotada, ya que su deterioro no solo limita la calidad asistencial, sino que también genera sufrimiento y enfermedad.

Palabras clave
Duelo. Servicios Públicos Esenciales. Sistema de Salud.

"Dormir mal, vivir peor: abordaje integral del insomnio en Atención Primaria"

Peña Segura A[1], Bellerín García M[2], De León Almonte J[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Rociana del Condado. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

Ámbito del caso
Consulta Medicina de Familia de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dificultad para conciliar el sueño y despertares nocturnos frecuentes.

Historia clínica
Mujer de 50 años, administrativa, que acude a consulta por dificultad para dormir desde hace aproximadamente ocho meses. Refiere problemas para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes y sensación de descanso no reparador, con cansancio diurno e irritabilidad.
El inicio del cuadro coincide con un periodo de aumento del estrés laboral y sobrecarga familiar. Inicialmente intentó medidas no farmacológicas sin mejoría. Posteriormente inició tratamiento con benzodiacepinas a dosis bajas, con mejoría inicial, aumentando progresivamente su uso hasta casi diario.
Niega consumo de alcohol u otras drogas. Refiere consumo moderado de cafeína y uso frecuente del teléfono móvil antes de dormir, con horarios irregulares y siestas ocasionales.
En la exploración física no se objetivan hallazgos relevantes. Cribado de depresión negativo, con síntomas ansiosos leves. La paciente muestra preocupación por su dependencia al fármaco y dificultad para dormir sin medicación.

Enfoque individual
Se realiza valoración biopsicosocial, identificando hábitos inadecuados de sueño, ansiedad anticipatoria y dependencia psicológica a hipnóticos. No se objetivan causas orgánicas.
Se establecen objetivos consensuados, priorizando medidas no farmacológicas, educación sanitaria y seguimiento en consulta.

Enfoque familiar y comunitario
Se detectan factores ambientales que influyen en el descanso, como ruido nocturno y falta de espacios adecuados. El problema del insomnio repercute en la convivencia y en su entorno laboral.
Desde Atención Primaria se refuerza el apoyo emocional, se fomenta la implicación familiar y se orienta hacia recursos comunitarios disponibles.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Insomnio crónico.
Diagnóstico diferencial: trastorno de ansiedad. Depresión, apnea del sueño, hipertiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación
Medidas no farmacológicas mediante educación en higiene del sueño.
Se realiza revisión del tratamiento hipnótico, iniciando plan de reducción progresiva para evitar dependencia, con uso puntual solo si es necesario.
Se refuerza el manejo del estrés mediante técnicas de relajación y actividad física regular.
Seguimiento periódico

Evolución
Favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El insomnio crónico es un problema frecuente en Atención Primaria con importante impacto en la calidad de vida. Predomina el uso prolongado de hipnóticos frente a medidas no farmacológicas.
El abordaje integral, centrado en educación sanitaria, deprescripción y seguimiento continuado, mejora el descanso y la autonomía del paciente.

Palabras clave
Insomnio crónico, higiene del sueño, benzodiacepinas, salud mental.

Depresión leve en paciente mayor: detección y abordaje desde Atención Primaria

Bellerín García M[1], De León Almonte J[2], Pérez Juárez C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rociana del Condado. Rociana del Condado. (Huelva)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 68 años acude por cansancio, insomnio y pérdida de interés por actividades habituales desde hace 3 meses. Refiere sensación de "vacío" y llanto fácil, especialmente desde el fallecimiento de una amiga cercana. Niega ideación suicida. Familia lo atribuye a "tristeza pasajera".

Historia clínica
Antecedentes de hipertensión arterial y artrosis leve. Sin antecedentes psiquiátricos. Medicación habitual: losartán y paracetamol puntual. No consumo de tóxicos ni alcohol.
Exploración física sin hallazgos relevantes. En la entrevista, ánimo bajo, hiporexia y disminución de energía. Escala GDS-15: 7 puntos (compatible con depresión leve). Minimental normal. Analítica, TSH y B12 sin alteraciones.

Enfoque individual
Se informa sobre el diagnóstico de episodio depresivo leve y pronóstico favorable con medidas psicosociales. Se descartan causas secundarias orgánicas y efectos farmacológicos. Se promueve la actividad física ligera diaria, estructura de rutinas y exposición gradual a actividades placenteras. Apoyo emocional mediante escucha activa y validación del estado anímico. Se planifica seguimiento cada 4-6 semanas.

Enfoque familiar y comunitario
Se involucra al hijo como soporte emocional y colaborador en la organización de actividades y supervisión del cumplimiento de hábitos saludables. Se orienta sobre grupos de caminatas y talleres de envejecimiento activo del centro cívico. Derivación opcional a psicología clínica si persiste el cuadro tras 2-3 meses o se agrava. Se recomienda evitar aislamiento y fomentar contacto social significativo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico principal: depresión leve reactiva.
Diagnóstico diferencial: duelo no complicado, distimia, hipotiroidismo, efectos adversos farmacológicos, inicio de demencia.
Problemas: ánimo bajo persistente, alteraciones del sueño, riesgo de cronificación, escaso soporte emocional.

Tratamiento, planes de actuación
Medidas no farmacológicas. Apoyo psicológico de baja intensidad, orientación sobre técnicas de relajación y sueño. Reevaluación periódica de síntomas afectivos y funcionalidad.

Evolución
A los 3 meses, mejora del ánimo, restablecimiento del sueño y reintegración a actividades sociales. No precisa fármacos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La Atención Primaria puede identificar y abordar eficazmente la depresión leve mediante estrategias psicosociales y seguimiento personalizado, evitando medicalización innecesaria y favoreciendo el bienestar del paciente mayor.

Palabras clave
Depresión leve, Atención Primaria, adulto mayor, salud mental, intervención psicosocial, envejecimiento activo, detección precoz, bienestar emocional.

La urticaria engañosa

Martos Vargas Y[1], Martos Vargas L[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano B. Sevilla
[2] Médico Especialista en Familia y Comunidad. SUAP Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Prurito y lesiones dérmicas de repetición.

Historia clínica
Paciente mujer de 77 años de edad que presenta lesiones pápulo-eritematosas pruriginosas en tronco y extremidades que aparecen en brotes desde hace 3 meses. Ha consultado en varias ocasiones tanto a su médico de familia como a urgencias de A. Primaria.
No asocia las lesiones con inicio de medicación, aunque desde hace 2 semanas ha tomado ciprofloxacino y cefuroxima por ITU persistente.
Dado la no mejoría de las lesiones y su reaparición se decide realizar teleconsulta a Dermatología para valoración con fotografía de las mismas. Dermatología informa de lesiones eritematosas con ulceración o vesícula central en tronco y extremidades y la necesidad de realizar biopsia para el confirmar diagnóstico.

Enfoque individual
Antecedentes personales: HTA. Síndrome ansioso-depresivo. No presenta alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. Tratamiento habitual: losartán, venlafaxina.

Enfoque familiar y comunitario
No antecedentes familiares de lesiones dérmicas ni enfermedades de la piel.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: urticaria. Eccema numular. Eritema multiforme. Penfigoide ampolloso. Toxicodermia.

Dermatología cita para recogida de resultados de biopsia y seguimiento de las lesiones.
En biopsia se observa dermatosis vacuolar y escaso infiltrado inflamatorio superficial con aislados eosinofilos compatibles con toxicodermia.

Juicio clínico:
Toxicodermia medicamentosa por uso de cefuroxima y ciprofloxacino.

Tratamiento, planes de actuación
Plan de actuación: corticoides orales en pauta descendente, corticoides tópicos y antihistamínicos.

Evolución
Las lesiones se resolvieron sin presentar nuevo brote. La paciente no tomó de nuevo la medicación que produjo las mismas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso pone de manifiesto la dificultad diagnóstica inicial que existe en los cuadros de lesiones dérmicas en la consulta del Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Es importante realizar un diagnóstico diferencial ante lesiones dérmicas persistentes y la presencia de toma de fármacos, siendo la toxicodermia un diagnóstico relevante dado su potencial gravedad y necesitando la retirada precoz del fármaco causante. La consulta del médico de familia es muy importante para detectar estas reacciones en fases tempranas, evitar reexposiciones y prevenir complicaciones.

Palabras clave
Urticaria, pruritus, drug eruptions

De una gonalgia a un cáncer de colon: no es suerte, es Atención Primaria

Sánchez-Bayton Griffith S[1], Pulido Vázquez C[2], Heras González M[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Gonalgia, rectorragia.

Historia clínica
Hombre de 72 años, sin alergias ni hábitos tóxicos. Antecedente de artroplastia de rodilla derecha. Sin tratamiento farmacológico.

Enfoque individual
Consulta por gonalgia derecha mecánica de dos meses de evolución. Durante la entrevista se aprecia que no se realiza analíticas desde hace años, recomendándole su realización que inicialmente rechaza. Se solicita radiografía de rodillas. Cuando recoge los resultados se vuelve a ofrecer analítica y acepta, completándose valoración de riesgo cardiovascular en la tercera consulta: TA 160/90, auscultación: tonos arrítmicos a 80 ppm sin soplos. Analítica: glucosa 154, HbA1c 7%, colesterol total 191, LDL 135. ECG: fibrilación auricular (FA) a 80 ppm. CHA2DS2-VASC 3, HAS-BLED 2.

Enfoque familiar y comunitario
Constructor jubilado, vida activa, buen apoyo familiar (le acompañan su pareja y su hija).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
FA, DM tipo 2, sospecha de HTA, gonartrosis. Como problemática destaca la detección de múltiples problemas de salud e inicio de varios fármacos en un paciente previamente asintomático y que, hasta ahora, se creía sano.

Tratamiento, planes de actuación
Recomendaciones dietéticas y ejercicio físico. Tratamiento: bisoprolol 2.5 mg, metformina 1g ½ comprimido y simvastatina 20 mg. Derivación a Cardiología preferente y cita en Hematología al día siguiente para iniciar tratamiento anticoagulante, indicando que vuelva a consulta para confirmar adherencia terapéutica.

Evolución
Comienza tratamiento con acenocumarol y se confirma diagnóstico de HTA, iniciando ramipril 10 mg. Cardiología cambia acenocumarol por edoxaban 60 mg, presentando posteriormente episodios de rectorragias, se baja dosis a 30 mg. Se deriva a Digestivo preferente; en colonoscopia: neoformación en sigma, estudio de extensión negativo. Tras sigmoidectomía laparoscópica el diagnóstico es adenocarcinoma de sigma G2, pT3N0M0, estadio IIA, no precisando quimioterapia ni radioterapia. Un año después, no se evidencia recidiva y el paciente presenta muy buena calidad de vida y buen control de FRCV.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya la importancia de la Atención Primaria como centinela de la salud. Nuestra habilidad para abordar los problemas con una visión integral, desarrollando un plan de cuidados en colaboración con otros especialistas y llevando a cabo un seguimiento estrecho, posibilita una prevención secundaria efectiva.

Palabras clave
Primary health care, secondary prevention, colonic neoplasms

Dolor torácico en mujer joven... Descartar organicidad, no todo es ansiedad

Romero Carrillo M[1], Martínez Pinar I[2], González García J[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija. El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. CS Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor torácico.

Historia clínica
Mujer de 46 años que acude al CS por dolor torácico opresivo, sin cortejo vegetativo, con temblor importante en ambas manos y nerviosismo.

Enfoque individual
Como AP presenta: no AMC. Fumadora de 15 cigarrillos/día. No DM, no HTA, no dislipemia. AF: padre ictus con 56 años.
Exploración física: TA 150/80 mmHg, FC 110 lpm, Sat O_2 98%. Taquipneica, hiperventilando. Temblor muy importante en ambas manos. Impresiona de nerviosismo. ACR: rítmica, sin soplos, a unos 110 lpm, MVC sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas en MMII ni signos de TVP.
ECG: ritmo sinusal a unos 110 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.
Se administra en consulta alprazolam 0,5 mg sublingual con mejoría de los síntomas, por lo que se cataloga de crisis de ansiedad. Al día siguiente con los mismos síntomas acude de nuevo al CS. Ese día tiene constantes y EF similar, pero no se realiza ECG. Se administra de nuevo alprazolam 0,5 mg sl y se deriva a casa. Esa misma tarde empeora el dolor torácico, acude al hospital y presenta ECG con elevación de ST de V1 a V3. Analítica: hb 8,9, resto de series normales. Troponina 68,79. Resto de analítica normal.

Enfoque familiar y comunitario
Ámbito psicosocial: incapacidad temporal por síndrome ansioso-depresivo tras separación de su
pareja en contexto de violencia de género. El juicio por la custodia del hijo en común está muy cercano, acaba de cambiarse de médico por mala relación médico-paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
SCACEST en contexto de hipertiroidismo y anemia ferropénica importante.
Diagnóstico diferencial: crisis de ansiedad, dolor torácico muscular, hipertiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza fibrinolisis y se ingresa en cardiología. Se realiza coronariografía emergente con vasoespasmo severo sobre placa significativa de TCI y se coloca stent en tronco común izquierdo. Durante ingreso se detecta en analítica TSH < 0,01 con T4 en 2,5 por lo que se inicia tratamiento con tiamazol 5 mg/12h. Se pauta hierro oral/24h.

Evolución
Hipertiroidismo y anemias controlados. En rehabilitación cardiaca, limitada en su vida diaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En todo proceso ansioso-depresivo determinar TSH. Descartar organicidad es importante en contexto de síndromes ansioso-depresivos.

Palabras clave
Ansiedad, hipertiroidismo, infarto de miocardio

Doctora mi madre se está consumiendo

Jiménez Felices C[1], Páez Ordoño A[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Oliveros. Almería
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Nos consulta un hijo que viene acompañando a su madre de 76 años, nos dice que come menos porque "todo le sienta mal ". También sufre cambios de carácter muy llamativos y olvidos frecuentes.

Historia clínica
Antecedentes familiares: padre cáncer de colon. Hipertensión arterial. Dislipemia.
Exploración física: palidez cutánea, delgadez. Abdomen: sin hallazgos significativos.

Enfoque individual
Estamos ante un síndrome constitucional con una pérdida de peso de 20 kilos en 2 años y un deterioro cognitivo.
Tenemos un Mini mental: 20 por lo que solicitamos tac cerebral y realizamos tele consulta a neurología.
Ante el antecedente familiar de cáncer solicitamos colonoscopia preferente. Al ser esta normal, la radiografía de tórax y la analítica, decidimos continuar el estudio y hacemos tele consulta a medicina interna donde solicitan tac abdominal y una analítica ampliada.

Enfoque familiar y comunitario
En todo momento estamos en comunicación con el hijo de la paciente y resolvemos sus dudas y miedos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome constitucional. Proceso infiltrativo gastrointestinal. Neoplasia gástrica.

Tratamiento, planes de actuación
Quirúrgico. Complementos nutricionales.

Evolución
Tac abdominal: engrosamiento infiltrativo del antro pilórico, sugestivo de proceso infiltrativo gastro -intestinal. Recomienda endoscopia con toma de biopsias

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Gracias a que cada vez tenemos acceso a más pruebas y a la telemedicina, podemos tener una comunicación muy directa y rápida con nuestros compañeros de hospital, con el gran beneficio que supone para nuestros pacientes el acceso precoz a más pruebas.

Palabras clave
Teleconsulta

No todo es ansiedad en época de exámenes: debut de esclerosis múltiple detectado desde Atención Primaria

Andrés Belmonte C[1], Solbes Pina E[2], Jiménez Felices C[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Ejido. El Ejido (Almería)
[2] Enfermera. Hospital Clínic, Barcelona
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Oliveros. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Episodios de parestesias en brazo y pierna izquierdos de una semana de evolución en adolescente en contexto de estrés académico.

Historia clínica
Mujer de 17 años, sin antecedentes personales de interés.
Antecedentes familiares de ansiedad en rama materna. Estudiante de 2º de Bachillerato, con alto nivel de autoexigencia y estrés por exámenes. Consultó previamente en urgencias hospitalarias, donde se orientó como posible cuadro ansioso.

Enfoque individual
La paciente describía hormigueo en pierna izquierda, dificultad para caminar trayectos largos y torpeza en coordinación de dedos de mano izquierda (diestra). Negaba cefalea, alteraciones visuales o del habla.
Exploración neurológica estrictamente normal. ECG y analítica sin hallazgos. Ante presencia de focalidad hemicorporal >24 h, se planteó diagnóstico diferencial y se solicitó interconsulta telemática preferente a neurología y coordinación para RM cráneo-cervical.

Enfoque familiar y comunitario
La actuación del médico de familia fue clave para identificar signos de alarma pese a exploración normal, manejar la incertidumbre diagnóstica mediante seguimiento longitudinal, coordinar la derivación con neurología y el hospital, y registrar la evolución funcional para garantizar la seguridad de la paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Primer episodio neurológico focal compatible con síndrome clínicamente aislado (CIS); se priorizó descartar patología orgánica sobre origen funcional.
Diagnóstico diferencial: ansiedad, migraña con aura atípica, evento desmielinizante o causa neurológica central.
Tras un mes de la valoración inicial, RM craneal y cervical sin contraste evidenció lesiones desmielinizantes compatibles con esclerosis múltiple en forma remitente-recurrente.

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso hospitalario con megabolos de metilprednisolona durante 5 días.
Fisioterapia motora y ocupacional para reentrenamiento de marcha y recuperación de paresia fina de mano derecha.
Coordinación con neurología para seguimiento y planificación de posible tratamiento modificador de la enfermedad (cita próxima).

Evolución
Mejoría significativa durante ingreso, recuperación funcional completa de debilidad y torpeza motora.
Al alta: fuerza 5/5 en MMSS y MMII, marcha preservada, reflejos generalizados exaltados pero sin déficit funcional relevante.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso evidencia la importancia del razonamiento clínico en Atención Primaria frente a síntomas neurológicos transitorios en adolescentes.
Evitar sesgo de anclaje permite detección precoz de enfermedades graves y mejora la seguridad del paciente.
Refuerza el rol del médico de familia en seguimiento longitudinal y coordinación multidisciplinar, fortaleciendo su papel resolutivo.

Palabras clave
Adolescent; multiple sclerosis; paresthesia.

"Más allá de los síntomas de alarma: cáncer colorrectal con clínica inusual"

Martín Aguilera A[1], Rodríguez Ruiz P[2], Salyuk Kulinich K[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Peligros. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana. Granada
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Flatulencia y eructos.

Historia clínica
Mujer de 75 años que consulta por meteorismo, flatulencia y eructos desde hace unos meses, que han ido aumentando progresivamente, de carácter diario y continuo, independientes de la ingesta. Niega dolor abdominal. No pirosis. No náuseas ni vómitos. Heces de aspecto normal sin productos patológicos, con deposiciones diarias. No síntomas B. No hiporexia. No astenia.

Enfoque individual
Antecedentes personales: hipertensión arterial con buen control con ARA-II, hipercolesterolemia en tratamiento con estatina.
A la exploración:
- Buen estado general, estable hemondinámicamente.
- Abdomen anodino.
- Tacto rectal: esfínter anal normotónico, dedil limpio, no se evidencian lesiones.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente nos refiere que la clínica que presenta condiciona su calidad de vida, con evitación de actividades sociales por el pudor que le originan los síntomas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
- Dispepsia funcional.
- Helicobacter pylori.
- Síndrome del intestino irritable.
- Diverticulosis colónica.
- Neoplasia colorrectal.

Tratamiento, planes de actuación
- Recomendamos medias higiénico-dietéticas orientada a la reducción del meteorismo, la flatulencia y los eructos.
- Solicitamos analítica completa con estudio de heces: hemograma y bioquímica normales. Helicobacter pylori en heces negativo, sangre oculta en heces positiva en una de las tres muestras, calprotectina 300 µg/g.

Evolución
Dada la clínica que presenta la paciente con limitación importante de su calidad de vida y los resultados en analítica de heces, consideramos realizar teleconsulta con Digestivo. Finalmente, proponen realizar Endoscopia Digestiva Baja, en la que se confirma la presencia de formación neoplásica a nivel colorrectal.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso nos muestra la importancia de la escucha activa ante síntomas aparentemente banales, especialmente cuando generan un deterioro de la calidad de vida.
Asimismo, recuerda que las neoplasias pueden presentarse con clínica atípica, por lo que es fundamental mantener un alto índice de sospecha incluso en ausencia de síntomas de alarma clásicos.

Palabras clave
Flatulencia; sangre; neoplasia.

¿Mis dientes? Si los he visto, no me acuerdo...

Romero Carrillo M[1], Romero Carrillo S[2], Luque Rodríguez M[1]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija-El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. CS de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso
Primaria y urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta
Disnea de aparición brusca matutina, no tos ni expectoración en días previos, afebril. No episodio de tos ni atragantamiento con el desayuno. No edemas ni recorte de diuresis ni ortopnea. Comenta su hija que no encuentran la prótesis dental hoy, a veces la esconde.

Historia clínica
AP: no AMC. DM tipo II en tratamiento con metformina, no dislipemia ni HTA. No enfermedad cardiovascular ni respiratoria de base. Enfermedad de Alzheimer, precisa ayuda para el aseo y la comida, pero deambula sin ayuda. No IQ. Portador de una prótesis dental removible superior con molares a ambos lados y estructura metálica en paladar desde hace 15 años.
Exploración física: disneico en reposo, con tiraje intercostal. Sat O_2 92%. FC 110 lpm. TA 140/70 mmHg. Glucemia 180 mg/dl.
ACR: rítmico, sin soplos, a 110 lpm. MVC con sibilantes en todos los campos pulmonares.
No edemas en MMII.
ECG: taquicardia sinusal.

Enfoque individual
Ante la sospecha de broncoespasmo o broncoaspiración se canaliza vía periférica y se administra 80 mg de metilprednisolona IV en bolo y nebulización de bromuro de ipratropio, budesonida y salbutamol sin mejoría alguna.

Enfoque familiar y comunitario
Su hija muy preocupada por no encontrar la prótesis dental, nos insiste en la posibilidad de deglución... Nos dice que se trata de una prótesis con estructura de paladar completa, por lo que a priori lo descartamos como posibilidad. Dada la falta de respuesta a tratamiento nos lo replanteamos, ya que es improbable pero no imposible.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: cuerpo extraño faríngeo (prótesis dental)
Diagnósticos diferenciales: bronquitis aguda, broncoespasmo, neumonía por broncoaspiración.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza traslado a hospital ante la falta de respuesta al tratamiento, se realiza RX tórax en la que se aprecia cuerpo extraño metálico en faringe. Se ingresa de forma urgente y se extrae su prótesis dental mediante endoscopia terapéutica, desapareciendo la disnea.

Evolución
Tras 24 h fue dado de alta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En pacientes con Alzheimer el cuidador aporta mucha información en la anamnesis.
En Primaria debemos asesorar a los cuidadores de estos pacientes en prevención de accidentes, como es el uso de prótesis dentales en fases avanzadas de la enfermedad.

Palabras clave
Prótesis dental, Alzheimer, disnea

Doctora, estas llagas por estrés, ¿no será cáncer?

Valencia Alvarado A[1], Del Rio Caballero A[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carihuela. Torremolinos (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Mijas Pueblo. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, servicios de urgencias.

Motivos de consulta
Aftas de repetición.

Historia clínica
Paciente de 52 años, sin alergias conocidas ni antecedentes de interés. Consulta por "miedo a tener un cáncer de sangre" tras dos episodios de aftas bucales en los últimos tres meses.

Enfoque individual
Varón, 52 años. Valorado hace dos meses en consulta por lesiones aftosas en mucosa yugal, recibiendo tratamiento con antimicóticos y corticoesteroides orales, con resolución completa. Lo atribuyó a situación vital estresante.
Pocas semanas después, acude a urgencias extrahospitalarias, por un segundo episodio, donde se le indica que el tratamiento con corticoesteroides no era procedente (se diagnosticó de muget, informándole que el tratamiento previo había empeorado el cuadro).
Acude de nuevo a consulta manifestando "miedo a error en el manejo del cuadro" y a padecer una inmunosupresión por una neoplasia hematológica. Se tranquiliza al paciente, se explica el manejo terapéutico anterior y se solicita analítica de sangre.
En la posterior consulta para revisar los resultados analíticos, se aprecian lesiones aftosas con erosiones en mucosa labial, paladar y orofaringe, con lecho necrótico, erosión en canto interno del ojo izquierdo y restos hemáticos en fosas nasales.

Enfoque familiar y comunitario
Inmigración desde país de Centroamérica hace 30 años. Casado. Buen soporte familiar. Nivel socioeconómico medio. Estabilidad laboral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Lesiones mucosas erosivas recurrentes con sospecha de enfermedad ampollosa autoinmune.
Diagnóstico diferencial: estomatitis aftosa recurrente. Pénfigo vulgar. Penfigoide de mucosas. Síndrome de Behçet. Neoplasia hematológica.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a urgencias del hospital de referencia para valoración especializada.

Evolución
El paciente es valorado en urgencias por otorrinolaringología y dermatología de guardia, apreciando erosiones y costras en mucosa labial, nasal, paladar y orofaringe, con despegamiento epidérmico de mucosa labial. Toman biopsias de las lesiones. Mantienen tratamiento con corticoesteroides orales y antiséticos. Citan en consulta de conectivopatías.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es importante la atención integral del paciente.
Es imprescindible el seguimiento de la evolución y manejo de lesiones con valoración en diferentes puntos de asistencia.
El miedo a padecer un cáncer y la diferencia de diagnóstico/manejo de un mismo proceso por distintos profesionales pueden menospreciar problemas de salud complejos, retrasando el diagnóstico y mermando la confianza en el médico de atención primaria.

Palabras clave
Estomatitis aftosa, pénfigo, neoplasias.

Una tos que no encajaba: la respuesta estaba en las uñas

Altamirano Carrillo A[1], Barco Núñez P[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mallén. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 37 años. Consulta en repetidas ocasiones por tos irritativa diaria, sin expectoración ni fiebre desde hace 5 meses. La paciente refiere debido a esta, insomnio de conciliación, astenia y limitación en su vida profesional y personal debido a la dificultad para mantener conversaciones prolongadas.
Ha realizado tratamiento con antihistamínicos, antitusígenos y un ciclo de antibioterapia con azitromicina, sin mejoría. La persistencia de la clínica genera frustración y preocupación.

Historia clínica
Varias consultas previas. Tratamientos con antihistamínicos, antitusígenos y antibioterapia sin mejoría.

Enfoque individual
Sin antecedentes de interés. No fumadora. Sin tratamiento habitual.
Niega disnea, sibilancias o pirosis. Presenta accesos de tos desencadenados por el habla, con empeoramiento durante la jornada laboral.
Exploración física normal.
Analítica normal, radiografía de tórax y senos paranasales sin alteraciones. Espirometría basal normal.

Enfoque familiar y comunitario
Trabaja en un salón de uñas con exposición continua a acrilatos y vapores químicos. Refiere ansiedad por presentar accesos de tos frente a las clientas, quienes teme que lo interpreten como un proceso infeccioso y la posible repercusión económica debido a que no acudan más al salón.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Tos crónica refractaria. Se plantea diagnóstico diferencial con asma, ERGE y síndrome de goteo postansal.
La ausencia de alteraciones en la espirometría, la falta de fenotipo atópico orientan hacia bronquitis eosinofílica no asmática de probable origen ocupacional.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a Neumología para ampliación del estudio.
Se confirma eosinofilia en esputo inducido.
Inicio de corticoide inhalado.
Se recomiendan medidas de protección respiratoria y ventilación ambiental, coordinando valoración con Medicina del Trabajo.

Evolución
Mejoría marcada en pocas semanas, con normalización de su empeño laboral.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante una tos crónica con pruebas normales, la historia laboral puede ser determinante. La sospecha y el seguimiento longitudinal desde Atención Primaria permiten orientar el diagnóstico, promover una derivación priorizada y situar el abordaje biopsicosocial en el centro de la atención, apoyándonos en el trabajo coordinado con Neumología y Medicina del Trabajo.

Palabras clave
Tos crónica; bronquitis eosinofílica; exposición laboral; Atención Primaria

Dolor abdominal agudo en urgencias de Atención Primaria

Pinilla González M[1], Castillo Burgos D[2], Cruz Briega A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Maribáñez. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Consultorio de Maribañez, Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria (primera asistencia), paciente derivado a siguiente nivel asistencial.

Motivos de consulta
Dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos.

Historia clínica
Paciente de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, migraña y apendicectomía. No refiere alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Consulta por dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en hipogastrio e hipocondrio derecho, acompañado de vómitos y sensación distérmica sin fiebre objetiva. Niega coluria, acolia e ictericia. Última deposición el día previo a la consulta.

Enfoque individual
Buen estado general, consciente, eupneico, afebril. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con defensa localizada, sin signos de peritonismo generalizado. Murphy positivo.
La ecografía realizada en Atención Primaria mostró vesícula biliar hidrópica con paredes engrosadas y edematosas, abundante contenido litiásico y líquido perivesicular. Murphy ecográfico positivo. Se observó además hígado con ecogenicidad aumentada sugestiva de esteatosis hepática moderada. Otros órganos abdominales sin alteraciones significativas. Descripción de hallazgos ecográficos: imagen compatible con colecistitis aguda litiásica con signos inflamatorios perivesiculares, sin visualización clara del páncreas por interposición gaseosa. La ecografía fue fundamental para orientar el diagnóstico en el contexto de Atención Primaria.
Otras pruebas complementarias: analítica con leucocitosis y neutrofilia, PCR elevada. Radiografía de abdomen sin signos de obstrucción intestinal.

Enfoque familiar y comunitario
No relevante para este caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico de colecistitis aguda litiásica confirmado por ecografía hospitalaria y analítica complementaria.

Tratamiento, planes de actuación
Inicio de tratamiento analgésico y antiinflamatorio en Atención Primaria. Derivación urgente para intervención quirúrgica tras confirmación diagnóstica.

Evolución
El paciente fue intervenido mediante colecistectomía laparoscópica sin incidencias. Posterior seguimiento telefónico favorable con buena tolerancia a la dieta y cicatrización adecuada de la herida.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso resalta la importancia del manejo de la ecografía a pie de cama en Atención Primaria como herramienta clave para el diagnóstico precoz y la toma de decisiones clínicas oportunas, mejorando la capacidad resolutiva y optimizando recursos.

Palabras clave
Colecistitis aguda litiásica, dolor abdominal, vómitos.

Importancia de la continuidad asistencial en Atención Primaria

Vega Romero M[1], Sánchez Maestre J[1], López Llamas C[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. La Carlota (Córdoba)
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Carlota. La Carlota (Córdoba)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Edemas en miembros inferiores.

Historia clínica
Paciente de 21 años nueva en cupo, que desde hace dos meses presenta edemas en miembros inferiores, con aumento de perímetro abdominal. Valorada previamente por este motivo por diferentes profesionales, en tratamiento con diuréticos con empeoramiento de edemas, aumento de perímetro abdominal y disnea de esfuerzos. No se ha solicitado analítica y otras pruebas complementarias hasta el momento.
Exploración tono rítmicos sin soplos, mv conservado sin roncha ni sibilantes con buena saturación.
MMII edemas maleolares con fobia.
Abdomen voluminoso con estrías. Obesidad abdominal.
Tensión arterial 174/100.
Se solicita: analítica con colesterol 335, triglicéridos 305, TSH 5,8, Filtrado glomerular 83, Al/cr 419
Electrocardiograma RS a 100l/min con eje normal sin alteraciones.
Radiografía de tórax sin alteraciones

Enfoque individual
La paciente ha consultado en varias ocasiones por el mismo problema siendo valorada por diferentes profesionales por reparto de cupos.
Al ser una paciente joven sin antecedentes personales con obesidad y poco deportista se indica dieta ejercicio y diuréticos sin realizar más estudio del caso con un empeoramiento progresivo de los síntomas.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente con buen apoyo familiar, acompañada en consulta por su padre que se encuentra muy preocupado por el empeoramiento de su hija, y manifiesta que la pastilla que le han mandado la han puesto peor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sospecha de síndrome metabólico vs síndrome nefrótico
Problemas del caso no continuidad asistencial y banalización de los síntomas inicialmente.

Tratamiento, planes de actuación
Se inicia tratamiento con enalapril 20 mg/24 h, Eutirox 25 mg/24 h y rosuvastatina 20/ezetimiba 10. Se mantiene furosemida 40 mg/24 h.
Se derivo preferente a Medicina Interna para estudio, que valora caso derivando a nefrologías por sospecha de S. nefrótico.

Evolución
Consulta por anasarca, ingreso en urgencias a cargo de nefrología con cr 1,95, Fg 34 y al/cr 10024.
Se realiza biopsia renal percutánea con diagnóstico de s. nefrótico en estudio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Importancia de la continuidad asistencial en la atención primaria y banalizar síntomas.

Palabras clave
Continuidad asistencial, Banalizar síntomas.

Colagenosis perforante

Vázquez Alarcón R[1], Conforto López P[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Lesiones cutáneas en manos y extremidades inferiores, costrosas, muy pruriginosas.

Historia clínica
Varón de 54 años, con DM1, insuficiencia renal crónica, amputación supracondílea bilateral, HTA, obesidad. Que acude por aparición de hace semanas de múltiples lesiones cutáneas costrosas en ambas manos y en los muñones de ambos MMII, no mejora con crema hidrate, se asocia a mucho prurito y a dolor.
Exploración física: lesiones costrosas negruzco-verdosas, mu queratósicas, en ambos dorsos de manos, y en los muñones de MMII, circulares y alargadas.
Pruebas complementarias: analítica con FG 6, HbA1c 11%, PCR 20.
Se realiza telederma y dan cita, realizando biopsia que se informa de colagenosis perforante.

Enfoque individual
Es un paciente que no lleva un adecuado cumplimiento, siempre tiene elevada la HBA1c, y no adherente ni a citas ni al tratamiento. Eso le ha llevado a tener una angiopatía periférica y nefropatía diabética en estado de preidálisis. La colagenosis perforante (más específicamente la dermatosis perforante adquirida) tiene una asociación clínica fuerte con la insuficiencia renal crónica (IRC) y la diabetes mellitus, especialmente en pacientes en hemodiálisis. Mecanismos fisiopatológicos relacionados: microangiopatía urémica (daño vascular dérmico que produce necrosis del colágeno, siendo similar al entorno microangiopático diabético). Prurito urémico (el rascado repetido induce fenómeno de Koebner) y alteraciones metabólicas (Acumulación de toxinas urémicas. cambios en calcio-fósforo y estrés oxidativo). Inflamación crónica sistémica.

Enfoque familiar y comunitario
Es un paciente que tiene apilamiento social porque no se relaciona con sus familiares y limitado en una silla de ruedas, se l ha tramitado cuidador y catering alimentario para que se alimente adecuadamente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Colagenosis perforante.
Diagnóstico diferencial: impétigo, enfermedad de Kyrl, elastosis perforante serpiginosa,dermatosis pruriginosas nodulares. Necrobiosis lipoídica.

Tratamiento, planes de actuación
Actualmente está en tratamiento con corticoides tópicos (clobetasol), fucidine para las infectadas, y ha entrado en diálisis recientemente.

Evolución
Mala evolución, no cicatrizan las heridas ni curan.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La colagenosis perforante es una enfermedad adquirida relacionada con la IRC y DM mal controlada. Es un acaso práctico que ayuda a conocer más las descompensaciones de la enfermedad metabólica.

Palabras clave
Reactive perforating collagenosis, dermatoses,transepidermal elimination.

Duelo patológico en persona mayor: acompañamiento y detección precoz en Atención Primaria

Rodríguez G[1], Bellerín García M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almonte. Huelva
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana.

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 72 años acude por insomnio, pérdida de peso y tristeza persistente desde hace 8 meses tras el fallecimiento de su esposo. Expresa "no tener ganas de nada" y culpa por no haber hecho más durante su enfermedad. Su hija refiere aislamiento progresivo y descuido del autocuidado.

Historia clínica
Antecedentes de hipertensión controlada y dislipemia. Tratamiento habitual: enalapril y simvastatina. Sin antecedentes psiquiátricos. No consumo de tóxicos. En la entrevista, llanto fácil, anhedonia y autocrítica constante. Niega ideación suicida activa, aunque verbaliza "no tener sentido la vida sin él". Exploración física sin alteraciones. GDS-15: 10 puntos (depresión probable). Escala de duelo complicado (ICG): 34 (indicativo de duelo patológico). Analítica con parámetros normales.

Enfoque individual
Se aborda el duelo como un proceso prolongado y desadaptativo con afectación funcional significativa. Se explica la diferencia entre duelo normal y duelo patológico. Se inicia intervención psicoeducativa, explorando rituales de despedida pendientes y fomentando la expresión emocional. Se pauta ejercicio suave diario, mejora del sueño higiénico y apoyo psicológico de baja intensidad en el CS. Se acuerda seguimiento quincenal y coordinación con psicología clínica para terapia de duelo.

Enfoque familiar y comunitario
La hija participa activamente en la recuperación, facilitando contacto con amistades y actividades grupales. Se promueve la inclusión en talleres de duelo y grupos de acompañamiento comunitario. Educación familiar sobre signos de alarma: ideación suicida, incapacidad funcional o síntomas psicóticos

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico principal: duelo patológico (prolongado y con disfunción emocional).
Diagnóstico diferencial: episodio depresivo mayor, distimia, demencia inicial.
Problemas: aislamiento, tristeza persistente, alteraciones del sueño, riesgo de cronificación.

Tratamiento, planes de actuación
Intervención psicosocial prioritaria: apoyo emocional, terapia de duelo, actividad física y socialización progresiva. Posible uso de antidepresivos si persiste el cuadro tras 6-8 semanas de terapia. Reevaluación mensual.

Evolución
A los 6 meses, mejora del ánimo y reinicio de actividades sociales y familiares. La paciente relata mayor aceptación de la pérdida y recuperación del sentido vital.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Atención Primaria es clave para detectar y acompañar el duelo patológico, ofreciendo un abordaje integral y coordinado que previene la cronificación y promueve la recuperación emocional.

Palabras clave
Duelo patológico, Atención Primaria, salud mental, envejecimiento, abordaje psicosocial, detección precoz.

Hidrocefalia normotensiva secundaria a Schwannoma vestibular: una causa tratable de trastorno de la marcha en el anciano

Flores Caparó G[1], Ramirez Carbajal P[2], Hurtado Capalvo B[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Santa Coloma de Gramenet. Barcelona
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP San Miguel. Granollers
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Santa Coloma de Gramanet, Barcelona

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias hospitalarios, con implicación posterior de Atención Primaria en el seguimiento.

Motivos de consulta

Deterioro progresivo de la marcha de seis meses de evolución, con empeoramiento en los dos últimos meses y caídas frecuentes.

Historia clínica

Mujer de 71 años que consulta por inestabilidad y dificultad creciente para la deambulación. Asociaba incontinencia urinaria de un año de evolución, en seguimiento por Ginecología sin mejoría, y quejas cognitivas leves de inicio subagudo sin estudio previo.

Enfoque individual

Antecedentes personales: hipoacusia bilateral portadora de audífonos, discopatía lumbar severa con claudicación a la marcha y pluripatología acorde a la edad. Independiente para actividades básicas hasta meses antes.
Anamnesis: empeoramiento funcional progresivo con impacto en su autonomía.
Exploración: constantes normales. Marcha a pequeños pasos, dificultad para el inicio, bloqueos en giros y arrastre bilateral, compatible con apraxia de la marcha. Sin focalidad neurológica ni déficit motor o sensitivo.
Pruebas complementarias: TC craneal con dilatación ventricular supratentorial y leucoencefalopatía crónica. RM craneal con estudio dinámico de LCR compatible con hidrocefalia normotensiva en el límite diagnóstico. Se objetiva además lesión expansiva de 2,4 × 1,9 cm en cisterna pontocerebelosa izquierda con extensión a conducto auditivo interno, compatible con Schwannoma vestibular grado IV de Koos.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente previamente autónoma, con progresiva sobrecarga familiar por aumento de dependencia y riesgo de caídas. Precisa coordinación entre niveles asistenciales para seguimiento y apoyo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Hidrocefalia normotensiva secundaria a schwannoma vestibular.
Diagnóstico diferencial inicial: patología lumbar degenerativa, deterioro cognitivo primario, hidrocefalia normotensiva idiopática, lesión ocupante de espacio.
Problemas identificados: riesgo de caídas, pérdida de autonomía y retraso diagnóstico potencial.

Tratamiento, planes de actuación

Interconsulta con Neurocirugía, decisión de seguimiento especializado tras estabilización clínica. Plan de control evolutivo y coordinación con Atención Primaria.

Evolución

Estabilización clínica al alta, pendiente de valoración terapéutica definitiva.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La tríada de trastorno de la marcha, incontinencia y deterioro cognitivo no debe atribuirse automáticamente a causas degenerativas en el anciano. Es imprescindible descartar etiología secundaria mediante neuroimagen. Este caso subraya el papel clave de Medicina de Familia y Urgencias en la detección precoz de causas potencialmente tratables y plantea la necesidad de protocolos de estudio coordinados ante sospecha de hidrocefalia normotensiva

Palabras clave
Hidrocefalia normotensiva. Schwannoma vestibular. Trastorno de la marcha

Doctora, tengo un bulto en la espalda

Marín Herlinger Mesa M[1], Tamariz Parra M[2], Mena Martín M[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Vélez-Málaga (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Axarquía. Distrito Axarquía. Málaga
[3] Enfermera. Hospital comarcal Axarquía. Málaga

Ámbito del caso
Visita domiciliaria primaria.

Motivos de consulta
Paciente de 88 años consulta por tumoración en espalda que ha crecido.

Historia clínica
Paciente de 88 años pluripatológico pide por consulta telefónica visita en domicilio porque el bulto que tenía en la espalda ha crecido en los últimos meses. 6 meses previos, le exploramos y se apreciaba una tumoración redonda 2 cm diámetro, indolora, a la palpación consistencia homogénea, en la zona supraescapular izquierda. En radiografía no se observó hallazgos patológicos. Ante el aspecto benigno no se realizó ningún otro procedimiento ni tratamiento, solo observación. Actualmente la exploración había cambiado: ahora era una tumoración grande de unos 5 cm, ya no era redonda, sino más bien piramidal, a la palpación de consistencia heterogénea, partes blandas y partes duras pétreas, muy adherido a plano, no doloroso, no movible, no afectaba a la funcionalidad del brazo ni hombro izquierdo. No síndrome constitucional.

Enfoque individual
Ante el cambio de la lesión, aumento significativo en pocos meses, cambios en su consistencia, en su apariencia, se decidió un Tac de la zona y preferente ante la sospecha de malignidad de la lesión.

Enfoque familiar y comunitario
Ante una sospecha de malignidad por cambios en la lesión con signos de alarma, debemos utilizar las pruebas que tengamos al alcance de la atención primaria para confirmar o descartar neoplasias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico: ganglión o quiste sinovial de la articulación acromioclavicular.
Diagnósticos diferenciales: lipomas, sarcomas, osteosarcoma, metástasis...
Problema: imposibilidad de solicitar Tac en primaria. Nos aclaró su diagnóstico. La otra alternativa habría sido derivar a alguna especialidad hospitalaria para que se solicitara la prueba complementaria. Esto enlentece su diagnóstico con posibilidad de empeorar pronóstico y supervivencia.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento conservador.
El plan de actuación es explicar al paciente y su familia que la lesión es benigna y no requiere tratamiento en la actualidad. Seguir observación y si en algún momento causa algún síntoma, se derivaría al traumatólogo.

Evolución
Actualmente asintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Utilidad de pruebas más completas utilizadas desde primaria, evitamos derivaciones innecesarias, podemos ser eficaces y resolutivos.
Es infrecuente la zona del ganglión.

Palabras clave
tumor, ganglión, quiste sinovial.

Doctora, este no es marido

Luque Rodríguez M[1], Romero Carrillo M[1], Arias Barrera P[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta
Hombre de 61 años consulta por episodios de malestar general con astenia intensa, diaforesis profusa, palidez cutánea y cefalea de instauración brusca de varios minutos de duración y recuperación progresiva. Varios episodios diarios, sin predominio horario. A veces acompañado de dolor torácico punzante irradiado a zona interescapular.

Historia clínica
Antecedentes personales: NO AMC. HTA. Dislipemia. Prostatitis hace años. No IQ. Es autónomo. Propietario de pequeña empresa. Sufre mucho estrés. Tratamiento: fenofibrato 145 mg/día, omeprazol 20 mg/día, lecarnidipino 10 mg/día, candersartan 16 mg/día.
Exploración física: TA 120/80. Eupneico. ACR: rítmico sin soplos. MVC. No edemas en MMII. No focalidad neurológica. Pulsos MMII normales.

Enfoque individual
Descartada patología cardiológica por cardiólogo privado. Modificamos antihipertensivo por baches hipotensivos, con mejoría, aunque no completa de los episodios de malestar general. Aporta a Medicina interna una RMN craneal realizada también de forma privada donde aparece silla turca aumentada de volumen con atrofia de parénquima glandular hipofisario. Ante la mejoría parcial de sintomatología dan alta para control por su MAP con diagnóstico de "probable baches hipotensivos". Volvemos a remitir 8 meses después por persistencia de episodios de malestar general, asociado a cefalea y sensación de oleada de calor ascendente, sin pérdida de conocimiento. También ha debutado con aneyaculación, disminución de libido y disminución de agudeza visual (que identificará más tarde como diplopía). Analítica con panhipopituitarismo (disminución de ACTH, TSH, cortisol, testosterona). En RMN Hipofisaria presenta lesión intra y supraselar de aspecto pseudoquistico sin componente sólido.

Enfoque familiar y comunitario
El paciente acude siempre con su pareja la cual se muestra muy preocupada porque su marido "ha dejado de ser el que era...". "este no es mi marido".

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: lesión intra y supraselar de 20 mm.
Diagnóstico diferencial: baches hipotensivos, ansiedad, adenoma hipofisario quístico, quiste de Rathke.

Tratamiento, planes de actuación
Se interviene y se diagnostica quiste de Rathke. Se administra tratamiento hormonal sustitutivo.

Evolución
Mejoría completa de síntomas generales y estado de ánimo. Persiste diplopía con campimetría normal. Esperando valoración por oftalmología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
No siempre la explicación más plausible es la verdadera. A veces no se poner en suficiente valor las pruebas y valoraciones realizadas en ámbito privado.

Palabras clave
Malestar general, cefalea, panhipopituitarismo, lesión selar.

Paraganglioma incidental en el estudio de lumbalgia crónica desde Atención Primaria

Galindo Cruz E[1], González López M[2], Iturralde Ramos C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campohermoso
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Benahadux

Ámbito del caso

Atención Primaria, medio rural. Nivel hospitalario.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Varón de 57 años con prediabetes en tratamiento con metformina sin otros antecedentes relevantes, consulta por lumbalgia baja de un año de evolución irradiada a región paravertebral y caderas de predominio nocturno y con rigidez matutina, con escasa respuesta a tratamiento analgésico y episodios recurrentes con incapacidad laboral.

Exploración física: maniobras de Lasègue y Bragard negativas, pruebas sacroilíacas negativas y dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbares y región facetaria bilateral.

En Atención Primaria se solicitaron pruebas de imagen: la radiografía lumbar mostró pinzamiento L5–S1 y cambios degenerativos en cadera izquierda. RM lumbar y sacrococcígea sin contraste que evidenció estrechamiento foraminal L3–L4 y hallazgo incidental de lesión pararrenal anterior izquierda sugestiva de quiste hidatídico. Ante dichos hallazgos, se realiza derivación preferente a Cirugía General.

Enfoque individual

Evolución del proceso: durante la valoración por Cirugía General, la serología para *Echinococcus granulosus* fue negativa. Se completa estudio mediante TC abdominopélvico y RM abdominal con contraste objetivándose lesión 75 mm craneocaudal y 79 × 71 mm en eje axial en contacto con glándula suprarrenal, páncreas y riñón izquierdo con septos internos no caracterizable por imagen; CA 19-9 negativo y estudio endoscópico descartó continuidad con páncreas. Se deriva a Endocrinología para descartar origen suprarrenal que reveló elevación de metanefrinas urinarias con resto hormonal normal, hallazgos compatibles con paraganglioma.

Enfoque familiar y comunitario

Originario de Marruecos, en España desde hace 3 años. Trabajador en un invernadero.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: masa retroperitoneal con aumento de metanefrinas compatible con paraganglioma. En dolor lumbar crónico

Diagnóstico diferencial: lumbalgia degenerativa, inflamatoria y causa visceral; ante la lesión retroperitoneal, considerar tumor adrenal primario, paraganglioma/feocromocitoma, tumor pancreático y quiste hidatídico.

Tratamiento, planes de actuación

Pendiente de nueva determinación de metanefrinas, se valorará la realización de estudio de medicina nuclear con MIBG (metayodobencilguanidina).

Evolución

Favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso destaca el papel del médico de familia en la detección de hallazgos incidentales relevantes mediante pruebas de imagen y aporta como novedad la presentación de un paraganglioma como hallazgo incidental en una lumbalgia crónica atípica, forma de debut inespecífica que puede retrasar el diagnóstico siendo de gran importancia la coordinación multidisciplinar.

Palabras clave
Dolor lumbar atípico; masa retroperitoneal; metanefrinas

Ese ganglio tenía algo que contar

García Hernández D[1], Rojas Saborido L[2], Galindo Carrasco J[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga
[2] MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichon. Málaga

Ámbito del caso
Medicina Interna, Oncología Médica.

Motivos de consulta
Paciente de 21 años que consulta por tumoración a nivel cervical izquierdo de un mes de evolución.
A la exploración: se palpan adenopatías de consistencia elástica, no dolorosas, alguna de ellas de más de 1 cm y no adheridas a planos profundos.
Se realiza ecografía clínica con sonda lineal en consulta donde se objetiva múltiples adenopatías en región cervical izquierda, la mayor de ellas 2 cm de contenido heterogéneo. Se solicita analítica de sangre con serología (VIH, VEB, CMV…) con resultados negativos; en hemograma se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia. Se realiza derivación a Medicina Interna. Tres meses después, aun sin ser valorada por Medicina Interna, la cadena ganglionar aumenta de tamaño y comienza con dolor por lo que se deriva a Urgencias. Es ingresada en Medicina Interna donde realizan PPCC (BAG, Ecografía cervical, ecografía abdominal, Radiografía tórax, TC cérvico-torácico).

Historia clínica
Antecedentes personales: NAMC. Sin AP.

Enfoque individual
La ecografía realizada en consulta permitió objetivar múltiples adenopatías, una de ellas heterogénea de 2 cm en paciente joven, lo que justificó un estudio ampliado.

Enfoque familiar y comunitario
Desde el punto de vista familiar:
- Paciente joven, etapa laboral activa.
- Impacto emocional significativo ante sospecha de patología potencialmente grave.
- Necesidad de acompañamiento, contención y comunicación.

Desde el comunitario:
- Importancia de la accesibilidad a pruebas complementarias.
- Coordinación con Medicina Interna.
- Continuidad asistencial tras ingreso hospitalario.

El médico de familia actúa como puerta de entrada hacia una atención hospitalaria especializada.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
- Síndrome Linfoproliferativo.
- Adenitis reactiva infecciosa.
- VIH.
- Mononucleosis.
- Adenopatía bacteriana.
- Tuberculosis ganglionar.
- Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin.

Tratamiento, planes de actuación
- Acompañamiento emocional.
- Coordinación con Medicina Interna/Oncología.
- Valoración impacto psicosocial.

Evolución
Ante aumento de tamaño y dolor, la paciente acude a Urgencias, donde se decide ingreso para estudio completo. Se realizan pruebas complementarias orientadas a confirmar o descartar síndrome linfoproliferativo. AP: linfoma de Hodking clásico. Se deriva a Oncología, pendiente de valoración de tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
- La adenopatía persistente en paciente joven requiere estudio estructurado.
- La ecografía clínica en Atención Primaria mejora la capacidad resolutiva.
- El tamaño >2 cm y persistencia >4 semanas son criterios de malignidad.
- La ausencia de síntomas B no descarta patología maligna.
- El médico de familia desempeña un papel clave en la detección precoz, estratificación del riesgo, coordinación diagnóstica y acompañamiento emocional.

Palabras clave
Adenopatía; linfoma; ecografía

Indagación del síndrome miccional

Berdonces Fernández M[1], Huertas Barros M[1], Merino de Haro I[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cenes de la Vega. Granada

Ámbito del caso
CS de Cenes de la Vega. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

Motivos de consulta
Dolor en fosa renal izquierda. Molestias urinarias. Polaquiuria. Fiebre/febrícula.

Historia clínica
Sin AP de interés.

Enfoque individual
Paciente de 55 años sin AP de interés que acude a AP de urgencias por cuadro de dolor en FRI con molestias urinarias.
Acude de nuevo a consulta refiriendo persistencia del cuadro, las PPCC (UC y sedimento) no resultaron patológicos, se pauta analgesia, pero la paciente vuelve a consultar por persistencia de los síntomas tras 10 días. En ese momento se realiza ecografía de vías urinarias apreciándose tumoración en RI a filiar(15x15) redondeada, falta de diferenciación cortico-medular, con falta de captación de Doppler, no apreciamos shunt vesical por falta de líquido interior.

Enfoque familiar y comunitario
No requirió.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: tumoración renal izquierda a filiar.
Diagnóstico diferencial: quiste de Bosniak de alto grado, quistes complejos, desestructuración por hidronefrosis terminal secundaria a litiasis renal junto con quiste cortical complejo de alto grado, angiomiolipoma gigante.

Tratamiento, planes de actuación
Se remite a la paciente de manera preferente a servicio de urología.
Se solicita prueba de imagen complementaria (ecografía +/- TAC abdomino-pélvico)
Se explica a la paciente hallazgos y se refieren signos de alarma por los cuales acudir a urgencias.

Evolución
Se realiza ecografía en servicio de radiodiagnóstico: riñón izquierdo de ecogenicidad normal, con lesión adyacente de 10,4 x 9,4 x 15,2 (cm), de ecogenicidad heterogénea y con vascularización al estudio Doppler color.
Es vista en consulta de urología solicitándose uro-TAC y estudio de extensión. Estudio de extensión positivo con múltiples metástasis (hepáticas, pulmonares) se describe tumoración de gran tamaño con áreas de necrosis y calcificaciones en su interior.
Diagnóstico tras AP: carcinoma renal de células claras con diferenciación sarcomatoide.
Mala evolución de paciente. La paciente sufre una peritonitis secundaria a perforación por extensión tumoral. Se procede a sedación de la paciente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
No todo síndrome miccional representa una infección del tracto urinario debemos de estar atentos a otros signos de alerta y alarma. Por otra parte señalar la importancia de la formación y el uso de ecografía clínica como prolongación de la exploración física permitiendo una mejor resolución diagnóstica de diversos escenarios clínicos.

Palabras clave
Carcinoma renal de células claras, diferenciación sarcomatoide, STUI

No me sale la voz del cuerpo

Jiménez Felices C[1], Aguilera Losada M[1], Andrés Belmonte C[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Oliveros. Almería
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria. Urbano

Motivos de consulta
Disfonía de varios meses de evolución, que la paciente relaciona con cuadro de infección respiratoria por lo que no consultó con anterioridad, además de astenia y malestar general.

Historia clínica
Antecedentes personales: dislipemia, artritis reumatoide, tuberculosis en la infancia con fibrosis residual.
En la exploración física se aprecia tumoración de 1.5cm a nivel para traqueal izquierda por lo que hacemos tele consulta a endocrinología.
Se deriva a otorrinolaringología que con fibroscopio aprecia parálisis unilateral de cuerda vocal izquierda, solicitando tac de cuello y tórax para completar estudio.

Enfoque individual
La paciente vive con gran ansiedad todo el proceso pero confía en nuestro buen hacer.

Enfoque familiar y comunitario
El acceso a la tele consulta agiliza nuestro trabajo y disminuye listas de espera lo que beneficia a toda la comunidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Parálisis cuerda vocal unilateral. Bocio multinodular intratorácico. Cáncer de tiroides.

Tratamiento, planes de actuación
La paciente actualmente se encuentra pendiente de completar estudio pero posiblemente el tratamiento definitivo sea quirúrgico.

Evolución
Se realiza tac de cuello y tórax con resultado de glándula tiroidea izquierda aumentada de tamaño con componente endotorácico multinodular y con calcificaciones, por lo que se recomienda completar estudio ecografía y PAAF ante la sospecha de cáncer de tiroides.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Gracias a la rápida actuación de su médico de familia y al adecuado manejo del caso, apoyado por la tele consulta, nuestra paciente pudo beneficiarse de un rápido acceso a la atención especializada y por tanto pudo realizarse las exploraciones complementarias de forma precoz y podrá acceder cuanto antes al tratamiento definitivo.

Palabras clave
Disfonía, parálisis cuerda vocal, cáncer tiroides, bocio multinodular intratorácico, tele consulta

Doctora, ¿y la dejamos en casa? Adecuación terapéutica en paciente frágil

Bernal Pavón L[1], Martos Borrego M[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alozaina. Alozaina (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DA Valle del Guadalhorce. CS Cártama. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, atención domiciliaria.

Motivos de consulta
Dolor en pie derecho de 2 semanas de evolución en paciente DABVD con Enfermedad de Alzheimer avanzada.

Historia clínica
Mujer de 96 años de edad, encamada desde hace 5 años por EA avanzada, comunicación limitada a sonidos guturales y contacto visual, sin otros antecedentes clínicos de interés. Avisan familiares por dolor/malestar en pie derecho de 2 semanas, con exploración anodina y dándose recomendaciones. En días posteriores comienza con eritema localizado en primer dedo, coloración violácea y posteriormente necrosis seca de dicho dedo. Seguimiento continuado conjunto con enfermería, con progresión hacia zona dorsal/plantar pie, frialdad, con ausencia de pulsos. En todo momento afebril, sin signos de infección sistémica, con dolor controlado, solo algo molesta durante las curas. Un mes después comenzó con clínica similar en pie contralateral.

Enfoque individual
Tras valoración conjunta con la familia y debido a su situación basal (fragilidad, dependiente, deterioro cognitivo severo), se informa del diagnóstico y evolución de la enfermedad, decidiéndose conjuntamente manejo conservador, priorizando medidas de confort, control del dolor, curas locales y seguimiento estrecho domiciliario.

Enfoque familiar y comunitario
Comunicación con la familia, haciéndoles partícipes en toma de decisiones, pronóstico y tratamiento más adecuado.
Adecuación del esfuerzo terapéutico, evitando derivaciones hospitalarias y priorizando manejo domiciliario y control sintomático.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Isquemia vascular distal avanzada.
Diagnóstico diferencial con úlcera por presión, celulitis, vasculitis.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento conservador, con curas locales, analgesia pautada y seguimiento estrecho.

Evolución
Empeoramiento progresivo, con avance de necrosis hacia zona proximal.
Afectación contralateral incipiente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es importante realizar una valoración integral del paciente, teniendo en cuenta el estado cognitivo, nivel de dependencia, comorbilidad y soporte familiar. En estos pacientes las intervenciones invasivas no aportan beneficio, siendo lo más conveniente la adecuación del esfuerzo terapéutico y un enfoque paliativo orientado a confort, calidad de vida y control del dolor. La Atención Primaria desempeña un papel crucial en estos pacientes, donde el seguimiento, acompañamiento y confort son los pilares fundamentales cuando el curar no es posible.

Palabras clave
Atención domiciliaria, adecuación terapéutica, cuidados paliativos

La importancia del seguimiento

Rodríguez Ruiz P[1], Martín Aguilera A[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[2] Granada

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Lesión en cuello que va aumentando de tamaño, a lo largo de un mes.

Historia clínica
Paciente mujer de 49 años que consulta por la aparición de una masa en región cervical anterior en línea media, de un mes de evolución. A la exploración se observa una masa irregular, rosa mamelonada, superficie brillante con telangiectasias, que mide 4x4 cm. No se palpan adenopatías cervicales ni axilares.
Inicialmente se trata con mupirocina tópica junto con amoxicilina 875 mg/clavulánico 125 mg 30 comprimidos, ya que por supuración de la lesión, impresiona de absceso, sin mejoría.
Un mes después, la paciente vuelve a consultar por persistencia de la lesión.
Se realiza teleconsulta a dermatología que cita a la paciente en consulta para valoración, donde deciden realizar una biopsia tipo punch de la lesión.
Al realizarse biopsia resulta que se trata de un linfoma T cutáneo.

Enfoque individual
Paciente de 49 años sin antecedentes de interés ni alergias conocidas.
La paciente por una lesión cutánea de reciente aparición, sin otra clínica acompañante.
Se deriva a la paciente ante la persistencia de la lesión tras un primer tratamiento, bajo la sospecha inicial de un absceso.

Enfoque familiar y comunitario
El aprendizaje de este caso, para mí radica en la continuidad asistencial. Ver a la misma paciente varias veces y poder observar como evoluciona la lesión. Participar del proceso diagnóstico y terapéutico desde lo más bonito que tiene la atención primaria, acompañar a la paciente en cada etapa, ayudar a manejar la incertidumbre y mostrarnos disponibles para ella, como su Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Desde Atención Primaria el diagnóstico diferencial era entre absceso cutáneo vs carcinoma basocelular
Desde dermatología el diagnóstico diferencial fue entre linfoma cutáneo vs dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP)

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza a la paciente derivación a hematología para descartar enfermedad sistémica, mediante biopsia de médula ósea y PET-TAC.
Se deriva a medicina preventiva para estudio de estado inmunológico y actualizar vacunas pendientes de cara a tratamientos inmunosupresores.

Evolución
La paciente permanece asintomática, pendiente de los resultados de las pruebas complementarias.
Vacunada de neumococo 20 y herpes zóster. Preparada, confiada y acompañada de lo que pueda venir.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La importancia de la continuidad asistencial.

Palabras clave
Linfoma T cutáneo, absceso, Atención Primaria

Pioderma gangrenoso como diagnostico diferencial

Martos Borrego M[1], Bernal Pavón L[2]

[1] CS Cartama Estación
[2]. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alozaina. Málaga

Ámbito del caso

Desde Atención Primaria se realizó diagnóstico inicial y manejo sintomático de lesiones cutáneas dolorosas agudas. Se inicia el tratamiento precoz a pesar de incertidumbre diagnostica para evitar complicaciones en paciente con elevada comorbilidad.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 81 años consulta por aparición de lesiones cutáneas dolorosas en antebrazo izquierdo de 5 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes: colitis ulcerosa, demencia con cuerpos de Lewy, cardiopatía isquémica, implante valvular aórtico.
Tratamiento crónico: mesalazina, enalapril, furosemida, AAS, clometiazol, gabapentina, risperidona.
Exploración: lesiones vesiculosas serohematicas, no malolientes, nódulos satélites, bordes violáceos, centro socavado tras drenaje, EVA 8.

Enfoque individual

En un primer momento se valoró la correlación de las lesiones con su patología de base (colitis ulcerosa), sin olvidar que se trata de una paciente polimedicada por lo que se revisó posibles nuevos tratamientos e interacciones medicamentosas.

Enfoque familiar y comunitario

Se aborda de forma comunitaria preservando la fragilidad de la paciente, polifarmacia y reforzar el papel del cuidador principal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: pioderma gangrenoso
Diagnóstico diferencial: herpes zóster, celulitis bacteriana, dermatosis neutrofílica.

Tratamiento, planes de actuación

Se sospecha pioderma gangrenoso y se programan curas locales para evitar sobreinfección y manipulación no controlada. Se inicia corticoterapia vía oral y analgesia vía oral primer y segundo escalón.
Se deriva a la paciente a Dermatología de forma preferente para mejor diagnostico diferencial de las lesiones.

Evolución

Los siguientes días la paciente continua con más dolor por lo que consultan en urgencias hospitalarias. Pautaron valaciclovir y antibioterapia empírica por sospecha de Herpes Zoster sobre infectado. La paciente continuó además con la pauta de corticoterapia pautada inicialmente.
Tras revisar a la paciente 2 semanas después las lesiones habían desaparecido casi en su totalidad. Tras valoración por Dermatología posteriormente no se pudo realizar diagnostico diferencial certero por resolución de las mismas pero mantuvieron la sospecha diagnostica de Pioderma Gangrenoso al visualizar imágenes de lesiones iniciales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El pioderma gangrenoso debe considerarse ante lesiones ulcerosas dolorosas de bordes violáceos, especialmente en pacientes con EII. Pueden simular infecciones cutáneas retrasando su tratamiento adecuado. El diagnóstico es clínico y de exclusión. Su diagnóstico precoz evita retraso terapéutico y complicaciones.

Palabras clave
Pioderma gangrenoso, colitis ulcerosa, úlcera cutánea dolorosa, herpes zóster

Tengo fiebre

Rodríguez Ruiz P[1], Martín Aguilera A[2]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Maracena. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Fiebre de 2 meses.

Historia clínica
Paciente sin enfermedades previas ni alergias conocidas consulta por fiebre de dos meses de evolución.
Valorado en urgencias de Atención Primaria como cuadro catarral. En la anamnesis dirigida el paciente nos cuenta que ha perdido peso y que se encuentra muy cansado.
A la exploración abdominal se palpa esplenomegalia. No adenopatías cervicales ni axilares. Se realiza ecografía en CS donde se observa imagen dudosa en bazo. Solicito analítica con reactantes de fase aguda elevados. Con todo esto derivo a medicina interna para estudio de síndrome constitucional.

Enfoque individual
El paciente iba perdiendo peso y cada vez estaba más cansado. Comenzó a tener lesiones cutáneas en las manos junto con inflamación en un tobillo. Fue a urgencias por dactilitis y entesitis, donde le pautaron antibiótico sospechando una celulitis, con lo que mejoro la fiebre. Ante la reaparición de fiebre pauté corticoides, con mejoría clínica.

Enfoque familiar y comunitario
Se trata de un paciente de 50 años, sin patología previa que llega dos meses tomando medicación para poder ir a trabajar a pesar de la fiebre. Ofrezco al paciente en varias ocasiones la baja laboral pero refiere tener mucho trabajo como camarero, no pudiéndose permitir un descanso a pesar de mis recomendaciones. Al final, mi trabajo consistió en acompañar al paciente y a su mujer, revisarlo en consulta y encaminarlo en el proceso diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Fiebre sin foco.
Diagnóstico diferencial: linfoma vs cáncer de colon vs vasculitis.

Tratamiento, planes de actuación
En consulta de medicina interna le solicitan colonoscopia y TEC PAT, donde descartar cáncer de colon y vasculitis. Lo curioso de este caso es que se encuentran infartos esplénicos. No se pauta tratamiento ya que el paciente llega sin fiebre a la consulta.

Evolución
El paciente se encuentra bien, sin fiebre.
Un día acude a consulta por dolor de hombro y comenta que le sigue doliendo la zona del bazo. Reviso la analítica y descubro un IGRA positivo, por lo que vuelvo a mandar al paciente a medicina interna, esta vez a enfermedades infecciosas, para descartar la tuberculosis como origen de todo el cuadro clínico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La continuidad asistencial ha sido la clave para resolver este caso.

Palabras clave
Atención Primaria, linfoma, vasculitis

Mucormicosis rinocerebral en paciente diabético: cuando lo común esconde lo excepcional

López Hernanz, Á.[1], Navarro Guerra M[2], Reynoso De Oleo P[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cañada Rosal. Sevilla
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Luisiana/Fuentes de Andalucía
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Luisiana/Cañada Rosal

Ámbito del caso
Atención Primaria y segundo nivel asistencial.

Motivos de consulta
Cefalea.

Historia clínica
Consulta en Atención Primaria por cefalea opresiva de dos días de evolución, de predominio nocturno, sin fiebre ni focalidad neurológica.
Exploración anodina. Al día siguiente acude de urgencias por mayor somnolencia y es derivado a urgencias. El TAC craneal muestra sinusopatía esfenoidal y etmoidal; PCR 114 mg/L y LCR normal. Es dado de alta con diagnóstico de rinosinusitis aguda y amoxicilina-clavulánico.

Enfoque individual
Varón de 73 años, diabético tipo 2 en tratamiento con metformina/saxagliptina y dapagliflozina, dislipémico, exfumador reciente, portador de marcapasos por bloqueo AV completo, con psoriasis y síndrome de apnea del sueño.

Enfoque familiar y comunitario
Jubilado de encargado de obra tras 40 años de exposición a polvo de construcción y materia orgánica en entorno rural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Inicialmente rinosinusitis aguda.
Diagnóstico diferencial: rinosinusitis complicada, AIT, ictus isquémico, neoplasia (mieloma, metástasis), infección fúngica invasiva. Mucormicosis rinocerebral con invasión ósea, causante de ictus por compresión vascular.

Tratamiento, planes de actuación
Desde AP. paracetamol, dos derivaciones urgentes a hospital (días +1 y +48), seguimiento estrecho con múltiples consultas, coordinación con ORL y Neumología. Desde hospital: amoxicilina-clavulánico, levofloxacino, corticoides (ORL), AAS, anfotericina B liposomal, desbridamiento quirúrgico, sedación paliativa.

Evolución
Durante las semanas siguientes realiza múltiples consultas en AP. ORL pauta levofloxacino y corticoides sistémicos, con mejoría transitoria, aunque con descompensación hiperglucémica (glucemia 373 mg/dl). Cuarenta y siete días después del inicio presenta somnolencia, confusión y desviación autolimitada de la comisura bucal. El TAC urgente revela lesión isquémica en corona radiata e invasión ósea agresiva del esfenoides, inexistente en la imagen previa. La RMN confirma múltiples focos isquémicos.
La biopsia practicada por ORL establece el diagnóstico definitivo: mucormicosis rinocerebral con invasión de estructuras vasculares adyacentes, fallece en dos meses desde el inicio tras sedación paliativa consensuada.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El caso ilustra cómo una cefalea aparentemente banal en un paciente diabético puede ocultar una infección fúngica invasiva excepcional, la mucormicosis rinocerebral, cuya incidencia se estima en 0,5–1 caso/millón/año y cuya mortalidad alcanza el 50–85%. En Atención Primaria, la persistencia del dolor, la PCR elevada y la mala evolución clínica en un paciente de riesgo deben reforzar la sospecha y acelerar la reevaluación diagnóstica.

Palabras clave
Mucormicosis, Atención Primaria de salud, diabetes mellitus

Inestabilidad de la marcha y parálisis facial en Atención Primaria: sospecha precoz de síndrome de Guillain-Barré tras infección por CMV

OFarrill Quiala D

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria. Derivación a Servicio de Urgencias hospitalarias y posterior ingreso en Neurología.

Motivos de consulta

Inestabilidad progresiva de la marcha y parálisis facial periférica izquierda.

Historia clínica

Mujer de 22 años, sin antecedentes relevantes, diagnosticada días antes de síndrome mononucleósico por CMV. Consulta por empeoramiento progresivo de la estabilidad en la marcha de 2–3 días y aparición de parálisis facial periférica izquierda.

En Atención Primaria presenta Glasgow 15/15, parálisis facial periférica izquierda, marcha atáxica con aumento de la base y Romberg positivo. Fuerza y sensibilidad conservadas, sin signos meníngeos ni focalidad central. Ante la progresión clínica y el antecedente infeccioso se decide derivación urgente.

En Urgencias, TAC craneal sin hallazgos. Neurología objetiva arreflexia en miembros inferiores. La punción lumbar muestra disociación albúmino-citológica y el estudio neurofisiológico es compatible con polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda desmielinizante (síndrome de Guillain-Barré.

Enfoque individual

Paciente joven previamente sana que consulta por empeoramiento funcional progresivo tras proceso infeccioso reciente. Se realiza valoración integral incluyendo antecedentes, evolución temporal y exploración neurológica completa, priorizando la detección de signos de alarma y el impacto en la autonomía para la marcha.

Enfoque familiar y comunitario

Acude acompañada de su madre y se informa de la sospecha clínica y necesidad de derivación urgente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Inestabilidad progresiva de la marcha en contexto postinfeccioso.

Diagnóstico diferencial: romboencefalitis y neuropatía periférica inflamatoria, Se consideraron patología central aguda (ictus de tronco/cerebelo).

Tratamiento, planes de actuación

Derivación urgente hospitalaria para valoración neurológica. Tras confirmación diagnóstica se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y seguimiento por Neurología.

Evolución

Durante el ingreso presentó mejoría clínica progresiva, con recuperación parcial de la fuerza y estabilidad, siendo dada de alta con seguimiento especializado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La exploración neurológica sistemática y la identificación de progresión clínica en Atención Primaria permiten sospechar precozmente síndrome de Guillain-Barré y facilitar tratamiento específico temprano, mejorando el pronóstico funcional.

Palabras clave

Guillain-Barré; Atención Primaria; inestabilidad de la marcha; polirradiculoneuropatía

Doctora, me duelen las manos pero, ¿por qué casi siempre tengo conjuntivitis?

Torronteras Prados G[1], González Mata A[1], Carrasco Gómez F[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas. Sevilla
[2] Estudiante de medicina en la Universidad de Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Artralgias en manos y/o policonsulta.

Historia clínica
Varón de 50 años acude a consulta de su CS porque desde hace 14 años presenta episodios autolimitados,15 días de duración, de artralgias en manos, "conjuntivitis" y descamación dolorosa nasal y bucal acompañadas de lesiones vasculíticas indolorosas por todo el cuerpo. Antes, el periodo interbrote era de 6 meses de duración, últimamente están aumentando tanto en intensidad de la clínica como en frecuencia.
Durante los episodios, comenta además cefalea y fiebre algunos días. Niega lesiones cutáneas genitales, anteriormente tuvo episodios de descamación y dolor a nivel uretral.

Enfoque individual
El paciente acude a consulta en su seguimiento por incapacidad temporal de neoplasia de colon y comenta los episodios de fiebre, artralgias y lesiones cutáneas. Refiere además que ha comenzado con episodios recurrentes de cólicos renoureterales desde que lo intervinieron el año pasado.
Antecedentes: intervenido de adenocarcinoma de colon infiltrante bien diferenciado con hemicolectomía derecha, hace un año.
Padre diagnosticado de cáncer de colon a los 72 años. Tres primos maternos con enfermedad de Crohn.
Exploración: abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias ni puntos dolorosos. Piel: lesiones vasculíticas por todo el cuerpo de predominio en miembros.
Pruebas complementarias: analítica con anticuerpos, serología de virus y reactantes de fase aguda negativos.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente con buen soporte familiar, bueno como factor protector psicológico. Es activo, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Actualmente trabaja y estudia un grado universitario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome de TRAPS (Factor de necrosis tumoral asociado a síndrome periódico)
Enfermedad de Behçet, vasculitis, eritema multiforme, fiebre mediterránea familiar o síndrome de TRAPS.
Impacto emocional, ante un paciente que tiene que hacer convivencia con antecedente oncológico.
Desarrollo de amiloidosis secundaria a inflamación crónica.
Necesidad de coordinación entre atención primaria y reumatología/dermatología.

Tratamiento, planes de actuación
Colchicina, metotrexato y ácido fólico.

Evolución
Actualmente en seguimiento por reumatología y pendiente de cambio de tratamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya la importancia de la Atención Primaria en la detección de enfermedades autoinflamatorias raras, destacando el valor de la continuidad asistencial, la visión integral del paciente y la coordinación multidisciplinar para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico.

Palabras clave
Artralgia, Médicos de Atención Primaria, factor de necrosis tumoral alfa

Uso inadecuado de insulina como causa de hipoglucemia: la importancia de revisar el botiquín

García Barea G[1], Luna Carretero M[1], Caballero Infante M[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cortes de la Frontera. Málaga
[3] Enfermera de MFyC. Consultorio Cortes de Cortes de la Frontera. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hipoglucemias de repetición.

Historia clínica
Mujer de 74 años que avisa de forma urgente a nuestro equipo de atención primaria por hipoglucemia severa. Refiere múltiples hipoglucemias en los últimos meses.

Enfoque individual
Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina/canagliflozina, insulina basal y prandial. Artritis psoriásica, osteoporosis, dislipemia, síndrome depresivo y asma en tratamiento con metotrexato, ácido fólico, fluoxetina, mirtazapina, diazepam, calcifediol, simvastatina, montelukast y trimbow.

Enfoque familiar y comunitario
Vive sola. Múltiples cuidadoras ocasionales. Escaso apoyo sociofamiliar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hipoglucemia por uso de insulina en mal estado. *Diagnóstico diferencial:* ayuno prolongado, alteraciones endocrinas.
Durante la valoración en domicilio se revisa el botiquín y se detecta que la insulina de acción rápida usada por la paciente está caducada desde 2021.

Tratamiento, planes de actuación
Revisión del botiquín, una valoración integral del tratamiento y de la adherencia terapéutica y una reposición del tratamiento caducado.

Evolución
La revisión domiciliaria del botiquín y la valoración de la adherencia terapéutica, permitió identificar este incidente y evitar daños graves.
Así mismo, se llevó a cabo una intervención breve incluyendo entrevista motivacional, educación sanitaria y seguimiento a corto plazo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El hallazgo de insulina caducada supone un problema de seguridad por el comportamiento inesperado de la misma, con los riesgos que ello supone para la paciente, además de evidenciar un problema de adherencia terapéutica por no renovar recetas a tiempo, no organizar adecuadamente el stock de insulina, dificultades económicas o de acceso a la farmacia o la falta de comprensión sobre conservación y caducidad. La falta de adherencia es un problema frecuente en Atención Primaria, especialmente en pacientes pluripatológicos y polimedicados.
Además, este caso pone de manifiesto la importancia de las revisiones periódicas del botiquín y de valorar la adherencia más allá de la toma de medicación, incluyendo la conservación y caducidad, detectar situaciones de riesgo social que puedan comprometer la seguridad del tratamiento y coordinar intervenciones desde el equipo de atención primaria para mejorar el autocuidado y reducir eventos adversos.

Palabras clave
Hipoglucemia; adherencia terapéutica; visita domiciliaria.

No todo es desánimo doctor

Torronteras Prados G[1], Mesa Rodríguez P[2], Contreras Gómez D[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Raquialgia.

Historia clínica
Mujer de 62 años que acude a consulta por raquialgia de larga evolución y de características mecánicas. En la exploración el dolor es más acentuado a nivel cervical y lumbar. La mujer tras ser explorada en la consulta de atención primaria es derivada al servicio de traumatología.

Enfoque individual
La paciente viene a consulta para revisión de su incapacidad temporal con desánimo e inapetencia por realizar cualquier actividad, "no tengo ganas de salir". Refiere cervicalgia que se irradia hacia la garganta y lumbalgia de años de evolución. Además nos comenta que ya ha sido valorada en la mutua.
Antecedentes personales: hipertensión.
Exploración: Lasegue y Bragard, Romberg, Barre, negativos. No pérdida de fuerza ni sensibilidad en los cuatro miembros. Marcha de talón y puntillas normal.
Pruebas complementarias: Rx columna cervical: rectificación de la lordosis cervical, espondiloartrosis y fusión de últimas vértebras. Rx columna dorsolumbar: escoliosis dorsal, signos de artrosis. RM columna cervical, conclusiones: escoliosis cervical levoconvexa, rectificación fisiológica y disminución del diámetro de C5 y C6 asociado a hemifusion posterior de disco rudimentario, Síndrome de Klippel-Feil.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente con buen soporte familiar, casada y con dos hijos de 29 años varón y 32 años mujer. Refiere que desde hace pocos meses sus hijos se han independizado, impresiona de "nido vacío".

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: síndrome de Klippel-Feil.
Diagnóstico diferencial: artrosis, fibromialgia, trastorno del ánimo, hernia discal.
Identificación de problemas: necesidad de coordinación entre Atención Primaria, Traumatología y Rehabilitación. Evitar medicalización del estado emocional. Abordaje multidisciplinar del dolor crónico.

Tratamiento, planes de actuación
Ha iniciado tratamiento con escitalopram y esta apuntada a los grupos GRAFA (Grupos de Apoyo Familiar y Comunitario) que tienen lugar en el CS dos veces a la semana.

Evolución
Si pese a ello la paciente no mejorara, tras esperar un tiempo, se realizaría interconsulta a Unidad de salud mental.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso es especialmente relevante en Atención Primaria porque refleja la necesidad de un enfoque integral del dolor crónico. Por un lado, demuestra la importancia de no atribuir el desánimo exclusivamente a un trastorno afectivo sin descartar patología orgánica, como el Síndrome de Klippel-Feil, que puede permanecer infradiagnosticado hasta edades avanzadas.

Palabras clave
Dolor de cuello, Fibromialgia, Médicos de Atención Primaria

"No todo es ciática"

Manzano López C[1], Manzano López M[2], León Arévalo I[1]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor en MID y lumbalgia.

Historia clínica
Acude a consulta un paciente de 62 años para renovar la incapacidad temporal por lumbalgia. Presentaba dolor en zona lumbar que se irradiaba a MID, como un calambre.

Enfoque individual
Como *antecedentes personales* presentaba múltiples factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes, antecedentes de cardiopatía isquémica con implantación de stents, entre otros. Tras describir el dolor punzante en MID al caminar, por el que tiene que pararse, añade que últimamente siente que le cambia la coloración de la pierna. Se había realizado RMN lumbar sin signos de discopatía.
A la exploración física se ven escasos signos tróficos en piel, ausencia de pulso pedio, aunque pulso femoral conservado y pulso poplíteo débil, además de disminución de sensibilidad en dedos del pie.
Se realiza ecografía al final de la consulta y se aprecia disminución del flujo en Doppler en zona distal.

Enfoque familiar y comunitario
Ánimo depresivo por fallecimiento de hijo por muerte súbita.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Isquemia arterial crónica IIB de Fontaine en miembro inferior derecho.

Tratamiento, planes de actuación
Dada la sospecha de isquemia arterial se deriva a Cirugía Vascular para continuar estudio y solicitud de TAC con contraste. Se le recomienda al paciente dejar de fumar, se propone tratamiento para ello y se revisa la medicación para mejorar el control de hipertensión y diabetes.

Evolución
Continua pendiente de estudio. Ha dejado de fumar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Era nueva en el cupo, no conocía al paciente y dado que estaba estudiándose por ciática, al principio achaqué ese dolor en la pierna a algo traumatológico. Tras comentarme esos cambios de coloración en la pierna y por sus antecedentes, comencé a sospechar algo tipo isquémico. Como conclusión, recalcar la importancia de "abrir la mente" y escuchar al paciente, buscar otras opciones, porque muchas veces nos centramos en una causa y a lo mejor se están superponiendo patologías distintas. Además apreciar, que el buen control de factores de riesgo cardiovascular y el abandono del hábito tabáquico son fundamentales hasta el diagnóstico final de isquemia arterial crónica.

Palabras clave
isquemia, ciática, ultrasonografía

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

CASOS CLÍNICOS:

MÉDICO RESIDENTE / ATENCIÓN PRIMARIA

Torremolinos
Málaga 2026

Abordaje biopsicosocial del dolor cervical persistente con comorbilidad ansiosa

Pons Villarta I, Hijazo López M

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

Ámbito del caso
Atención Primaria y servicios de urgencias.

Motivos de consulta
Dolor cervical y dorsal persistente con irradiación a hombros, acompañado de contracturas musculares, ansiedad intensa y preocupación por patología grave.

Historia clínica
Varón de 48 años, trabajador del sector transporte, que consulta de forma reiterada durante ocho meses por dolor cervical mecánico de inicio insidioso, sin traumatismo previo, con empeoramiento progresivo y escasa respuesta a tratamientos analgésicos convencionales; ha acudido en varias ocasiones a urgencias por exacerbación del dolor y sensación de pérdida de control.

Enfoque individual
Antecedentes personales de hipertensión arterial bien controlada y episodio previo de ansiedad reactiva; anamnesis dirigida revela elevada carga laboral, turnos prolongados, sedentarismo y rumiación constante sobre el dolor; exploración física muestra hipertonía paravertebral cervical y dorsal, limitación dolorosa de la movilidad sin signos neurológicos; pruebas complementarias accesibles en Atención Primaria incluyen radiografía cervical con cambios degenerativos leves acordes a la edad y analítica básica normal; no datos de alarma.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su pareja, con escaso apoyo emocional; percepción de incomprensión familiar y laboral; miedo a perder el empleo, que incrementa la ansiedad y la focalización en el dolor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Dolor cervical mecánico persistente con sensibilización central y comorbilidad ansiosa; diagnóstico diferencial con radiculopatía cervical, patología inflamatoria, fibromialgia y enfermedad grave estructural; problemas identificados: dolor cronificado, ansiedad no abordada, creencias catastrofistas y uso ineficaz de recursos sanitarios.

Tratamiento, planes de actuación
Abordaje biopsicosocial desde Atención Primaria; educación terapéutica sobre el dolor, desmedicalización progresiva, pauta analgésica racional, inicio de ejercicio terapéutico supervisado, técnicas de relajación y respiración; tratamiento farmacológico de la ansiedad con ISRS y derivación a fisioterapia y psicología; seguimiento estrecho por el mismo médico.

Evolución
Mejoría gradual del dolor y de la funcionalidad a los cuatro meses, reducción significativa de la ansiedad y de las consultas a urgencias, con reincorporación laboral progresiva.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destaca el papel clave del médico de familia en el manejo del dolor persistente cuando coexiste ansiedad, situación muy frecuente en consulta. Aporta valor la integración precoz del componente psicológico y abre líneas de mejora en programas de educación en dolor, coordinación con fisioterapia y salud mental, e investigación en modelos asistenciales integrados en Atención Primaria.

Palabras clave
Dolor musculoesquelético; Ansiedad; Atención Primaria

Gliptinas y penfigoide ampolloso: una asociación a considerar

Dugo Román M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huerta de la Reina. Córdoba

Ámbito del caso
Consulta de medicina de familia.

Motivos de consulta
Paciente varón de 76 años que acude a consulta por lesiones erosionadas y costrosas en miembros superiores y tronco, pruriginosas. Solo se aprecia una ampolla. No otros síntomas asociados. Ya había sido tratado con corticoide oral sin mejoría y respuesta parcial a clobetasol tópico y bilastina.

Historia clínica
Antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial. En tratamiento crónico con linagliptina/metformina desde hacía varios años.
En la *exploración física* se objetivaron múltiples lesiones erosionadas y costrosas en miembros superiores, inferiores y tronco, sin ampollas visibles en el momento de la consulta. Signo de Nikolsky negativo. Algunas lesiones se encontraban en fase de resolución, dejando máculas residuales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Ante la clínica y la edad del paciente se estableció como principal sospecha diagnóstica el penfigoide ampolloso, considerando como diagnósticos diferenciales otras dermatosis ampollosas autoinmunes (pénfigo vulgar), reacciones cutáneas medicamentosas, prúrigo nodular y eccema crónico del anciano.
La biopsia cutánea mostró dermatitis leve e inespecífica con epidermis respetada y discreta inflamación linfocitaria perivascular superficial, sin eosinófilos. La inmunofluorescencia directa evidenció depósito granular de C3 en la unión dermoepidérmica, con negatividad para IgG, IgA e IgM, hallazgos compatibles con penfigoide ampolloso.

Tratamiento, planes de actuación
Se indicó tratamiento con clobetasol tópico una vez al día en lesiones activas y bilastina 20 mg/día en caso de prurito. Dada la asociación descrita entre gliptinas e inducción de penfigoide ampolloso, se retiro la linagliptina, sustituyéndola por otro fármaco antidiabético de distinta familia

Evolución
Se programó seguimiento clínico y control analítico de autoinmunidad cutánea. Tras la suspensión de la gliptina y el tratamiento tópico, el paciente presentó resolución completa de las lesiones, sin aparición de nuevos brotes, permaneciendo en seguimiento ambulatorio

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En pacientes mayores con prurito persistente o lesiones cutáneas atípicas, especialmente diabéticos en tratamiento con gliptinas, debe sospecharse penfigoide ampolloso
El penfigoide ampolloso asociado a gliptinas es una causa infradiagnosticada de prurito y lesiones cutáneas en el anciano. La revisión de la medicación desde Atención Primaria y la suspensión del fármaco sospechoso son claves para un manejo eficaz y seguro del paciente.

Palabras clave
Penfigoide ampolloso, antidiabéticos orales

Patología huérfana infradiagnosticada. Amiloidosis

Laurejoie A[1], Palma Álvarez E[2], Ramírez Hierro P[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Belmez. Belmez (Córdoba)
[2] Consultorio Local Belmez. Belmez (Córdoba)
[3] CS Manuel Blanco (La Granja). Jerez

Ámbito del caso
Atención Primaria, Servicio de urgencias.

Motivos de consulta
Malestar general, epigastralgia, dorsalgia, xeroftalmia, boca amarga.

Historia clínica
Varón, 67 años.
Acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de malestar general, dorsalgia de varios meses de evolución, boca amarga sin relación con la ingesta, afebril.
Exploración física: cavidad orofaríngea: sin lesiones. Abdomen: blando, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal. Columna dorsolumbar: no apofisalgia, doloroso a la palpación sobre músculos paravertebrales. Se solicita analítica.
Tras 3 semanas acude con empeoramiento del estado general y analítica con aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina (FA). Se realiza derivación a Medicina Interna con solicitud de analítica.
Posteriormente acude con informe de medicina interna y resultados de analítica con mayor aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina 232 y resto normal. Refiere epigastralgia postprandial.
Exploración física: abdomen blando, dolor a la palpación sobre epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Se realiza derivación a Hematología y Digestivo.
Al mes acude a urgencias por empeoramiento de epigastralgia, inflamación abdominal y pérdida ponderal de 7 kg.
Exploración física: abdomen blando, palpación de hepatomegalia, signo de Murphy negativo, sin signos de irritación peritoneal. Analítica: persistencia de aumento de transaminasas y FA, resto normal. Mejoría clínica tras administración de analgesia y alta. Realizan derivación preferente a CCEE de Medicina interna.
Al mes ingresa en medicina interna con manejo por equipo multidisciplinar.
Pruebas complementarias: TAC, PET TAC, biopsia de grasa abdominal, aspirado de MO y RMN cardiaca confirmándose el diagnóstico de amiloidosis sistémica con afectación medular, hepática y cardiaca.

Enfoque individual
Varón, 67 años.
Antecedentes personales: HBP, cólicos nefríticos, artritis psoriásica en tratamiento con Tamsulosina.

Enfoque familiar y comunitario
Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Artritis inflamatoria, neoplasia oculta, enfermedad autoinmune, amiloidosis.

Tratamiento, planes de actuación
Analgesia, quimioterapia.
Pruebas complementarias y derivaciones a especialistas, manejo por equipo multidisciplinar.

Evolución
Tras ingreso en hematología inicia tratamiento con quimioterapia falleciendo finalmente a las semanas por encefalopatía metabólica de origen multifactorial.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El médico de familia tiene un papel fundamental en patologías poco frecuentes mediante herramientas desde atención primaria. Pensar en patologías como la amiloidosis, patología infradiagnosticada y mal pronóstico, con diagnóstico tardío en pacientes con clínica atípica y mala evolución.

Palabras clave
Amyloidosis, underdiagnosed diseases.

De la consulta al quirófano: diagnóstico diferencial de estreñimiento en el paciente anciano

Domínguez Bejarano L[1], Rodríguez Cecilia A[2], Suárez Sánchez R[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla
[2] Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Vómitos biliosos de 24 horas de evolución y estreñimiento.

Historia clínica
Mujer de 80 años, con antecedentes personales de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, que acude a consulta por distensión abdominal, vómitos biliosos de 24 horas de evolución y estreñimiento desde hace 5 días aproximadamente. Niega dolor abdominal, fiebre ni pérdida de peso.
Se encuentra consciente, orientada, normotensa y con signos clínicos de deshidratación. El abdomen está distendido, con timpanismo a la percusión y ruidos hidroaéreos disminuidos, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables.

Enfoque individual
Independiente para ABVD.

Enfoque familiar y comunitario
Viuda desde hace 2 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: obstrucción intestinal secundaria a adenocarcinoma de colon.
El *diagnóstico diferencial* habría que realizarlo con Pseudoobstrucción intestinal, trastornos metabólicos-sistémicos (hipotiroidismo, hipercalcemia, neuropatía diabética), trastornos neurológicos descartar estreñimiento por etiología farmacológica.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza radiografía simple de abdomen en el CS en la que se identifican niveles hidroaéreos que sugieren obstrucción intestinal. Dado el hallazgo radiológico, se decide derivación urgente a Urgencias hospitalarias para valoración.
En el hospital se completa el estudio con TAC abdominopélvico, que evidencia una masa estenosante en colon descendente con dilatación del marco cólico proximal, sugestiva de neoplasia.

Evolución
En el hospital se completa el estudio con TAC abdominopélvico, que evidencia una masa estenosante en colon descendente con dilatación del marco cólico proximal, sugestiva de neoplasia. Se procede a ingreso hospitalario y, tras intervención quirúrgica programada, el estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de colon estadio II.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El cáncer colorrectal constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad oncológica en los países desarrollados, y su presentación clínica puede ser insidiosa o atípica, especialmente en pacientes de edad avanzada. En este caso, la combinación de vómitos biliosos y estreñimiento reflejaba una obstrucción intestinal de probable causa tumoral, diagnóstico que fue confirmado mediante pruebas de imagen y estudio anatomopatológico.

Palabras clave
Cáncer, colorrectal, estreñimiento.

Un partido de pádel con un resultado inesperado

Domínguez Bejarano L[1], Silva Domínguez M[2], Sánchez Pelaz L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla
[2] Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor en región genital tras contusión.

Historia clínica
Varón de 25 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque hace dos días ha sufrido un traumatismo a nivel genital con una pelota de pádel. Refiere dolor intenso en el testículo izquierdo, que se ha incrementado en las últimas horas. No ha presentado clínica miccional ni uretrorragia. Niega cortejo vegetativo ni fiebre.

Enfoque individual
Estudiante de 5º de Medicina, sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario
Sin interés para este episodio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: con el antecedente del traumatismo, la principal sospecha clínica era la de un hematoma intratesticular
El *diagnóstico diferencial* habría que realizarlo con hematoma intratesticular, epididimitis, torsión testicular y tumor testicular.

Tratamiento, planes de actuación
A la exploración el testículo izquierdo se encuentra aumentado de tamaño con respecto al contralateral, indurado y muy doloroso a la palpación, aunque no está elevado ni horizontalizado. Signo de Prehn negativo. Se palpa una masa en la región inferior del mismo. No se aprecian lesiones cutáneas ni aumento de la temperatura.
Realizamos una ecografía testicular en el CS, objetivando en el polo inferior del testículo izquierdo una formación nodular, heterogénea, predominantemente hipodensa, de 1.5 cm de diámetro máximo, sin vascularización, asociado a un pequeño hidrocele. Ligero aumento de vascularización en el epidídimo izquierdo.

Evolución
Pautamos analgesia y repetimos la ecografía en dos semanas. La segunda ecografía no mostró ningún cambio con respecto a la primera. Decidimos derivar al paciente de forma urgente a Urología, donde se plantea la posibilidad diagnóstica de que la imagen ecográfica correspondiera con un tumor testicular hallado de manera incidental. Se extraen marcadores tumorales testiculares en sangre que resultaron negativos. Se realiza seguimiento ecográfico durante un mes y medio, con el planteamiento de una posible orquiectomía izquierda si la imagen no variaba. Finalmente, la formación nodular fue disminuyendo de tamaño, hasta desaparecer por completo a los tres meses. El diagnóstico fue el de hematoma intratesticular del testículo izquierdo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El hematoma testicular es una complicación infrecuente pero relevante del traumatismo escrotal que requiere una evaluación clínica y ecografía oportuna.
El diagnóstico precoz permite diferenciarlo de otras patologías de mayor gravedad.

Palabras clave
Hematoma, ecografía, testículo.

Cefalea a estudio

Bonilla Bermejo J[1], Ballesteros Ortiz M[1], Segura Quirante A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cúllar. Cúllar (Granada)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cúllar. Cúllar (Granada)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cefalea persistente y mareo.

Historia clínica
Mujer de 61 años, natural de Rumanía con escasos recursos, que consultó por mareo inespecífico y cefalea persistente sin respuesta a analgesia. Posteriormente sensación de frío/calor y parestesias.
Se solicitó TAC craneal y se derivó a Neurología. Ante hallazgos del TAC se solicitó RMN craneal y fue derivada a Neurocirugía. Intervenida por Glioblastoma Grado 4 con resección incompleta. Se comentó caso en comité de tumores y se valoró radioterapia y Temozolamida adyuvante.
La paciente rechazó continuar tratamiento, así que fue incluida en Paliativos, unidad a la que le costó contactar con ella por no disponer de saldo en su móvil para comunicarse.

Enfoque individual
Antecedentes personales: hipertensión esencial, hiperlipemia, hernias discales C4-C5 y L3-L4.
Anamnesis: cefalea persistente y parestesias fluctuantes en hemicuerpo izquierdo. Derivada a Neurocirugía por hallazgos en TC craneal.
Exploración física: hipoestesia tacto algésica y fasciobraquiocrural izquierda.
Pruebas complementarias:

- TAC de cráneo: pequeña masa extraaxial centrada en hoz cerebral frontal con leve efecto masa (probable meningioma).
- RMN de cráneo: tumoración glial con incipiente progresión anaplásica en uncus.
- Anatomía Patológica: neoplasia glial hipercelular con pleomorfismo celular y atipia.

Enfoque familiar y comunitario
Problemática social, tiene escaso apoyo familiar (una hija que no quiere implicarse, y un hijo que pasa el día fuera del domicilio). Se comentó el caso con la trabajadora social del área. Se le ha proporcionado ayuda a domicilio y otros recursos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: glioblastoma Grado IV
Diagnóstico diferencial: con otras LOES cerebrales
Identificación de problemas: probable retraso en el diagnóstico y tratamiento por las limitaciones y dificultades, con un entorno familiar, económico, y social escasos.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento: resección quirúrgica y tratamiento paliativo.
Planes de actuación: control del tratamiento habitual y medidas de soporte. También implicación de trabajadores sociales y ayuntamiento que aportan recursos y medios.

Evolución
evolución favorable aunque continúa con mareos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante una cefalea y mareo hay que estar alerta a los signos de alarma y actuar lo antes posible para ofrecer las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas. En ciertos casos, el abordaje bio-psico-social también es crucial para un buen pronóstico.

Palabras clave
Cefalea, glioblastoma, lobectomía

"Dr. Estoy cansado"

Pérez González A[1], Mesa Ruiz G[2], Domínguez Rodríguez Y[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hombre de 83 años que acude a nuestra consulta por astenia desde hace 2-3 semanas, sin otra sintomatología. Refiere no tomarse la TA ambulatoriamente y no sabe precisar su tratamiento puesto que no se maneja bien con las pastillas.

Historia clínica
Hombre 83 años, FRCV: HTA, DM2, DL, cardiopatía isquémica crónica: IAMSEST hace 12 años con stent en CDm y DA, glaucoma y artrosis. En tto con enalapril 20 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, metformina 850 mg/24 h, AAS 100 mg/24 h, bisoprolol 10 mg/24 h, timolol 5 mg/ml colirio, paracetamol a demanda.

Exploración física:
CyO, eupneico en reposo, normohidratado y perfundido, con palidez cutánea.
Se toman constantes en consulta: TA 101/65 mmHg, FC 43 lpm, afebril, Sat O_2 98%.
ACR: rítmico y regular, sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos.
MMII: no edemas, signos de IVC.
Revisamos su última AS, reciente; sin hallazgos relevantes.
Se solicita un ECG donde se objetiva bradicardia: RS a 42 lpm, PR alargado, QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización.

Enfoque individual
Paciente anciano, pluripatológico y polimedicado, con autonomía limitada para el manejo del tratamiento, lo que aumenta el riesgo de errores en la toma y de interacciones farmacológicas.

Enfoque familiar y comunitario
Se identifica la necesidad de implicar al entorno familiar/cuidador principal para asegurar una correcta adherencia terapéutica y seguridad del paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Astenia secundaria a bradicardia sinusal sintomática, con bloqueo AV de primer grado, debida a interacción farmacológica por efecto cronotrópico negativo entre betabloqueante sistémico (bisoprolol) y betabloqueante tópico oftálmico (timolol colirio) en paciente anciano polimedicado.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a SUH para monitorización y manejo agudo. Ajuste del tratamiento farmacológico con reducción de dosis de betabloqueante y cambio de colirio para glaucoma. Seguimiento en Atención Primaria con revisión periódica del tratamiento, constantes y educación sanitaria.

Evolución
evolución favorable tras la retirada parcial de fármacos cronotrópicos negativos, con normalización progresiva de la frecuencia cardíaca y mejoría clínica, sin nuevos episodios de bradicardia. Se programa seguimiento en Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso destaca la importancia de AP en la identificación de efectos adversos e interacciones farmacológicas en pacientes ancianos polimedicados.
La valoración integral centrada en el paciente, la revisión del tratamiento y de la adherencia terapéutica resultan fundamentales para prevenir complicaciones y garantizar una atención segura y de calidad en pacientes frágiles.

Palabras clave
Astenia, polimedicación, pluripatológico

Un dolor frecuente con un diagnóstico infrecuente

Domínguez Rodríguez Y[1], Pérez González A[2], Mesa Ruiz G[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria, Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria. Consulta de medicina de familia con derivación urgente a Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta
Dolor abdominal agudo.

Historia clínica
Mujer de 35 años que consulta por un cuadro de 12 horas de evolución de dolor abdominal acompañado de diarrea y sensación febril no termometrada. Refiere, además, episodios presincopales coincidiendo con la incorporación a la bipedestación.

Enfoque individual
Sin antecedentes personales de interés. No gestaciones previas. Fecha de última regla: hace un mes.
Exploración física: paciente afebril, con palidez mucocutánea y dolor a la mínima movilización. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación generalizada, con predominio en fosa ilíaca derecha, presentando signos de irritación peritoneal, con Blumberg positivo. Ruidos hidroaéreos conservados.
Se realiza test de embarazo, siendo negativo y eco abdominal en consulta: se visualiza abundante cantidad de líquido libre perihepático, periesplénico, en ambos flancos y en mayor cantidad y densidad en pelvis.

Enfoque familiar y comunitario
No se recogen antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Abdomen agudo de origen ginecológico. Sospecha de quiste ovárico hemorrágico roto.
Diagnóstico diferencial: embarazo ectópico roto, torsión ovárica, apendicitis.

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a la paciente de forma urgente al servicio de urgencias hospitalarias.

Evolución
En la urgencia se realiza una analítica sanguínea donde destaca Hb 8 y también un TAC abdominal con contraste, con hallazgos sugestivos de quiste ovárico hemorrágico con moderado hemoperitoneo de predominio pélvico, decidiéndose realizar laparotomía exploradora urgente, con evolución favorable tras la cirugía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El dolor abdominal agudo en mujeres en edad fértil es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y debemos tener en cuenta en su diagnóstico diferencial la patología ginecológica, especialmente aquella potencialmente grave y subsidiaria de tratamiento quirúrgico urgente, como en el caso descrito. La ecografía abdominal a pie de consulta es de gran utilidad para detectar la presencia de líquido libre, y realizar una orientación diagnóstica rápida y una derivación urgente adecuada, mejorando el pronóstico de la paciente.

El quiste ovárico hemorrágico roto puede presentar una clínica inespecífica y simular otros cuadros de abdomen agudo como apendicitis o procesos gastrointestinales, por lo que es fundamental incluirlo en el diagnóstico diferencial y descartar siempre un embarazo ectópico.

Palabras clave
Dolor abdominal, quiste folicular, ecografía médica

No era un simple ganglio

Domínguez Rodríguez Y, Delgado Bayona L, Arguello Suárez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Bultoma en cuello.

Historia clínica
Varón de 26 años que consulta por bultoma cervical de 3 días de evolución, no doloroso. Refiere además disnea, tos irritativa, sudoración nocturna y pérdida de peso de aproximadamente 3 meses de evolución.
Exploración física: se palpa adenopatía cervical derecha de aproximadamente 4 cm, de consistencia pétrea, no móvil y no dolorosa. Auscultación pulmonar: hipoventilación en base derecha. Exploración abdominal: hepatomegalia de aproximadamente dos traveses de dedo.

Enfoque individual
Sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario
Tío materno: cáncer de colon. Madre: cáncer de mama.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome linfoproliferativo.
Diagnóstico diferencial: linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, tuberculosis ganglionar, cáncer de cabeza y cuello, mononucleosis infecciosa.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza ecografía cervical en atención primaria, observándose conglomerado adenopático laterocervical constituido por múltiples estructuras ovoideas hipoecoicas, con pérdida del hilio graso y marcada hipervascularización central y periférica en el estudio Doppler.
En la radiografía de tórax se observa masa mediastínica y pinzamiento de seno costofrénico derecho

Evolución
Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se ingresa al paciente en medicina interna y se completa el estudio con diagnóstico final de linfoma de Hodgkin.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La ecografía constituye una herramienta fundamental en Atención Primaria. Aplicada al estudio de las adenopatías, motivo de consulta frecuente, permite, junto con la historia clínica y la exploración física, identificar hallazgos sugestivos de malignidad y orientar de forma precoz la toma de decisiones.
Los ganglios linfáticos normales suelen presentar un tamaño inferior a 1 cm, morfología ovalada, bordes bien delimitados y una relación eje largo/eje corto superior a 2. Ecográficamente son homogéneos, con adecuada diferenciación corticomedular, corteza externa hipoecoica y hilio central hiperecoico, con vascularización predominantemente hiliar. Por el contrario, deben alertarnos las adenopatías mayores de 1 cm, con morfología redondeada o irregular, bordes mal definidos, parénquima heterogéneo, presencia de necrosis o calcificaciones y patrones de hipervascularización periférica o mixta en el estudio Doppler.

Palabras clave
Linfadenopatía, trastornos linfoproliferativos, endermedad de Hodgkin

Abordaje integral e insulinización precoz en debut diabético

Mesa Ruiz G[1], Pérez González A[2], Domínguez Rodríguez Y[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Victoria. Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso
Centro de salud.

Motivos de consulta
Astenia intensa, infecciones genitourinarias de repetición y pérdida de peso no intencionada.

Historia clínica
Mujer de 28 años que consulta por cansancio de un mes de evolución, con nicturia, polidipsia y alteración de la visión que atribuye a estrés laboral.

Enfoque individual
Antecedentes personales: obesidad grado I. Síndrome de ovario poliquístico. Sin tratamiento.
Antecedentes familiares: padre con diabetes mellitus tipo 2.
Anamnesis: refiere candidiasis vaginal recurrente, visión borrosa ocasional y aumento de la sed. Niega fiebre, dolor abdominal o vómitos. No hace deporte.
Exploración: buen estado general. PA 118/72. Peso 82 kg, talla 1,62 m. Acantosis nigricans cervical.
Pruebas complementarias: glucemia capilar en consulta: 296 mg/dl --> Analítica: glucemia basal 284 mg/dl, HbA1c 10,4%, cetonuria negativa, función renal normal. Se solicitan autoanticuerpos pancreáticos.

Enfoque familiar y comunitario
Vive sola, con apoyo familiar limitado y horarios laborales irregulares que dificultan hábitos saludables. Se programa educación diabetológica con enfermería, donde se incide en la dieta y el ejercicio físico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Debut diabético en paciente joven.
Diagnóstico diferencial: diabetes tipo LADA, diabetes tipo 2 asociada a obesidad, Hipotiroidismo, Hiperglucemia inducida por fármacos, diabetes insípida.
Problemas principales: hiperglucemia sintomática, incertidumbre diagnóstica, riesgo de infradiagnóstico inicial y retraso terapéutico.

Tratamiento, planes de actuación
Debut con hiperglucemia sintomática + Hb1Ac >10% + obesidad grado I:

- Modificación estilos de vida + control FRCV + metformina + arGLP1 + Insulina basal 10 U/día (0,1-0,2 U/kg/día). Titular dosis con glucemias capilares en ayunas, con objetivo de 80-130 mg/dl. Aumentar 2 U cada 3 días hasta que la GB sea <130 mg/dl; o disminuir 4 U si GB <80 mg/dl + Educación diabetológica.
- Control a los 3 meses con Hb1Ac, si en rango, control a los 3 meses; si no, valorar añadir insulina rápida.

Evolución
No necesitó recurrir a insulina rápida. Mejoría clínica y metabólica en semanas. Autoanticuerpos negativos, compatible con DM2. Se redujo progresivamente insulina y transición a tratamiento no insulínico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La Atención Primaria resulta clave para un abordaje precoz y flexible de la diabetes, utilizando la insulina como herramienta terapéutica y diagnóstica. El caso aporta valor en la identificación temprana de DM en jóvenes y evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.

Palabras clave
Hyperglycemia; diabetes mellitus; insulin

¡Cuidado con los excesos! La importancia del entorno biopsicosocial

Melguizo Alonso M[1], De la Torre Solís B[1], Domínguez Quintero B[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso
Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta
Reacción alérgica.

Historia clínica
Acude a consulta por edema de úvula de 6h de evolución que comenzó tras cena de Navidad. Asocia mareos y náuseas. No disnea ni disfagia. No cuadro catarral previo. Mismo episodio en cena del año previo.
Exploración: bEG, TA: 130/80 mmHg, SatO2: 100% a/a, FC: 100 lpm. Afebril. Sudoroso. Leve angioedema de labios. Orofaringe no hiperémica sin exudados con edema de úvula que no colapsa vías respiratorias sin abombamiento de pilares. Otoscopia bilateral normal. ACP normal. Se administra metilprednisolona 80 mg, fluidoterapia y antihistamínicos vía intravenosa con mejoría posterior. Tras reinterrogar con intención de filiar etiología nos confirma consumo de cocaína de manera recreativa que coincide con episodio previo.

Enfoque individual
Varón de 33 años. No RAMc. Sobrepeso. Fumador de 1 paquete/día. Niega otros tóxicos. Tratamiento habitual: alprazolam 0.5 mg de forma puntual por síndrome ansioso.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su mujer. Buen apoyo familiar. Profesión: transportista. Vida sedentaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Edema de úvula secundario a reacción adversa a cocaína.

Diagnóstico diferencial: reacción alérgica alimentaria, infección de origen ORL, reacción adversa farmacológica, angioedema hereditario.

Tratamiento, planes de actuación
Antihistamínicos y glucocorticoides durante el episodio agudo. Abandono consumo cocaína a largo plazo.

Evolución
Analítica reglada anodina, con neumoalérgenos negativos. Radiografía de tórax normal. Abandono de consumo de cocaína tras intervención y consejo médico estructurado e inclusión en programa deshabituación tabáquica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El edema de úvula es infrecuente pero documentado tras consumo de cocaína por irritación directa y es importante su sospecha ante cuadros recurrentes sin otros síntomas o signos de alarma. La resolución del caso, además de la atención en el momento agudo, se produjo gracias a la relación médico-paciente. El Servicio de Urgencias extrahospitalario requiere una gestión eficiente de un tiempo de calidad que permita trascender la clínica, una escucha activa y un ambiente de confianza que dirija la entrevista hacia el factor desencadenante. Indagar en el entorno socio-ambiental del paciente es una herramienta clínica esencial para el diagnóstico y manejo en consulta. Una adecuada educación sanitaria con recursos y programas concretos permiten un adecuado abordaje biopsicosocial en las adicciones.

Palabras clave
Edema de úvula, efecto adverso, cocaína.

De la consulta al hogar: obesidad y diabetes asociadas al estilo de vida

Marfil Rodríguez M[1], Salas Casanueva C[2], Pérez Cervantes R[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. Almería
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rio Nacimiento. Almería
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardin. CS Ciudad Jardín. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Resultados de control analítico.

Historia clínica
Paciente de 63 años de edad que acude para resultados de control analítico semestral para seguimiento de diabetes mellitus en paciente con incumplimiento terapéutico y malos hábitos dietéticos en domicilio compartidos con sus familiares.

Enfoque individual
Antecedentes personales: hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia cardiaca, nefropatía diabética, retinopatía diabética, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, enfermedad renal crónica 4A3
Tratamiento: atorvastatina/ezetimiba 40/10 mg, repaglinida 1 mg, AAS 100 mg, doxazosina 8 mg, semaglutida 7 mg, furosemida 40 mg, dapagliflozina 10 mg, valsartán/sacubitrilo 51/49 mg, omeprazol 20 mg.
Analítica sanguínea: HbA1c 8.2, filtrado glomerular 28 ml/min y albuminuria >300 mg/g.
Exploración física: tensión arterial 140/70 mmHg, IMC 36.9, talla 170 cm.
Los datos han sido recogidos bajo autorización explícita del paciente, garantizando la confidencialidad conforme a la normativa vigente.

Enfoque familiar y comunitario
Durante la entrevista, se realiza un genograma familiar de convivientes: esposa de 53 años, antecedentes de obesidad y diabetes tipo 2 mal controlada; hija de 22 años, antecedentes de obesidad; hija de 15 años, antecedentes de obesidad, dislipemia, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y nefropatía diabética desde la infancia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diabetes mellitus tipo 2 asociado a obesidad y resistencia a la insulina con agregación familiar derivado del estilo de vida.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza conciliación terapéutica junto al paciente que se niega a la insulinización, se incide en el ámbito higiénico-dietético donde se explica el método del plato, la importancia de los hábitos saludables, y de la realización de actividad física adaptada.

Evolución
Se realiza:
- Seguimiento por Nefrología que propone para terapia renal sustitutiva.
- Citas periódicas familiares para controles analíticos, comprobar adherencias terapéuticas y modificación del estilo de vida.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Se constata la influencia del entorno familiar y el estilo de vida compartido en el desarrollo de enfermedades como la obesidad o la diabetes, lo que refuerza la necesidad de intervenciones comunitarias educativas desde la infancia como la promoción del ejercicio físico y la prevención de la obesidad, puesto que la obesidad se ha convertido en la nueva pandemia del siglo XXI, y sus comorbilidades asociadas, actualmente suponen la segunda causa de muerte evitable en nuestro país.

Palabras clave
Obesidad, promoción de la salud, estilo de vida

Psoriasis paradójica por anti-tnf en paciente con colitis ulcerosa: un reto diagnóstico desde Atención Primaria

Melguizo Alonso M[1], De la Torre Solís B[1], Moreno Morgado M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Lesiones cutáneas descamativas y prurito.

Historia clínica
Consulta por placas eritemato-descamativas pruriginosas de un año de evolución en cuero cabelludo, tronco y miembros superiores. Refiere empeoramiento progresivo a pesar de múltiples ciclos de corticoides tópicos prescritos por su médico de familia.
Exploración: placas eritematosas-descamativas bien delimitadas en superficies de extensión compatibles con fenotipo psoriasiforme. Analítica anodina.

Enfoque individual
Mujer de 26 años. No RAMC. Colitis Ulcerosa desde la infancia. Tratamiento: inició tratamiento con Infliximab subcutáneo por progresión de la enfermedad y ante aparición de las lesiones cutáneas se rotó a Adalimumab recientemente sin presentar mejoría clínica.

Enfoque familiar y comunitario
Trabaja como médico. Vive con sus padres. Buen apoyo familiar. Hermano con dermatitis atópica. El cuadro coincide con un periodo de alta carga asistencial y guardias hospitalarias, con impacto psicosocial por prurito y visibilidad de lesiones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Psoriasis paradójica secundaria a terapia anti-TNF.

Diagnóstico diferencial: eccema por estrés, psoriasis de inicio tardío, dermatitis atópica y toxicodermia. Identificación de problemas: sesgo de confirmación al atribuir la clínica al estrés laboral y retraso en el reconocimiento de una reacción adversa de clase.

Tratamiento, planes de actuación
Tras derivación a Dermatología desde AP por sospecha de reacción medicamentosa, se suspende la terapia anti-TNF e inicia tratamiento con Upadacitinib oral.

Evolución
Inicialmente el servicio de Digestivo atribuyó las lesiones a somatización por estrés laboral. Tras la persistencia de la sintomatología y la evaluación en Dermatología impulsada desde Atención Primaria se confirmó el diagnóstico de psoriasis paradójica. Tras un mes con Upadacitinib, la paciente presenta remisión completa de las lesiones y estabilidad de la patología de base.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La psoriasis paradójica es un efecto adverso poco frecuente pero relevante de los anti-TNF. Este caso subraya la longitudinalidad del médico de familia para detectar cambios evolutivos sesgados en la fragmentación del cuidado especializado. Esto permitió un diagnóstico de sospecha desde Atención Primaria evitando la infraestimación de la clínica.

Palabras clave
Colitis ulcerosa, anti-TNF, psoriasis.

Queratodermia palmoplantar hereditaria "autosómica dominante": tipo II poroqueratosis punctata pp

Flores Caparó G[1], Ramirez Carbajal P[2], Hurtado Capalvo B[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Coloma de Gramenet. Barcelona
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP San Miguel. Granollers
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Rio norte-Rio Sur de Santa Coloma de Gramanet

Ámbito del caso
Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta
Dolor intenso en lesiones cutáneas palmoplantares de larga evolución, con importante limitación funcional para la marcha.

Historia clínica
Varón de 61 años, fumador activo, con antecedentes de DM -2, dislipidemia, HTA, gastritis crónica y espondiloartropatía HLA-B27 positiva. Desde los 16 años presenta lesiones queratósicas puntiformes en palmas y plantas, dolorosas a la presión ("sensación de clavos"), progresivas y refractarias. A lo largo de años fue diagnosticado de verrugas palmoplantares, dermatitis crónica y psoriasis palmoplantar, recibiendo tratamientos tópicos, sistémicos (retinoides, metotrexato, dimetilfumarato, apremilast) y biológicos (anti-IL17, anti-IL23, JAK), sin respuesta. Presentó tuberculosis latente secundaria a inmunosupresión.
La exploración mostró hiperqueratosis plantar bilateral, lesiones puntiformes queratósicas dolorosas en zonas de presión y pulpejos, sin afectación ungueal ni neurológica. Las biopsias cutáneas repetidas evidenciaron hiperplasia epidérmica psoriasiforme con hiperqueratosis compacta y cambios inflamatorios leves. La dermatoscopia mostró estructuras compatibles con laminilla cornoide.

Enfoque individual
Analíticas generales sin alteraciones relevantes. Antecedente de adenoma tubular de colon con displasia de bajo grado en seguimiento endoscópico. Estudios neurológicos y vasculares normales.

Enfoque familiar y comunitario
Afectación cutánea palmoplantar similar en padre, tres hermanos y un sobrino, en tres generaciones consecutivas, compatible con herencia autosómica dominante. Sus dos hijos permanecen asintomáticos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Tras descartar psoriasis, dermatitis crónica, verrugas y otras queratodermias, se orienta como queratodermia palmoplantar punctata hereditaria tipo II (poroqueratosis punctata). Diagnóstico diferencial con QPP tipo I y acroqueratoelastoidosis.

Tratamiento, planes de actuación
Inició tratamientos con queratolíticos y retinoides tópicos y sistémicos: dimetilfumarato, apremilast, acitretinoina y metotrexate, sin respuesta, luego biológicos con brodalumab, guselkumab, bimekisumab, ixekizumab y upadacitinib también sin mejoría cutánea, tratamiento con podologia y descarga, luego presenta TB latente por reactivación de biológico (2021) cumpliendo tratamiento. El 2025 reinicia metotrexate más acfol, con controles sucesivos por dermatologia.

Evolución
Curso crónico, estable pero doloroso, sin respuesta a terapias inmunomoduladoras.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya la importancia del enfoque longitudinal y familiar en Atención Primaria para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos agresivos innecesarios. Aporta valor al identificar una genodermatosis rara con implicaciones familiares y oncológicas. Abre líneas de mejora en diagnóstico precoz, uso de dermatoscopía, consejo genético y estudio molecular futuro de estas entidades.

Palabras clave
Queratodermia palmoplantar, Poroqueratosis, Herencia autosómica dominante.

Sarcoidosis ganglionar: linfadenitis granulomatosa no necrotizante

Flores Caparó G[1], Pablo Jorge R[2], Hurtado Capalvo B[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Coloma de Gramenet. Barcelona
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP San Miguel. Granollers
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Rio norte-Rio Sur de Santa Coloma de Gramanet

Ámbito del caso
Atención Primaria, Servicios de Urgencias Hospitalarias y Atención Especializada.

Motivos de consulta
Ictericia, coluria, diarrea, tos, fiebre y dolor abdominal difuso de dos semanas de evolución, tras consulta previa en Atención Primaria por cuadro respiratorio de vías altas.

Historia clínica
Varón de 61 años que inicia seguimiento en Atención Primaria y acude posteriormente a Urgencias por empeoramiento progresivo del estado general, con clínica multisistémica digestiva, respiratoria y constitucional.

Enfoque individual
Antecedentes personales: fumador activo, ex–enólico, hipertensión arterial, dislipemia, infarto agudo de miocardio en 2019, hiperuricemia, hipotiroidismo subclínico y esclerosis sistémica limitada.
Anamnesis: fiebre, tos, diarrea, coluria, ictericia progresiva y dolor abdominal difuso.
Exploración física: mal estado general, hiperpigmentación cutánea extensa en cuello, tronco y codos, mucosas ictéricas, crepitantes en base pulmonar derecha, abdomen globuloso doloroso a la palpación difusa, edema bilateral de miembros inferiores, sin signos de encefalopatía hepática.
Pruebas complementarias: analítica con elevación de bilirrubina directa, GGT y fosfatasa alcalina, reactantes de fase aguda elevados. Ecografía abdominal con hepatomegalia. Radiografía de tórax con adenopatías hiliares bilaterales (estadio I de Scadding). Enzima convertidora de angiotensina elevada. TAC torácico con engrosamiento bronquial, adenopatías hiliares y discreto derrame pleural izquierdo. Ecocardiograma con disfunción diastólica y aumento de presión pulmonar. Microalbuminuria significativa. Estudios infecciosos negativos. Biopsia ganglionar compatible con sarcoidosis.

Enfoque familiar y comunitario
Sin antecedentes familiares relevantes ni factores comunitarios condicionantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sarcoidosis con afectación multisistémica. Diagnóstico diferencial con hepatitis inflamatoria, lupus eritematoso sistémico, enfermedad pulmonar intersticial difusa, procesos infecciosos y neoplásicos.

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso hospitalario, estudio etiológico completo, derivación a hospital de tercer nivel y seguimiento multidisciplinar. Coordinación y control evolutivo desde Atención Primaria

Evolución
Confirmación diagnóstica de sarcoidosis ganglionar mediante biopsia. evolución clínica favorable tras abordaje integral.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La sarcoidosis supone un reto diagnóstico por su presentación inespecífica y multisistémica. Atención Primaria y Urgencias son claves para la sospecha precoz, el planteamiento de diagnósticos diferenciales y la continuidad asistencial. El seguimiento longitudinal permitirá detectar recaídas y nuevas afectaciones orgánicas, mejorando el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave
Sarcoidosis, Linfadenitis, Atención Primaria de Salud

"Esta vez sí que no escucho nada"

Sánchez Pelaz L, León Fernández C, Gutiérrez García M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Disnea.

Historia clínica
Paciente sin antecedentes médicos de interés, que acude a consulta por disnea progresiva de una semana de evolución a raíz de una caída en bicicleta.

Enfoque individual
Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Fumador y consumidor de cocaína y heroína de forma habitual. No factores de riesgo cardiovascular conocidos.
Anamnesis: varón. 42 años. Se queja de disnea desde hace una semana que ha ido progresando hasta hacerse de reposo y limitar las actividades diarias; este síntoma inicia a raíz de una caída en bicicleta, con contusión sobre el hemitórax izquierdo. Días previos a la caída, el paciente presentaba tos con expectoración de coloración verdosa sin fiebre asociada.
Exploración: regular estado general. Ligera palidez mucocutánea. Buena perfusión periférica. Hemodinámicamente estable con tensión arterial 141/77 mmHg y frecuencia cardiaca 100lpm. Taquipneico, con uso de musculatura accesoria, con saturación de oxígeno del 93% sin aportes. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos y pulmonar con buen murmullo vesicular sin ruidos en pulmón derecho pero ausencia de murmullo vesicular con matidez a la percusión en hemitórax izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario
Sin interés para el caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Neumotórax, derrame pleural, atelectasia pulmonar, masa pulmonar…

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se le realizan las siguientes pruebas complementarias:
Analítica de sangre con 21000 leucocitos, 12000 neutrófilos y 240 mg/dl de Proteína C Reactiva, con el resto de parámetros dentro de la normalidad.
Radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo completo con desviación mediastínica hacia la derecha.
Se coloca un drenaje torácico, con salida de dos litros de líquido pleural purulento, que se envía a microbiología y anatomía patológica, iniciándose antibioterapia intravenosa de amplio espectro.

Evolución
Favorable tras la colocación del drenaje torácico y el inicio de la antibioterapia. El paciente se mantuvo ingresado hasta cese del débito y la mejoría sintomática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso realza la importancia de una buena anamnesis y sobre todo una buena exploración física en toda consulta de atención primaria, donde cada detalle es importante, y puede ayudarnos a esclarecer el cuadro del paciente. La unión de estos datos es clave para realizar un diagnóstico diferencial, tomar las próximas decisiones y poder manejar la incertidumbre con la que trabajamos los médicos de primaria.

Palabras clave
Disnea; auscultación pulmonar; derrame pleural.

VIH en el paciente anciano, una amenaza enmascarada

Álvarez Pérez S, Escámez Parra A, Muñoz Martínez B

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

Ámbito del caso

Paciente varón de 74 años, que atendemos y seguimos en nuestra consulta del CS. Paciente EPOC de bajo riesgo.

Motivos de consulta

Consulta por un cuadro de episodios intermitentes de diarrea sin productos patológicos de tiempo de evolución sin saber determinar exactamente cuánto. Además, en los últimos 2-3 meses ha sufrido una pérdida ponderal de 7 kg. En esos meses su clínica de tos y expectoración se ha acrecentado.

Historia clínica

En las primeras visitas por este contexto nos centramos en el ámbito de patología digestiva. Tras descartar patología digestiva, ahondamos en la anamnesis y el paciente nos cuenta que desde hace varios años mantiene contactos sexuales de riesgo sin protección con varias parejas.

Enfoque individual

Paciente jubilado, con domicilio propio. Preocupado por la pérdida de peso y por el riesgo de haber contraído una ETS.

Enfoque familiar y comunitario

Vive con su exmujer y sus hijas su domicilio. Aunque viven juntos, se encuentran separados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Empezamos estudio con serología para sífilis, VHA, B y C, VIH, estudio molecular de exudado uretral y de orina, y de TBC. A los dos días recibimos una llamada desde el servicio de Microbiología para informarnos de que la paciente dio positivo a VIH. Realizamos Teleconsulta al servicio de Enfermedades Infecciosas.

Tratamiento, planes de actuación

A los dos días el paciente fue atendido en consulta de especialista. Iniciaron pauta de tratamiento TAR reforzado (BIC+DOR). Al momento del diagnóstico el paciente presentaba PCR 71.2, bioquímica estrictamente normal, recuento de leucocitos 2160, plaquetas 236.000, poblaciones CD4 7%, recuento de copias 1.5 millones con estudio de resistencias negativo. Se amplió el estudio para incluir serologías a Leishmania, Citomegalovirus y Toxoplasma, resultando esta última positiva.

Evolución

En la revisión al mes el paciente refiere mejoría clínica. Se mantiene pauta TAR y tratamiento para Toxoplasmosis con Septrin Forte.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La inespecificidad clínica en las fases tempranas de la infección por VIH dificulta el diagnóstico antes del establecimiento de enfermedades definitorias de SIDA, más aún en casos que por edad o contexto socioeconómico no sospecharíamos de la infección. Es de suma importancia incluir en el diagnóstico diferencial la infección por VIH ante sintomatología inespecífica de meses evolución y síndrome constitucional.

Palabras clave
Infección por VIH, Enteropatía por VIH

El poder del cambio: control glucémico óptimo sin fármacos

Querol Martínez B[1], Domínguez Rodríguez Y[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Perchel. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso
Consulta.

Motivos de consulta
Paciente de 67 años que acude a consulta para revisión de pruebas analíticas solicitadas en el reconocimiento médico de empresa.
Refiere que le han entregado los resultados y que le han indicado que tiene que acudir a su médico.
En la analítica destaca una glucemia basal en 190 mg/dl y una HbA1C de 12.6%. Resto de parámetros en rango.

Historia clínica
Varón de 67 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de unos 10 cigarrillos al día desde los 20 años. Consumo de una o dos cervezas al día. Obesidad grado II con IMC de 36.
Antecedentes personales: dislipemia en tratamiento con simvastatina 10 mg al día, HTA en tratamiento con Losartán 50 mg al día.
No disuria, poliuria, polifagia.

Enfoque individual
Tras los resultados analíticos se informó al paciente del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que fue confirmado en una segunda determinación (glucemia basal 150 mg/dl, HbA1c 12,6%). Se explicaron las repercusiones de la enfermedad y la importancia de su control. Se indicó un tratamiento integral basado en modificaciones del estilo de vida y tratamiento farmacológico con metformina e insulina; no obstante, el paciente rechazó la insulinoterapia.

Enfoque familiar y comunitario
Incentivamos a su núcleo familiar a cambios en el estilo de vida para mejor adherencia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diabetes mellitus tipo II.
Como problema el paciente se niega a administrarse insulina que sería el tratamiento indicado con los valores obtenidos de HBA1C.

Tratamiento, planes de actuación
Ejercicio físico 3 veces por semana. Andar >10.000 pasos diarios.
Dieta mediterránea. Explicamos el método del plato y entregamos dieta.
Intervención antitabaco. Ofrecemos ayuda farmacológica y a través de talleres.
Metformina: inicio con 500 mg cada 12 horas y si buena tolerancia subir a 850 mg cada 8 horas hasta 1 g cada 8 h.

Evolución
Pérdida de peso gradual. A los 6 meses pérdida de 8 kg y AS: glu 130, HBA1C 6.6%

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Las medidas higiénico-dietéticas constituyen un pilar esencial en el tratamiento de la diabetes pudiendo lograr un control metabólico óptimo. Un abordaje exhaustivo de los hábitos diarios puede alcanzar resultados comparables, e incluso superiores, a los obtenidos únicamente con tratamiento farmacológico.

Palabras clave
Diabetes tipo 2, control metabólico

Doctora, cada vez se me cae más el pelo

Ganaza Segura L[1], Olmedo Leal P[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Sur. El puerto de Santa María (Cádiz)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El lugar. Chiclana. Cádiz

Ámbito del caso
Dermatología.

Motivos de consulta
Paciente de 38 años de edad que acude a consulta de atención primaria por pérdida de cabello intensa en los últimos meses.

Historia clínica
La paciente tenía una enfermedad de Crohn distal que trataba de manera intermitente con mesalazina. No intervenciones quirúrgicas previas. No otras enfermedades de interés.

Enfoque individual
Procedemos a la exploración de todo el cuero capilar observando placa de alopecia a nivel de vértice de cuero cabelludo sin folículos presentes a través de dermatoscopia. No lesiones inflamatorias ni supuración acompañante. No presentaba alopecia a otros niveles. Se decide realización de teleconsulta a dermatología ante sospecha de liquen plano pilar.

Enfoque familiar y comunitario
Explicamos a la paciente que se trata de un proceso autoinmune que puede relacionarse con su enfermedad intestinal y que es irreversible, por lo que el cabello perdido no se podrá recuperar. Abordamos el estrés que genera esta calvicie en la mujer y la preocupación de que no avance más la enfermedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Liquen plano capilar.

Tratamiento, planes de actuación
Comenzamos con tratamiento tópico de alta potencia con corticoides locales a la espera de valoración por dermatología para tratamiento más específico.

Evolución
La paciente acudió a dermatología donde realizaron instilaciones con corticoides y con plasma rico en plaquetas que aunque no revirtió el proceso, hizo que no evolucionara más.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
EL liquen plano pilar es una alopecia cicatricial irreversible que suele manifestarse con irritación local, enrojecimiento perifolicular con picor intenso e hipersensibilidad al tacto. Es importante el uso de la dermatoscopia en toda placa alopécica ya que la presencia o no en esta de folículos capilares nos deben orientar hacia un proceso u otro. Si nos encontráramos folículos con capilares en su interior estaríamos ante procesos reversibles y por lo tanto podríamos darles esperanzas a nuestros pacientes. Sin embargo, ante su ausencia, es importante dejarles claro que el tratamiento no es curativo, si no que lo que hará es que no se pierda más cantidad.

Palabras clave
Alopecia, liquen, folículo

Eritema nodoso post-estreptocócico en Atención Primaria

Fernández Ponce M[1], De La Carrera Rodríguez M[2], Blanco Torro V[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe (Clara Campoamor). Sevilla
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ámbito del caso

El presente caso corresponde a una consulta de Atención Primaria donde se evalúa a una paciente con lesiones cutáneas agudas tras infección respiratoria, demostrando la capacidad diagnóstica del Médico de Familia (MF) mediante razonamiento clínico estructurado.

Motivos de consulta

Mujer de 21 años que consulta por lesiones bilaterales simétricas en tobillos ("como picaduras"), aparecidas simultáneamente a amigdalitis pultácea aguda con aumento progresivo de inflamación.

Historia clínica

Episodio de amigdalitis aguda con exudado pultáceo, fiebre <38.5°C y tos. Test rápido de estreptococo negativo (probablemente falso negativo). Tratada con Amoxicilina 1g/8h durante 5 días sin mejoría. La persistencia de lesiones motiva reevaluación en consulta a la que acudo como Residente de MF.

Enfoque individual

Mujer de 21 años, sin antecedentes patológicos, en tratamiento con anticonceptivos orales, ex-fumadora (1 paquete/día x 5 años; cesó hace 2 meses). Exploración: nódulos profundos, violáceos, intensamente dolorosos en caras anterolaterales y posteriores de ambas piernas, con cordones indurados conectándolos. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax normal. Mantoux negativo. Analítica: PCR 45.6 mg/l (↑), fibrinógeno 431 mg/dl (↑), ASLO 2200 U/ml (↑↑, confirmatorio de infección estreptocócica). IgG 1710 mg/dl (↑). ANA negativo. Factor reumatoide negativo.

Enfoque familiar y comunitario

No precisó.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Interpretación: inflamación sistémica confirmada + Etiología estreptocócica demostrada (ASLO muy elevado) + causas autoinmunes e infecciosas alternativas descartadas.

Descartamos:

- Tuberculosis cutánea: Mantoux negativo, sin clínica sistémica.
- Sarcoidosis: sin adenopatías ni síntomas respiratorios.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: sin síntomas digestivos.
- Enfermedad de Behçet: sin úlceras urogenitales/uveítis.
- Lupus eritematoso sistémico: ANA negativos, sin clínica sistémica.
- Necrobiosis lipoídica: lesiones no compatibles.
- Paniculitis infecciosa: sin fiebre/signos de infección activa.

Diagnóstico final: eritema Nodoso (EN) Post-Estreptocócico.

Tratamiento, planes de actuación

Se inicia tratamiento conservador: medidas locales (elevación, frío) + AINEs (Ibuprofeno 600 mg/8 h), sin asociarse Omeprazol (individualizar).

Evolución

Resolución completa a las 2 semanas con hiperpigmentación residual leve, desapareciendo a las 4 semanas. Consistente con pronóstico excelente de EN post-infeccioso.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso demuestra que el diagnóstico de EN típica es fundamentalmente clínico (historia + exploración), sin precisar biopsia. El MF puede diagnosticar y manejar estos casos autónomamente, evitando derivaciones innecesarias. El tratamiento conservador es efectivo sin corticoides en formas típicas. Como línea de mejora, proponemos desarrollo de protocolo AP para EN con criterios diagnósticos y de derivación claros.

Palabras clave
Eritema nudoso, infecciones estreptocócicas, Atención Primaria de salud.

Cuando la técnica marca la diferencia: hiperglucemia persistente por error en la administración

Cárdenas González D, Monís Álvarez S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 68 años, independiente ABVD, vive con su esposa, acude para revisión de insulina basal.

Historia clínica
Antecedentes personales: diabetes tipo 2 mal controlada, cardiopatía isquémica, dislipemia y enfermedad arterial periférica (EAP) grado IV según Fontaine. Amputación del tercer dedo del pie izquierdo tras fracaso de revascularización. Tratamiento con metformina/empagliflozina, sitagliptina y Toujeo 28 UI.
Paciente con buen estado general, sin signos de descompensación aguda. MII: herida en correctas vías de cicatrización, sin signos de complicación.

Enfoque individual
Consulta para revisión de insulina basal tras ingreso reciente por necrosis del tercer dedo pie izquierdo, donde se inició insulina basal tras hallazgo de HbA1c 11,2%. Aporta controles en ayunas en torno a 220-270 mg/dl, sin autoajustes proactivos (espera 6-8 días para aumentar dosis). Al revisar técnica, se detecta que el paciente no presionaba el émbolo de la pluma, por lo que no recibía insulina.

Enfoque familiar y comunitario
Manejo educativo de la administración insulínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: fallo técnico en administración de insulina. Hiperglucemia persistente. Infección activa como causa de hiperglucemia secundaria.
Juicio clínico: mal control metabólico en paciente insulinizado por incorrecta técnica de administración. Riesgo de complicaciones graves: descompensación aguda, progresión de EAP, sepsis.

Tratamiento, planes de actuación
Reducción de Toujeo a 12 UI diarias. Se indican autoajustes según objetivos: mantener entre 80-130 mg/dl, aumentar o reducir 2 UI según glucemias. Se explica técnica correcta de inyección, comprobando la administración en consulta. Educación terapéutica con refuerzo de enfermería.

Evolución
Tras tres semanas, HbA1c mejora de 11,2% a 9,1%.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso resalta la importancia de revisar sistemáticamente la técnica de administración de tratamientos domiciliarios, especialmente en población mayor, frágil o con barreras de comunicación. La intervención precoz desde Atención Primaria permitió mejorar el control glucémico, frenar la progresión y prevenir otras complicaciones aún más graves.

Palabras clave
Insulina; diabetes mellitus; inyección subcutánea

Comunicar lo difícil: el dilema ético ante un pronóstico adverso en AP

Cárdenas González D[1], Monís Álvarez S[1]

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor abdominal y debilidad generalizada.

Historia clínica
Mujer de 71 años, dependiente parcial ABVD. Buen soporte familiar. Hijo, cuidador principal.
Antecedentes personales: HTA, osteoporosis, hipotiroidismo.

Enfoque individual
Consulta por dolor abdominal, hiporexia, astenia, acolia, coluria e ictericia sin fiebre. Pérdida ponderal de 12 kg en 3 meses.
Exploración: ictericia conjuntival. Abdomen: dolor difuso, hepatomegalia de 4 traveses, sin peritonismo. Analítica: bilirrubina total 5.20, directa 3.90. GGT 1520, FA 850. Ecografía: múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Sin dilatación de vía biliar.

Enfoque familiar y comunitario
Manejo de comunicación de malas noticias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: síndrome constitucional. Masa abdominal de probable origen pancreático con metástasis hepáticas. Colestasis por infiltración hepática.
Diagnóstico diferencial: neoplasia pancreática con metástasis hepáticas. Colangiocarcinoma. Cólico biliar complicado.

Tratamiento, planes de actuación
En AP se informa a hijo, quien solicita que no se comunique diagnóstico a la paciente. Se respeta petición, explicando necesidad de información progresiva; aunque si preguntase, tendría derecho a conocerlo.
Ingresa para estudio y control sintomático. PET-TC: afectación hepática extensa y masa hipermetabólica en cabeza pancreática. Oncología desestima tratamiento quimioterápico y biopsia.

Evolución
Inclusión en UCP.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso refleja la dificultad de comunicar malas noticias en urgencias, donde no suele existir una relación médico-paciente consolidada ni tiempo para explorar los deseos del paciente. La petición del hijo ilustra una «conspiración del silencio». Es fundamental trabajar progresivamente con la familia para ayudarles a comprender que el paciente tiene derecho a conocer la información que desee y pueda tolerar. No abordar esta dinámica vulnera directamente el principio de autonomía del paciente. Este escenario subraya la carga emocional y moral de los médicos de urgencias como primeros transmisores de realidades difíciles en entornos clínicos donde no siempre se dan las condiciones óptimas para ello.

Palabras clave
Neoplasia pancreática; revelación de la verdad; cuidado terminal

Inflamación engañosa: cuando un quiste roto simula una infección

Cárdenas González D[1], Monís Álvarez S[1]

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso
Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta
Paciente varón de 58 años, derivado desde AP por dolor e hinchazón en MII desde hace 4 días. En tratamiento con Augmentine por sospecha de Celulitis desde entonces, además refiere sensación febril no termometrada y ausencia de traumatismo previo en la zona.

Historia clínica
Antecedentes personales: como Espondilitis Anquilosante, en seguimiento por Reumatología, EPOC y operado de hernia inguinal.

Enfoque individual
El paciente se hallaba febril, consciente, orientado y con buen estado general. TA 140/75 con FC 95. La exploración cardiorrespiratoria sin alteraciones. En MII presentaba edemas con tumefacción, con dudoso signo de Hoffmann y pulsos pedios bilaterales conservados y simétricos.
En control analítico, presentaba una Proteína C Reactiva en 125,0 mg/l y una alteración de Dímero D en 4680,0 ng/ml.
Se solicitó Ecografía reglada de MII con hallazgos de quiste de Baker roto con extensión de contenido líquido anecoico entre los planos musculares. A nivel más craneal se identifican ecos internos. No se identifica trombosis venosa. Posibles signos de sobreinfección

Enfoque familiar y comunitario
Derivación desde AP a Urgencias Hospitalarias en sospecha de complicación clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: con celulitis, trombosis venosa profunda, tromboflebitis y crisis reumatoide. *Juicio clínico:* rotura de quiste de Baker.

Tratamiento, planes de actuación
Al alta hospitalaria, se indicó control y seguimiento por Médico de Atención Primaria bajo tratamiento analgésico con Naproxeno 550 mg 1 c cada 8 h, alternando a las 4 horas con Tramadol 1c cada 8 horas, si continuase con molestias. Finalización del tratamiento antibiótico pautado previamente.
Como medidas no farmacológicas, aplicación de frío seco local y colocación de rodillera hasta reabsorción de contenido.

Evolución
Favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En este caso, se destaca la relevancia del diagnóstico diferencial en Medicina de Familia ante edema y malestar. Implica colaboración interdisciplinar para su diagnóstico y manejo, con seguimiento en Atención Primaria. Se emplean analgesia, medidas no farmacológicas y educación al paciente para optimizar la recuperación y prevenir complicaciones.

Palabras clave
Quiste poplíteo; artritis reumatoide; rotura

Cuando el polvo deja huellas en el pulmón

Torres de los Santos Y

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Pechina. Pechina (Almería)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Disnea de esfuerzo.

Historia clínica
Acudió a consulta de AP en el año 2023 por disnea de esfuerzo progresiva, sin tos ni expectoración. En fecha del 11/12/24 presento expectoración hemoptoica.
Exploración física: paciente con buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo, colaborador, afebril. ACR: rítmica, sin soplos, MVC, no ruidos patológicos audibles.

Enfoque individual
Paciente, varón, de 54 años de edad, con antecedentes personales de Rinoconjuntivitis atópica, con inmunoterapia especifica durante 4 años. Exfumador desde hace más de 20 años. Trabajador del mármol desde hace 30 años y 22 años trabajando en taller de elaboración de encimeras (productos de Silestone), trabajo piedra natural y artificial. Alergia al polen del olivo y malezas, deportista habitual, hace sedentarismo y frontón.

Enfoque familiar y comunitario
Educación sanitaria para el paciente y su entorno, sobre los riesgos asociados a la inhalación del sílice cristalina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Pruebas complementarias: Rx de tórax: 6/3/2023. Conglomerados de aspecto silicótico en LSD y LSI.
TC de Alta Resolución de tórax: 22/01/2024. Múltiples adenopatías mediastínicas multiestación e hiliares bilaterales, parcialmente conglomeradas algunas de ellas y muestran numerosas calcificaciones focales.
Juicio diagnóstico: hallazgos compatibles con silicosis pulmonar crónica complicada (fibrosis masiva progresiva).
Diagnóstico diferencial: EPOC, sarcoidosis, tuberculosis pulmonar.
Identificación de problemas: no haber detectado a tiempo, él riesgo al que estuvo expuesto el paciente durante todos esos años, mientras realizaba su trabajo.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento: umeclidinio y vilanterol 1 Inh C/24 h.
Planes de actuación: el paciente actualmente está en seguimiento tanto por su Medico de AP, como por el servicio de Neumología general.

Evolución
No disnea con las actividades que realiza, ha tenido reagudización con leve mejoría desde que toma umeclidinio y vilanterol, no episodios de hemoptisis.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Conclusiones: desde la AP podemos actuar como el primer escalón para detectar y realizar un diagnóstico precoz y prevención de esta enfermedad, realizando un seguimiento más estricto de los pacientes, que estén expuestos en su entorno laboral a este tipo de sustancias. Y tener en cuenta que esta enfermedad está teniendo un resurgimiento en los últimos años.

Palabras clave
Silicosis, neumoconiosis, exposición laboral, Atención Primaria.

Acompañamiento en la soledad ante las malas noticias

Pantoja de la Rosa L[1], Leyva Conde M[2], Muñoz Martínez B[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia. (Granada)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria/urgencias.

Motivos de consulta
Paciente varón de 61 años que acude por segunda vez por disnea progresiva de varios meses de evolución.

Historia clínica
Primera visita: sospecha de EPOC por AP de tabaquismo y exploración física compatible. Tratamiento con Bromuro de ipatropio +/- salbutamol.
Segunda visita: intensificación de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos.
Además, refiere dolor y debilidad en extremidades inferiores y pérdida ponderal de 14 kg desde que se inicia la clínica.

Enfoque individual
Paciente IABVD. Desempleado de larga data, cobra subsidio. Vida muy sedentaria. Exfumador.

Enfoque familiar y comunitario
Separado, sin hijos, vive solo. Red de apoyo social muy deficiente, único hermano viviendo fuera. Contacto ocasional con un vecino. Vivienda de protección social muy deficitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Adenocarcinoma de probable origen primario renal con metástasis múltiples.
Diagnóstico diferencial: síndrome constitucional //EPOC//Neoplasia metastásica.
Identificación de problemas: vulnerabilidad socioeconómica//Riesgo de desatención y abandono terapéutico//Impacto psicológico del diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación
Desde Atención Primaria (AP) indicamos realización urgente de radiografía de tórax en la que se aprecia un patrón en suelta de globos por lo que se decide derivación a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

Evolución
El paciente ingresa a cargo de Medicina Interna para estudio. Se aprecia masa renal izquierda con posibles metástasis pulmonares derivándose finalmente a urología para inicio de quimioterapia (QT) paliativa con pronóstico poco favorable.
Desde AP coordinación con Trabajadora Social del centro para solicitud de valoración de dependencia así como tramitación de ayuda a domicilio. Se le proporciona apoyo psicológico y prevención del aislamiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso ilustra la importancia de la mirada biopsicosocial en Medicina de Familia. La detección de signos de alarma clínicos junto con la identificación de una situación de soledad y vulnerabilidad social permitió una actuación precoz y coordinada. El acompañamiento del paciente ante el diagnóstico de una enfermedad oncológica avanzada resulta especialmente relevante en ausencia de red familiar, siendo Atención Primaria el eje vertebrador del proceso asistencial. La activación temprana de recursos sociosanitarios, la coordinación con Cuidados Paliativos y la planificación anticipada de cuidados son esenciales para garantizar una atención digna, centrada en la persona y orientada a la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave
Soledad; vulnerabilidad social; cáncer avanzado; cuidados paliativos.

"Doctor no es un ictus": síndrome de Andersen, a propósito de un caso

Pérez Díaz H[1], Romero Gandul A[2], González García J[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija Virgen del Valle. Écija (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria. Urgencias.

Motivos de consulta
Síncope y debilidad muscular en hemicuerpo izquierdo.

Historia clínica
Mujer, 48 años, acude a urgencias de primaria por síncope y debilidad muscular en hemicuerpo izquierdo. Refiere episodio brusco de pérdida de consciencia, trismus y bradipsiquia de 5-10 minutos de duración. Amnesia consecuente.
Exploración: regular estado general, consciente, orientada, eupneica en reposo. Auscultación: rítmica a 45 lpm, alguna extrasístole sin soplos. Murmullo vesicular presente, no ruidos patológicos. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: sin hallazgos.
Neurológico: glasgow 15/15, pupilas isocóricas normorreactivas, reflejo fotomotor conservado, no nistagmo, pares craneales conservados, fuerza 3-4/5 miembro superior izquierdo, sensibilidad conservada, no alteraciones del lenguaje, marcha normal, Romberg negativo, ausencia de signos meníngeos, sensibilidad facial normal.
ECG: bradicardia sinusal a 45 latidos con alguna extrasístole ventricular, alargamiento del QT. Se deriva a hospital de referencia.
Ingresa en observación: a destacar ECG de ingreso: ritmo de escape de QRS estrecho similar a su basal, se aprecia actividad auricular con ondas P sinusales a 35-40 con disociación AV casi isorrítmica. Impresiona de bradicardia sinusal severa con ritmo de escape suprahisiano. Se estabiliza e ingresa en planta.
TAC de cráneo, resonancia columna completa, resonancia cardiaca, ecocardiografía, punción lumbar, y electroencefalograma sin alteraciones que justifiquen la clínica. Dada de alta con cita a consultas externa de cardiología y neurología.

Enfoque individual
No antecedentes de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: síncope de probable origen cardiogénico.

Tratamiento, planes de actuación
Por los hallazgos es derivada a hospital de referencia cardiológica.

Evolución
Se valora en la Unidad de arritmias por extrasistolia con el ejercicio, QTc en el límite de la normalidad y la presencia de extrasístoles bidireccionales, se plantean como posibilidad diagnóstica: QT largo tipo 7, TV catecolaminérgica y síndrome de solapamiento. Se solicita panel genético de arritmias ventriculares sin cardiopatía estructural así como colocación Reveal por si presenta nuevo evento.
Estudio genético: variante del gen KCNJ2 que justifica el fenotipo variante p.Arg82Trp.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Concluimos estableciendo la importancia del electrocardiograma en pacientes que acuden a urgencias con clínica neuro-cardiológica, y que el mismo sirve de herramienta diagnóstica en multitud de patologías.

Palabras clave
Bradicardia. Hipotonía. Andersen.

Angina de Ludwig: abordaje desde la Atención Primaria

Muñoz Rojas S[1], Medrano Pérez L[2], Rodríguez Ruiz J[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto - Puntales. Cádiz
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Nos encontramos en la consulta de Atención Primaria en CS urbano ante un paciente que presenta infección cervical profunda compatible con Angina de Ludwig de origen odontógeno.

Motivos de consulta

Dolor e inflamación progresiva en región submandibular con dificultad para tragar.

Historia clínica

Varón de 52 años. Antecedentes: tabaquismo, mala higiene oral, sin enfermedades crónicas conocidas. Consulta por 48 horas de dolor dental inferior izquierdo, edema submandibular bilateral, disfagia y sensación de lengua "elevada". Refiere fiebre y malestar general. No disnea franca.

Paciente febril (38,5°C). Presenta tumefacción dura, dolorosa, caliente en suelo de boca y región submandibular, sin fluctuación. Trismus leve, voz apagada, lengua elevada. Sat O_2 96%.

Enfoque individual

Identificación precoz de infección grave potencialmente mortal. Evaluación rápida de la vía aérea y del estado general. Educación sanitaria urgente.

Enfoque familiar y comunitario

Se informa a la familia sobre la gravedad y necesidad de derivación urgente. Refuerzo comunitario de prevención: higiene oral, controles odontológicos periódicos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: infección cervical profunda compatible con Angina de Ludwig de origen odontógeno.

Diagnóstico diferencial: absceso periamigdalino, celulitis cervical y sialadenitis aguda

Problemas: riesgo de obstrucción de vía aérea, sepsis, extensión mediastínica.

Tratamiento, planes de actuación

En Atención Primaria: derivación urgente hospitalaria (prioritaria). Inicio inmediato de antibioterapia empírica IV si es posible (o IM): amoxicilina-clavulánico o clindamicina si alergia. Ayuno y monitorización básica. No manipulación local.

Evolución

Ingreso hospitalario con confirmación diagnóstica por TC. Manejo multidisciplinar con antibióticos IV y drenaje quirúrgico. evolución favorable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La Angina de Ludwig es una urgencia vital. El papel de Atención Primaria es clave en el reconocimiento precoz, valoración de la vía aérea, inicio antibiótico y derivación inmediata.

Palabras clave
Angina de Ludwig, Atención Primaria, odontalgia, urgencia

Dolor hipogástrico agudo en adolescente durante la noche

Rodríguez Ruiz J[1], Muñoz Rojas S[2], Catalán Sánchez T[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

El caso tiene lugar en el Servicio de Urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Puerta del Mar. Resalta la importancia de no olvidar la región genital como parte de una anamnesis y exploración completa.

Motivos de consulta

Dolor agudo e intenso en región hipogástrica y escrotal derecha.

Historia clínica

Hombre de 14 años, sin antecedentes de interés. Acude refiriendo dolor agudo en región hipogástrica y escrotal derecho mientras dormía (sin especificar tiempo de evolución). El dolor lo refiere intenso, continuo y sin modificación con la postura. Asocia náuseas y dos episodios de vómito. No presenta fiebre u otra sintomatología asociada. No sobreesfuerzo o traumatismo.

Enfoque individual

Se pauta analgesia. A la exploración, se observa dolor escrotal agudo a la palpación, sin cambios de coloración, reflejo cremastérico ausente y testículo derecho ligeramente elevado. Exploración abdominal anodina.
Se consulta con Urología de guardia y se realiza ecografía Doppler testicular donde se observa rotación testicular con compromiso del flujo sanguíneo testicular y riesgo de isquemia irreversible.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente acude acompañado por su madre, que acepta y entiende la situación de gravedad y posible necesidad de cirugía urgente. No refiere antecedentes familiares de interés. A nivel comunitario, resalta la importancia de la educación en salud para padres y cuidadores.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

El primer juicio clínico es de torsión testicular. Entre el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta: epididimitis/orquiepididimitis, torsión de apéndice testicular, hernia inguinal encarcelada, traumatismo testicular o una infección urinaria con dolor referido.

Tratamiento, planes de actuación

Se debe ofrecer una atención inmediata en urgencias. En primer lugar, centrarnos en el tratamiento analgésico y preparación prequirúrgica. Se procede a tratamiento quirúrgico con detorsión del cordón espermático y orquidopexia bilateral para prevención de recurrencias. Se realizará seguimiento postoperatorio por urología.

Evolución

Presenta evolución favorable tras la intervención quirúrgica, con recuperación y conservación de la viabilidad testicular. Es dado de alta hospitalaria y continúa seguimiento ambulatorio, sin evidencia de complicaciones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La torsión testicular es una emergencia quirúrgica tiempo-dependiente. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no debe retrasarse el tratamiento quirúrgico. La actuación precoz permite preservar el testículo y evitar complicaciones a largo plazo, como atrofia testicular o infertilidad.

Palabras clave
Torsión testicular, dolor escrotal agudo, urgencia urológica, orquidopexia, isquemia testicular.

Hombre de escarlatina

Tocino Carmona J[1], Catalán Sánchez T[2], Medrano Pérez L[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto - Puntales. Cádiz
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor de garganta y lesiones cutáneas.

Historia clínica
Pablo, hombre de 33 años de edad, acude a nuestra consulta por tercera vez en los últimos días por presentar odinofagia que no cede a tratamiento sintomático y lesiones cutáneas pruriginosas en tronco. Constantemente presenta picos febriles, sin vómitos asociados ni diarrea. No obstante, nos reconoce que se encuentra emocionalmente exhausto porque no mejora su clínica.

Enfoque individual
Realmente siente prurito generalizado, y las lesiones se están extendiendo cada vez más, además de presentar petequias en paladar, es decir, enantema cuando nos fijamos más de cerca.

Enfoque familiar y comunitario
Vive en una pequeña casa con su hija y su mujer, e indagando en la historia, coincide con que su hija tuvo también una infección faríngea previa prácticamente asintomática. Justo estuvo cuidando de ella durante esos días sin utilización de mascarilla e higiene de manos deficiente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Escarlatina o fiebre escarlata, desarrollada en ocasiones como consecuencia de una faringitis estreptocócica.

Tratamiento, planes de actuación
En primera instancia, prescribimos tratamiento antibiótico con penicilina a dosis ajustada a peso, teniendo en cuenta que debe aislarse al menos las primeras 48 horas, así como antitérmicos y antihistamínicos para alivio sintomático. Explicamos las medidas higiénicas más importantes y podemos notar la gratitud en su discurso.

Evolución
En los primeros días, ya se encuentra con mejoría del prurito, mejora su insomnio de conciliación asociado y el exantema va perdiendo nitidez, además se ha tomado las medidas de aislamiento con la mayor seriedad y responsabilidad.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Resulta completamente necesario crear en la medida de lo posible consciencia de la enorme carga asistencial que soportamos en Atención Primaria y la dificultad para otorgar una asistencia de calidad, por lo que, en ocasiones, el diagnóstico y el tratamiento se prolonga y convierte en un proceso complejo.

Palabras clave
Enantema; Petequias; Exantema.

La ecografía como método diagnóstico

Cruz Briega A[1], Pinilla González M[2], Castillo Burgos D[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribañez. Sevilla
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Maribañez. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Revisión por dolor abdominal persistente, inicialmente valorado como posible cólico renal.

Historia clínica
Mujer joven en tratamiento por cólico renal desde hace 7-10 días, con mejoría progresiva y molestias leves residuales.

Enfoque individual
No constan antecedentes personales de interés salvo uso de anticonceptivos hormonales desde hace 4 años.
Evolución favorable. Afebril en todo momento. No ha tenido alteraciones de la micción.
Exploración física: buen estado general, normohidratada y normoperfundida, estable hemodinámicamente. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No defensa abdominal ni signos de peritonismo. Puñopercusión renal bilateral negativa.
Ecografía clínica en consulta: imagen hepática homogénea, levemente hipoecoica en el lóbulo hepático izquierdo, de grandes dimensiones (7 x 5 cm aprox.), con vascularización en Doppler. No otras estructuras a destacar. No litiasis renales.

Enfoque familiar y comunitario
No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Lesión ocupante de espacio hepática a filiar.
Diagnóstico diferencial: adenoma hepático vs hiperplasia nodular focal (HNF).

Tratamiento, planes de actuación
Se compartieron imágenes con Radiología y solicitó ecografía reglada que confirmó una lesión sólida, isoecoica y redondeada, con diagnóstico diferencial similar por lo que se solicitaron TC hepático dinámico (mostrando una lesión de márgenes bien definidos, hipercaptante en fase arterial con cicatriz central hipodensa, altamente sugestiva de hiperplasia nodular focal).

Evolución
La RM dinámica hepática confirmó estabilidad y características típicas compatibles con HNF. Asintomática.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso destaca la relevancia de la ecografía clínica realizada por el médico de familia en Atención Primaria para la detección precoz y el manejo inicial de lesiones hepáticas, permitiendo un abordaje eficiente y coordinado con el nivel hospitalario, mejorando la capacidad resolutiva y optimizando recursos.

Palabras clave
Hiperplasia nodular focal, adenoma hepático, ecografía clínica.

Encopresis de años de evolución

Medrano Pérez L[1], Tocino Carmona J[2], Muñoz Rojas S[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz

Ámbito del caso
Atención Primaria y Aparato Digestivo.

Motivos de consulta
Encopresis diaria en paciente adolescente.

Historia clínica
Paciente de 14 años que se deriva desde el CS a Aparato Digestivo para valoración. Refiere que desde que comienza con control de esfínteres siempre mancha de heces la ropa interior. Fue diagnosticada en la infancia en digestivo pediátrico de estreñimiento que ha tenido tratamiento con casenfibra y macrogol vía oral sin mejoría. Cuando no toma dicho tratamiento realiza heces de tipo caprinas con mucho esfuerzo y con tratamiento laxante mejoría ligera pero siempre acompañando encopresis diaria sin darse cuenta. Nunca ha estado acompañado de dolor abdominal. No asocia rectorragia ni dolor a la defecación, tampoco vómitos ni sensación nauseaosa. En dicha consulta de Aparato Digestivo se palpa fecaloma y se deriva a Urgencias para extracción de fecaloma. Se intenta en varias ocasiones de manera manual y con tratamiento médico (enemas, movicol a dosis de de desimpactación) con deposiciones poco abundantes. Tras evolución tórpida durante 24 horas, se decide realización de colonoscopia con inyección de Coca-cola en el interior del fecaloma.

Enfoque individual
Es esencial dar importancia a todos los síntomas a pesar de los años de evolución. No hay que minimizar ningún síntoma a pesar de que no se acompañen de dolor y no hayan desencadenado ningún cuadro más grave.

Enfoque familiar y comunitario
Se debe estudiar la encopresis diaria para evitar la cronificación del estreñimiento y sus posibles complicaciones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Fecaloma en contexto de estreñimiento crónico

Tratamiento, planes de actuación
Se solicita una manometría anorectal y se pauta movicol 3 sobres diarios tras resolución de cuadro agudo.

Evolución
Se realiza colonoscopia bajo sedación y se inyecta Coca-cola en el fecaloma con desimpatación y extracción del mismo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Se debe tener en cuenta la encopresis diaria para evitar la cronificación del estreñimiento para evitar el círculo vicioso fisiopatológico (la retención voluntaria asocia pérdida de sensibilidad rectal acabando en encopresis y pérdida del reflejo defectario) y evitar sobre complicaciones clínicas (fisuras, megacolon y megarrecto funcional, dolor abdominal recurrente y posible enuresis asociada). Además del impacto psicosocial y familiar de la encopresis en una paciente adolescente.

Palabras clave
Estreñimiento, fecaloma, atención primaria, aparato digestivo, urgencias

"Más allá de la cirugía: diagnóstico de un urinoma posthisterectomía desde la consulta de Atención Primaria"

López Cabrera A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San José del Valle. San José del Valle (Cádiz)

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta
Dolor abdominal.

Historia clínica
Mujer de 48 años con antecedente patológico de útero polimiomatoso sintomático que precisó de histerectomía total y doble salpinguectomía por laparotomía. Acude a consulta de su médico de familia a los 20 días del postoperatorio por dolor abdominal con predominio en flanco izquierdo e irradiación a fosa ipsilateral de 24 horas de evolución.

Enfoque individual
A la exploración física presenta buen estado general. A nivel abdominal, la exploración no muestra hallazgos reseñables salvo dolor a la palpación de flanco izquierdo. Niega fiebre, clínica miccional y alteraciones gastrointestinales.
Se realiza ecografía clínica en consulta donde se evidencia dilatación pielocalicial del riñón izquierdo y del uréter proximal visualizándose gran colección anecoica adyacente que se extiende hasta fosa ilíaca izquierda.
Ante dichos hallazgos, se deriva para completar estudio al servicio de urgencias hospitalarias, donde se realiza uroTC urgente en el que se observa dilatación del uréter proximal y extensa colección retroperitoneal izquierda que en fase excretora muestra fuga de contraste en relación con urinoma.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: urinoma.
*Diagnóstico diferencial:*absceso, hematoma.

Tratamiento, planes de actuación
Se contacta con Urología y se decide colocación de catéter de drenaje de colección, así como nefrostomía percutánea y catéter doble J izquierdo en el mismo acto.

Evolución
Analíticamente se evidencia alteración de la función renal (Cr 1.2 mg/dl), reactantes de fase aguda elevados (PCR 145 mg/dl y leucocitos 12.3000/ul) y anemia normocrómica normocítica (Hb 9.9 g/dl), con sedimento de orina sin hallazgos.
Tras ingreso, mejoría de los datos analíticos, manteniéndose asintomática desde el punto de vista urológico. Se realiza pielografía anterógrada de manera ambulatoria con repleción del sistema urinario sin evidencia de fugas, por lo que se retiran todos los catéteres y se procede a alta con seguimiento por su médico de familia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Dentro de las lesiones de órganos vecinos tras una histerectomía, la complicación más frecuente es la lesión vesical, siendo la incidencia de lesión ureteral < 2%. En este caso, ante una anamnesis y exploración física anodinas, la posibilidad de realizar una ecografía clínica en consulta fue lo que permitió establecer un diagnóstico de sospecha con rápida actuación.

Palabras clave
Dolor abdominal, urinoma, nefrostomía percutánea.

"No todo es eczema: el reto diagnóstico de una tiña corporis"

López Cabrera A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San José del Valle. San José del Valle (Cádiz)

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta
Lesiones dermatológicas.

Historia clínica
Hombre de 27 años sin antecedentes patológicos de interés que acude al servicio de urgencias hospitalarias por lesiones dermatológicas en antebrazo izquierdo desde hace 2 meses, que se iniciaron como una única lesión anular pruriginosa de pequeño tamaño. Ha realizado en varias ocasiones tratamiento tópico con corticoide sin mejoría.
No ha tomado nueva medicación, ni realizado viajes al extranjero. Trabaja como conductor de maquinaria en el mundo agrario. Vive en el entorno rural con animales (perro, gato y gallinas). No uso de tratamientos fitosanitarios. No ha presentado ni presenta clínica infecciosa.

Enfoque individual
En la exploración física se evidencian múltiples lesiones pruriginosas en antebrazo y mano, con maculas eritematosas y descamación en superficie incompleta. Resto de exploración sin hallazgos reseñables.
Ante las lesiones visualizadas, se sospecha de una tiña corporis. Se toma muestra de las lesiones para su cultivo y se solicita analítica con perfil infeccioso/inflamatorio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: tiña corporis.

Diagnóstico diferencial: eczema, psoriasis en placas, lupus eritematoso cutáneo (discoide).

Tratamiento, planes de actuación
Al tratarse de una tiña extensa (> 3 placas), se decide iniciar tratamiento con Itraconazol 100 mg cada 24 horas durante 15 días. De manera concomitante se pauta Flutrimazol tópico (dos aplicaciones diarias) hasta una semana después de la remisión de síntomas.

Evolución
En la valoración posterior por su médico, se evidencia mejoría franca de las lesiones. Se aísla en el cultivo realizado, Microsporum canis, el dermatofito zoofílico más frecuente, por lo que se mantiene el tratamiento pautado.
Resto de analítica con hemograma, VSG y PCR en rango de la normalidad. Serología negativa (Coxiella burnetii, Rickettsia conorii, Treponema pallidum, Brucella spp, CMV, VEB, VIH, VHA, VHB y VHC).

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Al tratarse de una infección por un dermatofito zoofílico, las lesiones suelen ser más extensas e inflamatorias que las provocadas por microorganismos antropofílicos, motivo por el cual su diagnóstico puede ser complejo y erróneo. Por ello, la anamnesis fue fundamental para construir nuestra sospecha diagnóstica.
En nuestro caso, la aplicación de tratamiento tópico con corticoide empeoró las lesiones y por ello, fue preciso la administración sistémica del antifúngico para la resolución del cuadro.

Palabras clave
Dermatofitosis, microsporum, zoonosis.

"Cuando la exploración no impresiona, pero el electrocardiograma alerta: isquemia arterial periférica"

López Cabrera A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local San José del Valle. San José del Valle (Cádiz)

Ámbito del caso
Servicios Urgencias Extra e Intrahospitalarias.

Motivos de consulta
Dolor agudo pie izquierdo.

Historia clínica
Hombre de 69 años que solicita asistencia en su domicilio a los servicios de urgencias extrahospitalarias (DCCU) por dolor de inicio súbito y frialdad cutánea en pie izquierdo. Como antecedente patológico de interés presenta HTA y DM tipo 2 de larga data con inadecuado control metabólico.

Enfoque individual
A la llegada del equipo, se objetiva leve frialdad sin afectación de la coloración del pie izquierdo respecto al contralateral. Dolor localizado en seno del tarso que no mejora con analgesia de primer escalón.
Ausencia de pulso pedio y poplíteo izquierdo con contralaterales débiles. Presencia de pulso femoral bilateral. No afectación sensitivo-motora.
En la exploración cardiopulmonar, se auscultan tonos arrítmicos por lo que realiza ECG en el que se evidencia fibrilación auricular no conocida previamente.
Ante dicho hallazgo y la sospecha de isquemia arterial, se decide traslado a hospital de referencia. Allí, se realiza ecografía urgente donde se visualiza a nivel de arteria poplítea izquierda dilatación aneurismática con trombosis, por lo que se contacta con Cirugía Vascular para valoración por su parte.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: isquemia arterial periférica secundaria a aneurisma poplíteo trombosado.
Diagnóstico diferencial: tromboangeítis obliterante.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza by-pass femoropoplíteo desde 1ª a 3ª porción de arteria poplítea izquierda con vena safena externa invertida.

Evolución
Evolución favorable con recuperación de pulso pedio y adecuada perfusión distal. Ante la presencia de fibrilación auricular de novo en paciente con CHA_2DS_2-VA de 5 puntos, se decide anticoagulación y tratamiento betabloqueante. Se le insiste en la importancia de control de los FRCV por su médico de atención primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Nuestro paciente (CHA_2DS_2-VA = 5 puntos) tenía entre un 7-10% de riesgo de trombosis sin tratamiento anticoagulante. Este caso nos demuestra lo importante que es realizar una exploración física completa, ya que la detección de un ritmo cardíaco anómalo fue el dato clave, puesto que la ausencia de pulso pedio se podía justificar con la arteriopatía diabética (que seguro que el paciente padecía) y los datos clínicos iniciales de isquemia fueron muy sutiles.

Palabras clave
Isquemia, trombosis, fibrilación atrial.

Clínica sistémica inespecífica y lesiones cutáneas: el valor del seguimiento en Atención Primaria

Barco Núñez P[1], Altamirano Carrillo A[2], Naranjo Martín-Prieto M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mallén. Sevilla
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mallén. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor en miembros inferiores, astenia y lesiones cutáneas; posteriormente úlceras anales crónicas y exantema cutáneo.

Historia clínica
Varón de 30 años, procedente de Colombia, que consulta por múltiples síntomas: inicialmente por dolor bilateral en miembros inferiores de predominio proximal, con empeoramiento nocturno e inflamación asociada. Además, refiere astenia generalizada, disnea de un mes de evolución e insomnio de conciliación.

Enfoque individual
Como antecedente personal destaca parálisis facial periférica de repetición hace meses, resuelta con corticoterapia. En la exploración física se objetivaron múltiples lesiones cutáneas eritematosas sobreelevadas, redondeadas, de aproximadamente 1 cm de diámetro, localizadas en extremidades y párpado superior izquierdo, sin otros hallazgos relevantes. Posteriormente, el paciente consultó por úlceras anales de aproximadamente un año de evolución y, semanas después, por la aparición de un exantema en tronco y en palmas y plantas. Se amplió la analítica solicitando serologías de infecciones de transmisión sexual, resultando positivas para sífilis y VIH.

Enfoque familiar y comunitario
Desde Atención Primaria se abordó el diagnóstico de infección de transmisión sexual, el consejo sanitario, la educación para la salud y la coordinación para el estudio y control de contactos.)

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Inicialmente se planteó un síndrome inflamatorio sistémico con diagnóstico diferencial amplio, incluyendo enfermedades autoinmunes, vasculitis e infecciones crónicas. La evolución clínica, la exploración y las pruebas complementarias permitieron orientar el caso hacia sífilis secundaria en paciente con coinfección por VIH.

Tratamiento, planes de actuación
El paciente fue derivado de forma preferente para confirmación diagnóstica, tratamiento antibiótico específico y seguimiento especializado.

Evolución
Se le han recomendado asociaciones dedicadas a la salud sexual, el bienestar emocional y la atención integral de personas con enfermedades de transmisión sexual.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso pone de manifiesto el papel clave de la Atención Primaria en el seguimiento longitudinal y el razonamiento clínico ante síntomas sistémicos inespecíficos. La sífilis continúa siendo "la gran simuladora" y debe considerarse en cuadros inflamatorios de evolución prolongada. La anamnesis dirigida y la visión integral del médico de familia son fundamentales para el diagnóstico precoz, la prevención y el abordaje comunitario de las enfermedades de transmisión sexual.

Palabras clave
Síndrome inflamatorio sistémico; Atención Primaria; razonamiento clínico.

Deterioro cognitivo acelerado: pensando más allá del ictus

Mohamed Sánchez S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Limonar. Málaga

Ámbito del caso
Consulta de no demorable del CS.

Motivos de consulta
Deterioro cognitivo progresivo con alteraciones conductuales y motoras.

Historia clínica
Mujer de 58 años, ama de casa, fumadora, con antecedentes de HTA, prediabetes, obesidad, ERC IIIA, probable EPOC, fibromialgia, SAHOS en CPAP e infarto occipital previo. Ingresó en marzo por inestabilidad atribuida a ictus lacunar cerebeloso izquierdo. Desde hace tres meses presenta inatención, fallos cognitivos y desorientación progresiva, con discurso delirante, prosopagnosia, alteraciones conductuales y dificultad para tareas básicas. En la exploración destaca facies hipomímica, apraxias, mioclonías subcorticales y polimioclonías, rigidez axial y bradicinesia. Test del reloj patológico y Minimental 11/24.

Enfoque individual
Desde hace tres meses presenta fallos cognitivos, inatención y desorientación progresiva. Evoluciona con discurso delirante, prosopagnosia, alteraciones conductuales, dificultad para tareas básicas, mioclonías y espasmos de tronco y extremidades. La TC inicial fue anodina; analítica sin hallazgos relevantes. La rápida progresión orientó la sospecha hacia enfermedad priónica.

Enfoque familiar y comunitario
El deterioro súbito y el pronóstico infausto generaron gran impacto familiar, precisando apoyo psicosocial y coordinación con Atención Primaria y cuidados paliativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Se sospechó enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ante un deterioro cognitivo rápidamente progresivo con síntomas motores y conductuales, sin datos de ictus agudo ni de demencia típica.
Diagnóstico diferencial: encefalitis autoinmune o infecciosa, causas metabólicas, tóxicas o tumorales.

Tratamiento, planes de actuación
Sin tratamiento curativo. Se indicó derivación urgente a Urgencias Hospitalarias para ingreso y completar estudio (RM cerebral, EEG, proteína 14-3-3 en LCR), medidas de soporte y control sintomático, junto a coordinación con Atención Primaria y cuidados paliativos.

Evolución
Se indicó ingreso para completar estudio con RMN cerebral, EEG y punción lumbar (proteína 14-3-3), junto a medidas de soporte y control sintomático. La paciente evolucionó con empeoramiento rápido de la autonomía, confirmándose diagnóstico probable de enfermedad priónica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante un deterioro cognitivo subagudo y rápido con alteraciones motoras y conductuales, debe sospecharse enfermedad priónica en urgencias neurológicas. El médico de familia y de urgencias desempeña un papel clave en la detección precoz, en el acompañamiento a la familia y en la coordinación del abordaje integral, reforzando la visión global de la Medicina de Familia.

Palabras clave
Prion diseases; rapidly progressive dementia; primary health care.

Explorar importa: no todo lo banal es local

Sarmiento Acosta M[1], Cano Conde M[2], Caballero Castillo L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)
[2] CS Archidona. Málaga

Ámbito del caso
Centro de salud.

Motivos de consulta
Molestias perianales.

Historia clínica
Varón de 47 años, IABVD, fumador de 5 cig/diario. ERGE en tratamiento con Omeprazol 20 mg. No FRCV.

Enfoque individual
Acude a consulta por dolor anal. No supuración ni sangrado. No alteraciones habito intestinal. No RRSS de riesgo en los últimos 2 años. Previamente pareja estable HSH.
En la *Exploración física:* lesiones cutáneas ulceradas, no fisuras.

Enfoque familiar y comunitario
Re-consultas por no resolución del cuadro a SUAP por demora en las consultas de AP. Actuación conjunta MAP con enfermería y nivel hospitalario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hemorroides vs Úlcera anal

Tratamiento, planes de actuación
Pomada rectal con triamcinolona, dieta blanda y actitud expectante.

Evolución
Consultó en SUAP por mismo motivo en 3 ocasiones más, tratándose como hemorroides sin constar EF, y en la última se pauta ATB (Augmentine). Vuelve a consulta de AP por proctalgia persistente y fiebre 38ºC de 2 días de evolución.

Exploración física: ulceraciones bilaterales de gran tamaño con secreciones purulentas. Se decide derivar a URG Hospitalarias para valoración por Cirugía General; tras IC indican alta a domicilio con nuevo ciclo de Augmentine y curas en su CS. A las 3 semanas, tras evolución tórpida con escafelos, trayectos fistulosos, nuevamente derivación a URG. En AS PCR 29 sin leucocitosis ni neutrofilia. Se IC con cirugía y se decide ingreso para exploración en quirófano bajo anestesia; además se solicita colonoscopia y EDA. En dicha prueba, se objetiva "lesión en esófago distal ulcerada impresiona de esofagitis candidiasica", desde Digestivo se indica analítica de cribado de ITS destacando Ac VIH screening positivo, Ac gp 160 VIH positivo, Ac gp 41 (+), gp 140 (+). Carga viral 401000. Diagnosticandose finalmente VIH con criterios de SIDA.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ponemos de manifiesto la relevancia de la exploración física en AP como pilar fundamental e insustituible. No debemos dar por hecho diagnósticos ante síntomas frecuentes y menos aun modificar tratamientos sin una valoración clínica completa. Asimismo, este caso nos permite destacar la importancia del cribado oportunista en ITS, incluido VIH, en pacientes con síntomas anorrectales/genitales persistentes o atípicos. Una visión global del paciente, principal ventaja en nuestra especialidad, permite mejorar el pronóstico y calidad asistencial de nuestros pacientes.

Palabras clave
Ulcera anal, VIH, screening

Lesiones cutáneas ulceradas recurrentes en adulto: una presentación atípica de impétigo

Ballesteros Ortiz M[1], Bonilla Bermejo J[1], Segura Quirante A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cúllar. Cúllar (Granada)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cúllar. Cúllar (Granada)

Ámbito del caso
Paciente con consultas reiteradas en urgencias.

Motivos de consulta
Lesiones cutáneas.

Historia clínica
Paciente de 40 años consulta por erupciones cutáneas pruriginosas y dolorosas en extremidades superiores e inferiores, de un mes de evolución y diseminación progresiva. Las lesiones se inician como erosiones costrosas que evolucionan a úlceras. En un primer episodio mejoró tras amoxicilina-clavulánico. En un segundo episodio, estudiado en Atención Primaria con serologías negativas salvo VHS-1, se pautó valaciclovir, terbinafina y amoxicilina-clavulánico, con respuesta parcial. Niega tóxicos, viajes, relaciones sexuales de riesgo o convivencia con animales.

Enfoque individual
Antecedentes personales: alergia a itraconazol; celiaquía en dieta sin gluten; hernia inguinal izquierda; fumador activo (12 cigarrillos/día). Tratamiento habitual: ebastina 20 mg/día.
Exploración física: buen estado general. Fototipo II. Papulonódulos ulcerados, algunos con secreción purulenta, en ambos miembros superiores y tobillos, distribución pseudoesporotricoide, dolorosos a la palpación. Sin afectación palmoplantar ni mucosas.
Pruebas complementarias: analítica sin alteraciones relevantes, con discreta elevación de PCR y leucocitosis neutrofílica. Serologías negativas. Cultivo inicial con crecimiento escaso de Leuconostoc spp. PCR VHS-1 positiva en dos ocasiones.

Enfoque familiar y comunitario
Enfoque de Medicina de Familia: caso de evolución tórpida que evidencia la importancia de continuidad asistencial, amplio diagnóstico diferencial y coordinación entre niveles. Se descartaron factores epidemiológicos y afectación en convivientes, reforzando medidas higiénicas y educación sanitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Impétigo contagioso diseminado vs. otras causas infecciosas (micobacterias atípicas, leishmaniasis) o vasculitis.

Tratamiento, planes de actuación
Derivado a Dermatología; biopsia cutánea, higiene local, tratamiento tópico (ozanex) y analgesia.

Evolución
Evolución favorable con resolución casi completa. Cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* multisensible, confirmando impétigo contagioso diseminado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El impétigo puede presentarse de forma atípica en adultos. La Medicina de Familia es clave en la gestión de la incertidumbre clínica, uso racional de antibióticos y coordinación asistencial. Este caso subraya la importancia de incluir el impétigo en el diagnóstico diferencial de dermatosis recurrentes, así como la utilidad de cultivos precoces y coordinación con Atención Especializada para optimizar el manejo y prevenir cronificación.

Palabras clave
Impétigo contagioso, lesión ulcerada, Staphylococcus aureus, infección recurrente, adulto.

Ictus isquémico de la arteria de Percheron

Catalán Sánchez T[1], Tocino Carmona J[2], Rodríguez Ruiz J[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Loreto - Puntales. Cádiz
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz.

Ámbito del caso
Neurología.

Motivos de consulta
Focalidad neurológica.

Historia clínica
Varón de 82 años, con AP de DM II, HTA, DLP, Cardiopatía isquémica y FA anticoagulada, es encontrado en su domicilio a primera hora de la mañana con bajo nivel de consciencia, desorientación y disartria, encontrándose la noche anterior asintomático. Se avisan a los servicios de emergencias extrahospitalarias, tras valoración inicial en domicilio con GCS 8, posible paresia facial derecha y hemiparesia izquierda trasladan al paciente al Hospital tras activación del código ictus.

Enfoque individual
Realizaremos un abordaje integral centrado primero en el traslado a centro referente y en la estabilización clínica. Vigilaremos la prevención de complicaciones y control de factores de riesgo durante el periodo agudo. Por último tras la estabilización valoraremos si fuera necesario la rehabilitación temprana motora y cognitiva, con seguimiento neurológico para favorecer la recuperación funcional y su autonomía.

Enfoque familiar y comunitario
Se orienta a educar y apoyar a la familia en los cuidados y manejo de secuelas cognitivas y funcionales, promoviendo el acompañamiento emocional, la coordinación con atención primaria y servicios comunitarios, la reintegración social del paciente y el acceso a recursos sociales que reduzcan la carga del cuidador.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Ictus isquémico en territorio de la arteria de Percheron. El diagnostico diferencial lo haremos principalmente con el estado postictal y con la encefalitis.

Tratamiento, planes de actuación
Se realizó TC craneal urgente y Angio TC sin evidencia de hemorragia ni oclusión arterial. Analítica inicial sin alteraciones. No candidato a fibrinólisis por ictus del despertar y anticoagulación previa. Se deja bajo observación neurológica.

Evolución
Se plantea un posible estatus postictal iniciándose tratamiento empírico con levetiracetam, en la reevaluación clínica persiste focalidad con disartria y hemiparesia izquierda por lo que se realiza TC de control objetivándose lesiones isquémicas bilaterales en ambos tálamos paramedianos de distribución asimétrica y con posible extensión mesencefálica compatibles con ictus isquémico en territorio de la arteria de Percheron, acorde con la evolución temporal de este ictus.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El ictus de Percheron requiere seguimiento integral y multidisciplinar en atención primaria, coordinando rehabilitación, control de factores de riesgo y apoyo familiar continuo.

Palabras clave
Ictus, Percheron, neurología.

Cuando la tos no es solo tos

Vargas Peñalver A, Alba Bermúdez D, Sánchez Fernández E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Tos y mocos. Disnea.

Historia clínica
Varón de 52 años, fumador activo (15–20 cigarrillos/día), sin otros antecedentes de interés. Consulta por tos y expectoración, recibiendo tratamiento sintomático. Tras un mes, persiste la tos y aumento de disnea, sin hemoptisis ni síntomas sistémicos.
Se solicita analítica y radiografía de tórax, que muestra imagen pseudonodular apical izquierda. TC Tórax sugiere proceso infeccioso, considerándose tuberculosis pulmonar como primera posibilidad.
Se completa con Mantoux positivo (11 mm) y baciloscopia de esputo BAAR positiva, estableciéndose diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa.

Enfoque individual
Desde AP se realizó una valoración integral, promoviendo el cese tabáquico. La reevaluación permitió ampliar el estudio y, gracias a la coordinación con Radiología, se realizó una TC torácica orientada a tuberculosis. Esto permitió completar diagnóstico e indicar baja laboral.

Enfoque familiar y comunitario
El enfoque desde atención primaria en este ámbito es muy importante ya que hay que contactar con el servicio de Epidemiología para el seguimiento de sus contactos estrechos, informar sobre signos de alarma y prevención. Evitando así la transmisión comunitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
El *juicio clínico* del paciente una vez que acude por segunda vez a consulta es un nódulo pulmonar a filiar. Posteriormente, despistaje de enfermedad tuberculosa debido a hallazgos de TC Tórax.
Diagnóstico diferencial: neumonía, neoplasia pulmonar, tuberculosis pulmonar y enfermedad pulmonar intersticial.
Identificación de problemas: primera consulta coincidente con meses de alta prevalencia de gripe dificultó la sospecha inicial. En un paciente fumador con imagen pseudonodular, la primera alarma fue la neoplasia. Tras el diagnóstico, se identificaron como principales problemas el riesgo de contagio comunitario y el impacto laboral y psicosocial.

Tratamiento, planes de actuación
Se inicia tratamiento de enfermedad tuberculosa según protocolo, medidas de aislamiento respiratorio y baja laboral.
Coordinación con otros servicios.
Investigación de contactos estrechos.

Evolución
Posteriormente, tras este proceso, deshabituación tabáquica. Control analítico. Control síntomas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La tuberculosis pulmonar puede presentarse con síntomas inespecíficos, por lo que su sospecha en Atención Primaria es clave para un diagnóstico precoz y la prevención de contagios. La radiografía de tórax, junto con Mantoux y baciloscopía, sigue siendo fundamental. El abordaje integral y la coordinación con otros servicios refuerzan el papel esencial del médico de familia en el manejo del paciente.

Palabras clave
Tos, tuberculosis, fumador

Absceso tubo ovárico

Pérez Féliz R[1], Vegazo Lockhart C[2], Almonte María J[3]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cortegana. Cortegana (Huelva)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cortegana. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Juan Ramon Jimenez. Huelva

Ámbito del caso
Servicios de Urgencias del hospital comarcal.

Motivos de consulta
Dolor abdominal.

Historia clínica
Antecedentes patológicos: mujer de 40 años con antecedente de quiste ovárico. No presenta otros antecedentes de interés.
Enfermedad actual: acude por dolor abdominal de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas sin vómitos y fiebre de hasta 38 °C. No refiere cambios en el hábito intestinal ni síntomas miccionales.
Examen físico: buen estado general, consciente y orientada en las tres esferas, bien hidratada y perfundida, eupneica y afebril. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada. No se palpan masas ni megalias. Signo de Murphy dudoso. Signo de Blumberg dudoso. Puño percusión renal bilateral negativa.
Pruebas complementarias:

- Ecografía abdominal clínica en Urgencias: útero aumentado de tamaño a expensas de útero polimiomatoso, con escaso líquido en el saco de Douglas. Anejos aumentados de tamaño.
- Ecografía ginecológica transvaginal urgente: cérvix bien epitelizado. Útero doloroso a la movilización, aumentado de tamaño y con escasa movilidad a expensas de miomatosis uterina. Dolor intenso a la palpación del anejo izquierdo.
- Ecografía ginecológica abdominal urgente:
  - Útero polimiomatoso a expensas de varios miomas.
  - Anejo izquierdo aumentado de tamaño con líquido libre alrededor, compatible con absceso tubo-ovárico.

Enfoque individual
Diagnóstico y tratamiento precoz del absceso tubo-ovárico.

Enfoque familiar y comunitario
Beneficios y utilidad del uso de la ecografía clínica en los servicios de urgencias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: absceso tubo-ovárico izquierdo.
Diagnóstico diferencial:

- Embarazo ectópico roto.
- Quiste ovárico complicado.

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso en la planta de Ginecología e inicio de antibioterapia endovenosa.

Evolución
Alta hospitalaria con antibioterapia oral tras buena evolución clínica después de varios días de tratamiento antibiótico intravenoso.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El uso de la ecografía clínica en los servicios de urgencias, tanto extrahospitalarios como intrahospitalarios, es una herramienta útil no solo para diagnosticar, sino también para descartar patología urgente que requiere un diagnóstico inmediato. Se trata de una técnica poco invasiva, sin riesgo de exposición a radiación ionizante y cada vez más disponible en los servicios de urgencias.
Por ello, resulta fundamental que los médicos de familia nos formemos de manera progresiva en esta técnica.

Palabras clave
Tubo-ovarian abscess, pelvic inflammatory disease, clinical ultrasound

Razonamiento clínico en Atención Primaria ante una cefalea atípica devastadora

González García J[1], Pérez Díaz H[1], Romero Carrillo M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] Especialista de Medicina familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cefalea holocraneal súbita, insoportable y refractaria a analgesia de 18 horas de evolución, descrita como "la peor de mi vida". Asocia visión borrosa.

Historia clínica
La cefalea se acompaña de sensación de obstrucción nasal izquierda de dos semanas de evolución, iniciada tras un lavado ótico. Refiere parestesias en hemicara izquierda y niega traumatismo. Antecedentes familiares de disección aórtica.

Enfoque individual
Varón de 82 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de 15 años con mal control metabólico persistente (HbA1c: 10.1%).
Exploración: regular estado general, consciente, afebril, TA 137/77, glucemia 305 mg/dl, leve edema palpebral izquierdo. ORL: mancha negruzca irregular en cornete medio izquierdo. Exploración neurológica normal.

Enfoque familiar y comunitario
Vive sólo con apoyo esporádico. Baja adherencia a tratamientos crónicos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Cefalea de máximo riesgo que genera dolor refractario con datos de alarma y exige descartar patología vascular grave (hemorragia intracraneal), o infección invasiva (como mucormicosis o sinusitis complicada), además de tumor cerebral, en contexto de inmunosupresión hiperglucémica.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación hospitalaria urgente con informe detallado que enfatice la cefalea en trueno y alta sospecha de patología grave, especialmente para excluir mucormicosis rinocerebral.

Evolución
En Urgencias, la analítica fue anodina. La TAC craneal sin contraste descartó hemorragia aguda, pero describió una lesión en senos paranasales izquierdos con destrucción ósea y extensión a órbita e intracraneal, sugestiva de proceso infeccioso-inflamatorio como sinusitis fúngica. Otorrinolaringología mediante nasofaringolaringoscopia descartó patología sinusal infecciosa, observando una alteración anatómica. Dada la estabilidad clínica, fue dado de alta con RMN preferente. La RMN craneal mostró imágenes en sustancia blanca de etiología vascular no aguda, atrofia cortical y alteración anatómica congénita (agenesia de seno maxilar izquierdo y alteración etmoidal).

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El MFyC debe reconocer y actuar ante cefaleas de alarma, incluso sin diagnóstico etiológico inmediato. La diabetes mal controlada eleva la sospecha e incluye la mucormicosis en el diagnóstico diferencial, requiriendo inspección nasal/oral. Aunque el diagnóstico final fue una malformación nasosinusal congénita, la sospecha inicial de mucormicosis fue apropiada por la presentación clínica. El rol del MFyC integra información, genera sospecha precoz, coordina la derivación urgente y el seguimiento. Reforzar formación en signos de alarma de cefaleas secundarias, infecciones en inmunocomprometidos y mejorar el control metabólico en diabéticos crónicos.

Palabras clave
Mucormicosis, cefalea, Diabetes Mellitus incontrolada

Del "pie acolchado" a la oftalmoplejía: un caso de Guillain-Barré variante Miller-Fisher

González García J[1], Martínez Pinar I[2], Benítez Rodríguez M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] Especialista de Medicina familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta
Sensación de "pies acolchados" de 4 días de evolución, tras consumo de alcohol, que le han ocasionado dos caídas recientes.

Historia clínica
Inicialmente interpretado como esguince de tobillo izquierdo, pero regresa al día siguiente por debilidad progresiva en miembros inferiores e imposibilidad de marcha. Refiere cuadro respiratorio una semana antes.

Enfoque individual
Varón de 39 años, antecedentes de consumo de MDMA años atrás y glaucoma. Inició con parestesias en pies que ascendieron a caderas y manos en 72 horas, seguidas de debilidad simétrica que impidió la deambulación. No síntomas sensitivos ni alteración esfinteriana. Funciones superiores conservadas. Pares craneales: inicialmente normales. La exploración revela hipoestesia en calcetín y guante, hiporreflexia bilateral, en un paciente hemodinámicamente estable.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente independiente. El cuadro genera una discapacidad grave súbita, requiriendo valoración urgente por trabajo social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda, compatible con Síndrome de Guillain-Barré postinfeccioso.
Diagnósticos diferenciales: mielopatía aguda, polineuropatía tóxica/metabólica, miastenia gravis, síndromes paraneoplásico.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a urgencias con posterior ingreso en neurología. Tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas (IVIG) durante 5 días y fisioterapia precoz.

Evolución
En Urgencias se realizó analítica (PCR 77,8 mg/dl), TAC craneal normal y la punción lumbar mostró disociación albúmino-citológica. En el ingreso, los anticuerpos antigangliósidos anti-GQ1b fueron positivos y electroneuromiograma confirmó el diagnóstico. Las escalas pronósticas (EGRIS: 3 puntos, mEGOS: 0 puntos) indicaban riesgo bajo de complicaciones respiratorias y un pronóstico funcional excelente a medio plazo. Tras 14 días de ingreso, recuperación motora, permitiendo deambulación con andador. Sin embargo, apareció la afectación característica de pares craneales (VI y VII) durante la fase de meseta (variante Miller-Fisher) consistente en la triada oftalmoplejia, ataxia y arreflexia. Al alta, persistían la diplopía y la parálisis facial, requiriendo seguimiento por neurología, oftalmología (lagoftalmos) y rehabilitación.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya la presentación inicial a veces sutil del SGB (parestesias banales y caídas) y la importancia de una exploración neurológica meticulosa en AP para identificar la arreflexia y la debilidad progresiva. Destaca la evolución hacia una variante Miller-Fisher y la necesidad de un abordaje coordinado entre niveles asistenciales. El MFyC es clave detección precoz, derivación urgente y manejo multidisciplinar de las secuelas y el impacto social.

Palabras clave
Debilidad, Guillain-Barré, Miller Fisher

Mujer de 43 años con cefalea en trueno tras orgasmo: malformación vascular mixta

Arcos Lerma J[1], García Salmerón A[2], Blázquez Puerta A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria como primer nivel asistencial.

Motivos de consulta
Cefalea.

Historia clínica
Mujer de 43 años, sin alergia medicamentosas conocidas y como antecedentes personales de interés Migraña sin aura, acude tras proceso de cefalea en trueno occipital derecha tras relaciones sexuales. Lo describe como el mayor dolor de cabeza de su vida, EVA 10/10 con una duración de 30 minutos con disminución progresiva de la intensidad. No Fotofobia, No sonofobia. No vómitos de repetición. No relajación de Esfínteres. No fiebre.
Constantes: tensión arterial 160/100 mmHg, frecuencia cardiaca 79 lpm
Exploración física: auscultación cardio-pulmonar: ritmo sinusal sin ruidos patológicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.
Exploración neurológica: PICNR, no alteraciones pares craneales, fuerza y sensibilidad conservada. No dismetrías ni disdiacocinesisas. No signos Meníngeos.

Enfoque individual
Cefalea en trueno desencadenada por esfuerzo sexual, de inicio brusco y máxima intensidad, distinta a su migraña habitual, lo que constituye un signo de alarma.

Enfoque familiar y comunitario
Recomendación de evitar esfuerzos y relaciones sexuales hasta completar estudio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hemorragia Subaracnoidea (HSA) VS Malformación Arterio-Venosa (MAV)

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a urgencias para estudio de cefalea en trueno y descarte de HSA VS MAV.

Evolución
Tras su llegada a urgencias se realiza Tc Craneal sin contraste, objetivándose una Lesión Ocupante de Espacio Intraaxial adyacente al pedúnculo Cerebeloso medio derecho, sugestiva de malformación vascular como primera posibilidad. Se decide ingreso a cargo de Neurología para completar estudio y caracterización mediante Rm Cerebral de forma programada.
Durante el ingreso la paciente permanece hemodinámicamente estable. La Rmn craneal concluye la presencia de una malformación vascular mixta Hemicerebelosa derecha, constituida por un Cavernoma y Anomalía del desarrollo Venoso.
Se contacta con servicio de Neurocirugía que indican seguimiento y control en consultas externas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La cefalea en trueno constituye un signo de alarma que obliga a descartar patología secundaria potencialmente grave, incluso en pacientes con antecedentes de migraña. La identificación precoz desde Atención Primaria y la derivación urgente permiten un diagnóstico etiológico adecuado. Este caso resalta el papel clave del Médico de Familia en la detección de cefaleas secundarias y el seguimiento longitudinal del paciente.

Palabras clave
Cefalea en trueno; cavernoma.

Una causa infrecuente de tos

Vázquez Haro A[1], Heras González M[1], Madrid Martos M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Málaga
[2] CS Campillos. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Tos crónica de meses de evolución de predominio nocturno agravada con ronquidos.

Historia clínica
Paciente mujer de 64 años de edad, con antecedentes de HTA (en tratamiento con ARA II), DMT2 bien controlada con Metformina y DLP en tratamiento con Simvastatina. Paciente no fumadora, que acude por cuadro de tos de larga evolución con predominio nocturno y que en los últimos meses se agrava con ronquidos objetivados por familiar. No fiebre. Escasa expectoración.
Exploración física: anodina. ACP: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. MV conservado en ambos campos pulmonares sin ruidos patológicos. Obesidad

Enfoque individual
Ante la sintomatología de la paciente se solicita espirometría y RX de tórax. Espirometría: fEV1/FVC 73,36; FVC 2830 83%; FEV1 2070 85%. RX de Tórax: se aprecia engrosamiento de ambos hilios. Ante los hallazgos se deriva a Neumología para completar estudios y filiación del cuadro. Mantoux: negativo

Enfoque familiar y comunitario
Desde el punto de vista comunitario sería importante descartar causas infecciosas transmisibles con repercusión en la familia y comunidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: sarcoidosis ganglionar.
Diagnóstico diferencial:

- Causas más frecuentes
  - Síndrome de tos de vía aérea superior (goteo postnasal).
  - Asma y tos variante asmática.
  - Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
  - Tabaquismo.
- Enfermedades respiratorias
  - EPOC.
  - Bronquiectasias.
  - Neumonía intersticial.
  - Tumores broncopulmonares.
  - Infecciones crónicas (tuberculosis, micobacterias atípicas).
- Causas vasculares
  - Insuficiencia cardíaca.
  - Edema pulmonar.
- Causas farmacológicas
  - Inhibidores de la ECA.• Betabloqueantes inhalados.
- Otras causas
  - Enfermedades sistémicas (SARCOIDOSIS).
  - Aspiración crónica.
  - Cuerpo extraño.
  - Tos psicógena.

Tratamiento, planes de actuación
Corticoides VO hasta ver evolución.

Evolución
Paciente en tratamiento pendiente evolución.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante un paciente con tos crónica en atención primaria hay que valorar diagnósticos diferenciales anteriormente descritos y causas tratables desde AP. Resultados de espirometría (sin hallazgos significativos) y de RX de tórax sugerían derivar a nivel superior para completar estudios y filiar diagnóstico. En este caso una causa poco frecuente

Palabras clave
Chronic Cough, sarcoidosis, Primary Health Care

Prurito acuagénico: manifestaciones infrecuentes

López Domínguez A[1], Hernández Ocaña M[1], Ruiz Vílchez E[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria- ámbito dermatología.

Motivos de consulta
Varón de 42 años consulta por prurito intenso tras contacto con agua de 6 meses de evolución.

Historia clínica
Paciente sin antecedentes de interés refiere prurito severo (EVA 8/10) inmediatamente tras ducharse, nadar o lavarse las manos, sin lesiones cutáneas visibles.
Síntomas duran 30-60 minutos post-exposición. Niega fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna. Ha probado múltiples antihistamínicos sin mejoría. Evita actividades acuáticas, afectando calidad de vida.

Enfoque individual
Exploración física: piel sin lesiones primarias, eritema ni habones. Test de provocación con compresa de agua a 35ºC durante 30 minutos: positivo para prurito intenso sin urticaria.
Analítica completa: hemograma normal descartando policitemia vera. Función tiroidea y hepática normales.

Enfoque familiar y comunitario
Impacto laboral significativo (trabaja en piscina municipal). Apoyo familiar fundamental. Educación sobre condición rara para reducir ansiedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Prurito acuagénico idiopático.
Diagnóstico diferencial con urticaria acuagénica (descartada por ausencia de habones), urticaria colinérgica, policitemia vera (hemograma normal), dermatografismo.

Tratamiento, planes de actuación
Atenolol 50mg/día con excelente respuesta.
Medidas complementarias de duchas cortas con agua templada, emolientes post-baño. Seguimiento mensual inicialmente.

Evolución
A los 3 meses, reducción del prurito (EVA 2/10), reincorporación laboral exitosa. Buena tolerancia al tratamiento sin efectos adversos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El prurito acuagénico es una entidad rara pero incapacitante que requiere alto índice de sospecha. El test de provocación confirma el diagnóstico. Los betabloqueantes, especialmente atenolol, representan una opción terapéutica eficaz y bien tolerada. El reconocimiento precoz mejora significativamente la calidad de vida del paciente.

Palabras clave
Prurito acuagénico, urticaria física, atenolol, dermatología

Parálisis facial central por glioblastoma: un diagnóstico inesperado en AP

López Domínguez A[1], Hernández Ocaña M[1], Ruiz Vílchez E[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria- ámbito neurológico.

Motivos de consulta
Mujer de 58 años consulta por desviación de comisura bucal izquierda de dos semanas de evolución.

Historia clínica
Paciente sin antecedentes relevantes refiere inicio gradual de asimetría facial con desviación de comisura bucal hacia la derecha al sonreír. Asocia cefalea hemicraneal derecha progresiva de un mes de evolución, más intensa por las mañanas, y torpeza en mano izquierda desde hace una semana. Niega fiebre, otalgia, vesículas auriculares o alteración del gusto. Exploración: parálisis facial central izquierda (preservando musculatura frontal, incapacidad para mostrar dientes en hemicara inferior izquierda), hemiparesia izquierda leve (4/5), sin otros déficits neurológicos.

Enfoque individual
Ante sospecha de lesión supratentorial, derivación urgente a hospital.
RM cerebral: masa frontoparietal derecha de 4.5 cm con realce heterogéneo, necrosis central, edema perilesional y efecto masa.
Biopsia: glioblastoma IDH-wildtype, grado 4.

Enfoque familiar y comunitario
Impacto emocional devastador en familia. Coordinación con oncología, neurología y cuidados paliativos. Apoyo psicológico familiar. Adaptación domiciliaria para cuidados posteriores.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Parálisis facial central secundaria a glioblastoma frontoparietal derecho.
Diagnóstico diferencial con parálisis de Bell (descartada por afectación solo hemicara inferior y cefalea progresiva), ictus isquémico (evolución subaguda atípica), metástasis cerebral (sin neoplasia primaria conocida), absceso cerebral (ausencia de fiebre/infección).

Tratamiento, planes de actuación
Dexametasona 4mg/6h para edema cerebral. Derivación urgente a neurocirugía: resección subtotal seguida de radioterapia con temozolomida concomitante según protocolo.

Evolución
Mejoría transitoria post-cirugía de déficit motos. Completó tratamiento adyuvante. Progresión tumoral a los 8 meses. Falleció a los 13 meses del diagnóstico con soporte paliativo domiciliario.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La parálisis facial central de inicio gradual con cefalea progresiva constituye una bandera roja neurológica que requiere neuroimagen urgente. El glioblastoma puede presentarse con síntomas sutiles en atención primaria. La preservación de la musculatura frontal distingue la parálisis central de la periféica. El reconocimiento precoz y derivación urgente son esenciales para optimizar el manejo oncológico.

Palabras clave
Glioblastoma, parálisis facial central, cefalea, neuroimagen urgente.

Normoxemia y disnea progresiva en mujer joven: más allá del tromboembolismo pulmonar

Peña Segura A[1], Santana Almonte D[2], Bellerín García M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva
[2] CS de Cartaya. Huelva
[3] CS Rociana del Condado. Huelva

Ámbito del caso

Caso desarrollado en el ámbito de Atención Primaria y Urgencias hospitalarias del sistema público.

Motivos de consulta

Dolor abdominal inespecífico y disnea con normoxemia.

Historia clínica

Mujer de 47 años que acude por cuadro de aproximadamente 10 días de evolución consistente en dolor abdominal inespecífico asociado a disnea progresiva. Niega náuseas, vómitos, alteraciones del tránsito intestinal, fiebre o palpitaciones. Fue valorada inicialmente en un servicio de urgencias de su localidad, donde se decidió alta domiciliaria con tratamiento por vía oral. Ante la persistencia y progresión de la sintomatología, acude posteriormente al servicio de urgencias hospitalario.

Enfoque individual

El abordaje se centró en la paciente y en la evolución progresiva de la sintomatología, priorizando una valoración clínica integral pese a la presencia de normoxemia mantenida. Ante la persistencia de los síntomas y junto con la elevación significativa del dímero D, se amplió el estudio diagnóstico evitando una atribución funcional precoz.
Este enfoque individualizado permitió una toma de decisiones segura basada en la evolución clínica y no únicamente en parámetros aislados.

Enfoque familiar y comunitario

Se tuvo en cuenta el contexto familiar de la paciente, valorando el impacto funcional y emocional de la sintomatología prolongada sobre su entorno cercano.

Desde el ámbito comunitario, se pretende reforzar el papel de Atención Primaria en la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Disnea progresiva con normoxemia en px joven, asociada a derrame pleural y pericárdico de probable origen sistémico.
Diagnósticos diferenciales: TEP, EAS, SLP, neoplasias ocultas.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento sintomático y medidas de soporte.
Se continúa estudio etiológico dirigido para filiar el origen.
Seguimiento multidisciplinar, con valoración por Medicina Interna.

Evolución

Favorable. Pendiente de estudios etiológicos

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La normoxemia no excluye patología grave en pacientes con disnea progresiva.
La valoración clínica integral y la reevaluación son claves para evitar retrasos diagnósticos.
La presencia de derrames serosos orienta hacia patología sistémica y requiere estudio completo.
Aplicabilidad para la Medicina de Familia
Es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante síntomas persistentes.
La continuidad asistencial y la derivación oportuna mejoran el pronóstico.
La Atención Primaria es clave en la detección precoz y el seguimiento.

Palabras clave
Disnea progresiva, normoxemia, derrame pleural, derrame pericárdico, Atención Primaria, patologia sistemica

Enfoque multidisciplinar, somos un equipo

Muntané Padilla M, Sandianes Acosta A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cefalea.

Historia clínica
Fumadora, G5A1P4. HTA (no toma medicación desde 2023).
Mujer, 45 años, consulta por cefalea opresiva frontal punzante, en ocasiones occipital desde hace 3 meses. Recientemente ha comenzado con náuseas y un vómito/día. Refiere desde hace 5 días ha comenzado con visión borrosa alternante con fotopsias autolimitadas. En consulta presenta TA 224/140. Se administró captopril + diazepam y se derivó a urgencias.
ACR: normal. NRL: normal.
AS: normal.
TC craneal: lesión sólida selar sugerente de macroadenoma hipofisario.
Fue valorada por NRL y OFT. Se solicitó RM Cerebral y de hipófisis preferente. Se solicitó campimetría reglada. Teleconsulta endocrinología.
Consulta endocrino: IMC 35, prolactina N. Dejó ACHO por crecimiento de partes acras, aumento del tamaño del zapato (38 - 39.5), no galactorrea. Control de FRCV por AP.

Enfoque individual
Insistir en hábitos saludables. Cese del hábito tabáquico, control de TA. Obesidad, IMC 35 → dieta saludable + ejercicio. En AS de 2023 que aporta, colesterol 260, LDL 167. Se solicitó AS con idea de iniciar TTO al calcular SCORE2 con alto RCV.

Enfoque familiar y comunitario
En nuestro CS una enfermera comunitaria se encarga de programas como obesidad y tabaco. Derivamos para control de peso, hábitos saludables y ejercicio físico. Igual el tabaco, dándole la oportunidad de concienciarse sobre cese y posteriormente ofrecer ayuda farmacológica.
Se planteó iniciar fármacos para perder peso, pero nos refiere no poder económicamente, por lo que citamos a la paciente para control y estimulación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
- Macroadenoma hipofisario con extensión supraselar.
- Hipercolesterolemia, HTA, Fumadora, Obesidad IMC 35.

Tratamiento, planes de actuación
- Se intensifica TTO antiHTA
- Se inició simvastatina 40 mg.
- Cese del hábito tabáquico y pérdida de peso.

Evolución
En la actualidad, AS con normalidad DL e HTA ya controlada. Ha iniciado controles con enfermería. La paciente ha conseguido instaurar cambios en su dieta y ejercicio semanal.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es importante un abordaje conjunto del CS y del hospital para diagnóstico, tratar y controlar las patologías de los pacientes. Un abordaje multidisciplinar al final, acaba siendo la clave para buena evolución de los pacientes a corto y largo plazo.

Palabras clave
Macroadenoma hipofisario, Obesidad, HTA.

Ansiedad persistente tras evento vital estresante: papel de la Atención Primaria

Santana Almonte D[1], Peña Segura A[1], Bellerín García M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Cartaya. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rociana. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 58 años que consulta por nerviosismo constante, insomnio y fatiga, de cinco meses de evolución, tras haber sufrido una agresión verbal grave en su entorno laboral.

Historia clínica
Sin antecedentes psiquiátricos. HTA en tratamiento. Desde el episodio presenta preocupación excesiva diaria, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para concentrarse. Refiere evitación parcial del entorno laboral y miedo anticipatorio, sin recuerdos intrusivos, pesadillas ni conductas de reexperimentación. No ideación suicida. Impacto funcional: disminución del rendimiento laboral y alteración de la dinámica familiar.
Exploración psicológica: consciente y orientado, lenguaje coherente, ánimo ansioso, afecto congruente, sin alteraciones del pensamiento. Escalas: gAD-7: 15 puntos (ansiedad moderada-grave). PHQ-9: 7 puntos (síntomas depresivos leves). PCL-5: 26 puntos (no compatible con TEPT).

Enfoque individual
Se realiza diagnóstico precoz en Atención Primaria, con psicoeducación sobre la ansiedad y su relación con eventos vitales estresantes. Se promueve un abordaje integral con seguimiento estrecho y coordinación con salud mental.

Enfoque familiar y comunitario
Se valora el impacto del cuadro en la convivencia familiar, fomentando el apoyo de la pareja para mejorar la adherencia terapéutica. Se orienta sobre recursos comunitarios y se coordina con el ámbito laboral para una reincorporación progresiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico principal: trastorno de ansiedad generalizada (CIE-10: f41.1), precipitado por evento vital estresante.
Diagnóstico diferencial: trastorno de estrés postraumático (descartado). Trastorno adaptativo con ansiedad. Trastorno depresivo mayor incipiente.

Tratamiento, planes de actuación
Psicoeducación y medidas de higiene del sueño. Inicio de escitalopram 10 mg/día, con reevaluación en 4 semanas. Técnicas de respiración y relajación. Derivación a psicología para terapia cognitivo-conductual. Seguimiento en Atención Primaria.

Evolución
A las 8 semanas presenta mejoría clínica significativa, con reducción de la ansiedad, mejor calidad del sueño y mejor adaptación laboral. GAD-7: 6 puntos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La Atención Primaria es fundamental en la detección temprana y manejo de los trastornos de ansiedad, utilizando herramientas de cribado accesibles. Un abordaje biopsicosocial y escalonado previene la cronificación y mejora el pronóstico.

Palabras clave
Trastorno de ansiedad generalizada, evento vital estresante, ansiedad, atención primaria, cribado psicológico

Polifarmacia y caídas en el paciente anciano. Importancia de la deprescripción desde Atención Primaria

Sampedro Padilla A[1], Muñoz Gómez J[2], López Martínez J[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mareos frecuentes, sensación de inestabilidad y dos caídas en el último mes.

Historia clínica
Varón de 78 años, seguido en consulta de Medicina de Familia, que consulta por episodios progresivos de mareo inespecífico, más acusados al incorporarse, asociados a astenia y somnolencia diurna. Refiere dos caídas sin pérdida de conciencia ni focalidad neurológica.

Enfoque individual
Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, artrosis de rodilla, insomnio crónico.
Tratamiento habitual: enalapril, hidroclorotiazida, metformina, paracetamol a demanda, omeprazol y lorazepam nocturno desde hace más de 5 años.
Anamnesis dirigida: no clínica neurológica focal, no palpitaciones, no dolor torácico.
Exploración: tA 125/70 mmHg en decúbito y 105/65 mmHg en bipedestación; resto sin hallazgos relevantes.
Pruebas complementarias: analítica reciente sin alteraciones significativas; ECG normal.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su esposa, principal cuidadora, que refiere preocupación por el deterioro funcional y riesgo de nuevas caídas. Tiene dos hijos que viven en la misma ciudad pero en distinto casa. Buen apoyo familiar

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Se plantean como diagnósticos diferenciales vértigo, hipotensión ortostática y efectos adversos farmacológicos. Se identifica polifarmacia con posible cascada terapéutica, destacando benzodiacepina crónica y tratamiento antihipertensivo potencialmente excesivo para su situación basal.

Tratamiento, planes de actuación
Se decide intervención de deprescripción progresiva y racional, consensuada con el paciente: retirada escalonada de lorazepam con medidas no farmacológicas para el insomnio y reevaluación del tratamiento antihipertensivo. Educación sanitaria sobre prevención de caídas y revisión periódica.

Evolución
En controles sucesivos, desaparición de los mareos, no nuevas caídas y mejora del estado funcional y del nivel de alerta diurna

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La polifarmacia es una causa frecuente y a menudo infradiagnosticada de síntomas inespecíficos en el paciente mayor. La revisión sistemática del tratamiento y la deprescripción segura son herramientas clave del médico de familia.
El caso refuerza la necesidad de integrar programas estructurados de revisión farmacológica en Atención Primaria y abre líneas de mejora en prevención de eventos adversos y seguridad del paciente.

Palabras clave
Polifarmacia, deprescripción, Atención Primaria

Cefalea persistente tras otitis supurativa: absceso cerebral como complicación infrecuente en Atención Primaria

García Salmerón A[1], Cobo López E[1], Montes Torres R[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria como primer nivel asistencial en la identificación de signos de alarma y coordinación con el ámbito hospitalario.

Motivos de consulta
Cefalea intensa persistente asociada a vómitos y mala respuesta a analgesia.

Historia clínica
Varón de 42 años con AP de perforación timpánica derecha.
El 04/01/2026 acude a Urgencias por cefalea y otalgia derecha, siendo diagnosticado de otitis supurativa e iniciándose antibióterapia. En visitas posteriores por persistencia de cefalea se orienta como migraña sin aura.
Tres semanas después acude a consulta de AP por cefalea intensa progresiva, refractaria a analgesia habitual, asociando vómitos (uno previo a la consulta).
Exploración neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Lenguaje con tendencia a repetición. Obedece órdenes con las cuatro extremidades. Sin focalizad motora ni signos meníngeos claros.
Ante la evolución no concordante y el antecedente infeccioso reciente, se decide derivación urgente.

Enfoque individual
Cefalea subaguda progresiva en contexto de infección ORL reciente, con signos neurológicos sutiles y vómitos, constituyendo criterios de alarma que obligan a descartar patología intracraneal secundaria.

Enfoque familiar y comunitario
Se informa a la familia sobre la sospecha de complicación y necesidad de derivación urgente, garantizando continuidad asistencial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico diferencial: absceso cerebral secundario a foco ORL, trombosis de senos venosos, meningitis/encefalitis y migraña complicada.

Tratamiento, planes de actuación
En consulta se administra tratamiento sintomático con 80 mg de metilprednisolona im y 1/2 ampolla de diazepam im, sin mejoría clínica significativa.
Ante la persistencia del dolor y los hallazgos exploratorios, se realiza derivación urgente a Urgencias Hospitalarias para estudio mediante neuroimagen.

Evolución
En Urgencias se realiza TAC craneal objetivándose otomastoiditis derecha asociada a abscesos cerebrales temporales derechos, con edema vasogénico digitiforme y signos de herniación incipiente.
Se decide cirugía urgente para evacuación de los abscesos y valoración por ORL para control del foco infeccioso. Ingresa en UCI para manejo postquirúrgico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La cefalea persistente en el contexto de infección ORL reciente constituye un signo de alarma en Atención Primaria. La reevaluación clínica ante una evolución atípica es fundamental, incluso tras valoraciones previas sin hallazgos patológicos. Este caso resalta el papel del Médico de Familia en la detección precoz de complicaciones intracraneales potencialmente graves y en la adecuada coordinación asistencial.

Palabras clave
Cefalea; absceso cerebral; otomastoiditis

Descompensación de diabetes tipo 2 en Atención Primaria: oportunidad para el abordaje integral

Bellerín García M[1], Peña Segura A[2], Santana Almonte D[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rociana del Condado. Rociana del Condado (Huelva)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 62 años consulta por poliuria, polidipsia, pérdida de 4 kg en 3 meses, cansancio y visión borrosa.

Historia clínica
DM2 diagnosticada hace 8 años, HTA y dislipemia. Tratamiento: metformina 850 mg/12 h, enalapril 20 mg/24 h, atorvastatina 20 mg/24 h. Exfumador. Baja adherencia reciente (olvida dosis vespertina), jubilado hace poco con aumento de bollería/refrescos y sedentarismo. Sin fiebre/infección.
Exploración: TA 148/88 mmHg, IMC 29 kg/m², FC 82 lpm. Hidratación conservada, sin focalidad. Pies: pulsos presentes, sequedad cutánea.
Analítica: glucemia capilar 298 mg/dl, HbA1c 9,1%, LDL 132 mg/dl, HDL 41 mg/dl, triglicéridos 210 mg/dl, Cr 0,9 mg/dl, FG >60 ml/min, microalbuminuria negativa.
Impacto: desánimo por jubilación, menor sociabilidad, pareja poco implicada.

Enfoque individual
DM2 mal controlada por baja adherencia/estilo de vida. Psicoeducación sobre autocuidado, complicaciones y objetivos (glucemia, PA, lípidos). Revisión barreras (olvidos, mitos farmacológicos). Plan gradual con rol activo del paciente.

Enfoque familiar y comunitario
Implicar pareja en menús saludables/paseos. Recursos: educación diabetológica, grupos de caminata, talleres alimentación (adaptado a presupuesto: legumbres/verduras temporada).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Principal: dM2 mal controlada (HbA1c 9,1%).
Diagnóstico diferencial: cetoacidosis/hiperosmolar (descartada), depresión leve por jubilación, deterioro cognitivo.
Problemas: control glucémico pobre, adherencia deficiente, sedentarismo, dieta inadecuada, riesgo vascular.

Tratamiento, planes de actuación
No farmacológico: dieta mediterránea (verduras, legumbres, frutas), caminar 30 min/5 días/semana, rutinas fijas.
Farmacológico: metformina 1000 mg/12 h, añadir empagliflozina 10 mg/24 h (riesgo CV, FG adecuada), optimizar enalapril/atorvastatina.
Otros: plan escrito autocontrol, glucemias domiciliarias, enfermería (educación/pies), revisión 6-8 semanas.

Evolución
A 8 semanas: menos poliuria/cansancio, camina 4-5 días/semana, pareja implicada. A 3 meses: hbA1c 7,4%, glucemias en rango, mayor motivación/autogestión.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Atención Primaria optimiza DM2 vía biopsicosocial: fármacos + estilo de vida + familia/enfermería. Mejora adherencia, control y previene complicaciones, fomentando autogestión crónica.

Palabras clave
Diabetes tipo 2, atención primaria, adherencia, educación diabetológica, biopsicosocial.

Deterioro cognitivo leve en paciente mayor: papel de la Atención Primaria

Bellerín García M[1], Rodríguez G[2], Peña Segura A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rociana del Condado. Rociana del Condado (Huelva)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almonte. Huelva
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 74 años acude con su hija por fallos de memoria de 1 año: olvida citas, conversaciones recientes y se "despista más", aunque sigue autónoma en actividades básicas.

Historia clínica
HTA y DM2 controladas. No tóxicos. Olvidos recientes, repite preguntas, lentitud con dinero/tecnología. Independiente en autocuidado, ligera dificultad en actividades instrumentales (cuentas bancarias). Exploración sin focalidad neurológica.
Cribado: MoCA por debajo del corte educativo (DCL compatible). Funcional: independiente en básicas, dependiente parcial en instrumentales. Analítica: b12, TSH, metabolismos normales.

Enfoque individual
DCL identificado precozmente. Psicoeducación sobre riesgo de progresión (10-15% anual a demencia), control vascular estricto y autocuidado. Revisión polimedicación, descartar causas reversibles. Promover ejercicio, dieta mediterránea, sueño y estimulación cognitiva.

Enfoque familiar y comunitario
Implicar hija en observación evolución/seguridad. Entorno estructurado, apoyo emocional. Recursos: talleres memoria, centros mayores, asociaciones Alzheimer. Signos alarma para reevaluación urgente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Principal: deterioro cognitivo leve (MCI).
Diagnóstico diferencial: quejas subjetivas memoria, pseudodemencia depresiva, demencia inicial, déficit B12/hipotiroidismo, fármacos.
Problemas: función cognitiva deteriorada, riesgo progresión, factores vasculares, aislamiento social.

Tratamiento, planes de actuación
No farmacológico: ejercicio 150 min/semana, entrenamiento cognitivo, socialización, dieta MIND. Sin fármacos específicos (no probada eficacia).
Otros: control vascular óptimo, seguimiento MoCA/funcional 6-12 meses, derivación Neurología si progresión rápida. Enfermería: apoyo cuidador.

Evolución
A 9 meses: moCA estable, mayor participación social (taller memoria), hija formada en manejo. Sin progresión funcional, buen control vascular. Paciente motivada.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Atención Primaria detecta DCL precoz con cribado simple, interviene factores modificables y coordina biopsicosocialmente, retrasando progresión y apoyando autonomía/familia en ancianos.

Palabras clave
Deterioro cognitivo leve, Atención Primaria, cribado cognitivo, persona mayor, biopsicosocial

Síndrome de cascanueces: a propósito de un caso

Hierro Roselló E[1], Robledo Carmona L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga.

Ámbito del caso
Atención Primaria, Urgencias, Radiología, Urología y Medicina Interna.

Motivos de consulta
Cólico renal recurrente en fosa renal izquierda.

Historia clínica
Mujer de 26 años sin antecedentes de interés que, desde hace un año, presenta episodios repetitivos de dolor cólico en fosa renal izquierda irradiado a genitales y extremidad inferior izquierda, con escasa respuesta a analgesia. En ocasiones asocia fiebre y síndrome miccional.

Enfoque individual
Exploración con dolor en flanco izquierdo y puño percusión renal positiva. La paciente presenta un importante desgaste físico y emocional tras las repetidas consultas en el ambulatorio y el servicio de urgencias. Además precisó ingreso por pielonefritis aguda en mayo de 2024, como complicación asociada al cuadro.

Enfoque familiar y comunitario
Mujer joven en edad laboral cuya calidad de vida se ve limitada por la incertidumbre diagnóstica y la recurrencia de cuadros agudos que precisan atención urgente y antibioterapia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: sospecha de Síndrome de Cascanueces.
Diagnóstico diferencial: síndrome de Cascanueces, riñón esponjoso medular, reflujo vesicoureteral, estenosis de la unión pieloureteral, necrosis papilar y carcinoma urotelial.
Identificación de problemas: analítica de sangre anodina. Analítica de orina: hematuria. Uro-TC y ecografía convencionales normales, lo que obliga a buscar patologías vasculares o funcionales.

Tratamiento, planes de actuación
Se solicita Eco-Doppler renal (octubre 2025) que muestra velocidades en el límite superior (4,7 cm/seg). De modo que no se puede descartar Síndrome de Cascanueces.
El plan definitivo incluye Angio-TC/RMN venosa para confirmación del diagnóstico, tras lo cual se debería valorar tratamiento invasivo (stent o transposición de la vena renal izquierda), ya que la paciente presenta mucha limitación y escasa respuesta a analgesia, descartando el manejo conservador.

Evolución
Persistencia de cuadros obstructivos e infecciosos a pesar de la ausencia de litiasis en pruebas estáticas, precisando un abordaje multidisciplinar para filiar la etiología vascular.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso precisa de un manejo estrecho y continuo (abordaje del dolor, desgaste emocional y físico de la paciente…). Además, requiere que pensemos más allá de la patología usual (think outside the box), al ser una patología muy infrecuente. La aplicabilidad para el médico de familia reside en mantener una alta sospecha clínica ante una paciente hiperfrecuentadora con pruebas diagnósticas iniciales negativas, coordinando un abordaje multiprofesional para evitar complicaciones crónicas.

Palabras clave
Síndrome de Cascanueces; cólico renal; hematuria

Edema amigdalar agudo en Atención Primaria: reconocimiento y derivación precoz

Bellerín García M[1], Rodríguez G[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rociana del Condado. Rociana del Condado (Huelva)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almonte. Huelva

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 17 años consulta por odinofagia intensa (3 días), fiebre elevada y dificultad progresiva para tragar saliva. Refiere voz gangosa y sensación de cuerpo extraño faríngeo.

Historia clínica
Sin antecedentes relevantes. Automedicado con ibuprofeno sin mejoría. Niega alergias ni disnea franca, pero refiere trismus y empeoramiento nocturno.
Exploración: Tª 38,8 ºC, FC 105 LPM, Sat O_2 96%. Orofaringe: amígdalas muy edematosas/hiperémicas con exudado blanquecino, casi en contacto midline; úvula desviada, halitosis, trismus moderado. Adenopatías laterocervicales dolorosas. Sin estridor respiratorio.

Enfoque individual
Identificación de faringoamigdalitis con edema amigdalar severo y signos de alarma (trismus, desviación úvula, dificultad secreciones), sugiriendo posible absceso periamigdalar y riesgo vía aérea.

Enfoque familiar y comunitario
información clara a paciente/familia sobre gravedad potencial y necesidad derivación urgente. Explicación signos alarma (disnea, estridor, imposibilidad tragar saliva). Coordinación con servicios de urgencia/ORL.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Principal: edema amigdalar severo sobre faringoamigdalitis bacteriana ± absceso periamigdalar.
Diagnóstico diferencial: amigdalitis sin colección, celulitis periamigdalar, edema uvular aislado, reacción alérgica.
Problemas: riesgo compromiso respiratorio, infección orofaríngea, dolor/deshidratación.

Tratamiento, planes de actuación
En AP: corticoides sistémicos dosis única (dexametasona IV/IM para reducir edema), analgesia IV/oral, antibiótico amplio espectro (amoxicilina-clavulánico ± clindamicina si alergia). Hidratación IV si deshidratado. Derivación URGENTE hospital/ORL para ecografía/TC, posible drenaje quirúrgico y monitorización vía aérea. Criterios traslado: trismus marcado, desviación estructuras, dificultad secreciones.

Evolución
Tras derivación, ORL confirma absceso periamigdalar (1 cm), realiza drenaje intraoral + antibioterapia IV. Alta a 48h con mejoría completa, antibióticos orales 10 días y seguimiento ORL. Sin secuelas respiratorias.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Atención Primaria debe reconocer edema amigdalar severo como urgencia tiempo-dependiente. Juicio clínico rápido + derivación precoz previenen compromiso vía aérea y complicaciones supurativas, optimizando pronóstico en infecciones orofaríngeas graves.

Palabras clave
Edema amigdalar, faringoamigdalitis, absceso periamigdalar, Atención Primaria, urgencia ORL.

Neumonía adquirida en la comunidad: manejo en Atención Primaria

Santana Almonte D, Peña Segura A, De León Almonte J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Cartaya (Huelva)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Fiebre y tos productiva de 4 días de evolución con disnea progresiva.

Historia clínica
Varón de 67 años, HTA y DM2, exfumador. Refiere fiebre (38,5 °C), expectoración purulenta, dolor pleurítico derecho y astenia. Exploración: Tª 38,3 °C, FR 22 rpm, Sat O_2 93%, crepitantes en base derecha. Radiografía solicitada desde AP: infiltrado en lóbulo inferior derecho. Analítica: leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada.

Enfoque individual
CRB-65: 1 punto (edad ≥65). Estable hemodinámicamente, buen soporte domiciliario. Candidato a tratamiento ambulatorio con seguimiento estrecho.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con esposa autónoma, buena red de apoyo. No vacunado frente a neumococo. Se realiza educación sobre signos de alarma y adherencia terapéutica. Se planifica vacunación tras resolución.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Neumonía adquirida en la comunidad probable etiología bacteriana.

Diagnóstico diferencial: bronquitis aguda, exacerbación EPOC, insuficiencia cardiaca, TEP.
Identificación de problemas: NAC. DM2.HTA. Falta de vacunación antineumocócica.

Tratamiento, planes de actuación
Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 h durante 7 días. Antitérmicos, hidratación y control glucémico. Revisión en 72 h y advertencia de signos de alarma (disnea, Sat O_2 <92%, confusión, fiebre persistente).

Evolución
A las 72 h: afebril, Sat O_2 95%, mejoría clínica. Completa tratamiento con resolución. En control posterior se administra vacuna antineumocócica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La NAC puede diagnosticarse y tratarse de forma segura en Atención Primaria mediante estratificación con CRB-65, acceso a radiografía y seguimiento estrecho. El abordaje integral permite resolver el proceso agudo e intervenir en prevención y comorbilidades, reforzando el papel resolutivo y preventivo de la Medicina de Familia.

Palabras clave
Neumonía adquirida en la comunidad; Atención Primaria; CRB-65; Manejo ambulatorio; Medicina de Familia.

La herida que no cura

Lucena López R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria urbana.

Motivos de consulta
Lesión cutánea en pierna derecha de tres semanas de evolución que no cicatriza, sin síntomas sistémicos asociados.

Historia clínica
Varón de 28 años, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Consulta por lesión inicialmente interpretada como picadura en cara anterior de pierna derecha, de crecimiento progresivo y escaso dolor. En una primera valoración se indicó tratamiento con antisépticos tópicos y posteriormente antibiótico oral ante la sospecha de picadura sobreinfectada, sin mejoría clínica y con evolución tórpida. Niega fiebre u otros síntomas sistémicos.
En la anamnesis dirigida refiere viaje reciente de cuatro semanas por zona rural del Amazonas, con múltiples picaduras de insectos y actividades al aire libre.

Enfoque individual
Inicialmente presentaba una pápula eritematosa indurada de pequeño tamaño. En revisiones posteriores se objetiva crecimiento progresivo hasta aproximadamente 1–1,5 cm, con transformación a lesión papulonodular con costra central, mayor induración y discreta ulceración superficial, sin fluctuación ni signos de celulitis ni adenopatías regionales. Buen estado general.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con pareja, sin otros casos similares en el entorno ni contacto con animales. Se realiza educación sanitaria sobre prevención de picaduras y medidas de protección en viajes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
El antecedente epidemiológico, la evolución de la lesión y la falta de respuesta a tratamiento antibiótico orientan a sospecha de Leishmaniasis cutánea.
Diagnóstico diferencial: forúnculo, picadura sobreinfectada, miasis furunculoide e infección bacteriana cutánea crónica.

Tratamiento, planes de actuación
Se solicita interconsulta preferente a dermatología mediante telederma y finalmente es citado en consulta presencial para confirmación diagnóstica (biopsia y PCR). Se indican cuidados tópicos, realizando curas locales con enfermería y seguimiento de la lesión en atención primaria.

Evolución
Se confirma el diagnóstico y se instaura tratamiento específico (crioterapia y antinoniato de meglumina) con mejoría progresiva y resolución sin complicaciones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante lesiones cutáneas de evolución subaguda en pacientes viajeros, la anamnesis epidemiológica es fundamental. La falta de respuesta a tratamientos habituales debe hacer reconsiderar el diagnóstico inicial y orientar la derivación precoz desde Atención Primaria.

Palabras clave
Leishmaniasis cutánea; Atención Primaria; medicina del viajero; lesión cutánea crónica; anamnesis epidemiológica.

Renuévame la pastilla que se ha caducado

Alba Bermúdez D, Vargas Peñalver A, Ojeda Pineda R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Málaga. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Renovación de la medicación.

Historia clínica
Mujer de 27 años que solicita cita administrativa en el CS para renovación de su medicación habitual. Como antecedentes a destacar la paciente acudió hace 6 años a Urgencias donde se le diagnosticó de episodio de taquicardia paroxística supraventricular con paso a sinusal con adenosina. Tras esto es derivada a consultas externas de Cardiología donde descartando patología estructural se decide ablación mediante radiofrecuencia. A la espera de la ablación se inicia flecainida 100 mg, medio comprimido en desayuno y cena y a los seis meses tras la ablación se revisa en unidad de arritmias y como no presentaba nuevos episodios se decide retirar flecainida y se da el alta a atención primaria.

Enfoque individual
Debido a la carga asistencial se abren agendas administrativas comunes en el CS para renovar medicación crónica solicitada por los pacientes. Al ver que una chica joven con ablación de TPSV efectiva solicita renovación de flecainida me llama la atención y reviso la historia clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Pérdida de la relación médico-paciente, efectos secundarios de medicación.

Tratamiento, planes de actuación
Decido llamar a la paciente donde me afirma que durante la última revisión le quedó la duda de si tomar la medicación o no y ella siguió tomándola durante los seis años siguientes renovándose la medicación sin revisión de su historia y sin sintomatología. Debido a esto hablo con su médico de familia actual el cual realiza teleconsulta a los compañeros de cardiología, ellos indican que puede retirarse la medicación sin contraindicaciones.

Evolución
La paciente actualmente no toma la medicación sin recidiva de la patología y evitando los efectos secundarios que podría habérsele causado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Una de las virtudes de la medicina de familia es la longitudinalidad y la relación médico-paciente basada en la confianza sin embargo, la elevada presión asistencial junto con los tiempos de espera prolongados condiciona que en determinados casos se lleven a cabo renovaciones de tratamientos farmacológicos sin una revisión clínica exhaustiva, lo que puede dificultar la adecuada valoración de su indicación, necesidad de continuidad o ajuste terapéutico.

Palabras clave
Relación médico-paciente, efectos adversos, continuidad en el cuidado del paciente

Cuando la disnea no es ansiedad: manejo de la incertidumbre en Atención Primaria

Muñoz Gómez J, Sampedro Padilla A, López Martínez J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Disnea de varios días de evolución, acompañada de sensación de opresión torácica y nerviosismo.

Historia clínica
Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés salvo uso de anticonceptivos hormonales combinados. No fumadora. Consulta por disnea progresiva de varios días de evolución, no relacionada con el esfuerzo, asociada a inquietud, sensación subjetiva de falta de aire y dificultad para conciliar el sueño. Niega fiebre, tos productiva, dolor torácico pleurítico, hemoptisis, viajes recientes o contacto con personas enfermas.

Enfoque individual
Exploración física: buen estado general, normocoloreada, frecuencia cardiaca 102 lpm, tensión arterial dentro de la normalidad y saturación de oxígeno 95% basal. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos relevantes. No se objetivan signos clínicos de trombosis venosa profunda.
Ante la persistencia de la clínica y la presencia de factores de riesgo, se decide derivación a urgencias hospitalarias para estudio complementario.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su pareja y trabaja en oficina con alta carga laboral y elevada autoexigencia. No se identifican desencadenantes psicosociales claros que justifiquen la clínica ansiosa referida, lo que amplía el enfoque diagnóstico y obliga a descartar patología orgánica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Disnea de posible origen tromboembólico. Diagnóstico diferencial inicial: trastorno de ansiedad, infección respiratoria leve, descondicionamiento físico u otras causas benignas. La presencia de anticonceptivos hormonales combinados como factor de riesgo y la taquicardia persistente constituyen signos de alarma que justifican derivación urgente y seguimiento estrecho.

Tratamiento, planes de actuación
Tras confirmarse tromboembolismo pulmonar en el ámbito hospitalario, se inicia anticoagulación según protocolo y se suspenden anticonceptivos hormonales combinados. Se establece seguimiento compartido Atención Primaria–Hospital para control clínico, educación sanitaria y prevención de recurrencias.

Evolución
Resolución progresiva de la disnea, buena adherencia terapéutica y ausencia de complicaciones o nuevos episodios. Seguimiento continuado en Atención Primaria con apoyo emocional y refuerzo de medidas preventivas.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La disnea en pacientes jóvenes puede atribuirse erróneamente a ansiedad, retrasando el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Este caso resalta la importancia de evitar cierres diagnósticos prematuros, valorar sistemáticamente factores de riesgo y utilizar herramientas de probabilidad clínica. El médico de familia desempeña un papel clave en la detección precoz de signos de alarma, la derivación oportuna y el seguimiento longitudinal del paciente.

Datos obtenidos con consentimiento informado según normativa vigente.

Palabras clave
Disnea, embolia pulmonar, errores diagnósticos

"Tuberculosis (TBC) y barrera idiomática: el papel clave de la Atención Primaria (AP)"

Muñoz Martínez B, Álvarez Pérez S, de Ochoa Morán M

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

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Acude hace nueve meses a consulta por cuadro de astenia de dos semanas de evolución con adenopatía laterocervical izquierda indolora asociada, sin clínica infecciosa ni cuadro constitucional.

Historia clínica
Se solicita analítica completa con serologías y radiografía de tórax, sin alteraciones significativas. Se palpa adenopatía laterocervical izquierda de unos dos centímetros de diámetro, dura y rodadera. No adenopatías en otras localizaciones. Resto de exploración física normal. Realizamos ecografía clínica apreciando una imagen anecocica redondeada, bien definida, de 1.9 cm x 0.75 cm aproximadamente, sin vascularización interna. Solicitamos ecografía reglada.

Vuelve a consulta cinco meses después a por los resultados, refiriendo que le dijeron que la ecografía era normal. Persiste astenia y adenopatía de iguales características. Revisamos informe, que describe varias adenopatías de significado patológico en región laterocervical izquierda y posterior ipsilateral. Informamos al paciente, solicitamos analítica urgente, en la que destaca IGRA (+). Baciloscopias y cultivo de esputo negativo. Derivamos preferente a Infecciosas, contactamos con Preventiva y citamos para revisión posterior.

Enfoque individual
Paciente de 45 años natural de Argelia, enfermero de profesión, sin antecedentes personales. Barrera idiomática (francés, árabe).

Enfoque familiar y comunitario
Nuevo en la ciudad. Vive con su mujer, ambos en trámites administrativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: escrófula tuberculosa. TBC ganglionar.
Diagnóstico diferencial: neoplasias (linfoma), infecciones por micobacterias no tuberculosas, linfadenitis inespecífica.

Tratamiento, planes de actuación
PAAF de adenopatía: crecimiento de micobacterium tuberculosis complex multisensible. Ante sospecha de TBC ganglionar, se indica tratamiento con Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida dos meses y después continuar con Rifampicina e Isoniazida cuatro meses.

Evolución
En sucesivas revisiones, asintomático, analítica sin alteraciones, buena tolerancia a tratamiento antituberculoso y sin escrófula tuberculosa.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La TBC sigue siendo un desafío en AP. Para su diagnóstico, la ecografía clínica en consulta puede ser una herramienta valiosa y complementaria a una adecuada anamnesis y exploración física. El médico de familia desempeña un papel clave en su detección precoz, seguimiento y acompañamiento. En situaciones de barrera idiomática, también resulta fundamental para asegurar la correcta compresión del paciente, garantizar el seguimiento y prioridad de las pruebas complementarias y la continuidad asistencial del proceso diagnóstico, siempre desde un abordaje integral.

Palabras clave
Tuberculosis ganglionar, barrera idiomática, Atención Primaria

Carcinoma basocelular pigmentado en paciente anciano

Duarte Linares Y, Rodríguez Castilla F, Mengíbar Cabrerizo P

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

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hombre de 81 años consulta por un nódulo perlado ulcerado en mejilla izquierda, de varios años de **Evolución**, con crecimiento reciente y sangrado al afeitarse.

Historia clínica
Sin antecedentes familiares ni personales de cáncer cutáneo. La exploración física mostró lesión nodular de 9x9 mm, bordes bien delimitados y aspecto perlado. La dermatoscopia evidenció lesión pigmentada sin red melanocítica, color violáceo opaco, erosión superficial y vasos arboriformes, compatibles con Carcinoma basocelular (CBC) pigmentado.

Enfoque individual
Ante la sospecha clínica de carcinoma basocelular, se realizó teleconsulta a dermatología. En menos de una semana se practicó biopsia escisional que confirmó (CBC) nodular de bajo riesgo, con márgenes quirúrgicos libres y sin infiltración perineural.

Enfoque familiar y comunitario
No se requirió estudio familiar o comunitario específico, aunque se reforzó la educación del paciente sobre fotoprotección, autocontrol de lesiones cutáneas y prevención en población adulta mayor, promoviendo revisiones periódicas en Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
CBC nodular de bajo riesgo; se consideraron como principales diagnósticos diferenciales melanoma maligno, nevus azul y queratosis seborreica.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento y planes de actuación: escisión quirúrgica con márgenes adecuados. Se recomendó seguimiento dermatológico periódico para detección de recidivas o nuevos CBC, enfatizando vigilancia clínica y educación sobre protección solar.

Evolución
Postquirúrgica favorable, recuperación completa, sin complicaciones estéticas ni funcionales.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso destaca la importancia de la detección precoz en Atención Primaria, donde la dermatoscopia identifica lesiones pigmentadas y vasculares características de CBC, y la teleconsulta agiliza derivación y tratamiento quirúrgico. La integración de herramientas digitales y técnicas diagnósticas avanzadas fortalece la coordinación con dermatología, reduce resecciones extensas, minimiza complicaciones y promueve práctica clínica basada en evidencia. Además, muestra oportunidades para protocolos de cribado y seguimiento de lesiones cutáneas en pacientes mayores, optimizando eficiencia, seguridad y calidad asistencial.

Palabras clave
Basal Cell Carcinoma, Primary Health Care, Dermoscopy, Telemedicine

Paciente diabética con máculas y ampollas no confluentes pruriginosas

Duarte Linares Y, Rodríguez Castilla F, Mengíbar Cabrerizo P

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

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 76 años consulta por lesiones dérmicas pruriginosas de un mes y medio de evolución, inicialmente máculas no confluyentes en tronco y abdomen, que evolucionaron a ampollas tensas de 0,5 × 0,5 cm.

Historia clínica
Antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia y glaucoma, en tratamiento con vildagliptina, furosemida y otros fármacos. Tras corticoides sistémicos se observó mejoría parcial, con descontrol glucémico.

Enfoque individual
Se sospechó penfigoide ampolloso (PA) inducido por fármacos, principalmente inhibidores de DPP-4 (iDPP4) vildagliptina. La biopsia cutánea con histología e inmunofluorescencia directa confirmó depósitos lineales de IgG y C3 en membrana basal. La serología con anticuerpos anti-BP180 y BP230 reforzó el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario
No se identificaron repercusiones familiares ni necesidad de intervención comunitaria específica. Se reforzó la educación sanitaria dirigida a la paciente sobre adherencia terapéutica, reconocimiento precoz de signos de alarma cutáneos y correcta utilización de los recursos de Atención Primaria, destacando la importancia de la farmacovigilancia en pacientes con pluripatología.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
PA inducido por fármacos confirmado;
Diagnóstico diferencial: dermatitis bullosa autoinmune, dermatitis por contacto y otras ampollas tensas inducidas por fármacos.

Tratamiento, planes de actuación
Suspensión de vildagliptina y furosemida. Clobetasol tópico cada 12 horas y doxiciclina 200 mg/día durante dos semanas. Control glucémico estrecho y seguimiento clínico para detectar recidivas, dado que el 30–50% de los casos puede recaer en los primeros meses.

Evolución
Resolución completa sin complicaciones. El seguimiento en Atención Primaria incluyó educación sobre signos de alarma, autocuidado y farmacovigilancia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso destaca la importancia de reconocer reacciones adversas a fármacos en Atención Primaria, donde la mayoría de pacientes con PA inducido por iDPP4 y diuréticos son atendidos inicialmente. La identificación temprana permite suspender fármacos causales, iniciar tratamiento adecuado, prevenir complicaciones y derivar oportunamente a dermatología.

Palabras clave
Pemphigoid Bullous, Vildagliptin, Primary Health Care.

Tumor fibroso pleural

Rodríguez Castilla F[1], Pérez Milena A[2], Duarte Linares Y[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén,
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hombre de 57 años consulta en atención primaria por astenia, mareo y edema progresivo en miembros inferiores durante un mes y medio. Refiere disnea al subir escaleras y sensación de presión centrotorácica, además de pérdida de peso de 7 kg en un año.

Historia clínica
Sin antecedentes personales relevantes. No fumador ni consumidor de alcohol.
Exploración física: eupneico en reposo, edema con fóvea hasta rodillas, acropaquias, disminución del murmullo pulmonar en base izquierda. Constantes dentro de límites normales salvo TA 150/80 mmHg.

Enfoque individual
Radiografía de tórax mostró masa pleural en base izquierda. Ante estos hallazgos, el paciente fue derivado a cirugía torácica para valoración y tratamiento. TAC torácico con contraste confirmó tumor pleural de gran tamaño con pequeño derrame y adenopatías sospechosas. La biopsia confirmó tumor fibroso solitario pleural benigno (CD34+, BCL2+, CD99+, CKAE1/AE-, S100-, calretinina-, WT1-, CK5/6-), sin atipia ni mitosis significativas.

Enfoque familiar y comunitario
Desde Atención Primaria se abordó el impacto funcional y emocional del proceso, facilitando información sobre la enfermedad, el circuito asistencial y el seguimiento. Se promovió la coordinación entre niveles asistenciales y la educación sanitaria sobre signos de alarma respiratorios, favoreciendo la implicación del entorno familiar como apoyo en el proceso diagnóstico y quirúrgico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Tumor fibroso solitario pleural benigno confirmado histológicamente.
Diagnóstico diferencial: mesotelioma pleural, linfoma, hemangiopericitoma.

Tratamiento, planes de actuación
Exéresis quirúrgica completa sin complicaciones peri o postoperatorias. Seguimiento con TAC a 6 meses durante 2 años, dada la mayor incidencia de recurrencias en este período.

Evolución
Recuperación completa, ausencia de complicaciones postquirúrgicas, con seguimiento ambulatorio estable.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El caso destaca la importancia de la detección precoz en Atención Primaria, especialmente ante síntomas inespecíficos como astenia y edemas. El diagnóstico combinado de imagen y anatomía patológica permite planificación quirúrgica eficaz, minimizando riesgos y mejorando pronóstico. Este enfoque evidencia la necesidad de vigilancia clínica estructurada y coordinación multidisciplinaria en neoplasias pleurales raras, optimizando la atención desde Medicina de Familia.

Palabras clave
Solitary Fibrous Tumor Pleural, Pleural Neoplasms, Surgical Procedures Operative, Primary Health Care

Hiperprolactinemia leve en mujer joven: contextualización y manejo longitudinal desde Atención Primaria

Pérez Belmonte R[1], Galindo Cruz E[2], Iturralde Ramos C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería
[2] CS Campohermoso. Almería
[3] CS Benahadux. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 28 años que acude a consulta solicitando de forma explícita la realización de nuevas pruebas complementarias y derivación a Endocrinología tras detectar una hiperprolactinemia en una analítica reciente, sin presentar clínica clara asociada.

Historia clínica
Paciente sin antecedentes personales de interés ni tratamiento farmacológico habitual. Aporta analítica reciente con prolactina ligeramente elevada (32 ng/ml). En la revisión de la historia clínica se identifica una determinación previa realizada dos años antes con cifras de prolactina de 98 ng/ml, sin que conste seguimiento posterior ni estudio dirigido. En ese mismo periodo había consultado en otra ocasión por ciclos menstruales irregulares y dificultad para la gestación, sin retomar posteriormente este motivo de consulta.

Enfoque individual
Se realiza anamnesis dirigida descartando clínica de hiperprolactinemia (alteraciones menstruales, galactorrea, cefalea o alteraciones visuales), así como fármacos que interfieran. Exploración física anodina. Se revisa críticamente la indicación y el momento de las determinaciones analíticas previas, valorando la variabilidad biológica de la prolactina y la posibilidad de hiperprolactinemia funcional o transitoria.

Enfoque familiar y comunitario
La demanda de pruebas y derivación a otro especialista se contextualiza en un entorno medicalizado y de fragmentación asistencial, asociando el impacto emocional relacionado con la fertilidad y expectativas generadas por resultados analíticos aislados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hiperprolactinemia leve asintomática, probablemente fisiológica (estrés, ejercicio físico, sueño…). Diagnóstico diferencial con causas secundarias (fármacos, prolactinoma o hipotiroidismo primario, etc.).

Tratamiento, planes de actuación
Educación sanitaria, explicando el significado clínico de los resultados y manteniendo una actitud expectante. Se acuerda seguimiento en Atención Primaria (AP) y repetición de prolactina en condiciones adecuadas.

Evolución
Se aborda la preocupación de la paciente mediante información clara y toma de decisiones compartida desde nuestra consulta de AP.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso ilustra el papel clave del médico de familia en la interpretación contextualizada de pruebas complementarias, el manejo de la incertidumbre y la prevención del sobrediagnóstico. Refuerza la importancia de la longitudinalidad y de una atención centrada en la persona para evitar cascadas diagnósticas innecesarias. Como prospectiva, se plantea el desarrollo de protocolos en AP para el abordaje de la hiperprolactinemia leve incidental y líneas de investigación sobre el impacto del sobreuso de pruebas en la práctica clínica.

Palabras clave
Hiperprolactinemia, Atención Primaria, sobrediagnóstico

Bradicardia sintomática por bloqueo auriculoventricular Mobitz II en paciente anciano

Expósito Martínez C[1], Escudero Sánchez C[2], Vargas Escudero M[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Barrio de Monachil. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria. Urgencias.

Motivos de consulta
Astenia progresiva y episodio presincopal.

Historia clínica
Paciente varón de 80 años con alergia a alopurinol que presenta como *antecedentes personales* HTA, dislipemia, hiperuricemia e Hiperplasia benigna de próstata. En tratamiento habitual con simvastatina 20 mg/24 h, febuxostat 80 mg/24 h, enalapril 5 mg/24 h y dutasterida 500 mcg + tamsulosina 400 mcg /24 h.
Independiente para actividades básicas de la vida diaria (IABVD).
Enfermedad actual: desde hace 2 días presenta astenia, mareo y mala tolerancia al esfuerzo, con empeoramiento progresivo hasta cuadro presincopal. En CS se objetiva bradicardia severa con bloqueo auriculoventricular Mobitz II 2:1 a 35 lpm. Se administra atropina sin respuesta. Activación de emergencias (061) y traslado hospitalario.

Enfoque individual
Paciente anciano, funcionalmente independiente, con síntomas neurológicos secundarios a hipoperfusión cerebral por bradicardia. No polimedicación con fármacos bradicardizantes. Buen estado basal previo, lo que refuerza la indicación de tratamiento invasivo definitivo.

Enfoque familiar y comunitario
Detección inicial en Atención Primaria como primer nivel asistencial. Importancia del acceso rápido al sistema sanitario, coordinación entre niveles y circuito asistencial eficaz. Papel clave del médico de familia en el reconocimiento de signos de alarma cardiovasculares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo Mobitz II sintomático.
Diagnóstico diferencial: bradicardia sinusal, bloqueo AV completo, síncope vasovagal, síndrome del seno enfermo, efecto farmacológico, isquemia miocárdica y trastornos hidroelectrolíticos.
Problemas identificados: bradicardia severa sintomática con riesgo de asistolia, riesgo de síncope y caídas, hipoperfusión tisular y alto riesgo vital inmediato.

Tratamiento, planes de actuación
Realización de un ECG urgente. Administración de tratamiento con Atropina 1 mg (sin respuesta). Activación de emergencias.
Monitorización continua, sueroterapia, perfusión de aleudrina 5 ampollas en 250 ssf a 15 ml/h e ingreso en UCI para implantación de marcapasos transitorio como puente para marcapasos definitivo.

Evolución
Ingreso en UCI para monitorización y control del ritmo, con indicación de estimulación cardíaca transitoria como puente a tratamiento definitivo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es fundamental la formación en interpretación de ECG, identificación de signos de alarma, protocolos de derivación urgente y trabajo en red asistencial.
Este caso resalta el papel esencial de la Medicina de Familia como primer filtro diagnóstico, activador de circuitos urgentes y coordinador del proceso asistencial.

Palabras clave
Bradicardia, bloqueo AV Mobitz II, síncope.

Cuando el cuerpo nos advierte: manifestaciones sistémicas a propósito de un caso clínico

Valero Solera C[1], Osuna Martínez M[2], Aguilera Martos N[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, con posterior derivación y coordinación con Atención Especializada (Radiología, Cirugía Plástica y Anatomía Patológica).

Motivos de consulta

Mialgias difusas, astenia y malestar general de 20 días de evolución, sin mejoría con analgesia habitual, asociando molestias mamarias izquierdas.

Historia clínica

Mujer de 61 años, sin antecedentes personales relevantes conocidos. Niega fiebre, clínica infecciosa o signos locales de inflamación. Portadora de prótesis mamarias. La sintomatología sistémica persistente motiva evaluación clínica completa.

Enfoque individual

Se realiza valoración integral descartando causas infecciosas, reumatológicas y tromboembólicas. Exploración física general sin hallazgos patológicos relevantes.

En exploración mamaria izquierda se objetiva bultoma de 3 cm, no doloroso, de consistencia blanda, no adherido a planos profundos.

Analítica sin alteraciones ni elevación de reactantes de fase aguda. Mamografía y ecografía: cambios en prótesis izquierda que orientan a posible rotura. Adenopatías en axila izquierda infiltradas por material en probable relación con silicona. RMN: mama izquierda con extravasación de silicona y adenopatías reactivas. Biopsia con aguja gruesa de ganglios axilares: descarta linfoma anaplásico asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL).

Enfoque familiar y comunitario

Se tiene en cuenta el impacto funcional y emocional del cuadro, informando a la paciente sobre la necesidad de estudio complementario y seguimiento, favoreciendo la adherencia y comprensión del proceso diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Rotura intracapsular de prótesis mamaria con reacción ganglionar inflamatoria a cuerpo extraño, sin evidencia de malignidad.

Linfoma anaplásico asociado a implantes, mastitis subclínica, metástasis axilar.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento quirúrgico mediante exéresis de la prótesis mamaria rota.

Seguimiento clínico postoperatorio, control de la evolución sintomática y coordinación con cirugía para valorar manejo posterior de las prótesis.

Evolución

Tras la retirada de la prótesis, la paciente presenta mejoría progresiva de la clínica sistémica, con resolución significativa del cuadro en la primera semana postoperatoria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Este caso ilustra la importancia de una evaluación integral desde Atención Primaria ante síntomas sistémicos persistentes de causa no filiada. La sospecha clínica activa permitió la identificación de una rotura protésica con afectación ganglionar, evitando retrasos diagnósticos. La coordinación con atención especializada fue clave para excluir patología oncológica y resolver el cuadro. La rotura de prótesis mamarias puede simular procesos infecciosos o neoplásicos, y debe considerarse en pacientes portadoras con sintomatología atípica.

Palabras clave
Prótesis mamaria, linfoma, metástasis.

Cuando la anemia persiste: un desafío diagnóstico y terapéutico

León Fernández C, Gutiérrez García M, Sánchez Pelaz L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, con coordinación multidisciplinar entre cardiología y digestivo.

Motivos de consulta

Astenia intensa y disnea progresiva, con aparición posterior de melenas.

Historia clínica

Mujer de 90 años que consulta en su CS por astenia y disnea reciente. En la exploración física, se detecta un soplo sistólico de novo en foco aórtico. En la analítica destaca anemia microcítica leve; hemoglobina (Hb) 11g/dl. Es derivada a cardiología, diagnosticándose estenosis aórtica grave, subsidiaria de implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

Tras el procedimiento, sin complicaciones, presenta recurrencia clínica. En nuevas consultas se objetivan melenas y anemización progresiva hasta Hb 5,5g/dl, precisando 7 concentrados de hematíes (CH) en 3 meses, eritropoyetina y ferroterapia.

Se deriva a digestivo para estudio etiológico realizándose endoscopia alta, colonoscopia y videocápsula, con hallazgo de angiodisplasias gástricas, tratadas mediante coagulación con plasma de argón (CPA).

No obstante, persisten episodios de astenia y descensos bruscos de Hb. Tras estudio exhaustivo y descartadas otras causas (ausencia de datos de hemólisis u otros hallazgos sugestivos de etiología alternativa), se atribuye el cuadro a sangrado digestivo crónico, planteándose nuevas opciones terapéuticas.

Enfoque individual

Sin alergias medicamentosas. Antecedentes de HTA y dislipemia. Prótesis de rodilla.

Enfoque familiar y comunitario

Independiente. Función cognitiva conservada. Vive sola, con buen soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: síndrome de Heyde.

El conjunto de hallazgos es compatible con síndrome de Heyde, asociación entre estenosis aórtica y angiodisplasias intestinales, mediada por déficit adquirido del factor de von Willebrand secundario al flujo turbulento valvular.

Diagnóstico diferencial: anemia ferropénica primaria, neoplasia gastrointestinal, úlcera gastroduodenal, infección por Helicobacter pylori.

Tratamiento, planes de actuación

Ante la anemización recurrente pese a ferroterapia, tratamiento endoscópico y soporte transfusional, se inicia octreótido, análogo de la somatostatina con efecto antiangiogénico.

Evolución

A los 6 meses se estabiliza Hb en torno a 10g/dl, sin necesidad de nuevas transfusiones y con mejoría clínica. Se mantiene seguimiento clínico-analítico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

- La anemia persistente en el paciente anciano no debe atribuirse automáticamente a ferropenia, siendo necesario un abordaje diagnóstico amplio.
- La corrección anatómica (TAVI o CPA) no implica resolución clínica; es preciso reevaluar ante persistencia sintomática.
- La sustitución valvular no siempre resuelve el sangrado en el síndrome de Heyde
- Atención Primaria es clave en el diagnóstico, seguimiento y coordinación asistencial.

Palabras clave
Anemia; síndrome de Heyde; angiodisplasias

Diagnóstico precoz de urolitiasis obstructiva como medida preventiva de hidronefrosis e insuficiencia renal aguda postrenal

Padilla Gonzalez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria, con derivación urgente a Atención Hospitalaria tras identificación de signos de alarma.

Motivos de consulta

Dolor lumbar derecho de inicio súbito, irradiado a región inguinal ipsilateral, acompañado de náuseas.

Historia clínica

Varón de 56 años, con antecedentes de cólicos nefríticos recurrentes, que acude a consulta de Atención Primaria por dolor lumbar derecho de inicio agudo, tipo cólico, irradiado hacia región inguinal ipsilateral, acompañado de náuseas, sin fiebre ni clínica miccional asociada.

Se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, sin mejoría clínica. Ante la persistencia del dolor y sospecha de obstrucción urinaria complicada, se decidió derivación urgente hospitalaria.

En la evaluación analítica se objetivó elevación de creatinina sérica respecto a valores basales, compatible con deterioro agudo de la función renal. La ecografía abdominal mostró dilatación pielocalicial derecha sugestiva de hidronefrosis secundaria a litiasis ureteral obstructiva.

Enfoque individual

Se valoró la persistencia del dolor como posible signo de complicación en paciente con antecedentes de urolitiasis. La falta de respuesta al tratamiento inicial orientó a sospecha de obstrucción mantenida del tracto urinario superior con compromiso funcional renal.

Enfoque familiar y comunitario

Desde Atención Primaria se detectaron signos de alarma que motivaron derivación urgente, garantizando la continuidad asistencial y coordinación con Atención Hospitalaria para diagnóstico y tratamiento precoz.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de urolitiasis ureteral obstructiva complicada con hidronefrosis e insuficiencia renal aguda postrenal.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia mecánica, pielonefritis aguda, apendicitis aguda.

Problemas identificados: dolor lumbar agudo refractario, obstrucción urinaria superior, hidronefrosis derecha y deterioro agudo de la función renal.

Tratamiento, planes de actuación

Descompresión urgente mediante colocación de catéter ureteral doble J y seguimiento clínico-analítico posterior.

Evolución

Mejoría clínica inmediata tras la descompresión, con normalización progresiva de la función renal en controles posteriores.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El reconocimiento precoz de signos de alarma en Atención Primaria y la derivación urgente ante sospecha de urolitiasis obstructiva permiten prevenir daño renal potencialmente irreversible, destacando el papel del médico de familia en la detección temprana y coordinación asistencial.

Palabras clave

Urolithiasis; Hydronephrosis; Acute Kidney Injury; Primary Health Care.

Cuando informar también es cuidar: planificación anticipada desde atención primaria

De Ochoa Morán M[1], Muñoz Martínez B[1], Morillas Jiménez M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso
Urgencias Hospitalarias

Motivos de consulta
Paciente de 77 años derivada a urgencias hospitalarias para valoración psiquiátrica tras gesto autolítico en el domicilio.

Historia clínica
Paciente con antecedentes de parálisis supranuclear progresiva, diagnosticada cuatro años antes, con evolución rápidamente progresiva y elevado grado de dependencia funcional. Es derivada tras ingesta voluntaria de fármacos antihipertensivos y antidiabéticos, realizada en presencia de su hija y detectada de forma precoz.

Enfoque individual
La paciente refiere ideación pasiva de muerte mantenida, sentimientos de desesperanza y culpa por percibirse como una carga para su familia. Manifiesta que su sufrimiento se asocia a la pérdida de autonomía, dignidad percibida y sentido vital.
En la exploración se encuentra consciente y orientada, con enlentecimiento psicomotriz, labilidad emocional y pensamiento organizado. No presenta clínica psicótica ni criterios de trastorno afectivo mayor. Mantiene juicio de realidad y capacidad de decisión.

Enfoque familiar y comunitario
El marido y su hija están muy implicados en sus cuidados, con adecuada comprensión del proceso evolutivo de la enfermedad. El gesto autolítico es interpretado por la familia como una expresión de sufrimiento y no como una conducta suicida.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Gesto autolítico en paciente con enfermedad neurodegenerativa avanzada y cognición preservada.

Diagnóstico diferencial: trastorno depresivo mayor. Conducta suicida estructurada.
Se identifica como problema relevante la ausencia de información previa sobre planificación anticipada de decisiones y cuidados paliativos.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento farmacológico a dosis bajas orientado al alivio de ansiedad.
Intervención psicoeducativa, derivación y coordinación con cuidados paliativos, seguimiento estrecho desde Atención Primaria (AP) e inicio de un proceso de planificación de decisiones. Incluyendo información sobre evolución de enfermedad, recursos paliativos y prestación de ayuda para morir.

Evolución
Tras la intervención no ha vuelto a presentar nuevos gestos autolíticos, quedando pendiente un abordaje longitudinal desde AP.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En pacientes con enfermedades neurodegenerativas avanzadas y capacidad cognitiva preservada, los gestos autolíticos pueden representar una expresión de sufrimiento grave más que un trastorno mental primario.
La AP desempeña un papel clave en la identificación precoz del sufrimiento, evaluación continuada de la capacidad y planificación anticipada de decisiones. Integrando el marco legal de la eutanasia como parte de un proceso deliberativo orientado a preservar la autonomía y la dignidad de la persona.

Palabras clave
Gesto autolítico; cuidados paliativos; eutanasia

Doctor... Me he pillado el dedo con la puerta

Morillas Jiménez M[1], Pantoja de la Rosa L[2], de Ochoa Morán M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

Ámbito del caso
Urgencias

Motivos de consulta
Herida en primer dedo de mano tras pillarse el dedo con una puerta.

Historia clínica
El paciente comentó que se había pillado el primer dedo de la mano con una puerta y que la herida no curaba. En la exploración presentaba una lesión tipo ulcerosa, con secreción purulenta, infectada y con forma redondeada de unos 2 cm de diámetro.
Además detecté que bajo el filo de la manga de la camisa se veía parte de una herida de aspecto similar a la del dedo. Le pedí que me la enseñara, y ahí fue cuando el paciente se sinceró y contó que se inyectaba una droga llamada Mefedrona, y que era la causante de las heridas que presentaba en ambos antebrazos y en el dedo.

Enfoque individual
El paciente no había sido capaz de acudir antes a consulta y reconocer su problema de adicción. Acudió acompañado por su hermana, quien insistió en que esa herida la debía revisar un médico.

Enfoque familiar y comunitario
Le daba miedo y vergüenza reconocer la adicción y no había acudido antes a su Médico de Familia ni se lo había contado a su familia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
- Infección de lesiones ulceradas y necróticas en ambos antebrazos por inyección de Mefedrona.
- Abuso de drogas sintéticas.

Tratamiento, planes de actuación
- Analítica sanguínea: bioquímica, hemograma, reactantes de fase aguda, serología y tóxicos en orina.
- Se interconsultó con Cirugía Plástica (realizaron cura y desbridamiento de heridas y le pautaron antibiótico).

Evolución
Las pruebas complementarias descartaban bacteriemia y no cumplía criterios de ingreso. Se citó para revisión en consultas externas de Cirugía Plástica a los pocos días. El paciente no acudió a esa cita ni consultó a su Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
- Importancia de la exploración física completa: podemos detectar problemas que el paciente no se atreve a contar o que han pasado desapercibidos para él.
- Importancia de estar actualizados en enfermedades y problemas comunes entre jóvenes (normalmente no se conocen tanto como las enfermedades propias de personas de mayor edad) que son igual de importantes y necesitan un enfoque integral (ITS, abuso de drogas, TCA, adicciones...).

Palabras clave
Úlceras. Mefedrona. Abuso.

Esclerosis múltiple como diagnóstico incidental ante una polineuropatía inflamatoria aguda

Morales Barrese M[1], Reche Castillo M[2], Colombo Pérez A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles. Granada
[2] CS de Baza. Granada
[3] Consultorio local de Caniles

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta
Tetraparesia progresiva de 4 extremidades.

Historia clínica
Mujer de 30 años presenta cuadro de tetraparesia flácida progresiva e hiporrefléxica, sin afectación facial ni esfinteriana. Hace 7 días presentó cuadro febril con diarrea de 3-4 días de duración. Niega TCE. Episodio un mes previo de pérdida de sensibilidad termoalgésica desde región supramamaria hasta el pie izquierdo, de tres semanas de duración, con resolución espontánea. En la exploración MMSS contra gravedad, claudicación de MSI. No puede elevar MMII, presente contractura muscular. No alteración de la sensibilidad. ROTs abolidos salvo el bicipital. TC-cráneo: normal. RM-cervical: lesión en la periferia anterolateral derecha del cordón medular (C7-D1) sin captación de contraste y con restricción de difusión. AngioTC-TSA: normal. RM-cráneo: múltiples lesiones sugestivas de enfermedad desmielinizante con diseminación temporoespacial.

Enfoque individual
Uveitis intermedia. No hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con sus padres. Tiene pareja. Sin hijos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Mielitis cervical en contexto de EM, polineuropatía inflamatoria aguda tipo AMAN, síndrome de Guillain-Barré clásico, ictus de arteria espinal anterior, mielitis transversa.

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso en Neurología para estudio y tratamiento.

Evolución
Se completó estudio con RM-lumbar: sin lesiones focales medulares, con inflamación de la cola de caballo; y EMG: compatible con polirradiculopatía aguda motora axonal con rasgos desmielinizantes. Paciente cumple tratamiento con megabolos de metilprednisolona y plasmaféresis, con mejoría clínica progresiva. Al alta es valorada por rehabilitación donde realizan ficha de fisioterapia y continuará seguimiento en la unidad de EM.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso ilustra la complejidad del abordaje de la debilidad aguda, donde cuadros inicialmente compatibles con patología periférica pueden corresponder a procesos centrales o incluso mixtos. La coexistencia de signos clínicos discordantes y antecedentes sugestivos de enfermedad desmielinizante obliga a mantener una actitud diagnóstica dinámica y reevaluar de forma continua. Se destaca el solapamiento infrecuente entre EM y neuropatía tipo AMAN, lo que plantea la posible existencia de mecanismos inmunológicos compartidos aún no bien definidos. Se subraya la importancia del acceso precoz a neuroimagen y de la coordinación entre niveles para evitar retrasos diagnósticos.

Palabras clave
Esclerosis Múltiple (Multiple Sclerosis), Síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome), Polirradiculoneuropatía (Polyradiculoneuropathy).

Cuando el cansancio no es solo cansancio: síndrome constitucional como clave diagnóstica de adenocarcinoma colorrectal metastásico

Reche Castillo M, Colombo Pérez A, Morales Barrese M

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Granada

Ámbito del caso
Servicio de urgencias conseguimiento compartido con Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor en hipocondrio derecho en paciente con astenia progresiva y pérdida ponderal.

Historia clínica
Varón de 72 años, independiente, con dos meses de astenia intensa, hiporexia, sudoración nocturna y pérdida de peso no cuantificada. Nunca ha realizado cribado de cáncer colorrectal. Valoración inicial en Atención Primaria con analítica solicitada por sospecha de síndrome constitucional, no revisada. Acudió a Urgencias por dolor abdominal derecho fluctuante de 48 horas.

Enfoque individual
Sin antecedentes personales de interés; hermano con cáncer colorrectal; sin hábitos tóxicos.
Exploración: subictericia, coluria, dolor en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo.
Analítica: patrón colestásico (GGT 403 U/L, FA 326 U/L), LDH 423 U/L, PCR 151 mg/L, anemia normocítica (Hb 11,7 g/dl) y trombocitosis (541.000/µL). Ecografía: múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Se decide ingreso para estudio.

Enfoque familiar y comunitario
Apoyo activo de la esposa e hijo, facilitando detección precoz del empeoramiento clínico y adherencia al proceso diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Infiltración hepática secundaria a neoplasia. Se consideraron hepatopatía infiltrativa primaria, procesos linfoproliferativos y lesiones hepáticas benignas múltiples.

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso en Medicina Interna para estudio del caso.

Evolución
Se realiza TC y PET-TC evidenciaron lesión hipermetabólica en colon sigmoide con metástasis hepáticas múltiples. Colonoscopia con biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado estadio IV (RAS y BRAF no mutado). Inició quimioterapia FOLFOX-cetuximab con buena tolerancia. Seguimiento compartido entre Oncología y Atención Primaria para control de síntomas, toxicidades y soporte integral.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El síndrome constitucional persistente en personas mayores es signo de alarma. La combinación de síntomas inespecíficos y alteraciones analíticas en Atención Primaria acelera el diagnóstico oncológico, especialmente en pacientes sin cribado previo. La literatura indica que 5–10% de los mayores con síndrome constitucional presentan neoplasia colorrectal avanzada; la detección precoz en AP reduce retrasos diagnósticos y mejora resultados oncológicos. Este caso refuerza la sospecha precoz, la coordinación asistencial y el acompañamiento longitudinal del paciente.

Palabras clave
Neoplasias Colorrectales (Colorectal Neoplasms); Neoplasias Hepáticas Secundarias (Liver Neoplasms, Secondary); Síndrome Constitucional (Constitutional Symptoms).

¡Qué pescuezo se me ha puesto, doctora!: utilidad de la ecografía clínica

Moguer Galán M[1], Mateos Gómez A[2], Escudero Domínguez L[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Palacios San Isidro. Los Palacios y Villafranca. (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Bulto en cuello.

Historia clínica
Varón, 69 años. Acude por tumoración en cara anterior del cuello, 24 horas de evolución, crecimiento rápido, dolorosa a la palpación. Se acompañada de disfagia, tolerando sólidos y líquidos. Cuadro febril previo, con tos y sensación disneica. Actualmente afebril.

Enfoque individual
Gran tumoración dolorosa en arco mandibular izquierdo y submandibular, sobrepasando línea media, de consistencia media. No móvil, adherida, signos inflamatorios, adenopatías sospechosas ni desviación de úvula. No alteración otorrinolaringológica.

Enfoque familiar y comunitario
Independiente para Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD). Habita en vivienda salubre con condiciones higiénico-sanitarias adecuadas. Cuenta con apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Tumoración en cuello a filiar. Tumoración en glándula submaxilar/sublingual, de etiología infecciosa o neoplásica. Sialoadenitis. Quiste tirogloso infectado. Angina de Ludwing.

Tratamiento, planes de actuación
Realizamos ecografía clínica, objetivándose zona de densidad heterogénea, con márgenes difíciles de valorar, sin vascularización. Derivamos a Hospital de referencia para completar estudio.

Evolución
Realizan ecografía de región cervical objetivando engrosamiento de glándula submandibular izquierda, sin claro aumento de vascularización. Aprecian algunos ganglios de aspecto reactivo inflamatorio, sin visualizarse colecciones evidentes.
Tras interconsulta a otorrinolaringología, es dado de alta con diagnóstico submaxilitis aguda y tratamiento antibiótico/antiinflamatorio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La submaxilitis es la inflamación de glándulas salivares submaxilares. La causa más común es sialolitiasis. Otras etiologías son infecciones por virus, bacterias o deshidratación, la cual precipita la formación de cálculos.
En nuestro caso, el paciente refirió cuadro febril previo, que podría estar causado por infección viral. Además, durante este proceso, podría haber sufrido deshidratación si la ingesta era insuficiente, favoreciendo formación de cálculos. Así pues, en nuestro paciente, no podríamos determinar exactamente la causa de la submaxilitis (infección, deshidratación o causa mixta).
En este paciente, la ecografía clínica nos permitió establecer una primera aproximación diagnóstica y decidir derivarlo a nivel secundario ante el crecimiento progresivo, optimizando recursos sanitarios, pues el primer eslabón en el tratamiento de una submaxilitis aguda es tratamiento médico, pero sólo suelen responder un 40%.
Suele ser benigno, aunque en ausencia de tratamiento puede haber complicaciones graves en el suelo de la boca.
Los datos utilizados se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras clave
Submandibular Gland, Sialadenitis, Virus Diseases.

Adenopatía supraclavicular en paciente joven

Martínez Pinar I[1], Romero Carrillo M[2], González García J[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 38 años que acude a consulta por bultoma laterocervical izquierda de 3 meses de evolución.

Historia clínica
Paciente que se nota bultoma compatible con adenopatía supraclavicular izquierda, coincidiendo con un cuadro de odinofagia; acude a urgencias con pruebas complementarias normales, derivándose a ORL para estudio. Ante la persistencia del "bulto" acude a consulta de AP.

Enfoque individual
No hábitos tóxicos. No FRCV. No AF ni AP de interés. En consulta se palpa nódulo supraclavicular izquierdo de consistencia pétrea adherida a planos profundos, no dolorosa de unos 2cm de diámetro. No bocio. No fiebre. No otras adenopatías. ACP: normal. SatO2: 95%. Analítica normal. Comenta disnea cuando camina, hasta hacerse de reposo; así como disfagia y sensación de cuerpo extraño en orofaringe.
En Rx: ensanchamiento mediastínico no presente en Rx previas. Se deriva preferente a Medicina Interna.
Se realiza TC urgente: múltiples adenopatías patológicas cervicales izquierdas con extensión hacia región infraclavicular que continúan con conglomerado adenopático en mediastino anterior sugestivo de proceso linfoproliferativo.
Ingresa en planta por empeoramiento de la disnea (Derrame pleural derecho hasta tercio medio). Durante su ingreso; PET TC: gran masa hipermetabólica centrada en mediastino, que infiltra estructuras óseas y partes blandas adyacentes, con afectación linfática supradiafragmática e infradiafragmática, así como derrames pleural derecho y pericárdico. Biopsia: linfoma B de alto grado difuso. Estadio III/IV. Síntomas compresivos a nivel de estrecho torácico superior por masa mediastínica.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente independiente, sin patología conocida.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Adenopatía supraclavicular. Proceso linfoproliferativo. Linfoma no Hodgkin.

Tratamiento, planes de actuación
Se Inicia quimioterapia con ciclofosfamida + urbason que se completa con Rituximab, Adriamicina y Vincristina para concluir primer ciclo de R-CHOP con buena respuesta metabólica precoz parcial (tratamiento de primera línea por linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes primario de mediastino, Estadio IV Bulky). Respuesta metabólica completa del resto de la afectación linfática supradiafragmática, infradiafragmática y pleural derecha.

Evolución
Excelente respuesta al tratamiento con ausencia de captación en PET. Se desestima la necesidad de radioterapia. Secuelas: amenorrea y dolores articulares.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso describe la importancia de realizar un diagnóstico temprano de cara al pronóstico; así como de una buena exploración física.

Palabras clave
lymphoma, case reports, lymphadenopathy.

Glioblastoma: a propósito de un caso

Ilarraza Pérez C

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba)

Ámbito del caso
Cefalea en jóvenes.

Motivos de consulta
Paciente varón de 34 años consulta por presentar inicio de su enfermedad actual hace 1 mes cuando presenta cefalea, vómitos precedidos de náuseas

Historia clínica
Varón de 34 años consulta a su médico de cabecera por presentar desde hace 1 mes cefalea retroocular de carácter opresivo de moderada intensidad que no cede con la administración de analgésicos habituales, vómitos en 4 oportunidades precedido de náuseas por lo que consulta.
A la exploración física: fascies álgica, conciente, orientado en 3 planos, FM 5/5 PTOS, nistasmus horizontal, maniobras meníngeas negativas. Glasgow 15/15 ptos. Motivo por el cual es derivado al área de urgencias donde posterior a valoración se solicita TAC de Cráneo que informa sangrado intraparenquimatoso parietal derecho con lesión de ocupación de espacio subyacente. Razón por la cual se indica tto. con corticoides+ levetiracetam IV

Enfoque individual
Hay que prestar atención en pacientes jóvenes con cefaleas refractarias a analgésicos habituales

Enfoque familiar y comunitario
Historia Clinica y exploración física son fundamentales para llegar a un diagnóstico

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: tumor Cerebral de etiología a precisar
Diagnóstico diferencial: migraña, linfoma primario del sistema nervioso central, absceso cerebral, metástasis cerebrales

Tratamiento, planes de actuación
Desketoprofeno 50 mg IV c/8hrs, Paracetamol 1 g c/8 hrs, Ondansetrón 8 mg c/8 hrs, dexametasona 8 mg, levetiracetam 500 mg IV. Traslado a Hospital Reina Sofia

Evolución
Ingreso en Neurocirugía, ajuste terapéutico, TAC Cráneo con contraste, RMN Cerebral es intervenido mediante craneotomía y exéresis lesión con dx definitivo de Glioblastoma grado 4

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Al realizar un diagnóstico, evitar realizar cierre precoz, tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales en atención primaria y urgencias en especial en pacientes que consulta de forma reiterativa. El glioblastoma tiene alta agresividad y mal pronóstico, con una supervivencia mediana menor a 2 años. El primer paso es la resección quirúrgica máxima segura del tumor.

Palabras clave
Cefalea, glioblastoma, vómitos, migraña

Doctora, no será nada... ¿verdad?

Calzada Algravez J[1], Prieto Galvez P[1], Quesada Lara M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén,
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso
Atención Primaria, CS urbano.

Motivos de consulta
Dolor articular mecánico en rodillas y muñecas de varios meses de evolución.

Historia clínica
Varón de 57 años, sin antecedentes personales de relevancia, que consultó repetidamente en SUAP y en urgencias hospitalarias por dolor articular, sin antecedente traumático, sin rigidez matutina ni otros síntomas inflamatorios asociados. Recibió tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, así como ciclos cortos de corticoides, con mejoría transitoria y posterior reaparición de la sintomatología.

Ante la persistencia del cuadro, acudió a consulta con su médico de familia. La exploración física fue anodina y las radiografías mostraron cambios incipientes de artrosis en ambas rodillas.

Se solicitó analítica con perfil autoinmune y proteinograma. Destacaban hemoglobina de 11,6 g/dl, VSG >120 mm/h, hipoalbuminemia (2,7 g/dl), ferritina 456 ng/ml y elevación de reactantes de fase aguda. La serología autoinmune resultó negativa. El proteinograma evidenció elevación de globulinas con puente beta-gamma, sin componente monoclonal definido.

Enfoque individual
Aunque el hallazgo no era diagnóstico, la combinación de anemia, reactantes elevados y alteración del proteinograma motivó seguimiento estrecho. En revisiones posteriores aparecieron adenopatías cervicales indoloras de aproximadamente 1 cm de diámetro, de consistencia firme y crecimiento rápido. No fiebre, no pérdida de peso.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente activo laboralmente, sin antecedentes familiares oncohematológicos conocidos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome constitucional subclínico con alteración inflamatoria persistente y sospecha de proceso linfoproliferativo. Se identificaron los siguientes problemas: dolor articular recurrente, anemia inflamatoria, alteración del proteinograma y aparición de adenopatías.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación preferente a Hematología. Se realizó ecografía cervical, biopsia ganglionar y estudio de extensión.

Evolución
Confirmación de linfoma de Hodgkin clásico, subtipo celularidad mixta. Inicio de tratamiento específico con mejoría del dolor articular.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso resalta el valor de la longitudinalidad en Atención Primaria. El motivo de consulta inicial fue inespecífico y frecuente (dolor mecánico), sin signos de alarma evidentes. Sin embargo, la evolución clínica desfavorable y la alteración del proteinograma, interpretada en su contexto y seguida en el tiempo, permitieron orientar la sospecha diagnóstica y facilitar una derivación oportuna. Porque en Atención Primaria, cuando alguien pregunta "no será nada… ¿verdad?", sabemos que el tiempo y la integración clínica pueden revelar aquello que aún permanece oculto.

Palabras clave
Proteinograma, longitudinalidad, atención primaria

Síndrome constitucional en Atención Primaria: hallazgo incidental de masa parafaríngea izquierda

Arcos Lerma J[1], Blázquez Puerta A[2], Verdugo Revigliono G[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga
[2] CS San Andrés - Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 57 años que consulta por pérdida de peso progresiva y disminución de la ingesta en los últimos meses.

Historia clínica
Antecedentes de tabaquismo, hábito enólico crónico y síndrome ansioso depresivo en seguimiento por Salud Mental tras fallecimiento de su esposa. Refiere 8 meses de hiporexia, saciedad precoz y pérdida de 8 kg de peso. Deposiciones blandas postpandriales sin productos patológicos. Niega dolor abdominal, disfagia u odinofagia. IMC 15,7.

Enfoque individual
Desde Atención Primaria se valora como síndrome constitucional, considerando causas orgánicas y afectivas. Se solicitan analítica completa y pruebas complementarias, objetivándose alteración del perfil hepático. Dada la pérdida ponderal marcada y factores de riesgo, se deriva a Urgencias para estudio preferente.

Enfoque familiar y comunitario
Contexto de duelo patológico y aislamiento social tras fallecimiento de su esposa. Seguimiento activo por Salud Mental.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome constitucional de etiología a filiar. Se plantea diagnóstico diferencial entre neoplasia digestiva, hepatopatía crónica, patología pulmonar asociada a tabaquismo y trastorno depresivo mayor. En Tac se objetiva masa parafaringea izquierda en espacio parafaríngeo (1,7x 5,2 cm), sugestiva de tumor de vaina nerviosa periférica o paraganglioma.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación a Medicina Interna y Cirugía Maxilofacial. Dada la localización y tamaño de la masa, puede tener una posible relación con el síndrome constitucional, manteniéndose seguimiento estrecho desde Atención Primaria y Medicina Interna.

Evolución
Actualmente en seguimiento por Medicina Interna en estudio por el síndrome constitucional y en espera de resultados de Anatomía Patológica tras intervención quirúrgica por parte de Cirugía Maxilofacial.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El síndrome constitucional en Atención Primaria requiere valoración integral y seguimiento longitudinal. La coexistencia de patología psiquiátrica no debe retrasar la búsqueda de causas órganicas. La visión biopsicosocial es clave para evitar sesgos diagnósticos.

Palabras clave
Síndrome constitucional; Atención Primaria; masa parafaríngea.

Dermatosis del viajero en consulta de familia: identificación y manejo de una larva cutánea migrans

García Salmerón A[1], Arcos Lerma J[2], Montes Torres R[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés Torcal. Málaga
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria como primer nivel asistencial en la identificación y tratamiento de patología importada. Coordinación mediante teledermatología.

Motivos de consulta

Lesión pruriginosa en región plantar del tercer dedo del pie derecho.

Historia clínica

Mujer de 26 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por lesión cutánea en región plantar del tercer dedo del pie derecho, de una semana de evolución, con crecimiento progresivo (1-2mm/día) y prurito intenso, de predominio nocturno.

Niega sintomatología sistémica en el momento de la consulta. Refiere viaje reciente a Filipinas, con contacto directo con arena. Durante el viaje presentó un pico febril autolimitado de hasta 39 °C durante 24 horas, sin otra clínica asociada.

A la exploración se observa trayecto lineal serpiginoso eritematoso, ligeramente sobreelevado, de 3 cm aprox, con morfología en zigzag y extremo distal discretamente más elevado, compatible con migración larvaria intraepidérmica. Presenta halo inflamatorio leve y signos de rascado, sin supuración ni fluctuación. No adenopatías regionales.

Enfoque individual

Lesión serpiginosa progresiva, en región plantar con prurito intenso, tras viaje a zona tropical, constituye signo de alarma de infección parasitaria que nos orienta al diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario

Se informa a la paciente y familia sobre la naturaleza de la infección y la necesidad de seguimiento. Coordinación mediante teledermatología para confirmación diagnóstica y tratamiento coadyuvante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Lesión compatible con larva cutánea migrans.

Diagnóstico diferencial: tungiasis, dermatitis, escabiosis localizada.

Tratamiento, planes de actuación

Se realiza teledermatología, confirmando el diagnóstico. Se pauta Ivermectina vía oral dosis única, además de Hidroxicina para control del prurito. Se programa revisión en Dermatología a los pocos días para crioterapia coadyuvante, la cual acelera la resolución.

Evolución

En revisión posterior a las 3 semanas, se objetiva desaparición del trayecto cutáneo y resolución completa del prurito.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El reconocimiento del trayecto serpiginoso y la integración del antecedente epidemiológico permiten un diagnóstico precoz de larva cutánea migrans en Atención Primaria, evitando pruebas innecesarias y retrasos terapéuticos. La teledermatología optimiza la confirmación diagnóstica y la coordinación asistencial.

Palabras clave
Larva cutánea migrans; Medicina del viajero

Adolescente con problemas en el instituto ¿TDHA?, ¿trastorno de conducta?, ¿patología orgánica?

Martínez Pinar I[1], González García J[1], Romero Carrillo M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija El Almorrón. Écija (Sevilla)
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Écija El Almorrón. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mujer de 16 años que consulta por hipersomnia diurna, hiperfagia y astenia.

Historia clínica
Episodios de hipersomnolencia desde hace meses que aparecen de forma impredecible en cualquier momento, acompañados de astenia intensa de 2-3 días de duración. Se duerme de forma repentina, incluso con escasa respuesta a estímulos. Posteriormente hiperfagia. Fuera de estos episodios sin alteraciones.

Enfoque individual
No hábitos tóxicos. No FRCV. AP: hiperprolactinemia. No AF de interés. No tratamiento habitual. En seguimiento por digestivo por celiaquía (anticuerpos positivos). No roncadora, no pausas de apneas, no despertares asfícticos. Episodios de bruxismo. No historia de parasomnia. No alucinaciones, no parálisis de sueño, no cataplejía. Polidipsia (ingesta de hasta 9 litros diarios). Se deriva a Neurología por sospecha de Narcolepsia. EEG, analítica, RMN cráneo normales. PSG + TLMS normal (se descarta narcolepsia). Ensayo con Modafinilo (no mejoría y además efectos secundarios), Melatonina, Metilfenidato, Amantadina y Litio. Acude a Neurólogo privado que la diagnostica de Sd Kleine- Levin. Desde inicio de tratamiento estudia por la tarde, tiene más flexibilidad y se encuentra mejor. Episodios de cambios de humor (fuera de los episodios) que también son valorados por salud mental.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente que pasa casi dos semanas continuos en cama durmiendo, falta mucho al instituto, cuando está así abusa de alimentación poco saludable, le afecta a su vida social, académica, ánimo deprimido. Patología que le afecta a su vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sd Kleine-Levin, Narcolepsia. Sd Fatiga Crónica, Trastorno mental.

Tratamiento, planes de actuación
Con Amantadina, Concerta, Plenur y Tryptizol se consigue estabilizar la hipersomnia. Realización de controles de litio periódicos. Se intentó estudio de Diabetes insípida en la infancia, que no se pudo completar, por lo que se retoma derivándose a endocrinología HUVR. Desde Digestivo se confirma celiaquía. En seguimiento también por psicología.

Evolución
Paciente que estaba muy limitada en su vida diaria, tanto de actividad escolar como social causándole importantes secuelas psicológicas, que ha conseguido retomar su vida anterior.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Importancia de combinar fármacos y de diagnóstico diferencial adecuado. La afectación que puede causar una enfermedad en la salud mental del paciente, más acentuado si es un adolescente.

Palabras clave
Hypersomnolence, Kleine-Levin Syndrome, Sleep Wake Disorders

Dolor en persona sin hogar, gestión de recursos

Alargunsoro Maiztegui L[1], Muñoz Martínez B[2], Hernández Hernández B[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzín. Granada

Ámbito del caso
Atención en calle.

Motivos de consulta
Dolor en miembro inferior derecho (MID).

Historia clínica
Sí.

Enfoque individual
Antecedentes personales (AP): VHB pasada, consumo perjudicial de alcohol, persona sin hogar.
Anamnesis: avisa la trabajadora social del CS porque el paciente ha sufrido una fractura no desplazada de maleolo medial de tobillo derecho y está viviendo en la calle tras alta hospitalaria.
El paciente se encuentra en silla de ruedas, con evidente falta de cuidados básicos. Refiere dolor en MID e incomodidad constante por la sedestación durante 24 horas.
Exploración: importante edematización de MID y un déficit de higiene.

Enfoque familiar y comunitario
Indica que está en tratamiento con heparina que se lo guardan en la nevera de un bar y que otras personas de la placeta que viven allí lo ayudan con la comida, para mover la silla y con el resto de la medicación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Fractura de maléolo tibial medial en persona sin hogar con falta de cuidados básicos.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza un contacto directo con trabajo social del ayuntamiento para una acogida urgente.

Evolución
Tras el ingreso en un recurso de larga estancia el paciente mejora significativamente, con un mejor autocuidado, de la alimentación, vestido e higiene, deja la toma de alcohol, mejora su ánimo y comienza a realizar ejercicios de rehabilitación del tobillo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La situación de sinhogarismo se define por una exclusión social extrema, lo que conlleva una falta de cuidados por dicha situación. El abordaje médico sin una perspectiva bio-psico-social en estas personas, en la que no se tienen en cuenta los cuidados, puede comportar una mala evolución de su patología, incluso un empeoramiento, aumentando sus visitas a urgencias y hospitalizaciones.
Esta intervención refleja que un buen abordaje de este colectivo, no solo puede suponer una mejora para su salud, sino que mejora en otros ámbitos tanto psicológicos como sociales.
Este caso refleja la necesidad de crear equipos sanitarios especializados en la atención de las personas sinhogar.

Palabras clave
Personas sin hogar, recursos sociosanitarios, inequidades en salud.

Artritis séptica poliarticular como debut diabético en paciente vulnerable

Colombo Pérez A[1], Morales Barrese M[1], Reche Castillo M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Caniles. Caniles (Granada)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Baza. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta
Gonalgia y omalgia derecha.

Historia clínica
Varón de 55 años que consulta por gonalgia y omalgia derecha de cuatro días de evolución, dolor intenso progresivo, inicialmente mecánico y posteriormente en reposo, con impotencia funcional y tumefacción de rodilla, sin antecedentes traumáticos. Asociaba distermia con escalofríos y vómitos.

Enfoque individual
Antecedentes personales: niega alergias medicamentosas, independiente y sin antecedentes de importancia.
Exploración: consciente, destacaba leve tinte ictérico mucocutáneo. Rodilla derecha tumefacta, caliente, muy dolorosa e impotencia funcional; hombro derecho doloroso sin derrame; lesión hiperqueratósica fistulizada en tercer espacio interdigital del pie izquierdo con secreción purulenta maloliente.
Pruebas complementarias: glucemia 498 mg/dl, Na 120 mEq/L, leucocitosis 20.000/mm³ con neutrofilia, PCR 469 mg/L, procalcitonina 8,9 ng/ml, bilirrubina total 7,47 mg/dl (directa 5,5), elevación de enzimas de colestasis. Artrocentesis de rodilla con líquido purulento, se toman muestras para estudios.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente de origen argelino, recién llegado a España, trabajador como recolector en el campo y con barrera idiomática.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Artritis séptica de rodilla derecha con probable afectación del hombro, infección de partes blandas en pie como posible foco de entrada y debut de diabetes mellitus.

Tratamiento, planes de actuación
Se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam y daptomicina y se realizó lavado artroscópico.

Evolución
El paciente evolucionó a shock séptico, requiriendo ingreso en UCI con noradrenalina e insulinoterapia intravenosa. Presentó fracaso renal agudo oligúrico y acidemia mixta, con mejoría progresiva. En hemocultivos y líquido articular se aislaron *Streptococcus dysgalactiae*, ajustándose tratamiento a ceftriaxona más daptomicina. Se descartó endocarditis mediante ecocardiografía transesofágica. El estudios hepáticos no evidenció patología estructural. Evolución favorable con derivación a Consulta de Diabetes al alta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La artritis séptica constituye una urgencia tiempo-dependiente cuyo reconocimiento precoz en Atención Primaria es determinante para reducir morbimortalidad. La presencia de monoartritis inflamatoria asociada a síndrome constitucional y elevación marcada de reactantes obliga a derivación urgente y artrocentesis diagnóstica.
El abordaje integral permitió identificar el foco cutáneo, un debut diabético como factor predisponente y determinantes sociales relevantes. La Medicina de Familia desempeña un papel clave en la sospecha temprana, activación de circuitos asistenciales y seguimiento longitudinal de pacientes vulnerables con patología infecciosa grave y enfermedad crónica debutante.

Palabras clave
Artritis séptica; Debut diabético; Atención Primaria.

Varón de 79 años con síndrome constitucional y colestasis: adenocarcinoma de colon con metástasis hepáticas y pulmonares

Verdugo Revigliono G[1], Arcos Lerma J[1], Blázquez Puerta A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta
Dispepsia con saciedad precoz y distensión abdominal.

Historia clínica
Antecedentes personales: NAMC. Varón 79 años, exfumador y alcohol ocasional; HTA, dislipemia. Sin antecedentes quirúrgicos. IABVD. Tratamiento domiciliario: losartán 50 mg, simvastatina 20 mg.

Enfoque individual
El 11/08/2025 consulta por 7–10 días de saciedad precoz tras las comidas y distensión abdominal con náuseas y vómitos en ocasiones, sin fiebre. Diarrea con algunos episodios de sangrado, pérdida de peso involuntaria de unos 15 kg en aproximadamente 2 meses y astenia.
Exploración física: PA120/70 mmHg, Sat O_2 96%, FC84 lpm. Sin ictericia ni palidez. ACP: rítmico sin soplos; auscultación pulmonar sin hallazgos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, dolor epigástrico; hepatomegalia palpable (3 traveses de dedo), sin ascitis ni esplenomegalia. Miembros inferiores: sin edemas.
Pruebas complementarias: se solicita analítica con perfil hepático e inflamatorio, serologías, SOH, ECG y Rx tórax. En revisión (21/08/2025) con resultados de analítica se objetiva colestasis e hiperbilirrubinemia muy marcadas, PCR elevada y SOH positivo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Síndrome constitucional con síntomas digestivos y hepatomegalia, con probable etiología neoplásica.
A descartar: neoplasia primaria hígado o metástasis; colestasis obstructiva (pancreatobiliar/litiásica); hepatitis o colestasis medicamentosa.

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a Urgencias para estudio y valoración.

Evolución
Ingreso Digestivo (22–26/08): tC con múltiples lesiones hepáticas y engrosamiento de sigma; colonoscopia con masa friable estenosante y biopsia (adenocarcinoma). Comité oncológico decide actitud paliativa. Evolución rápidamente progresiva de dos meses con ictericia, pérdida ponderal y fallecimiento en domicilio acompañado por su familia.
Diagnóstico final: adenocarcinoma de colon metastásico con metástasis hepáticas y pulmonares.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El presente caso pone de manifiesto el papel clave de Atención Primaria en la detección temprana de síntomas de alarma abdominal y la exploración física sistemática como complemento indispensable de la anamnesis, al permitir identificar hallazgos orientadores y acelerar el proceso diagnóstico.
Asimismo, resalta la importancia de un manejo multidisciplinar coordinado entre el ámbito hospitalario, Atención Primaria y Cuidados Paliativos, facilitando un control sintomático precoz y una planificación de cuidados centrada en el paciente. Este abordaje permitió que el paciente permaneciera acompañado y pudiera despedirse de su familia en un entorno de apoyo, garantizando una atención integral y humanizada en el tramo final de la enfermedad.

Palabras clave
Pérdida de Peso; Hepatomegalia; Neoplasias del Colon (DeCS/MeSH).

No todo es ansiedad: el feocromocitoma oculto tras las crisis de pánico en Atención Primaria

García Cano-Caballero N[1], Morata Izquierdo M[1], Pérez Jurado M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria urbana.

Motivos de consulta
Episodios recurrentes de palpitaciones, sudoración, cefalea intensa y sensación de muerte inminente.

Historia clínica
Mujer de 38 años, administrativa, sin antecedentes psiquiátricos ni cardiovasculares. Refiere crisis de inicio brusco, con una duración de 15–30 minutos y resolución espontánea. Además, nos cuenta que últimamente están teniendo una frecuencia creciente (2–3/semana). Se encuentra en un contexto de sobrecarga laboral y cuidado de familiar dependiente. Tomamos constantes en consulta, comprobando cifras tensionales en el límite alto de la normalidad, que inicialmente atribuimos como hipertensión de bata blanca.

Enfoque individual
En una primera valoración se orienta como crisis de ansiedad, por lo que se inicia un abordaje psicoeducativo y técnicas de control respiratorio. En revisiones posteriores persisten los episodios pese a buena adherencia. Volvemos a tomar constantes, donde se objetiva hipertensión arterial paroxística (>180/100 mmHg) coincidiendo con la clínica, previamente no documentada.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente atribuye la sintomatología al estrés. Se exploran dinámicas familiares y red de apoyo, identificándose sobrecarga de rol cuidador. Es por ello que ofrecemos orientación en recursos comunitarios y apoyo emocional, manteniendo un seguimiento longitudinal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Ante la presencia de hipertensión paroxística, mala respuesta terapéutica y ausencia de desencadenantes claros, se reconsidera el diagnóstico. Se realiza diagnóstico diferencial con: trastorno de pánico, hipertiroidismo, arritmias, consumo de estimulantes y feocromocitoma.
Se identifican como problemas: crisis adrenérgicas recurrentes e hipertensión episódica.

Tratamiento, planes de actuación
Se solicita determinación de metanefrinas plasmáticas (elevadas) y se deriva a Endocrinología. Posteriormente se realiza Tomografía computarizada abdominal compatible con masa suprarrenal derecha. Finalmente, se decide manejo prequirúrgico con bloqueo alfa-adrenérgico y posterior suprarrenalectomía laparoscópica.

Evolución
Resolución completa de los episodios y normalización de cifras tensionales tras cirugía.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La elevada prevalencia de la ansiedad en Atención Primaria puede favorecer sesgos de anclaje diagnóstico; sin embargo, la presencia de hipertensión paroxística debe considerarse un signo de alarma ante crisis aparentemente ansiosas. En este contexto, la longitudinalidad y la reevaluación clínica resultan fundamentales, ya que permiten detectar incoherencias en la evolución y evitar retrasos diagnósticos en patologías poco frecuentes pero potencialmente graves.

Palabras clave
Pheochromocytoma; Panic Disorder; Primary Health Care

Varón de 59 años con lumbalgia persistente, disnea y hemoptisis: linfoma B difuso de células grandes

Verdugo Revigliono G[1], Murillo Morillas L[1], Ramírez Ceballos A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta
Lumbalgia recidivante y disnea progresiva.

Historia clínica
Antecedentes personales: NAMC. Varón 59 años, sin hábitos tóxicos ni enfermedades. Sin antecedentes quirúrgicos. Durante 2025 consulta repetidamente por lumbalgia dorsolumbar izquierda irradiada a glúteo.
Exploración física: dolor flexo-extensión/rotación lumbar sin signos neurológicos ni patología de cadera. En otras consultas asocia molestias abdominales inespecíficas, con exploración abdominal anodina. Rx lumbar con cambios degenerativos. Manejo conservador (analgesia/AINEs, relajantes) y fisioterapia privada, que orienta sobrecarga del psoas izquierdo con mejoría tras varias sesiones.

Enfoque individual
Acude en enero de 2026 por 3–4 días de tos con expectoración mucosa, un esputo hemoptoico y disnea progresiva. Además, pérdida ponderal involuntaria de 5 kg en el último mes, asociada a hiporexia y estreñimiento.
Exploración física: sat O_2 94%, PA 110/60 mmHg, FC 56 lpm. Buen estado general. Eupneico en reposo. ACP: rítmico sin soplos. Abolición completa murmullo vesicular hemitórax izquierdo. Sin adenopatías ni lesiones cutáneas. Se solicita radiografía tórax urgente: derrame pleural masivo izquierdo con desplazamiento mediastínico contralateral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Lumbalgia crónica refractaria a tratamiento con aparición de síndrome constitucional y hemoptisis con derrame pleural masivo, con sospecha de proceso sistémico grave.
A descartar: neoplasia (primaria torácica/pleura o hematológica: linfoma, mieloma/plastocitoma) o metástasis; tuberculosis; enfermedad autoinmune (vasculitis).

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a Urgencias para drenaje y estudio.

Evolución
Se realiza drenaje pleural y TC toracoabdominopélvica. La citología del líquido y biopsia confirman la estirpe linfoide. Tras estabilización y mejoría respiratoria, el paciente es dado de alta con cita preferente para valoración por Oncología Médica para estadificación y tratamiento específico.
Diagnóstico final: linfoma no Hodgkin B con gran masa retroperitoneal izquierda infiltrante en psoas-ilíaco y afectación pulmonar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya el valor del seguimiento longitudinal en Atención Primaria, clave para detectar el cambio de patrón de una lumbalgia común hacia un cuadro con signos de alarma. Refuerza la necesidad de una reevaluación diagnóstica proactiva ante dolores persistentes con repercusión general.
Como prospectiva, el caso plantea la optimización de los circuitos de derivación preferente y acceso a imagen, fundamentales para reducir la demora diagnóstica en patologías oncohematológicas de presentación atípica y mejorar así su pronóstico clínico.

Palabras clave
Dolor de la Región Lumbar; Derrame Pleural Maligno; Linfoma de Células B Grandes Difuso (DeCS/MeSH).

Cuando la cefalea avisa: a propósito de un caso de trombosis venosa cerebral

Pérez Jurado M[1], Morata Izquierdo M[2], Martín Sabio L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidin-Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria urbana.

Motivos de consulta
Cefalea progresiva de 10 semanas de evolución.

Historia clínica
Mujer de 28 años, administrativa. Sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Inicio de anticonceptivos orales combinados (ACO) tres meses antes. Sufre estrés laboral elevado. Consulta por cefalea opresiva holocraneal, inicialmente leve-moderada, sin aura ni focalidad neurológica. Exploración neurológica normal. Se orienta como cefalea tensional y se pautan medidas higiénico-dietéticas y analgesia.
En revisiones sucesivas refiere aumento progresivo de intensidad, carácter diario, despertar nocturno y vómitos matutinos. Atribuye el cuadro a estrés laboral intenso. Acude de urgencia tras episodio autolimitado de desconexión del medio con desviación ocular izquierda de 30 segundos. Fondo de ojo: papiledema bilateral.

Enfoque individual
Reevaluación clínica ante aparición de signos de alarma (progresión temporal, vómitos en escopetazo, crisis focal, papiledema). Identificación de factores de riesgo protrombóticos (ACO).
Signos de alarma presentes: progresión temporal, vómitos proyectiles, crisis comicial focal, papiledema.
Derivación urgente a Urgencias hospitalarias.
TC craneal + angio-RM venosa confirma trombosis seno sagital superior.
Factor desencadenante: anticonceptivos + estrés/deshidratación.

Enfoque familiar y comunitario
Alta ansiedad familiar por diagnóstico grave inesperado.
Coordinación con Enfermería CS (educación terapéutica INR + adherencia).
Derivación Psicología CS por ansiedad + miedo recaída.
Apoyo reincorporación laboral progresiva (reducción jornada inicial).
Recursos comunitarios: grupo apoyo migraña local.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Sospecha de cefalea secundaria.
Juicio clínico: trombosis venosa cerebral secundaria a anticonceptivos orales.
Diagnóstico diferencial: migraña con aura, hipertensión intracraneal idiopática, lesión ocupante de espacio, trombosis venosa cerebral (TVC), HTA intracraneal idiopática.
Problemas identificados: biológico (TVC, exposición a anticonceptivos orales, riesgo cardiovascular modificable), psicológico (ansiedad reactiva), social (impacto laboral).

Tratamiento, planes de actuación
Ingreso en Neurología.
Anticoagulación con HBPM y posterior anticoagulación oral.
Suspensión de anticonceptivos orales.
Educación sanitaria sobre factores de riesgo y signos de alarma.

Evolución
Buena evolución clínica, sin secuelas neurológicas. Mejoría progresiva de cefalea. Seguimiento en Atención Primaria para control clínico (monitorización INR) y apoyo emocional (apoyo psicosocial, educación riesgos trombóticos).

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En Atención Primaria se detectan el 90% de cefaleas. La mayoría son benignas, pero la evolución clínica obliga a reevaluación constante. La identificación de "red flags" evita retrasos diagnósticos. La longitudinalidad y el abordaje biopsicosocial son clave en Medicina Familiar para detectar patología grave y acompañar en recuperación.

Palabras clave
Intracranial Sinus Thrombosis, headache, Primary Health Care

Disnea progresiva en atención primaria: a propósito de un caso de neumonía organizada

Iturralde Ramos C[1], González López M[2], Pérez Belmonte R[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Benahadux. Benahadux. Almería
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta
Disnea.

Historia clínica
Paciente de 54 años que acude a consulta refiriendo tos seca, odinofagia, mialgias y sensación distérmica de 4 días de evolución. En las últimas horas refiere disnea.

Enfoque individual
Antecedentes personales: alergia al metamizol. No antecedentes patológicos. Fumador. Actividad laboral en recogida de residuos y construcción.
Anamnesis: varón de 54 años que acude por cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por tos seca, ocasional expectoración con escaso material hemoptoico, odinofagia, sensación distérmica no termometrada y disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos. Había sido valorado previamente en SUAP, donde recibió corticoide sistémico, broncodilatadores y tratamiento antibiótico domiciliario, sin mejoría clínica.
Exploración física: constantes: TA 130/85 mmHg, T 36,5 °C, FC 85 lpm, Sat O_2 basal 84%. Estado general conservado. Taquipneico tras movilización, tolerando decúbito. Auscultación respiratoria con roncus diseminados, predominantes en base derecha. Resto normal.
Pruebas complementarias: analítica con leucocitosis y neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda. Gasometría arterial: pH 7,42, PCO_2 35 mmHg, PO_2 61 mmHg, $SatO_2$ 91%. Estudios microbiológicos negativos. Radiografía de tórax con patrón reticulonodulillar bilateral difuso. TAC torácico con nodulillos de distribución centrolobulillar, hallazgo inespecífico con amplio diagnóstico diferencial

Enfoque familiar y comunitario
Vive solo. Tiene dos perros. Posible contacto ambiental con aves. Vivienda en adecuadas condiciones de habitabilidad. Niega ambiente epidemiológico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Neumonía organizada e insuficiencia respiratoria aguda. Diagnóstico diferencial con neumonía infecciosa, neumonitis por hipersensibilidad y enfermedad pulmonar intersticial.

Tratamiento, planes de actuación
Metilprednisolona 120 mg/día, ceftriaxona 2 g/día y levofloxacino 500 mg/día durante 10 días.

Evolución
Ante la evolución clínica y la hipoxemia, se derivó a Urgencias hospitalarias, procediéndose a ingreso en Neumología. Se realizó criobiopsia pulmonar, confirmándose patrón de neumonía organizada.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La neumonía organizada constituye una entidad de presentación clínica inespecífica que puede simular procesos respiratorios infecciosos frecuentes en Atención Primaria. Este caso resalta la importancia del seguimiento evolutivo del paciente con disnea persistente, así como del reconocimiento precoz de signos de alarma. Resultan fundamentales una anamnesis dirigida, la identificación de criterios de derivación urgente y la coordinación efectiva entre niveles asistenciales. Asimismo, se refuerza la relevancia del abordaje integral del paciente y del consejo preventivo en la práctica de la Medicina de Familia.

Palabras clave
Neumonía organizada, disnea, Atención Primaria en salud

"Una midriasis inesperada"

Piñero Del Rosario I, Peña Pérez S, Cobo López E

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

Ámbito del caso
Consulta no demorable de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Mareos.

Historia clínica
Varón de 60 años que acude a consulta de no demorable por mareos de tipo inestabilidad de inicio súbito hace 30 minutos con náuseas asociadas sin vómitos. Niega dolor precordial u otra clínica asociada. Antecedentes de hipertensión arterial desde 2012 con nula adherencia terapéutica.

Enfoque individual
Constantes: TA 190/110 mmHg, FC 63 lpm, Sat O2 95% basal.
En la exploración física, destaca anisocoria mínimamente reactiva de ojo derecho, sin oftalmoplejía ni otra focalidad neurológica. Romberg negativo. Auscultación cardiaca rítmica y sin soplos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: midriasis arreactiva de ojo derecho.
Diagnóstico diferencial: pupila atónica de Adie; midriasis farmacológica; traumatismo ocular; glaucoma; hemorragia intracraneal.

Tratamiento, planes de actuación
El paciente desconoce tiempo de evolución de midriasis (se revisa historia y en exploraciones de años previos se describe ambas pupilas isocóricas normorreactivas). Niega uso de drogas, otra medicación o traumatismo previo. Se decide derivar al paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.

Evolución
El TC craneal urgente resulta normal, sin lesiones ni sangrados y se da de alta con tratamiento antihipertensivo (enalapril 20 mg). Los días posteriores continúa consultando en el CS por cifras tensionales elevadas y persistencia de midriasis, ya sin mareos, y se añade amlodipino 5 mg a su tratamiento. En consulta programada con su médico de familia se ajusta tratamiento antihipertensivo (se cambia enalapril por losartán 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg) y se deriva a urgencias de oftalmología donde se descarta reactividad de pupila tras administración de pilocarpina. El paciente continua con regular control de cifras tensionales a la espera de cita preferente con neurología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es de vital importancia describir la exploración física en la historia clínica del paciente para poder compararla años después en caso de duda. Asimismo, es fundamental revisar el tratamiento crónico de los pacientes en las visitas a la consulta (aunque el motivo sea otro) y educarlos en la importancia de seguirlo correctamente para evitar complicaciones futuras.

Palabras clave
Midriasis, hipertensión, anisocoria

"Doctora, se me duermen las piernas si muevo el cuello"

Piñero Del Rosario I[1], Moreno Moreno R[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Parestesias en miembros inferiores.

Historia clínica
Mujer de 52 años que consulta por parestesias en MMII de 2 meses de evolución, que se desencadenan cuando mueve el cuello, sobre todo con la flexión de este. En ocasiones asocia parestesias en miembro superior derecho (en seguimiento por Rehabilitación pendiente de ENG). No le ocurre en reposo ni con otros movimientos. Refiere caída con traumatismo lumbar hace 6 meses. Niega otra clínica asociada.
Investigando clínica neurológica previa, relata que en 2010 comenzó a ver borroso por el ojo derecho. Fue valorada en Oftalmología donde comentaron que se le había "obstruido" el nervio óptico, pero justo se quedó embarazada coincidiendo con esto, y no recuerda mucho más. La alteración visual fue mejorando poco a poco aunque posteriormente empezó a empeorar por el ojo derecho (que relacionó con catarata) y no le dio más importancia.

Enfoque individual
Antecedentes personales: ERGE sin tratamiento; síndrome del túnel carpiano derecho; diabetes gestacional.
Exploración física: apofisalgia cervical con movilidad conservada. Signo de Lhermitte positivo. Resto de exploración anodina sin otra focalidad neurológica.

Enfoque familiar y comunitario
Sin antecedentes familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: sospecha Esclerosis Múltiple.
Diagnóstico diferencial: espondilosis cervical.

Tratamiento, planes de actuación
Se deriva a Rehabilitación para solicitud de pruebas complementarias (ya en seguimiento con ellos por parestesias en MSD y cita próxima).

Evolución
Desde rehabilitación se solicita RM de neuroeje con resultado de placas desmielinizantes de esclerosis múltiple con mayor carga lesional en sustancia blanca supratentorial en ambos hemisferios cerebrales, observándose placas desmielinizantes aisladas en cara antero-lateral izquierda de la protuberancia y en cordón medular cervical a la altura de C4.
Con este resultado derivamos desde AP a consultas de Neurología de forma preferente donde solicitan analítica completa; potenciales evocados; punción lumbar y se realiza interconsulta con neurooftalmología. Se termina confirmando diagnóstico de Esclerosis Múltiple Recurrente y se propone para iniciar tratamiento con ocrelizumab.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Desde AP tenemos un papel fundamental en el diagnóstico inicial de patologías que precisan un diagnóstico temprano que luego precisarán de un seguimiento estrecho y un tratamiento específico por parte del especialista pertinente. Por eso es vital realizar una correcta anamnesis y exploración física, que nos hagan estar alerta y nos orienten a sospechar determinadas patologías.

Palabras clave
Parestesias, esclerosis

¡Esta úlcera no cura!

Vargas Escudero M, Expósito Martínez C, Tejada Lozano A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso
Enfermería MFyC.

Motivos de consulta
Avisa enfermería por mala evolución de úlcera en pie de paciente de 95 años.

Historia clínica
Antecedentes personales: insuficiencia cardiaca, bloqueo-completo de rama izquierda, fibrilación auricular, Insuficiencia renal/modrada, diabetes-mellitus tipo2, hipertensión arterial.
Tratamiento: cianocobalamina-1 mg, bisoprolol-5 mg, furosemida-40 mg, betahistina-16 mg, enalapril-20 mg, edoxaban-30 mg, dapaglifozina-10 mg, metamizol-575 mg.
Enfermedad actual: enferma crónica y frágil con úlcera en pie (borde externo base 5º metatarso, pie izquierdo) que no cierra tras varios meses de curas junto a supuración purulenta.

Enfoque individual
Paciente de edad avanzada, pluripatológica, frágil y cuya reserva funcional es limitada, con elevado riesgo quirúrgico y de descompensación cardiovascular/renal. Se realiza valoración integral, teniendo en cuenta el pronóstico vital, su calidad de vida, la carga terapéutica y el deseo de ella y familia.
Ante rechazo familiar y de la paciente al tratamiento quirúrgico y contexto clínico, se opta por enfoque paliativo y control sintomático.

Enfoque familiar y comunitario
La toma de decisiones fue compartida con la familia, informando sobre diagnóstico, pronóstico y tratamientos, así como los riesgos de la edad y comorbilidades. Desde Atención Primaria se mantiene seguimiento estrecho y curas por enfermería.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Se trata de una paciente crónica compleja, que en un inicio se sospechó una ulcera por quemadura sobreeinfectada. Tras varias curas y tratamiento antibioterapia oral, la paciente presentaba mejoría parcial. Con sospecha de tofo gotoso se pautó tratamiento. Dado que persistía la inflamación se realiza prueba de imagen que objetivó alteración de cabeza del 5º metatarsiano, compatible con osteomielitis,confirmado con Resonancia magnética.

Tratamiento, planes de actuación
El tratamiento radica en limpieza quirúrgica extensa asociada con antibióticos (4-6 semanas en agudos y 3-6 meses en crónicos). En este caso, los familiares y paciente rechazaron la cirugía, actualmente estamos pautando antibióticos en las sobreinfecciónes. En nuestra paciente ante el rechazo a tratamiento optamos por enfoque paliativo.

Evolución
Se pauta antibioterapia en episodios de sobreinfección, curas locales continuadas y un enfoque paliativo centrado en el confort y el control sintomático.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Observamos la importancia del seguimiento longitudinal en pacientes crónicos, sospechar complicaciones en úlceras que no cicatrizan (especialmente en diabéticos). También muestra la relevancia de decisiones compartidas, la adaptación del tratamiento en pacientes frágiles y la integración del enfoque paliativo, justificando un manejo conservador centrado en la calidad de vida.

Palabras clave
Úlcera; osteomielitis.

"Doctor, a veces no puedo parar de caminar"

Higueras Romero I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares A Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)

Ámbito del caso
Puerta de urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta
Traumatismo de hombro.

Historia clínica
Contraindicación a tramadol y codeína. HTA, dislipemia. Hipotiroidismo. Artrosis/artritis de columna. Alteraciones depresivas. IABVD.

Enfoque individual
Paciente mujer de 71 años acude a servicio de urgencias por traumatismo de hombro izquierdo hacía 3 horas por tropiezo. Tras ser descartada una fractura o luxación mediante exploración y radiografía de hombro, se iba a proceder a alta con cabestrillo y analgesia oral. Sim embargo, en ese momento es cuando la paciente refiere el motivo real del traumatismo; en ocasiones cuando camina sufre episodios en los que comienza a caminar cada vez más rápido sin capacidad de parar la marcha, viéndose obligada a chocar con algo para ello.
No se encuentran alteraciones en exploración neurológica.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente acude a consulta con su hijo, que se muestra reticente a que su madre cuente los episodios de imposibilidad de parar la marcha.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: marcha propulsiva
Diagnóstico diferencial:

- Enfermedad de Parkinson idiopática
- Parkinsonismo medicamentoso
- Parkinsonismo vascular
- Parálisis supranuclear progresiva
- Atrofia multisistémica
- Degeneración cortico-basal
- Hidrocefalia normotensiva
- Tumores, infartos, TCE

Tratamiento, planes de actuación
TC de cráneo sin CIV: Masa de 4,5^{3}3,8 (TxAPxCC) a nivel infratentorial izquierdo con edema perilesional y marcado efecto masa. Se observa un sistema ventricular aumentado, con un índice de Evans de 0.35.
Se hace interconsulta con Servicio de Neurocirugía de Jaén, indicándose traslado a su Hospital Neurotraumatológico de Jaén. Se pauta 4mg de dexametasona previo a traslado.

Evolución
La paciente fue ingresada en servicio de Neurocirugía y se le llevo a cabo una RM, en la que se le diagnosticó de meningioma retrocerebeloso con moderada hidrocefalia, indicándose cirugía. Se confirmó que la pieza extirpada fue un meningioma fibroblástico.
En el postoperatorio la paciente presentó una mejoría progresiva, pudiendo deambular al alta (A los 17 días). Sin embargo, en evolutivos posteriores se evidencia empeoramiento de movilidad en domicilio, pasando a ser DABVD, y presentando alteraciones del ánimo. Al alta por parte del Servicio de Neurocirugía la paciente también presentaba un dolor neuropático en hemicuerpo derecho.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Las LOEs intracraneales pueden presentar una gran heterogeneidad clínica.
Los pacientes pueden ocultar información si consideran que pueden ser juzgados por el médico que los atiende, por lo que en importante mantener una actitud asertiva en la relación médico-paciente.

Palabras clave
Meningioma, Brain neoplasm, Gate disorders

"No puedo más con este dolor de espalda"

Piñero Del Rosario I[1], Moreno Moreno R[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma - Palmilla. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Lumbalgia de meses de evolución.

Historia clínica
Varón de 49 años que presenta lumbociatalgia izquierda de 3 meses de evolución que se inició tras un sobresfuerzo y que no presenta mejoría con tratamiento convencional. Se irradia por MII hasta el pie y asocia parestesias en MMII intermitentes. El dolor empeora con el movimiento y también es nocturno. No ha tenido fiebre. Ha acudido en numerosas ocasiones a urgencias por este motivo en donde ajustan tratamiento analgésico. No episodios similares previos. Trabaja como pinche de cocina.

Enfoque individual
HTA en tratamiento.
Entra a consulta caminando con signos de dolor. A la exploración, no apofisalgia. Dolor a la palpación a nivel de musculatura paravertebral lumbar izquierda. Lassegue negativo. Se revisa radiografía realizada en urgencias donde solo se aprecia rectificación de columna.

Enfoque familiar y comunitario
Procedente de Nigeria, en España desde hace más de 10 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Lumbociatalgia.

Tratamiento, planes de actuación
Se ajusta analgesia y se prescribe pregabalina. Se tramita IT. Pese a esto continúa con igual clínica. Se deriva a Rehabilitación donde solicitan Resonancia Magnética.

Evolución
El paciente trae a consulta el resultado de RM realizada finalmente en centro privado: "Proceso inflamatorio-infeccioso vertebro-discal con acuñamiento vertebral de L2 que condiciona estenosis de canal. Importantes fenómenos inflamatorios locorregionales sin poder descartar posibles abcesos". Indicamos acudir a servicio de urgencias de hospital de referencia, donde es ingresado a cargo de Enfermedades Infecciosas permaneciéndo ahí 1 mes. Durante el ingreso se toman numerosas muestras microbiológicas sin aislamiento y acaba siendo intervenido para realización de discectomía y curetaje, además de artrodesis con placa anterior de L2 a L3 para estabilización de columna. Le dan el alta con antibioterapia oral y continúa evolucionando favorablemente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Es vital conocer desde Atención Primaria las banderas rojas cuando estamos ante un cuadro de lumbalgia para poder determinar cuando precisa la realización de pruebas complementarias que no están a nuestro alcance y que por tanto deben ser derivadas al especialista pertinente.

Palabras clave
Lumbociatalgia, absceso

¡Cabello en huelga!: alopecia areata

Vargas Escudero M[1], Expósito Martínez C[1], Kalle El Hajoui Y[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda La Cruz. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria, consultorio de Medicina de Familia.

Motivos de consulta
Paciente joven que acude por caída de cabello en parches localizados en el cuero cabelludo de varias semanas de evolución, sin dolor ni prurito.

Historia clínica
Mujer de 28 años, sin antecedentes médicos relevantes, no medicada. Niega enfermedades autoinmunes. Refiere estrés reciente laboral. No antecedentes familiares de alopecia. La caída comenzó de forma súbita, parches redondeados y bien delimitados, con fractura del pelo cerca del folículo. Sin otros síntomas. Se observan áreas circulares de alopecia en región occipital, con pelo en signo de exclamación al borde de la lesión. La piel es normal, sin eritema ni descamación.
Pruebas: hemograma y función tiroidea normales, serología autoinmune negativa. Diagnóstico clínico de alopecia areata.

Enfoque individual
Se informa sobre la naturaleza autoinmune y generalmente benigna. Se explica que puede remitir espontáneamente, aunque puede recidivar. Se proponen tratamientos y seguimiento clínico, valorando alternativas. Se aborda la ansiedad asociada y se ofrecen estrategias de apoyo emocional.

Enfoque familiar y comunitario
Se incluye a la familia en la explicación del diagnóstico y pronóstico, enfatizando que la alopecia areata no es contagiosa y que la remisión es posible. Se refuerza la el apoyo emocional, evitando estigmatización. Seguimiento en Atención Primaria y consultar ante empeoramiento.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Diagnóstico principal: alopecia areata.
Diferenciales: tinea capitis, alopecia androgenética incipiente, lupus eritematoso cutáneo, efluvio telógeno. Problemas: impacto psicológico, riesgo recidiva, manejo de expectativas sobre el crecimiento del cabello.

Tratamiento, planes de actuación
Se puede optar por tratamiento o no, pues hay un % que se autoresuelven, en caso de tratar pueden usarse corticoesteroides intralesionales o tópico (este último presenta menos evidencia). A pesar de explicar la situación la paciente se decantó por iniciar con tratamiento tópico con espuma de propionato de clobetasol al 0,05 % dos veces al día durante dos semanas+ moinoxidil.

Evolución
La paciente inicia tratamiento tópico con corticoides, con leve repoblación capilar a las 6 semanas y reducción de ansiedad asociada. Se mantiene seguimiento mensual en Atención Primaria.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La alopecia areata requiere un abordaje integral que combine diagnóstico clínico, manejo terapéutico individualizado y apoyo psicológico. La Medicina de Familia desempeña un papel clave en el seguimiento, educación y contención emocional del paciente.

Palabras clave
Alopecia areata, corticoides.

Cuando la inmunosupresión prolongada condiciona el pronóstico: proceso linfoproliferativo refractario tras trasplante pulmonar

Murillo Morillas L[1], Cabrera Domínguez G[1], González Rando M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, neumología, hematología.

Motivos de consulta
Dolor dorso-lumbar.

Historia clínica
Mujer de 43 años con leucemia aguda mieloblástica diagnosticada en 1999, tratada con alotrasplante de médula ósea de hermano en 2000, complicado con episodio de EICH. Antecedentes de neumonía eosinofílica y aspergilosis broncopulmonar en 2009, y fibrosis pulmonar diagnosticada en 2014. Tras varios intentos de inclusión en lista de trasplante bipulmonar, fue trasplantada en 2017 en el Hospital de La Coruña. En 2024 presenta aspergilosis traqueobronquial secundaria a la inmunosupresión postrasplante. Tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y micofenolato, y antifúngico con isavuconazol.
En junio de 2024 consulta por dolor dorso-lumbar de dos semanas, irradiado a flanco e hipocondrio izquierdo, sin síndrome constitucional. Se contacta con Neumología, donde estaba en seguimiento. Se solicita TAC toracoabdominal y PET-TAC, con hallazgos sugestivos de malignidad supra e infradiafragmática, esplénica, hepática y ósea, compatible con estadio IV. Analítica con serología positiva para citomegalovirus y virus Epstein-Barr. Biopsia broncoscópica y BAG supraclavicular confirman proceso linfoproliferativo postrasplante asociado a VEB.
En 2025, tras progresión, se desestima un nuevo alotrasplante por alto riesgo. En cambio, se acepta trasplante autólogo, que fracasa en diciembre de 2025.

Enfoque individual
Seguimiento estrecho multidisciplinar, control del dolor, vigilancia de complicaciones infecciosas y ajuste individualizado del tratamiento inmunosupresor y oncohematológico, priorizando calidad de vida y toma de decisiones compartida.

Enfoque familiar y comunitario
Coordinación entre atención primaria y especializada para detección precoz de síntomas en pacientes inmunodeprimidos, educación sanitaria sobre signos de alarma y optimización del seguimiento de trasplantados complejos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
PLPT asociado a VEB, linfoma no Hodgkin, infecciones oportunistas y otras neoplasias relacionadas con la inmunosupresión.

Tratamiento, planes de actuación
Se realiza trasplante autólogo, utilizando para la movilización de células madre la ciclofosfamida junto con el factor estimulante de colonias de granulocitos G-CSF.

Evolución
En diciembre de 2025, fracasa el autotrasplante. Se intentará de nuevo en dos meses. Mientras tanto la paciente sigue con tratamiento inmunosupresor, Brentuximab, tratamiento de 3º línea, tras haber agotado otros tratamientos previamente.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En este caso se puede ver como una historia de neoplasia hematológica y trasplantes múltiples condicionó una inmunosupresión crónica, favoreciendo PTLD asociado a VEB de curso refractario.

Palabras clave
leucemia, proceso linfoproliferativo post-trasplante, PLPT, virus Epstein Barr, alotrasplante, trasplante autólogo, aspergilosis, fibrosis pulmonar.

La pastilla que dejó huella... en la piel

Rojas Saborido L[1], García Hernández D[2], Galindo Carrasco J[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga
[2] FEA Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichon. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria, dermatología.

Motivos de consulta
Lesión cutánea.

Historia clínica
Antecedentes personales:
- NAMC.
- HTA, DM2.
- Tratamiento: metformina, sitagliptina, losartán/hidroclorotiazida.

Enfoque individual
Motivo consulta: paciente de 83 años que consulta por prurito crónico en manos y MMSS, tratado inicialmente con antihistamínico y corticoide tópico. Posteriormente desarrolla ampollas; Se realiza Teledermatología y se orienta como dermatosis ampollosa relacionada con linagliptina, indicando retirada y corticoides orales.
Ante empeoramiento, es valorado por Dermatología hospitalaria con sospecha de penfigoide ampolloso, realizándose biopsia y estudio de autoinmunidad. Se pauta prednisona 50 mg con descenso progresivo y se insiste en la retirada correcta de linagliptina, ya que la hija había suspendido metformina por error.
Exploración física: ampollas tensas en ambos MMSS sin afectación mucosa. Nikolsky negativo.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente de 83 años con DM2 y dependencia parcial para el manejo de la medicación. La retirada errónea del fármaco evidenció la necesidad de reforzar la conciliación terapéutica y dar instrucciones claras por escrito a la familia.
La coordinación entre Atención Primaria y Dermatología permitió un diagnóstico precoz, destacando la utilidad de la teledermatología.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Penfigoide ampolloso.
Diagnóstico diferencial:
- Pénfigo vulgar.
- Dermatitis de contacto ampollosa.
- Toxicodermia.
- Eritema multiforme ampolloso.
- Epidermólisis ampollosa adquirida.
- Dermatitis herpetiforme.

Tratamiento, planes de actuación
Prednisona 50 mg (descenso progresivo). Omeprazol. Curas locales. Analitica de sangre. Biopsia. Revisión.

Evolución
Resultado biopsia: ampolla subepidérmica con celularidad inflamatoria con eosinófilos. En el estudio de IFD se observa depostito lineal en membrana basal de inmunoglobulina G y de complemento.
Tras inicio de corticoterapia sistémica y retirada de linagliptina, se objetiva mejoría de las lesiones ampollosas y disminución del prurito.
Seguimiento compartido entre Dermatología y Atención Primaria, control metabólico y vigilancia de efectos secundarios.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
- El penfigoide ampolloso debe sospecharse ante prurito crónico en ancianos que evoluciona a lesiones ampollosas.
- Los inhibidores de la DPP-4 se asocian a riesgo de penfigoide ampolloso.
- La revisión farmacológica es clave ante cualquier dermatosis de nueva aparición.
- La conciliación terapéutica en pacientes ancianos dependientes es fundamental.
- La Teledermatología es una herramienta útil que mejora tiempos diagnósticos.

Atención Primaria juega un papel central en:
- Detección precoz.
- Coordinación asistencial.
- Educación familiar.

Este caso refuerza el papel del médico de familia en la identificación de reacciones adversas medicamentosas potencialmente graves y en el abordaje integral del paciente anciano.

Palabras clave
Penfigoide ampolloso, linagliptina, reacción adversa medicamentosa.

¿Una imagen vale más que una buena sospecha clínica?

Vidal Grive C[1], Egido Ruiz I[1], García De Haro M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartuja. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cúllar Vega. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Pérdida de fuerza de ambos mmii con predominio derecho y síntomas prostáticos.

Historia clínica
Hombre de 67 años que acude de forma repetida desde hace 3 meses por síntomas de pérdida de fuerza subaguda de ambos miembros inferiores (mmii) acompañada de dolor, con predominio de la afectación derecha. Exploración: leve exaltación reflejos bilaterales y fuerza 4/5 en muslo derecho. La sospecha inicial era afectación medular lumbar, pero la RMN lumbosacra fue normal.

Enfoque individual
Alto riesgo cardiovascular (dislipemia, diabetes, obesidad, gota e IAM hace años) pero completamente independiente.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su mujer, su cuidadora desde la pérdida de fuerza. Tienen 9 hijos, ninguno implicado en sus cuidados habituales.
Vínculo estrecho con la iglesia evangélica de su barrio, aunque ha reducido su implicación por la limitación física.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Afectación medular a nivel lumbar, descartada con RMN a ese nivel.
Arteriopatía mmii.
Secundarismo hipolipemiantes.
Hipertrofia benigna de próstata

Tratamiento, planes de actuación
Se derivó a vascular, a urología, se suspendió el tratamiento con fibratos y se cambió la estatina; pero sin cambios ni hallazgos patológicos.

Evolución
Acude de nuevo con empeoramiento marcado, se explora una pérdida de fuerza 2/5 de muslo y pierna derecha, pérdida 4/5 en muslo izquierdo y exaltación de los reflejos de mmii bilaterales. Se deriva a urgencias: en la RMN detectan una mielopatía compresiva a nivel de C6-C7 y lo ingresan en neurocirugía.
Voy a valorarlo unos meses tras el post-operatorio. La pérdida de fuerza se mantiene a pesar del tratamiento rehabilitador lo que causa un detrimento marcado de su calidad de vida. Realizamos acompañamiento y derivamos también a trabajo social para valoración de la dependencia y adaptación del domicilio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Nuestra orientación inicial (mielopatía compresiva) se descartó ante una RMN normal. No deberíamos desechar completamente una sospecha clínica elevada aunque una prueba complementaria sea normal, por la demora en el diagnóstico y tratamiento que puede causar.
El abordaje multidisciplinar de los cuidados posteriores y el acompañamiento será esencial para un correcto manejo.

Palabras clave
Atención Primaria, compresión de la médula espinal, Imagen por Resonancia Magnética

Cuando el seguimiento continuado por tu médico de familia detecta lo que otros no ven...

Romero Recuero N[1], Martín Carretié C[1], Manjón Collado M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso
Patología endocrinológica en Atención Primaria.

Motivos de consulta
Astenia, calambres musculares, aftas bucales, disfonía, aumento de peso.

Historia clínica
Varón de 37 años con antecedentes de talasemia minor, DM1 y enfermedad de Graves-Basedow de difícil control, tratado recientemente con I-131. En seguimiento telefónico por Endocrinología cada 45 días. Tratado con tiamazol 5 mg/24 h, que se suspende tras TSH 41,580 µUI/ml y T4L <0,42 ng/dl, sin iniciar terapia sustitutiva.
Consulta en Atención Primaria por astenia, calambres en MMII, aftas bucales, disfonía y aumento de 12 kg en un mes. Refiere, además, mal control glucémico, con cinco hipoglucemias sintomáticas diarias pese a reducción de insulina basal y retirada de insulina rápida.

Enfoque individual
Paciente consciente (GCS 15), orientado y colaborador. Bradipsiquia, palidez mucocutánea, frialdad acra, aftas en mucosa yugal y leve edema palpebral. Auscultación cardiopulmonar normal. Sin edemas periféricos.
Analítica: tSH 86,13 UI/ml, T4L <0,42 ng/dl, creatinina 2,35 mg/dl (previa 1,05) con FG 34 ml/min (previo 91), AST 161 U/L, ALT 81 U/L
Se inicia levotiroxina 75 mcg/24 h y se deriva urgentemente a Endocrinología. Nueva analítica confirma alteraciones previas, CPK 1011 U/L e hiponatremia leve (Na+ 133 mEq/L).

Enfoque familiar y comunitario
Paciente casado, hija de 3 años, entorno urbano. Preocupación laboral tras 6 meses de incapacidad, con alta por inspección médica reciente tras I-131 ante previsión de mejoría.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hipotiroidismo iatrogénico severo tras tratamiento con I31. Diagnóstico diferencial con coma mixedematoso incipiente.
Rabdomiólisis secundaria, provocando fracaso renal agudo KDIGO 2 por necrosis tubular aguda.

Tratamiento, planes de actuación
En Urgencias recibe levotiroxina 200 mcg IV, hidrocortisona 25 mg/8h, sueroterapia y monitorización. Alta a las 48 h con mejoría renal (creatinina 1,92 mg/dl) y CPK 776 U/L. Continúa levotiroxina 137 mcg/24 h en domicilio y seguimiento telefónico por Endocrinología y Nefrología.
Iniciamos nuevo proceso de incapacidad temporal.

Evolución
Favorable, gracias a la detección precoz desde Atención Primaria

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso ilustra la importancia del seguimiento estrecho en pacientes con ajustes terapéuticos recientes. La longitudinalidad en Atención Primaria permitió identificar cambios relevantes respecto a la situación basal, generando impresión clínica de gravedad precoz. La accesibilidad y coordinación entre niveles asistenciales son esenciales para la detección temprana de complicaciones y una atención integral y segura.

Palabras clave
Hipotiroidismo, coma mixedematoso, rabdomiólisis

Sospecha de malignidad en tumoración parotídea: dilemas diagnósticos y terapéuticos

Madrid Andrés A[1], Polo Pérez I[1], Parra Madrid C[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Dos Torres. Dos Torres (Córdoba)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Dos Torres. Dos Torres (Córdoba)

Ámbito del caso

Valoración inicial en consulta de Atención Primaria con posterior derivación a Radiología y Cirugía Maxilofacial.

Motivos de consulta

Bultoma parotídeo izquierdo.

Historia clínica

Varón de 82 años con antecedentes de ACVA y carcinoma basocelular de nariz que consulta por bultoma de 1 mes de evolución localizado en ángulo mandibular izquierdo, sin fiebre ni cuadro infecciosos previos. No adenopatías. Doloroso únicamente a la palpación.

Exploración física: bultoma de consistencia pétrea, fijo, adherido a planos profundos, no doloroso al tacto.

Enfoque individual

Primer abordaje como sialoadenitis pautando tratamiento analgésico y posterior realización de ecografía en consulta de AP.

Tras persistencia de la clínica tras tratamiento pautado realizamos ecografía en consulta: formación en el ángulo mandibular izquierdo de aspecto heterogéneo de 3cm de eje mayor, con bordes irregulares, tabicada y no vascularizada. No adenopatías cervicales.

Enfoque familiar y comunitario

Utilidad del uso de la ecografía en Atención Primaria como apoyo para diagnóstico y plan de actuación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: tumor parotídeo izquierdo con PAAF de adenoma pleomorfo.

Diagnóstico diferencial:

- Sialoadenitis: inflamación/infección de la glándulas salivares. Causada por cálculos (sialolitiasis) o infecciones bacterianas, produciendo dolor, inflamación y fiebre.
- Tumores parotídeos: crecimiento anormal de la glándula parótida, siendo los más comunes el adenoma pleomorfo (mujeres 30-60 años) y el tumor de Warthin (varones >60 años).
- Adenoma pleomorfo: tumor benigno más frecuente (80%) de la glándula parótida. Presentando masa indurada, indolora y de crecimiento lento, aunque benigno puede malignizarse (15% si no se trata), requiriendo parotidectomía.

Identificación del problema: signos de alarma indicativos de malignidad.

Tratamiento, planes de actuación

Realizamos ecografía en consulta de Atención Primaria, ante los hallazgos sugerentes de malignidad solicitamos ecografía reglada preferente.

Evolución

Tras ecografía reglada se gestiona por el servicio de Radiología TC y PAAF preferente con resultados de Anatomía Patológica de adenoma pleomorfo y posterior derivación a Cirugía Maxilofacial para intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Valorar positivamente el uso en consulta de Atención Primaria de técnicas ecográficas siendo una prueba no invasiva y barata que puede ayudarnos en el abordaje terapéutico y diagnóstico para confirmar o descartar malignidad ante una exploración sugestiva de malignidad.

Palabras clave
Ecografía médica, tumor glándulas salivales, adenoma pleomorfo.

Cuando la ictericia no duele: el valor de la observación clínica en Atención Primaria

Sandianes Acosta A, Muntané Padilla M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Debut de hiperglucemia en paciente mayor, seguido de ictericia progresiva indolora.

Historia clínica
Paciente mujer de 70 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos conocidos.
Consulta inicialmente por síntomas sugestivos de hiperglucemia, diagnosticándose diabetes mellitus de reciente aparición. Ante la ausencia de contraindicaciones, se inicia tratamiento con metformina y seguimiento ambulatorio.
En los meses siguientes desarrolla diarrea persistente, motivo de nueva consulta. Inicialmente se interpreta como efecto adverso de metformina, sin signos de alarma, procediéndose a modificar el tratamiento antidiabético.
Pese al cambio terapéutico, la diarrea persiste y progresa. Posteriormente refiere coluria y acolia, asociando pérdida de peso no intencionada y, finalmente, ictericia progresiva.

Enfoque individual
Exploración física: ictericia cutáneo-mucosa, abdomen blando, depresible y no doloroso, sin masas palpables ni signos de irritación peritoneal. Analítica con hiperbilirrubinemia directa y alteración del perfil hepático compatible con colestasis, lo que motivó derivación preferente para estudio etiológico.

Enfoque familiar y comunitario
La detección precoz del signo clínico se produjo en el entorno familiar, subrayando el valor del contexto comunitario en la identificación de cambios clínicos sutiles.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Debut diabético reciente en paciente mayor con posterior ictericia indolora sugiere patología pancreatobiliar. Se plantea diagnóstico diferencial entre causas benignas y malignas de colestasis extrahepática, considerando la evolución subaguda y la asociación de síntomas metabólicos y digestivos.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación preferente al segundo nivel asistencial para completar estudio diagnóstico y tratamiento específico, tras identificación del signo clínico clave en Atención Primaria.

Evolución
Confirmada patología obstructiva pancreatobiliar. La sospecha clínica inicial permitió intervención temprana y coordinación multidisciplinar.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El debut diabético reciente en edad avanzada puede ser un marcador de enfermedad pancreática subyacente. La aparición posterior de ictericia indolora refuerza la importancia de la observación clínica longitudinal y la reevaluación sistemática en Atención Primaria para la identificación precoz de signos de alarma, priorización asistencial y derivación oportuna.

Palabras clave
Ictericia; Atención Primaria de Salud; Diagnóstico precoz

He consultado varias veces y no me han explorado...

Morillas Jiménez M[1], Yélamos Lorente M[2], Pantoja de la Rosa L[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Citología cribado. Coitorragia.

Historia clínica
Mujer de 32 años que acude para realización de citología. Además, comenta episodios de coitorragia de 2-3 años de **Evolución**. Proviene de otra comunidad, donde había consultado por el mismo motivo en varias ocasiones. No le habían realizado especuloscopia y le quitaron importancia a sus síntomas.

Enfoque individual
Sin antecedentes de interés ni tratamiento actual. No hijos ni embarazos. No pareja estable. Último año una relación con preservativo. No vacunada de Virus del Papiloma Humano (VPH). Última citología hace 5 años y medio: negativa.
Se realiza exploración ginecológica con especuloscopia: cérvix con lesión eritroplástca excrecente muy friable al tacto con sangrado abundante, se introduce en canal endocervical y ocupa toda la superficie exocervical. Tacto vaginal normal.
Se toma nueva citología (Co-Test con VPH). Derivación a Ginecología-Tracto Genital Inferior.

Enfoque familiar y comunitario
La paciente creía que la coitorragia no tenía importancia ya que había consultado en dos ocasiones por este motivo y le habían dicho que estaba todo bien (no le correspondía realización de citología por la edad y el tiempo desde la anterior y no le realizaron especuloscopia, sólo ecografía vaginal).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Lesión en cérvix.
Citología: lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL), VPH 16+.
Cáncer de cérvix estadio IIIC2 (afectación ganglios aórticos).

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento con Radioterapia + Quimioterapia.

Evolución
En la consulta de Tracto Genital se tomaron biopsias de la lesión ante los resultados del Co-Tets y se solicitó estudio de extensión con adenopatías metastásicas a distancia.
Se presentó el caso en comité Ginegología-Oncología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Cuando un paciente acude por un problema debemos realizar una exploración completa, sin dejarnos parte de la misma sin realizar. En este caso la exploración ginecológica es difícil en según qué Centros de Salud, pero se debe citar a la paciente otro día para su realización o derivar a Ginecología si no se puede realizar, pero en ningún caso dar por hecho que está todo bien.
Importancia del cribado de cáncer de cérvix poblacional (en este caso se había perdido el seguimiento por haberse mudado de Comunidad Autónoma). La detección precoz disminuye riesgos y comorbilidades.

Palabras clave
Coitorragia. Cáncer de Cérvix. VPH.

Más allá de la hemoglobina glicosilada

Muntané Padilla M, Sandianes Acosta A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Polidipsia.

Historia clínica
Antecedentes personales: beta talasemia.
Paciente, 50 años que en analítica de control presenta glucemia básala en 130, con Hb glicosilada en 5.4. Resto anodino. La paciente es diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2. En tratamiento con metfomina 1 comprimido al día. La paciente presenta intolerancia a metformina con deposiciones diarreicas por lo que se cambia fármaco a ISGLT2. La paciente refiere que se ha comprado en tiras para hacerse la glucemia y que está teniendo 300 y 400 de glucemia en el domicilio, pero en las analíticas Hb glicosilada siempre en rango.

Enfoque individual
Tras investigar vemos que efectivamente en pacientes con beta-talasemia y DM tipo 2, la Hb glicosilada no sirve para el control de la DM tipo 2, por lo que en esta paciente, junto con enfermería y viendo el mal control que nos refiere, iniciamos insulina lenta y administramos tira de control. Instruimos a la paciente en su uso.

Enfoque familiar y comunitario
Enseñamos a los familiares (hijos), lo que es la DM tipo 2, y la alimentación que debe llevar, ya que la paciente es totalmente dependiente para las ABVD, por lo que además de la ayuda social que le corresponde necesita soporte de sus familiares.
Enseñamos a manejo de insulina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
DM TIPO 2 insulinodependiente por mal control por antidiabéticos.

Tratamiento, planes de actuación
Insulina.

Evolución
A día de hoy, la paciente necesitó insulina lenta y rápida, y por parte de enfermería se la ha conseguido poner un sensor de monitorización continúa para la DM tipo 2 que le ha permitido tener algo de independencia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Tener en cuenta que hay enfermedades en las que la hemoglobina glicosilada no nos sirve de control ni de diagnóstico.

Palabras clave
dm tipo 2, hb glicosilada, talasemia minor

Todo me molesta

Yélamos Lorente M, Medina Zuheros T, Lozano García M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Ansiedad, insomnio e irritabilidad.

Historia clínica
Acude a consulta una paciente de 29 años, sin AP de interés, por ansiedad, insomnio y nota que últimamente " No me aguanto a mí misma" desde hace 4 meses. Presenta cansancio diurno y esto le influye en el rendimiento laboral. Niega antecedentes psiquiátricos ni episodios previos de ansiedad ni depresión.
Tiene estrés laboral pero se encuentra a gusto en su trabajo porque le gusta. Comenta una ruptura sentimental hace 1 año, desde ese momento su único aliciente es salir a trabajar pero después se encierra en casa y pasa mucho tiempo sola sin ganas de hacer nada. Preguntamos por su día a día para conocer sus hábitos y aficiones, nos comenta que se pasa la tarde en casa haciendo tareas y cuando no puede dormir, la mayoría de las noches, se bebe 3 cervezas mientras ve la televisión. Lleva haciéndolo desde la ruptura, y que aunque se siente mal, no puede controlarlo, la noche que no lo hace no puede conciliar el sueño. Al principio, solo tomaba una cerveza pero ha ido aumentando el consumo. Niega consumo de otras sustancias. También ha aumentado el consumo de tabaco.

Enfoque individual
En la exploración física no se detectan hallazgos relevantes.
Escala AUDIT C 17 puntos. Riesgo alto.
En la analítica leve elevación de la GGT.

Enfoque familiar y comunitario
Importancia del apoyo familiar en el proceso

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Trastorno ansioso depresivo secundario a consumo de alcohol.

Tratamiento, planes de actuación
Recomendamos pautas de higiene del sueño, técnicas de relajación e iniciamos tratamiento antidepresivo. Realizamos un seguimiento estrecho en consulta. Le indicamos acudir al centro de drogodependencias.

Evolución
La paciente ha reducido el consumo de alcohol aunque continua yendo a terapia psicológica y centro de ayuda para adicciones junto con nuestras citas periódicas de control. Refiere mejoría del sueño y del estado anímico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La importancia de tener en cuenta el consumo de sustancias como causa/consecuencia de trastornos del animo. Resaltar el papel clave del médico de familia en la detección precoz, el abordaje empático y la coordinación con recursos especializados, favoreciendo intervenciones tempranas que mejoran el pronóstico y reducen la progresión de la adicción.

Palabras clave
Alcoholismo

Parkinson y lesión melanocítica: ¿melanoma?

Sánchez Gutierrez L[1], Cabrera Domínguez G[1], González Rando M[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga
[2] Médico Especialista en MFyC - CS San Andrés-Torcal, Málaga

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cambios en nevus.

Historia clínica
Mujer de 55 años con antecedentes clínicos de Enf. Parkinson en tto con L-Dopa en bomba de infusión y Mirapexin. SAOS con CPAP a 7 cm de H2O. Obesidad en tto con Mounjaro.
Acude a consultar tras descubrir ligero crecimiento y aumento de pigmentación de nevus en nalga presente desde la adolescencia, así como la aparición de pequeños nevus satélites y coloración grisácea en la piel que rodea al nevus principal.
La lesión central presenta una forma ovalada con unas dimensiones de 0.6 x 0.3 mm y muestra una coloración marrón ligeramente irregular. Se encuentra rodeada de al menos 8 lesiones de color marrón claro de menos de 0.2 cm de longitud por 0.2 de anchura. Confirmamos la coloración grisácea en la piel que rodea al nevus central.
La Dermatoscopia muestra un patrón reticulado homogéneo.
Dados los cambios sufridos por la lesión principal y considerando la alta prevalencia de Melanoma en los enfermemos de Parkinson que según algunos autores llega a cuadriplicarse, derivamos de forma preferente a Dermatología para valoración de la lesión.
El Dermatólogo diagnostica Nevus Spilus, informando de la benignidad de la lesión, no obstante, indica seguimiento debido a la rara pero posible transformación en melanoma. Las lesiones satélite probablemente estuvieran presentes desde el inicio del cuadro pero pasaron inadvertidas para el paciente hasta que se pigmentaron debido a la toma continuada de L-Dopa.

Enfoque individual
Nevus Spilus.

Enfoque familiar y comunitario
La Atención Primaria facilita la detección precoz de lesiones cutáneas. El seguimiento longitudinal y el conocimiento del contexto biopsicosocial permiten identificar cambios relevantes y coordinar derivación temprana, reduciendo riesgos y mejorando resultados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: nevus Spilus.
Diagnostico diferencial: nevus melanocíticos congénitos, Manchas café con leche, Melanoma.

Tratamiento, planes de actuación
No requiere. Vigilancia periódica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La consulta de Atención Primaria supone el lugar privilegiado desde el que detectar precozmente la aparición o modificación de lesiones cutáneas y su remisión a Atención especializada que de otro modo supondrían un retraso de imprevisibles consecuencias. En especial cuando se trata de pacientes con otras patologías que asocian una mayor prevalencia de complicaciones.

Palabras clave
Nevus spilus, enfermedad de Parkinson, melanoma, dermatoscopia, atención primaria.

Intervención multidisciplinar atendiendo al modelo bio-psico-social en una paciente con riesgo cardiovascular no controlado a propósito de un caso

Knof V[1], Grondona Mayayo A[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana. Málaga
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Churriana. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Ansiedad e insomnio, pérdida de funcionalidad en hombro.

Historia clínica
Cuadro de ansiedad generalizada.

Enfoque individual
Mujer de 71 años, residente desde hace 50 años en zona mixta, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial. Se realizan analíticas periódicas y control de peso, tensión y glucemia.

Enfoque familiar y comunitario
Viuda a los 22 años de edad con 2 hijos, convive con su hijo mayor de 53 años con antecedentes de trastorno depresivo y ansiedad de larga duración.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: diabetes mellitus e hipertensión de mal control (glucemia basal>160, hemoglobina glicosilada 7.2, tensión arterial media 100), reactivos y contextuales a situación familiar. Fractura de clavícula por caída en el contexto de un forcejeo con su hijo mayor.
Diagnóstico diferencial: transgresiones dietéticas, hábitos de vida no saludables, tratamiento farmacológico inadecuado, problemas de adherencia terapéutica
Identificación de problemas: el principal factor relevante que determinó el deterioro de la paciente es el aspecto psicosocial y familiar; el hijo con quien convive presentó un empeoramiento de su trastorno de depresión y ansiedad por cambios laborales, con dependencia hacia su madre, cambios conductuales y exigencias que afectaron su estado emocional y su capacidad de autocuidarse.

Tratamiento, planes de actuación
Además de derivar a la paciente a Traumatología y Rehabilitación por su lesión de hombro, y tras visitas domiciliarias por parte del médico de familia, enfermera y trabajadora social y varias entrevistas con la paciente y familiares, el equipo de Atención Primaria consensúa con la familia de la paciente una intervención multidisciplinar para ingresar al hijo mayor en Unidad de Psiquiatría del Hospital de referencia.

Evolución
Se estabilizó la situación psiquiátrica del hijo mayor, reduciendo la sobrecarga de la paciente, mejorando sus patologías crónicas (tras intervención TAM 93.33, glucemia basal 105, hemoglobina glicosilada 6.5), retomando sus actividades de ocio y vida social.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La sobrecarga del rol de cuidadora puede tener un impacto directo sobre la salud física y emocional, provocando un deterioro clínico de las enfermedades crónicas de los pacientes. El seguimiento longitudinal y flexible y la intervención multidisciplinar han sido claves para llegar al diagnóstico correcto y a su resolución con éxito.

Palabras clave
"Grupo de Salud Interdisciplinario", "Modelos Biopsicosociales" "Factores de Riesgo de Enfermedad Cardiaca"

Desenmascarando la causa

Alonso Guijarro M[1], Molina Corredor I[2], Conde Ros M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Centro de Córdoba. Córdoba
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Levante Norte. Córdoba
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Centro de Córdoba. Córdoba

Ámbito del caso

Paciente de 72 años con los siguientes antecedentes: HTA y cardiopatía hipertensiva. En tratamiento con pregabalina, amitriptilina, simvastatina, acenocumarol, furosemida, sacubitrilo/valsartán y tramadol/paracetamol.

Motivos de consulta

Acude por hiperplasia gingival detectada en una revisión odontológica. Es portadora de prótesis dental desde hace 6 años. Se deriva a Cirugía Maxilofacial y diagnostican de épulis fissuratum en encía maxilar.

Historia clínica

Lesión blanda y de aspecto fibroso, no ulcerada, de color rosado, situada en la mucosa vestibular del maxilar superior, en relación con el borde de la prótesis dental. No presenta signos de sangrado ni supuración. No se palpan adenopatías cervicales palpables. Por el momento no precisa pruebas de imagen.

Enfoque individual

Ante un paciente con prótesis con los siguientes síntomas locales: dolor, inflamación, de la mucosa pliegues mucosa hay que hacer una exploración clínica donde se verá un pliegue mucoso en el borde protésico.
Existen dos tipos de lesiones: lesión típica con sospecha de épulis fissuratum que habrá que hacer una confirmación clínica (lesión típica + prótesis) y confirmación histológica si existe alguna duda (fibrosis + inflamación crónica). Por otro lado está la lesión atípica donde habrá que realizar diagnóstico diferencial y biopsia.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente vive sola, con apoyo familiar limitado y dificultades económicas para el recambio protésico. Se identifican como factores contribuyentes: baja alfabetización sanitaria, ausencia de revisiones odontológicas y priorización de otras patologías crónicas.
Se realizó intervención educativa sobre higiene protésica, coordinación con odontología y orientación a recursos públicos disponibles. Se planificó seguimiento desde Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Épulis fissuratum.
Diagnostico diferencial: hiperplasia gingival inducida por fármacos; Granuloma piogénico; Épulis granulomatoso

Tratamiento, planes de actuación

Lesión inicial (inflamatoria):
- Retirar prótesis temporalmente o ajuste protésico.
- Higiene oral estricta.
- Antisépticos tópicos.

Lesión fibrosa:
- Escisión quirúrgica.
- Envío obligatorio a estudio histopatológico.
- Confección o rebase adecuado de la prótesis.

Evolución

La paciente presentó una buena evolución tras la escisión quirúrgica y nueva prótesis.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Desde Atención Primaria es fundamental realizar una vigilancia odontológica en pacientes con prótesis dentales y otras comorbilidades, así como revisar su tratamiento para realizar el diagnóstico diferencial con la hiperplasia gingival causada por fármacos y reconocer lesiones sospechosas de malignidad.

Palabras clave
Hiperplasia Gingival; Prótesis Dental

Alcoholismo, vulnerabilidad social y longitudinalidad: una intervención desde Medicina de Familia

Lozano García M, Yélamos Lorente M, Medina Zuheros T

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria (AP).

Motivos de consulta
Consulta de acogida: dolor abdominal y melenas.

Historia clínica
Varón de 49 años, procedente de Venezuela, nuevo en cupo, sin antecedentes de interés, acude por epigastralgia intensa desde hacía 3 horas y melenas de semanas de evolución. No asociaba fiebre, náuseas ni vómitos. A la valoración se encontraba algo pálido, hemodinámicamente estable. La exploración abdominal mostraba abdomen distendido y doloroso en epigastrio; tacto rectal positivo para melenas. Se decide traslado urgente al hospital.

En Urgencias, la analítica evidencia anemia transfusional (Hb 7,8 g/dl). Digestivo realiza endoscopia urgente, objetivando varices esofágicas no sangrantes. Tras transfusión y buena evolución, se decide alta hospitalaria.

Enfoque individual
Tras el episodio, acude nuevamente a consulta donde realizamos anamnesis exhaustiva del paciente.

Antecedentes personales: no enfermedades conocidas. Bebedor de 3 L de cerveza diarios, no fumador, sin otros tóxicos.

Exploración física: buen estado general, hemodinámicamente estable. Abdomen globuloso, blando y depresible; leve hepatomegalia.

Plan de actuación inicial: se solicita analítica completa. Se realiza test AUDIT-C y AUDIT. Se aborda el alcoholismo ofreciendo recursos.

Enfoque familiar y comunitario
Bajo nivel socioeconómico, nula red de apoyo, vive en Granada desde hace 2 meses compartiendo piso con cuatro personas desconocidas. Trabaja en la construcción.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Posible hepatopatía crónica avanzada enólica y alcoholismo. Otros problemas: soledad. *Diagnósticos diferenciales iniciales:* hemorragia digestiva alta (HDA) por AINES, HDA por hepatopatía, cuadro infeccioso (menos probable).

Tratamiento, planes de actuación
Omeprazol 40 mg/12 h, hierro oral. Derivación a recursos comunitarios y extracomunitarios: centro Provincial de Drogodependencias (CPD), Proyecto Hombre, Alcohólicos Anónimos, Grexales.

Evolución
CPD le pauta tratamiento anticraving. Buen cumplimiento terapéutico con 1 recaída en 4 semanas. Participación en talleres comunitarios que facilitan interacción social y abordaje del alcoholismo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso evidencia la relevancia de Atención Primaria en la detección precoz y manejo integral del alcoholismo, incluso tras complicaciones graves como HDA y sospecha de hepatopatía crónica. La intervención motivacional, el tratamiento farmacológico y la coordinación con recursos comunitarios permiten favorecer la abstinencia, prevenir recaídas y mejorar el pronóstico biopsicosocial del paciente. El médico de familia actúa como eje central de la atención longitudinal y del acompañamiento terapéutico.

Palabras clave
Atención Primaria; alcoholismo; hepatopatía.

Doctor, voy como borracho

Yélamos Lorente M[1], Morillas Jiménez M[2], Lozano García M[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Varón de 75 años consulta por mareos intermitentes en el último mes.

Historia clínica
Paciente de 75 años que acude por sensación de inestabilidad al ponerse de pie. Presenta Mareos de segundos de duración, más frecuentes por la mañana y al incorporarse. No vértigo rotatorio. Niega pérdida de conocimiento. Refiere cansancio leve y algo menos de apetito en los últimos meses. dolor torácico, disnea o palpitaciones. Hidratación escasa. Niega cuadro catarral en días previos, fiebre ni diarrea.

Enfoque individual
Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, dislipemia. HBP.
Tratamiento habitual: losartán/HCT 100 mg/25 mg 1 cada 24 h, metformina/canagliflozina 850 mg/50 mg 1 cada 24 horas, simvastatina 20 mg 1 cada 24h. Duodart 1 cada 24 h.
Constantes: TA decúbito: 138/80 mmHg, TA bipedestación: 112/70 mmHg. FC: 78 lpm. Glucemia 110 mg/dl. Sequedad de piel y mucosas.
Exploración neurológica: destaca marcha ligeramente inestable. Resto normal.
Pruebas complementarias: analítica: sin anemia ni alteraciones electrolíticas. ECG: ritmo sinusal normal.

Enfoque familiar y comunitario
Buen apoyo familiar, vive con su esposa y tienen 2 hijos que los visitan con frecuencia. Vida social reducida desde jubilación. Vivienda sin adaptaciones para prevención de caídas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hipotensión ortostática probablemente secundaria a medicación.
Diagnósticos diferenciales: síndrome vestibular periférico, arritmias, hipoglucemia, patología neurológica central.
Problemas Identificados: sedentarismo, riesgo de caídas, polimedicación.

Tratamiento, planes de actuación
Recomendamos tomas de tensión arterial en domicilio y bajamos dosis del tratamiento antihipertensivo.
Recomendación hidratación adecuada.
Recalcamos la importancia, de una vida activa y de realizar ejercicio de fuerza y de equilibrio.
Educación en cambios posturales progresivos.
Valoración domiciliaria para prevención de caídas

Evolución
A las 6 semanas mejora clínica. Sin nuevos episodios de mareo. Mejor tolerancia ortostática tras ajuste terapéutico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La hipotensión ortostática es frecuente en mayores y puede pasar desapercibida, de ahí la importancia de la revisión periódica de medicación en Atención Primaria para prevenir eventos adversos.

Palabras clave
Hipotensión ortostática, polimedicación, caídas.

Ptosis derecha de 24 horas de evolución: ¿urgencia neurológica?

Sánchez Gutierrez L[1], Zambrano Serrano L[2], González Rando M[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés - Torcal. Málaga
[2] FEA Urgencias - Hospital Universitario Virgen de la Victoria,
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria (no demorable), con derivación a Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta
Caída del párpado derecho de 24 horas de evolución.

Historia clínica
Varón de 44 años, sin hábitos tóxicos, sin tratamiento habitual, IQx: vasectomía. Sin antecedentes oftalmológicos ni neurológicos de interés. Consulta por ptosis en ojo derecho (OD) de inicio brusco al despertar el día anterior, sin dolor ni diplopía. Refiere fluctuación con empeoramiento vespertino; mayor caída con exposición solar y tras esfuerzos visuales mantenidos. Niega disfagia, disfonía, disartria o debilidad en extremidades. No refiere episodios previos similares ni clínica constitucional acompañante.
En consulta: no asimetría facial ni afectación pupilar. Agudeza visual conservada (AO 1), movimientos oculares extrínsecos conservados, sin DPAR. No signos de focalidad neurológica asociados. Se deriva a Urgencias para descartar causa neurológica aguda, donde se realiza TC craneal sin hallazgos patológicos.
Valorado por Neurología: fatigabilidad del párpado derecho en supraversión sostenida, respuesta de Hering positiva, signo de Cogan presente y mejoría con test del hielo. Sin debilidad generalizada. Impresión diagnóstica: probable miastenia gravis ocular. Se inicia piridostigmina y se solicita anticuerpos anti-receptor de acetilcolina (AChR), anti-MuSK y TC tórax.
Posteriormente: ac anti-AChR positivos. TC tórax sin evidencia de timoma. evolución favorable con corticoide e inmunosupresión (micofenolato). Diagnóstico definitivo: miastenia gravis ocular seropositiva, clase I de Osserman.

Enfoque individual
Miastenia gravis ocular seropositiva.

Enfoque familiar y comunitario
La Atención Primaria permitió identificar signos de alarma neurológicos y coordinar derivación urgente. El seguimiento longitudinal facilita vigilancia de generalización, adherencia terapéutica y educación sanitaria (evitar fármacos contraindicados).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: miastenia gravis ocular.
Diagnóstico diferencial: parálisis del III par craneal, síndrome de Horner, ptosis aponeurótica, lesión intracraneal estructural.

Tratamiento, planes de actuación
Piridostigmina 60 mg (hasta 1-1-1-1), prednisona descendente, micofenolato en pauta progresiva. Seguimiento por Neurología y Atención Primaria. Evitar quinolonas, macrólidos, magnesio y benzodiacepinas.

Evolución
Mejoría clínica progresiva. Ptosis intermitente sin diplopía ni datos de generalización.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La ptosis fluctuante es un signo clave en Atención Primaria. La sospecha clínica precoz y la adecuada derivación permiten confirmar diagnósticos poco prevalentes como la miastenia gravis ocular, optimizando el pronóstico y evitando complicaciones.

Palabras clave
Miastenia gravis ocular, ptosis, Atención Primaria, anticuerpos anti-AChR.

Creo que me está dado un ataque de ansiedad

Vargas Castillo G, López Peña A, Palmero Toro C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias (Granada)

Ámbito del caso
Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta
Dolor torácico atípico.

Historia clínica
Varón de 25 años, fumador de tabaco y marihuana, valorado en urgencias por dolor costal izquierdo punzante y disnea de dos horas de evolución que se acentúa con la inspiración profunda y con la tos.

Enfoque individual
Antecedentes personales NAMC, fumador 30 cigarros/día y vápers. Amigdalectomía en la infancia. Tratamiento: alprazolam si ansiedad.
Exploración física: consciente, orientado, colaborador, hidratado y no tiraje intercostal. Glasgow 15/15. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos e hipoventilación periférica de campo pulmonar izquierdo. Sin edemas ni signos de trombosis venosa en miembros inferiores. Abdomen normal. Neurológico: normal. Hemodinámicamente estable. Afebril.
Pruebas complementarias: ECG: RS a 108 lpm. Rx tórax: ITC normal, NTX completo izquierdo, apreciándose línea pleural a nivel de mediastino. Analítica: bioquímica y hemograma normales. Tp 68%. GSV: pH 7.45, pCO2 41.8, HCO3 22, láctico 1.1, carboxiHb 4.3.

Enfoque familiar y comunitario
Vive con su padre y un hermano, en paro.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: neumotórax completo izquierdo espontáneo, no a tensión (1er episodio). *Diagnóstico diferencial:* TEPA, pericarditis, crisis ansiedad, asma, neumotórax y hemomotórax. Identificación de problemas: el paciente fue valorado en urgencias a las 3:00 de la mañana, filtrado como posible crisis de ansiedad, y oliendo a marihuana. A pesar de la carga de trabajo a la que estamos expuestos en Urgencias debemos llevar a cabo una correcta exploración física, aunque el paciente presente un buen estado general.

Tratamiento, planes de actuación
Ingresó a cargo de neumología para la inserción de un tubo de drenaje pleural. Se realiza radiografía de tórax de control donde se observa una reexpansión del neumotórax. Se aconsejó la deshabituación del hábito tabáquico y vápers. Salbutamol a demanda.

Evolución
Buena evolución clínica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El NEP aparece en jóvenes sin enfermedad pulmonar previa conocida. Ser varón, delgado, consumir tabaco, marihuana y/o vápers aumenta el riesgo de padecer esta entidad. Se puede complicar con un neumotórax a tensión, desplazando el mediastino, interfiriendo la ventilación, dificultando el retorno venoso y disminuyendo el gasto cardiaco. Aunque la incidencia de NEP es relativamente baja, ante un paciente joven con disnea y dolor torácico, fumador y delgado hay que tener presente esta entidad clínica.

Palabras clave
Chest pain, pneumothorax and dyspnoea.

Cuando el picor no desaparece: sarna persistente

Medina Zuheros T, Lozano García M, Yélamos Lorente M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria. Urgencias.

Motivos de consulta
Prurito. Lesiones cutáneas.

Historia clínica
Paciente de 8 años que acude a consulta de Urgencias del CS acompañado por su madre. Hace dos semanas finalizó el tratamiento con Permetrina tópica al 5% por sarna. La madre asegura que los convivientes se han sometido al tratamiento correctamente y se han aplicado las medidas preventivas. En consulta refiere aparición de intenso picor nocturno y aumento de las lesiones que ya presentaba incluyendo tórax, abdomen y cara.

Enfoque individual
Antecedentes personales: no refiere.
Anamnesis: picor intenso nocturno de una semana de evolución con pápulas eritematosas, excoriaciones por rascado y a nivel de las palmas de las manos se observan lesiones infectadas. No fiebre. No náuseas o vómitos. No signos meníngeos. No otra clínica de interés.
Exploración por aparatos y sistemas normales. Pápulas eritematosas distribuidas por extensas zonas de la superficie corporal, algunas excoriaciones por rascado y otras infectadas. En algunas identificamos leve surco acarino. Dermatoscopia no disponible.

Enfoque familiar y comunitario
Los padres del paciente presentaban lesiones de nuevo, aunque en menor cantidad. Se volvió a incidir en la importancia de llevar a cabo las medidas de higiene y descontaminación ambiental de manera exhaustiva. Se comprobó correcta aplicación de la Permetrina. Familiares convivientes en el mismo domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: diagnóstico basado en la exploración física y clínica característica de escabiosis persistente.
Diagnóstico diferencial: exantemas maculopapulosos de la infancia (ejemplo: escarlatina).

Tratamiento, planes de actuación
Dado el fracaso del tratamiento tópico, y tras revisar la evidencia disponible, iniciamos tratamiento con Ivermectina 200 mcg/kg oral, dos dosis separadas por una semana (paciente y convivientes). Recordamos las medidas de descontaminación ambiental. Pautamos Mupirocina tópica cada 8 h para las lesiones infectadas.

Evolución
Tras completar las dos dosis de Ivermectina oral, el paciente acudió a consulta junto a su madre refiriendo mejoría clínica y desaparición de la mayoría de las lesiones.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La escabiosis es una enfermedad en continua expansión que plantea serios problemas tanto por su contagiosidad como por su tratamiento, ya que cada vez están apareciendo más resistencias. Incidir en un correcto tratamiento desde la consulta de atención primaria, ya sea a nivel médico o de descontaminación ambiental, es fundamental para su control y erradicación.

Palabras clave
Escabiosis; Permetrina; Ivermectina

Un abdomen, dos procesos autoinmunes: reto diagnóstico en Atención Primaria

León Fernández C, Gutiérrez García M, Sánchez Pelaz L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria, digestivo.

Motivos de consulta
Dolor abdominal.

Historia clínica
Paciente de 40 años que acude varias veces a consulta por dolor abdominal en mesogastrio sin irradiación, asociando 8-10 deposiciones líquidas diarias desde hace 6 días, alguna con restos hemáticos.
En la exploración destaca dolor generalizado a la palpación abdominal, sin masas, megalias ni signos de peritonismo. Se realiza tacto rectal sin hallazgos relevantes.
El paciente niega transgresión dietética ni ingesta de productos en mal estado. Ambiente epidemiológico negativo.
Se solicita analítica donde se aprecia discreta elevación de reactantes de fase aguda, sin leucocitosis ni neutrofilia. Además, la amilasa y la lipasa se encuentran elevadas, esta última en rango de pancreatitis aguda. El resto de valores analíticos (triglicéridos, IgG4, ANA, calprotectina fecal, coprocultivo…) no muestran hallazgos de interés. Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde se cursa ingreso en Digestivo.
Durante el ingreso, se realiza:

- TC abdominal: imagen compatible con pancreatitis aguda intersticial sin datos de complicación, Baltazhar C. También se observa imagen de proctocolitis.
- Colonoscopia con biopsia: hallazgos sugestivos de pancolitis ulcerosa con datos de actividad inflamatoria moderada.
- Ecografía abdominal: sin identifican litiasis.

Enfoque individual
Antecedentes personales: fumador y bebedor moderado (2 UBE/día). Sin factores de riesgo cardiovascular.

Enfoque familiar y comunitario
Sin interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: debut de pancolitis ulcerosa con confirmación histológica.
Pancreatitis aguda alitiásica, autoinmune tipo 2 (se asocia a las EII). BISAP 1
Diagnostico diferencial: colecistitis, colitis infecciosa, colitis microscópica, linfoma gastrointestinal, neoplasia pancreática o gastrointestinal

Tratamiento, planes de actuación
Durante el ingreso permanece en dieta absoluta con progresión según tolerancia, fluidoterapia y analgesia. Además, comienza tratamiento con corticoides 90 mg/día y mesalazina 3 g/día con buena respuesta.

Evolución
Tras iniciar corticoterapia y mesalazina oral se logra remisión clínica de la diarrea y el dolor abdominal, por lo que se decide alta domiciliaria con reducción progresiva de corticoterapia a la espera de la realización de colangioRM+RM abdominal para descartar litiasis y completar estudio de pancreatitis autoinmune.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El debut simultáneo de pancolitis ulcerosa y pancreatitis autoinmune resalta la posibilidad de afectación autoinmune múltiple en el organismo.
Una evaluación completa en Atención Primaria, incluyendo analítica básica y anamnesis detallada, facilita identificar posibles debut de enfermedades autoinmunes concurrentes.
El reconocimiento temprano de múltiples órganos afectados por autoinmunidad permite un manejo terapéutico oportuno y eficaz.

Palabras clave
Pancreatitis, Colitis ulcerosa, Autoinmunidad.

No todo mareo es vértigo en Atención Primaria

Laurejoie [1], Palma Alvarez E, Ruiz García M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Belmez. Belmez. Córdoba

Ámbito del caso
Atención Primaria, cardiología.

Motivos de consulta
Mareo, hipotensión, astenia, ansiedad.

Historia clínica
Mujer de 62 años, acude a consulta de Atención Primaria por un cuadro de mareo, astenia e hipotensión de 80/40 mmHg, desde hace 15 días asociado a palpitaciones.
Exploración física: AEG, COC, normohidratada, normoperfundida, eupneica en reposo, afebril. ACR: rítmico, soplo sistólico aórtico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: normal.
Constantes: TA en brazo derecho 153/80 mmHg; brazo izquierdo 96/66; diferencia interbraquial de 57 mmHg.
ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, eje normal, signos de sobrecarga ventricular derecha.
Ante la sospecha de oclusión arterial (Sd. de robo de la subclavia izquierda) se realiza IC telefónica con cardiólogo de área recomendando derivación preferente, si signos de alarma acudirá a urgencias para valoración.
Al mes en consulta de Cardiología: la paciente continúa con mareo e inestabilidad de la marcha.
Exploración física: soplo sistólico aórtico, soplo carotídeo bilateral y pulso radial izquierdo disminuido.
Ecocardiograma: normal. Se solicita Angiotac torácico. Inicia AAS y cita tras resultados.
Al mes acude a consulta de cardiología para resultados de Angiotac: estenosis crítica/oclusión en el origen de la arteria subclavia izquierda. Estenosis significativa en la arteria mesentérica superior. Se realiza derivación a Neurología y Cirugía cardiovascular.

Enfoque individual
Mujer de 62 años, hipertensa, diabética con sobrepeso en tratamiento con Ozempic 1mg/semana con pérdida de 20 kg en el último año. Fumadora IPA 30.

Enfoque familiar y comunitario
Sin AF de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Mareo, vértigo periférico, disección aórtica, Síndrome de robo de la subclavia.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento hipolipemiante de alta intensidad, dejar el tabaco, revascularización mediante técnicas invasivas.

Evolución
Fue citada en neurología para revisión de resultados de PPCC consensuando entre cirugía cardiovascular y neurología la aplicación de tratamiento invasivo con stent para revascularización de arteria subclavia izquierda y posterior seguimiento para ver **Evolución**.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destacar la importancia del médico de familia en la exploración física y toma de constantes orientada a cuadros clínicos como en este caso, dato clave en el diagnóstico, medir la presión interbraquial ante un paciente con clínica de mareo, inestabilidad y presíncopes orientando el diagnóstico desde la primer contacto con el paciente.

Palabras clave
Dizziness, arterial occlusion, Subclavian Steal Syndrome.

Dolor abdominal con sincope: importancia del diagnóstico precoz de abdomen agudo

Domínguez Castellano A[1], Martínez Moreno I[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fernán Núñez Dª. Josefina Carmona. Fernán-Núñez (Córdoba)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fernán Núñez Dª. Josefina Carmona. Fernán-Núñez (Córdoba)

Ámbito del caso
Servicios de Urgencias hospitalarias (tras valoración inicial en Atención Primaria y traslado interhospitalario a UCI de centro de referencia).

Motivos de consulta
Dolor abdominal progresivo, agudizado, acompañado de mareo y síncope.

Historia clínica
Varón de 56 años que consulta inicialmente en CS por dolor abdominal intenso desde horas antes, con empeoramiento progresivo y episodio sincopal con recuperación espontánea en CS. Traslado emergente a Urgencias hospitalarias con ecografía abdominal no reglada: líquido libre. Traslado a hospital de 3er nivel por sospecha de hemoperitoneo y shock hemorrágico inicial, con activación de protocolo de transfusión masiva.

Enfoque individual
Antecedentes personales: espondilitis anquilosante HLA-B27 Y linfoma no Hodgkin T en remisión completa. No HTA No diabetes. Tratamiento habitual: tramadol, etoricoxib, metamizol.
Exploración inicial: en AP abdomen muy doloroso con estabilidad hemodinámica, en Urgencias hospitalarias pálido con signos de hipoperfusión; posteriormente estable hemodinámicamente tras transfusión. Abdomen doloroso sin signos de peritonitis.
Pruebas complementarias: descenso de Hb (9,9→8,4 g/dl). TC abdominal: gran masa heterogénea en espacio gastroesplénico con sangrado activo y hemoperitoneo abundante, posible origen pancreatoduodenal, con estrechamiento del tronco celíaco. Angio-TC posterior sin extravasación; control evolutivo con disminución significativa del tamaño compatible con hematoma en resolución.

Enfoque familiar y comunitario
Sin antecedentes familiares relevantes para el cuadro agudo (dos hermanas con espondilitis anquilosante). No condicionantes sociales significativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Hemoperitoneo espontáneo secundario a probable sangrado arterial visceral (rama gástrica o pancreatoduodenal), autolimitado. *Diagnóstico diferencial inicial:* gIST gástrico sangrante, leiomioma/leiomiosarcoma, recidiva de linfoma digestivo, masa mesentérica.

Tratamiento, planes de actuación
Reanimación hemodinámica con sueroterapia, transfusión de concentrados de hematíes, antibioterapia intravenosa y manejo conservador. Seguimiento clínico-radiológico ambulatorio.

Evolución
Estabilización hemodinámica, ausencia de nuevo sangrado y reducción progresiva del hematoma. Alta domiciliaria en buen estado general, derivado a Cirugía General y Medicina Interna para seguimiento ambulatorio.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Resaltar el papel fundamental del médico de familia en la identificación precoz de patología abdominal potencialmente grave. La sospecha clínica temprana, junto con una adecuada valoración inicial y una coordinación asistencial eficaz entre niveles (Atención Primaria, Urgencias y ámbito hospitalario), constituyen herramientas clave para garantizar un diagnóstico y manejo adecuados, especialmente ante cuadros con una alta morbimortalidad.

Palabras clave
Hemoperitoneo, shock

Duele, sangra y se me sale, ¡¿qué es doctora?!

Palacios Aguilar A, Mayo Caballero M, Castro Lara C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Morche. Torrox. Málaga

Ámbito del caso
Urgencias.

Motivos de consulta
dolor abdominal y hematuria.

Historia clínica
Mujer de 16 años de edad sin antecedentes de importancia.
Desde hace 3 días, dolor abdominal. Consulta con su médico de familia quién, según refiere, ha realizado ecografía sin objetivar patología. No existe registro. Acude a urgencias hace 24 horas y actualmente a urgencias hospitalarias por persistencia de dolor abdominal inespecífico e intenso. Además refiere haber iniciado con hematuria hace 2 horas.
Niega antecedentes de cólico renal. No vómitos, náuseas o fiebre. No síntomas miccionales. Niega posibilidad de embarazo. En urgencias presenta dolor incontrolable, EVA 10, inespecífico, describe hematuria franca. En triaje se sospecha episodio de cólico renoureteral con diagnóstico diferencial de abdomen agudo, apendicitis, embarazo ectópico, diverticulitis o úlcera gástrica. Facultativo acude a valorar a la paciente en el cuarto de baño por urgencia defecatoria y deseo de pujar y menciona por primera vez sensación de bulto en vagina. Exploración: se aprecia masa en zona vaginal que inicialmente impresiona de prolapso vaginal. Se decide el paso a críticos. El bulto comienza a aumentar el tamaño siendo compatible con neonato con parto de nalgas con retención de polo cefálico.
Durante el parto la paciente continúa en negación.

Enfoque individual
El embarazo críptico es una condición en la que no se es consciente de embarazo hasta etapas avanzadas o incluso hasta el parto. Los síntomas clásicos suelen estar ausentes o ser mínimos. La mayoría de los casos no se asocian a trastornos psiquiátricos ni a condiciones médicas subyacentes.

Enfoque familiar y comunitario
El contexto sociocultural y familiar en este caso es crucial. La literatura describe que es posible que algunas mujeres, por sus circunstancias psicosociales, oculten el embarazo sabiendo que existe pero hay otras que no saben que están gestando, aunque parezca fisiológicamente imposible.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Dolor abdominal a estudio

Tratamiento, planes de actuación
valoración dinámica y contínua de ABCD de la paciente en área de urgencias hospitalarias hasta identificación del contexto clínico

Evolución
Parto de neonato femenino de 2880 kg, APGAR de 3-7 que precisó RCP con buena respuesta.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Según distintos estudios en distintos países el embarazo críptico se produce en 1 caso de cada 400/500 embarazos.

Palabras clave
Pregnancy, Hematuria, Abdominal Pain

Picadura de serpiente

De Julián Martín M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alfacar. Granada

Ámbito del caso
CS en municipio a pocos kilómetros de la ciudad, de entorno rural-urbano.

Motivos de consulta
Varón de 42 años que acude para valoración y solicitud de IT tras picadura de serpiente (probable víbora) en segundo dedo de mano izquierda en entorno rural, en los días anteriores. Ya valorado en el momento del suceso por SUAP y posteriormente a nivel hospitalario, observándose edema de la mano izquierda acompañada de flictenas y necrotización a nivel de falanges distal y media del segundo dedo (grado II-III según clasificación de Chistopher Rodning), junto con linfangitis, con abordaje conservador, con dos dosis de suero antiofídico (viperfav), 1000 SSF, adrenalina subcutánea y piperacilina-tazobactam.

Historia clínica
Antecedentes personales: obesidad, sin otros antecedentes de interés. No toma fármacos.

Enfoque individual
Impacto emocional: preocupación por su futuro desempeño laboral.
Dependiente para las ABVD durante los primeros meses tras el evento.
Ocupación: carpintero (trabajador manual). Baja laboral desde el suceso.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su mujer y sus hijos, siendo su mujer la cuidadora principal durante este proceso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Picadura de serpiente (probable víbora) en 2º dedo mano izquierda.

Tratamiento, planes de actuación
Desde Atención Primaria se realizan curas diarias por enfermería junto con valoración y seguimiento multidisciplinar de su evolución (por su MAP, enfermería y cirugía plástica).

Evolución
Amputación de la falange distal del 2º dedo de la mano izquierda programada 5 semanas después del evento. Seguimiento posterior por cirugía plástica (valoración y curas), enfermería de su CS (curas cada 48h), y por su MAP (seguimiento del proceso, mantenimiento de la IT y control del dolor). Dos meses después de la intervención quirúrgica, tras valoración de cirugía plástica se solicita rehabilitación por mutua por limitación funcional (especialmente en la pinza índice-pulgar). Pauta pregabalina por hiperestesia post-amputación. Alta laboral 4 meses después del evento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Resulta importante destacar la implicación de la Atención Primaria en el seguimiento y enfoque biopsicosocial de eventos como los sucedidos, que a pesar de su baja frecuencia, pueden ocasionar un gran impacto en la funcionalidad y desarrollo de las ABVD o laborales, como fue el caso. También es relevante destacar el papel de una buena actuación y coordinación del equipo multidisciplinar.

Palabras clave
Amputación Quirúrgica, Venenos de Serpiente, Atención Primaria de Salud

Lo que se escondía tras un hormigueo en la lengua

Tejada Lozano A, Vargas Escudero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Glositis y sensación de hormigueo lingual.

Historia clínica
Paciente mujer de 62 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipercolesterolemia e hipertensa, gonartrosis, sin antecedentes quirúrgicos, no otras patologías.
Acude por sensación de hormigueo lingual, asociado a sensación de malestar oral y glositis de semanas de evolución, que ella asocia a la inserción de prótesis dentales. No fiebre, no dolor dentario Niega dificultad respiratoria, niega manifestaciones cutáneas, no refiere otra sintomatología.

Enfoque individual
Exploración orofaríngea: lengua de aspecto normal con discreto aumento de tamaño, difícil visualización de la úvula, visualizando únicamente paladar blando y base de la úvula (Grado III escala de Mallampati), no presencia de flemón, no signos de inflamación de encías o de piezas dentarias dañadas, no adenopatías laterocervicales.
Solicitamos analítica completa, en la que obtenemos resultados normales, excepto por un marcado descenso de los niveles de vitamina B12, que muestra un valor de 106pg/ml.

Enfoque familiar y comunitario
Ausencia de inestabilidad económica, laboral o familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: glositis secundaria a déficit de vitamina B12.

Diagnóstico diferencial:
- Glositis por déficit de folato.
- Glositis por déficit de hierro.
- Candidiasis oral.
- Glositis irritativa/alérgica.
- Glositis asociada a gastritis atrófica autoinmune.
- Síndrome de Sjögren.
- Liquen plano oral.
- Amiloidosis.
- Sarcoidosis.
- Dolor oral secundario a mala implantación de prótesis dentarias.

Tratamiento, planes de actuación
Suplementación con vitamina B12 1.000mcg diarios vía oral durante 2 semanas, semanalmente durante un mes y mensualmente hasta repetición de analítica en 6 meses.

Evolución
Tras dos meses la glositis se había reducido considerablemente y el hormigueo lingual había desaparecido.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
En Atención Primaria tratamos con personas, en ciertas ocasiones las preocupaciones de nuestros pacientes no nos traducen situaciones clínicamente relevantes, sin embargo debemos prestarle la atención debida a cada manifestación clínica que se nos transmita, pues síntomas aparentemente insignificantes pueden esconder verdaderas patologías.

Palabras clave
Glositis, hormigueo lingual, déficit de vitamina B12

Hematuria macroscópica persistente en Atención Primaria: el valor de la ecografía clínica en el diagnóstico precoz

Rubio Rodríguez S, Gomez Cano E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Consulta de Medicina de Familia en CS urbano.

Motivos de consulta

Varón de 46 años que consulta por episodio de hematuria macroscópica sin clínica miccional asociada.

Historia clínica

Antecedentes de dislipemia y tabaquismo activo de más de 30 años. Refiere episodio previo valorado en urgencias hospitalarias, diagnosticado de infección urinaria y tratado con antibioterapia. Persiste hematuria sin disuria, polaquiuria, tenesmo, fiebre ni síntomas prostáticos. Niega traumatismo u otra sintomatología.

Enfoque individual

Exploración física sin hallazgos patológicos. Tira reactiva negativa. Ante hematuria macroscópica persistente en varón fumador, se amplía estudio mediante ecografía clínica en consulta.

Se objetiva en riñón derecho mala diferenciación cortico-medular con imagen isoecogénica vascularizada que desestructura la corteza renal, además de varios quistes simples. Riñón izquierdo y vejiga sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario

Desde Atención Primaria se realiza abordaje integral considerando factores de riesgo modificables, destacando el tabaquismo como principal factor asociado a patología urológica maligna. Se refuerza la importancia del seguimiento longitudinal y la accesibilidad del médico de familia como elemento clave para la reevaluación clínica ante la persistencia de síntomas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio clínico: sospecha de neoplasia renal primaria.

Diagnóstico diferencial: infección urinaria, litiasis renal, traumatismo, patología quística, neoplasias urológicas, patología prostática y alteraciones hematológicas.

Problemas identificados: hematuria macroscópica persistente como signo de alarma, tabaquismo activo y discordancia entre diagnóstico inicial y evolución clínica.

Tratamiento, planes de actuación

Ante los hallazgos ecográficos y sospecha diagnóstica, se deriva urgentemente al servicio hospitalario para valoración por Urología y realización de pruebas complementarias de imagen y estudio definitivo. Desde Atención Primaria se mantiene coordinación asistencial y seguimiento del paciente.

Evolución

El paciente es valorado por el servicio de Urología hospitalario, realizándose estudio diagnóstico completo que confirma neoplasia renal primaria con afectación pulmonar metastásica, iniciándose manejo especializado.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La hematuria macroscópica debe considerarse un signo de alarma que requiere estudio completo, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el tabaquismo. Este caso resalta la importancia de la anamnesis dirigida, la reevaluación clínica ante la persistencia de síntomas y el papel fundamental de la ecografía clínica en Atención Primaria como herramienta accesible que permite orientar el diagnóstico precoz y agilizar la derivación hospitalaria.

Palabras clave

Hematuria; neoplasia renal; ecografía clínica; Atención Primaria

El lado oscuro del acné

Gómez Monclús M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Armilla (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria, en el contexto de una consulta de Medicina de Familia, con seguimiento compartido con Dermatología de hospital de referencia.

Motivos de consulta

Varón de 19 años que consulta por empeoramiento brusco de lesiones de acné tras iniciar tratamiento con isotretinoína, acompañado de fiebre y malestar general.

Historia clínica

Antecedente de acné noduloquístico moderado-severo en seguimiento por Dermatología. Sin otros antecedentes personales de interés. A las tres semanas de iniciar isotretinoína (a dosis de 1 mg/kg/día) presenta aparición súbita de lesiones nodulares dolorosas, ulceradas y hemorrágicas en cara y tronco, fiebre de hasta 38,5 °C, artralgias y astenia intensa. En la exploración: nódulos inflamatorios con costras necróticas y ligero exudado serohemático. Analíticamente: leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda.

Enfoque individual

Se abordó el impacto físico y emocional del cuadro, explorando vivencia de la enfermedad, expectativas respecto al tratamiento y repercusión en autoestima y relaciones sociales, relevantes en la adolescencia tardía.

Enfoque familiar y comunitario

Se implicó a la familia en el plan terapéutico, ofreciendo información sobre la naturaleza inflamatoria del proceso y su pronóstico. Se coordinó atención con Dermatología y se facilitó seguimiento estrecho desde Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de acné fulminans desencadenado por isotretinoína. Diagnóstico diferencial con acné conglobata, infecciones cutáneas bacterianas y reacción acneiforme grave. *Problemas identificados:* proceso inflamatorio sistémico, riesgo de cicatrices permanentes y afectación psicosocial.

Tratamiento, planes de actuación

Suspensión inmediata de isotretinoína e inicio de corticoterapia sistémica (prednisona 0,5 mg/kg/día), analgesia y curas locales. Tras control inflamatorio progresivo, reintroducción de isotretinoína a dosis bajas (0,1 mg/kg/día) asociada a corticoide descendente, según pauta consensuada con Dermatología.

Evolución

Mejoría clínica progresiva en cuatro semanas, con desaparición de fiebre y reducción de lesiones inflamatorias. Persisten cicatrices residuales en seguimiento.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

El acné fulminans es una complicación infrecuente pero grave del tratamiento con isotretinoína. La detección precoz en Atención Primaria permite suspender el fármaco e iniciar tratamiento antiinflamatorio temprano, minimizando secuelas. Destaca la importancia del abordaje biopsicosocial y la coordinación asistencial.

Palabras clave

Acné fulminans; isotretinoína; corticoterapia; Atención Primaria; adolescente.

Disnea recurrente en paciente pluripatológica en cuidados paliativos: reto asistencial desde Atención Primaria

Pantoja de la Rosa L[1], Morillas Jiménez M[2], Valverde Morillas C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

Ámbito del caso
Atención Primaria con coordinación hospitalaria y recursos sociosanitarios.

Motivos de consulta
Disnea progresiva y malestar general tras alta hospitalaria reciente.

Historia clínica
Mujer de 54 años en situación de exclusión social, con carcinoma epidermoide infiltrante de cérvix en cuidados paliativos. Antecedentes de DM tipo 1 mal controlada, neumopatía intersticial lipoidea con enfisema, tuberculosis tratada (2022) y colelitiasis. Reingresos recientes por infección respiratoria vs agudización de neumopatía intersticial. Consulta por aumento de disnea, sensación febril y desaturación pese a antibioterapia (levofloxacino).
Exploración: Sato$_2$ 93% con O_2 3L, crepitantes bibasales predominio derecho.
Derivación a Urgencias Hospitalarias >> Analítica: leucocitosis leve, PCR elevada (148), hiperglucemia marcada, NT-proBNP 778. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral basal, sin cambios significativos respecto a previas.

Enfoque individual
Paciente frágil, pluripatológica, con enfermedad oncológica avanzada, mal control metabólico, en situación de calle, con recomendación de OCD que no puede utilizar por razones obvias. Priorización de confort, control sintomático y adecuación del esfuerzo terapéutico. Manejo de disnea multifactorial. Optimización de oxigenoterapia domiciliaria y control glucémico intensivo.

Enfoque familiar y comunitario
Situación de vulnerabilidad social, inestabilidad residencial y dificultades de adherencia. Coordinación con trabajo social, cuidados paliativos domiciliarios y recursos sociosanitarios. Educación sanitaria básica y seguimiento estrecho desde equipo de Atención Primaria para evitar reingresos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Infección respiratoria de probable etiología viral vs agudización de neumopatía intersticial.
Diferencial: sobreinfección bacteriana, insuficiencia cardiaca incipiente, reactivación tuberculosa.

Tratamiento, planes de actuación
Antibioterapia ajustada, broncodilatadores inhalados, oxigenoterapia basal, control glucémico intensificado, vigilancia estrecha. Plan de seguimiento compartido AP–hospital y refuerzo paliativo.

Evolución
Mejoría clínica y estabilidad respiratoria con SatO_2 97% con 3L. Sin datos de infección bacteriana activa. Alta a centro sociosanitario con continuidad asistencial.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Disnea probablemente multifactorial. Evoluciona favorablemente con soporte respiratorio y ajuste terapéutico. El pronóstico está condicionado por su enfermedad oncológica avanzada, fragilidad y mal control metabólico. Desde Atención Primaria son prioritarios el control sintomático, la planificación anticipada y la coordinación entre niveles asistenciales. La vulnerabilidad social y la falta de recursos son determinantes mayores del curso clínico: sin intervención comunitaria (trabajo social, paliativos domiciliarios, acceso real a oxigenoterapia y medicación, soporte nutricional) aumenta el riesgo de descompensaciones y reingresos. Se recomienda seguimiento estrecho, coordinación AP-Paliativos-Hospital y abordaje integral biopsicosocial como estrategia principal.

Palabras clave
Exclusión social, pluripatológica, cuidados paliativos.

El olor fantasma

Cuadrado Alburquerque C[1], Montes Vazquez M[2], Martínez Antolínez F[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso
Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Cambio de coloración en la lengua y fantosmia.

Historia clínica
Paciente varón de 36 años sin antecedentes personales de interés, fumador de 7-8 cigarros al día, que acude a consulta en diversas ocasiones por coloración blanquecina de la lengua de manera intermitente que asocia olor a quemado. Le ocurre desde hace años. A veces se ha llegado a despertar pensando que había un incendio en el domicilio debido a la intensidad del olor, que su pareja no olía. No otra sintomatología por órganos y aparatos.

Enfoque individual
Tras la realización de la historia clínica, se procede a la exploración del paciente. En consulta, no presenta lesiones en el momento actual a nivel de orofaringe, aunque aporta fotografías en las que se aprecia lengua saburral. No se palpan adenopatías cervicales. No presenta otras lesiones dermatológicas. Se realiza analítica que no aporta datos de interés.

Enfoque familiar y comunitario
Tras meses, acude a consulta refiriendo que un compañero de trabajo le ha comentado que a él le ha ocurrido lo mismo. Su médico de familia solicitó un cultivo nasofaríngeo en el que se halló "un microorganismo" que parecía el causante de la sintomatología. El paciente trabaja en un almacén, pasando largos periodos de tiempo en cámaras frigoríficas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
- Leucoplasia: paciente fumador con lesiones en lengua, quedó descartada tras la exploración física.
- Lesiones del sistema nervioso central: se realizó una exploración neurológica concienzuda, que resultó normal.
- Micosis: se pautó de manera empírica un colutorio antifúngico, sin mejoría.
- Fantosmia causada por infecciones: se realizó un cultivo nasofaríngeo que resultó positivo a *haemophilus influenzae*.

Tratamiento, planes de actuación
Tras revisar el antibiograma, se pautó levofloxacino 500 mg/24 h durante 7 días.
Se realizó una teleconsulta a otorrinolaringología.

Evolución
El paciente no ha vuelto a presentar la sintomatología. Se encuentra pendiente de valoración por ORL.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La colonización por bacterias del tracto respiratorio superior es una causa descrita de fantosmia.
Este caso nos muestra la importancia de tener en cuenta los ambientes epidemiológicos al realizar historias clínicas (pues este diagnóstico se podría haber realizado antes si se hubiera tenido en cuenta).

Palabras clave
Fantosmia, haemophilus influenzae.

Dolor gemelar persistente en Atención Primaria: una causa infrecuente

Mayo Caballero M[1], Palacios Aguilar A[2], Berger Morrill C[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Torrox (Málaga)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio local El Morche. Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso
Atención Primaria y Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta
Dolor en región gemelar de pierna derecha, de inicio progresivo, sin traumatismo previo.

Historia clínica
Mujer de 73 años que consulta inicialmente en Servicios de Urgencias por dolor en región gemelar derecha iniciado días antes durante actividades habituales, sin sobreesfuerzo. Se realiza radiografía de tobillo sin hallazgos patológicos. En los días posteriores presenta empeoramiento progresivo del dolor e impotencia funcional, hasta precisar encamamiento, motivo por el que consulta en Atención Primaria.

Enfoque individual
Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad grado II. Seguimiento por historia familiar de trombosis y positividad a anticoagulante lúpico.
Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, olmesartán, simvastatina, omeprazol, levotiroxina y etoricoxib.
Anamnesis: dolor persistente, no mecánico, refractario a analgesia habitual, sin fiebre ni clínica constitucional.
Exploración: buen estado general. Deambulación claudicante con postura antiálgica.
Pruebas complementarias: desde Atención Primaria se solicita ecografía de partes blandas ante sospecha de trombosis venosa profunda o rotura fibrilar, descartándose ambas y objetivándose atrofia muscular. Dada la evolución desfavorable, se solicita radiografía de pierna completa, observándose lesión infiltrativa proximal tibial con destrucción cortical y fractura patológica. La resonancia magnética confirma extensa afectación de médula ósea con masa de partes blandas. El TAC evidencia masa torácica extrapulmonar, cuya biopsia concluye linfoma no Hodgkin B de alto grado.

Enfoque familiar y comunitario
Buen apoyo familiar, clave para la detección del deterioro funcional y la adherencia al seguimiento. Sin antecedentes familiares oncohematológicos conocidos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Inicialmente se consideró patología musculoesquelética o trombótica. La persistencia del dolor, la impotencia funcional progresiva y la ausencia de hallazgos en pruebas iniciales orientaron a patología ósea secundaria.

Tratamiento, planes de actuación
Derivación hospitalaria e ingreso para manejo multidisciplinar por Traumatología y Hematología.

Evolución
Diagnóstico definitivo de proceso linfoproliferativo no hodgkiniano B de alto grado con afectación ósea y fractura patológica.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Este caso subraya el papel esencial de la Atención Primaria en la reevaluación clínica de síntomas frecuentes con evolución atípica, garantizando la seguridad del paciente. Aporta como novedad el debut de un linfoma agresivo como dolor gemelar persistente. Refuerza la necesidad de establecer circuitos de seguimiento y criterios de alerta ante dolor musculoesquelético no filiado, abriendo líneas de mejora en diagnóstico precoz y coordinación asistencial entre niveles.

Palabras clave
Dolor musculoesquelético; Linfoma no hodgkin; Trombosis.

Doctora, me duele la espalda...

Melitón Carrasco B, Sierra Olmo, Á, Romero Recuero N

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

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Dolor lumbar.

Historia clínica
Mujer de 41 años que acude a consulta tras varias asistencias en urgencias por dolor lumbar que no cede con analgésicos de primer y segundo escalones. La paciente refiere un dolor mal delimitado de un mes de evolución, sin relación con traumatismo o sobreesfuerzo, incapacitante para su vida habitual y que le imposibilita el sueño.
A la exploración, dolor mal localizado a lo largo de la espalda, especialmente en región lumbar. Balance articular muy limitado en todos sus rangos por el dolor, con dificultad para el decúbito. No pérdida de fuerza o sensibilidad. No incontinencia de esfínteres. Incapacidad para marcha de talón/puntillas por dolor. Resto no explorado por dolor intenso.

Enfoque individual
No antecedentes de interés salvo alergia a AINEs.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente independiente para todas las actividades de la vida diaria, convive con su marido. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
En caso de lumbalgia persistente, el diagnóstico diferencial abarca desde contracturas musculares hasta patologías oncológicas. Por ello, es necesario recordar los signos de alarma: dolor persistente que no cede con medicación e interrumpe el sueño, síntomas neurológicos, traumatismo previo, antecedentes oncológicos o síntomas generales asociados. Ante la presencia de estos, debemos descartar patología grave: fracturas, tumores, infecciones...

Tratamiento, planes de actuación
Ante el cuadro de lumbalgia con signos de alarma, se solicita radiografía dorsolumbar, donde se visualiza una discreta pérdida de altura de D9-D10, no correlacionándose con la zona del dolor. Por tanto, se amplía a RMN.

Evolución
La paciente se realiza RMN, objetivándose imágenes sospechosas de infiltración de la columna, por lo que se contacta con Oncología Médica, que solicita TAC de tórax y abdomen. En dicho TAC se constata la presencia de una densidad asimétrica en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda con infiltración metastásica ósea generalizada de todo el esqueleto axial y extremidad proximal de ambos fémures.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Al tratarse de un motivo de consulta frecuente, es conveniente recordar los signos de alarma de la lumbalgia de cara a solicitar pruebas de imagen en los casos necesarios. La Atención Primaria puede ser clave en el diagnóstico de las lumbalgias que traducen algo más que un dolor de espalda.

Palabras clave
Lumbalgia, metástasis, neoplasia.

Azul bajo la piel: el valor de mirar con lupa en Atención Primaria

Carmona Navas Y, Morales López L, Fernández Camacho C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Fe. Santa Fe (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria, en coordinación con Dermatología.

Motivos de consulta

Mujer de 64 años que consulta por lesión en glúteo derecho de un mes de evolución, descubierta de forma casual y con discreto crecimiento.

Historia clínica

Antecedentes: HTA, hipercolesterolemia, depresión y migraña. Fumadora de 5 cigarrillos/día. Tratamiento con lormetazepam, lorazepam y duloxetina.

Demoró la consulta por miedo a que "fuera algo malo". No presenta otras lesiones ni clínica sistémica.

Enfoque individual

En la exploración, se objetiva lesión máculo-papulosa redondeada, bien delimitada, con retículo periférico y centro negro-azulado. No se palpan adenopatías.

La dermatoscopia, siguiendo el algoritmo en dos etapas, confirma lesión melanocítica (retículo pigmentado y pigmentación azul homogénea).

Aplicando la regla de los tres puntos: asimetría cromática (+), velo azul-blanquecino (+), retículo atípico (–). Resultado: 2/3 criterios: sospecha de melanoma.

Enfoque familiar y comunitario

Se explora el impacto emocional de este hallazgo en la paciente, identificando la existencia de miedo anticipatorio al cáncer como causa del retraso en la consulta. Se refuerza la alianza terapéutica y se implica a la familia como red de apoyo ante el proceso diagnóstico y quirúrgico.

Se realiza educación sanitaria sobre fotoprotección, autoexploración cutánea y signos de alarma (regla ABCDE). Se aprovecha la intervención para consejo breve antitabaco, abordando factores de riesgo modificables desde una perspectiva integral y preventiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sospecha de melanoma frente a nevus azul, nevus atípico o queratosis seborreica pigmentada.

Problemas: lesión pigmentada sospechosa, ansiedad reactiva y tabaquismo activo.

Tratamiento, planes de actuación

Interconsulta preferente a Dermatología, practicándose exéresis completa para estudio histológico y confirmándose melanoma de extensión superficial, Breslow 1 mm, sin ulceración (pT1b). Se amplían márgenes quirúrgicos (7 mm) y se realiza biopsia selectiva de ganglio centinela inguinal y ecografía, ambas noramles. Se programa seguimiento coordinado entre Dermatología y Atención Primaria.

Evolución

Buena evolución postquirúrgica, sin afectación ganglionar ni recidiva hasta la fecha.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La dermatoscopia en AP aumenta la precisión diagnóstica y optimiza la derivación. Este caso refleja cómo la competencia técnica, unida a la visión biopsicosocial, permite detectar precozmente un melanoma potencialmente curable.

El médico de familia ocupa una posición estratégica en la prevención, el diagnóstico temprano y el acompañamiento emocional, consolidando la continuidad asistencial como elemento clave en el pronóstico y la seguridad del paciente.

Palabras clave
Melanoma; dermatoscopia; diagnóstico precoz

Diplopía aguda en gestante: parálisis aislada del VI par como manifestación neurológica de preeclampsia

Martínez Antolínez F[1], Montes Vazquez M[2], Cuadrado Alburquerque C[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Diplopía binocular y desviación ocular de inicio súbito.

Historia clínica
Sin antecedentes personales relevantes ni tratamiento habitual.

Enfoque individual
Anamnesis:
Paciente de 35 años, gestante de 36 semanas en seguimiento por Obstetricia por preeclampsia, que consulta por visión doble binocular de 48 horas de evolución. Desviación ocular izquierda y dificultad para fijar la mirada. Asocia cefalea opresiva con fotofobia leve. Niega traumatismo craneoencefálico, fiebre, clínica tiroidea o consumo de fármacos neurotóxicos. Valorada el día previo por Oftalmología por molestias inespecíficas, sin hallazgos patológicos relevantes.
Exploración: TA 170/105 mmHg. No focalidad motora ni sensitiva. En la exploración oftalmológica se objetiva esotropía del ojo izquierdo en posición primaria y limitación para la abducción del mismo. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fondo de ojo sin papiledema.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente migrante procedente de Marruecos, recién incorporada al cupo. Barrera idiomática leve. Se refuerza educación sanitaria sobre signos de alarma obstétricos y neurológicos, asegurando comprensión mediante teletraducción.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: parálisis aislada del VI par craneal izquierdo en contexto de preeclampsia.
Diagnóstico diferencial: trombosis venosa cerebral, lesiones del tronco encefálico, hipertensión intracraneal, aneurismas, encefalopatía posterior reversible (PRES), esclerosis múltiple, miastenia gravis y causas infecciosas.
Identificación de problemas: necesidad de descartar etiología estructural o vascular urgente mediante neuroimagen.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento: oclusión ocular temporal para control sintomático de la diplopía y control inicial de cifras tensionales.
Plan de actuación: derivación hospitalaria urgente para valoración neurológica y realización neuroimagen.

Evolución
TC cerebral urgente sin evidencia de lesión estructural o vascular. Valorada por Neurología de guardia, que diagnostica como neuropatía isquémica secundaria a hipertensión asociada a preeclampsia. Se optimiza control tensional y se pauta corticoterapia oral en pauta corta. Resolución completa del déficit en aproximadamente dos semanas, sin recurrencias tras el parto.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La parálisis aislada del VI par craneal puede ser una manifestación neurológica infrecuente de la preeclampsia. La diplopía aguda en gestantes obliga a descartar causas intracraneales urgentes mediante neuroimagen. El control estricto de la presión arterial es el pilar terapéutico.
El pronóstico suele ser favorable y autolimitado una vez tratada la causa subyacente.
La sospecha clínica precoz desde Atención Primaria es clave para una derivación adecuada y segura.

Palabras clave
Diplopía; VI par craneal; Preeclampsia; Atención Primaria.

Cuando lo conocido nos ciega: deterioro cognitivo en paciente con Parkinson y diagnóstico tardío de glioblastoma

Bustya O, Caba Martín A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria urbana, en seguimiento longitudinal de paciente con enfermedad neurológica crónica.

Motivos de consulta

Mujer de 59 años que consulta por pérdida de memoria, enlentecimiento cognitivo, distimia, cefalea progresiva e inseguridad al levantarse y sentarse, sin caídas.

Historia clínica

Antecedentes de parkinsonismo desde hacía 4 años, HTA, hipotiroidismo, dislipemia y depresión. En tratamiento con levodopa/carbidopa, rasagilina, antihipertensivos, levotiroxina, estatina, antidepresivo y benzodiacepina. El esposo refería cambios conductuales recientes, menor iniciativa y reducción de la actividad diaria. Se solicitó analítica para descartar causas reversibles, sin hallazgos significativos, y se realizó derivación preferente a Neurología.

Enfoque individual

Inicialmente se interpretó el cuadro dentro de la posible evolución de la enfermedad de Parkinson, considerando deterioro cognitivo asociado o demencia concomitante. Neurología indicó estudio con TAC y posterior RM, manteniendo tratamiento. En una consulta posterior en Atención Primaria no se revisó activamente el informe del TAC ya realizado, en un contexto de revisión hospitalaria aplazada.

Enfoque familiar y comunitario

La presencia de los familiares permitió objetivar deterioro funcional progresivo y cambios conductuales. El caso puso de manifiesto limitaciones en la continuidad asistencial y fragmentación de la información entre niveles, con ausencia de revisión sistemática de pruebas disponibles.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Juicio inicial: síndrome parkinsoniano con deterioro cognitivo leve.
Diagnóstico diferencial: progresión de EP, demencia tipo Alzheimer, efectos farmacológicos, depresión mayor, lesión estructural intracraneal.
Problemas identificados: posible sesgo de anclaje diagnóstico y fragmentación asistencial.

Tratamiento, planes de actuación

Mantenimiento de tratamiento neurológico, estudio complementario y seguimiento compartido con Neurología. No se realizaron modificaciones terapéuticas en Atención Primaria ante la estabilidad analítica.

Evolución

Semanas después presentó empeoramiento clínico con aumento de cefalea y alucinaciones visuales. Acudió a Urgencias, donde TAC con contraste mostró lesión ocupante de espacio temporobasal derecha con crecimiento respecto a estudio previo, sugestiva de glioblastoma. Ingresó para tratamiento quirúrgico.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

La presencia de enfermedad crónica puede favorecer sesgos cognitivos que retrasen nuevos diagnósticos. En Atención Primaria es clave reevaluar cambios evolutivos atípicos, revisar activamente pruebas disponibles y reforzar la continuidad asistencial. La cefalea progresiva asociada a deterioro cognitivo constituye signo de alarma, incluso en pacientes neurológicos conocidos.

Palabras clave
Enfermedad de Parkinson; deterioro cognitivo; sesgo diagnóstico; continuidad asistencial; glioblastoma; Atención Primaria.

Hipervitaminosis B12 incidental: abordaje diagnóstico y seguimiento desde Atención Primaria

Martínez Antolínez F, Cuadrado Alburquerque C, García Barbarroja A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hipervitaminosis B12 en analítica de control anual.

Historia clínica
HTA en tratamiento con enalapril 10 mg/24 h. Apendicectomía en la adolescencia.

Enfoque individual
Anamnesis: paciente de 68 años que presenta elevación marcada de vitamina B12 en analítica de control anual. Niega consumo de suplementos vitamínicos, bebidas energéticas, cambios dietéticos recientes o automedicación. Asintomático. Niega pérdida ponderal, fiebre, sudoración nocturna, astenia ni clínica digestiva, neurológica o urinaria.
Exploración: buen estado general. Abdomen globuloso, depresible e indoloro, sin adenopatías ni visceromegalias palpables. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica sin hallazgos relevantes.
Pruebas complementarias: vitamina B12 4570 pg/ml (VN 180–900). Hemograma, perfil hepático y función renal en rango.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente con escasa frecuentación sanitaria, acude únicamente a controles puntuales y revisiones administrativas. Dificultad para la comprensión de información sanitaria y tendencia inicial a minimizar la importancia del seguimiento al encontrarse asintomático. Se explica el significado del hallazgo y la necesidad de seguimiento, evitando alarmismo y favoreciendo adherencia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: hipervitaminosis B12 aislada en estudio etiológico.
Diagnóstico diferencial: síndromes mieloproliferativos, neoplasias sólidas (especialmente hepáticas), hepatopatías crónicas, insuficiencia renal, enfermedades autoinmunes y procesos inflamatorios/infecciosos recientes.
Identificación de problemas: ausencia de algoritmos claros de manejo en Atención Primaria y potencial valor como marcador biológico de enfermedad sistémica.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento: no precisa tratamiento inicial.
Plan de actuación: se repite analítica confirmando niveles de vitamina B12 >1500 pg/ml. Frotis de sangre periférica sin alteraciones hematológicas. TC abdominal preferente sin hallazgos patológicos relevantes.

Evolución
Seguimiento durante 18 meses con analíticas de control cada 6 meses, permaneciendo asintomático y con descenso progresivo de cifras de vitamina B12 manteniéndose elevadas. Ecografía abdominal anual sin nuevos hallazgos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La hipervitaminemia B12 suele ser un hallazgo incidental y generalmente sin relevancia clínica.
Debe considerarse marcador biológico potencial de enfermedad sistémica (aumento de proteínas transportadoras o liberación hepática) más que toxicidad vitamínica. El primer año concentra la mayor probabilidad diagnóstica de patología subyacente.
Se recomienda estudio inicial con hemograma, frotis periférico y evaluación hepatorrenal, asociando pruebas de imagen según persistencia y contexto clínico. No requiere tratamiento específico en ausencia de causa secundaria, siendo suficiente el seguimiento clínico.
La adecuada información al paciente junto con un seguimiento clínico protocolizado disminuye la incertidumbre percibida y evita la sobreutilización de recursos diagnósticos.

Palabras clave
Vitamina B12; Diagnóstico diferencial; Atención Primaria

Hipervitaminosis B12 aislada: abordaje diagnóstico y seguimiento desde Atención Primaria

Martínez Antolínez F, Cuadrado Alburquerque C, García Barbarroja A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Hipervitaminosis B12 en analítica de control anual.

Historia clínica
HTA en tratamiento con enalapril 10 mg/24 h. Apendicectomía en la adolescencia.

Enfoque individual
Anamnesis: paciente de 68 años que presenta elevación marcada de vitamina B12 en analítica de control anual. Niega consumo de suplementos vitamínicos, bebidas energéticas, cambios dietéticos recientes o automedicación. Asintomático. Niega pérdida ponderal, fiebre, sudoración nocturna, astenia ni clínica digestiva, neurológica o urinaria.
Exploración: buen estado general. Abdomen globuloso, depresible e indoloro, sin adenopatías ni visceromegalias palpables. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica sin hallazgos relevantes.
Pruebas complementarias: vitamina B12 4570 pg/ml (VN 180–900). Hemograma, perfil hepático y función renal en rango.

Enfoque familiar y comunitario
Paciente con escasa frecuentación sanitaria, acude únicamente a controles puntuales y revisiones administrativas. Dificultad para la comprensión de información sanitaria y tendencia inicial a minimizar la importancia del seguimiento al encontrarse asintomático. Se explica el significado del hallazgo y la necesidad de seguimiento, evitando alarmismo y favoreciendo adherencia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Juicio clínico: hipervitaminosis B12 aislada en estudio etiológico.
Diagnóstico diferencial: síndromes mieloproliferativos, neoplasias sólidas (especialmente hepáticas), hepatopatías crónicas, insuficiencia renal, enfermedades autoinmunes y procesos inflamatorios/infecciosos recientes.
Identificación de problemas: ausencia de algoritmos claros de manejo en Atención Primaria y potencial valor como marcador biológico de enfermedad sistémica.

Tratamiento, planes de actuación
Tratamiento: no precisa tratamiento inicial.
Plan de actuación: se repite analítica confirmando niveles de vitamina B12 >1500 pg/ml. Frotis de sangre periférica sin alteraciones hematológicas. TC abdominal preferente sin hallazgos patológicos relevantes.

Evolución
Seguimiento durante 18 meses con analíticas de control cada 6 meses, permaneciendo asintomático y con descenso progresivo de cifras de vitamina B12 manteniéndose elevadas. Ecografía abdominal anual sin nuevos hallazgos.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La hipervitaminemia B12 suele ser un hallazgo incidental y generalmente sin relevancia clínica.
Debe considerarse marcador biológico potencial de enfermedad sistémica (aumento de proteínas transportadoras o liberación hepática) más que toxicidad vitamínica. El primer año concentra la mayor probabilidad diagnóstica de patología subyacente.
Se recomienda estudio inicial con hemograma, frotis periférico y evaluación hepatorrenal, asociando pruebas de imagen según persistencia y contexto clínico. No requiere tratamiento específico en ausencia de causa secundaria, siendo suficiente el seguimiento clínico.
La adecuada información al paciente junto con un seguimiento clínico protocolizado disminuye la incertidumbre percibida y evita la sobreutilización de recursos diagnósticos.

Palabras clave
Vitamina B12; Diagnóstico diferencial; Atención Primaria

Nódulo pulmonar incidental tras atropello: una oportunidad para el diagnóstico precoz

González López M[1], Pérez Belmonte R[2], Galindo Cruz E[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campohermoso. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria.

Motivos de consulta
Renovación Incapacidad Temporal.

Historia clínica
Paciente de 60 años que acude para renovación de Incapacidad Temporal tras un atropello ocurrido un mes antes. En Urgencias no se objetivaron lesiones en las pruebas iniciales, aunque persiste dolor costal y cervical. La paciente refiere continuar con dolor en zona costal y cervical. Se encuentra en seguimiento por la Unidad de Accidentes de Tráfico donde está recibiendo fisioterapia y donde se ha realizado una prueba de imagen cuyo informe aporta en consulta. Al leerlo observamos que a parte de fracturas costales, describen un nódulo pulmonar.

Enfoque individual
Antecedentes de hipertensión y migraña; exfumadora desde hace 30 años; sin síntomas respiratorios ni síndrome constitucional. A la exploración presenta dolor en arcos costales izquierdos y musculatura cervical paravertebral. La radiografía simple no muestra lesiones agudas. El TC torácico identifica un nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho de 2×1 cm y fracturas costales izquierdas en consolidación. Analítica sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con su marido y tiene dos hijos ya independizados. Trabaja en ayuda a domicilio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Nódulo pulmonar a estudio. Este hallazgo incidental obliga a considerar causas malignas, incluyendo cáncer primario de pulmón y metástasis, así como etiologías infecciosas, procesos inflamatorios y otras lesiones pseudotumorales.

Tratamiento, planes de actuación
Realizamos una Teleconsulta a Neumología, que respondieron de forma precoz, atendiendo a la paciente en consulta y solicitando nuevas pruebas de imagen para determinar el origen de la lesión.

Evolución
Tras los resultados se determina el diagnóstico de neoplasia pulmonar primaria y se deriva a la paciente a la Unidad de Cirugía Torácica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada donde se le propone la realización de una lobectomía superior derecha.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
El hallazgo incidental de un nódulo pulmonar tras una prueba de imagen por atropello permitió el diagnóstico precoz de una neoplasia en una paciente asintomática. El caso destaca el papel de la Medicina de Familia en la interpretación de informes, la sospecha ante hallazgos inesperados y la coordinación rápida con especialidades. Además, subraya la utilidad de la teleconsulta y el acompañamiento clínico y emocional que ofrece el médico de familia ante diagnósticos de potencial gravedad.

Palabras clave
Nódulo pulmonar incidental; Atención Primaria; diagnóstico precoz

"Doctora, tengo una tos que no se me termina de quitar"

Lavarda Mendez P, Coronado Muñoz M, Sánchez Domínguez E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta
Tos crónica.

Historia clínica
Mujer de 50 años de edad, no fumadora y sin antecedentes patológicos de interés que consulta a su médico de familia para recoger los resultados de una analítica de control. Además, menciona que está molesta porque presenta tos no productiva de más de ocho semanas de evolución.

Enfoque individual
En la anamnesis dirigida niega síndrome catarral, disnea o fiebre; niega goteo postnasal o reflujo gastroesofágico, niega sudoración nocturna o pérdida de apetito aunque sí refiere pérdida no cuantificada de peso en los últimos meses. Niega contacto con TBC. A la exploración física se presenta eupneica y con auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos.
Dada la ausencia de otros síntomas, se decide realizar RX tórax, donde presenta aumento hiliar bilateral sugestivo de conglomerados adenopáticos subyacentes; por lo que su médico solicita cultivo y baciloscopia (BK) de esputo y se deriva a Neumología de forma preferente.

Enfoque familiar y comunitario
La tos crónica es un síntoma común que afecta a nuestros pacientes en su vida cotidiana, pudiendo provocar insomnio, molestias en familiares, ansiedad, reducción de la productividad laboral, incontinencia urinaria o síncope.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Debido a los antecedentes, la anamnesis y la exploración física, se descarta que la tos sea causada por procesos del tracto respiratorio superior, reflujo gastroesofágico, fármacos, asma o EPOC. El cultivo y BK en esputo son negativos descartando, por tanto, infección por TBC u otros microorganismos.
En consulta de neumología, se solicita TAC de tórax y abdomen, en el cuál no se observan nódulos ni masas sugestivas de tumores; además se solicita la enzima convertidora de angiotensina en analítica de sangre, con resultado alterado.
Dados los hallazgos, se realiza ecobroncoscopia con toma de muestra analizada en anatomía patológica, diagnosticando sarcoidosis.

Tratamiento, planes de actuación
Corticoterapia y seguimiento por Neumología.

Evolución
La paciente actualmente presenta sarcoidosis en estadio II.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La tos crónica es un síntoma muy frecuente en la consulta de atención primaria, que no debemos ignorar y nos obliga a realizar un correcto diagnóstico diferencial, solicitando, en caso de estar indicadas, pruebas complementarias con tal de descartar patologías graves como pueden ser tumores, metástasis o enfermedad pulmonar intersticial.

Palabras clave
Tos, sarcoidosis, adenopatías.

Abordaje de paciente con EPOC descompensado en Atención Primaria

López Peña A, Vargas Castillo G

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Ámbito del caso

Varón de 91 años con antecedente personal de EPOC y situación social complicada que le impide acudir al hospital de referencia, por lo que solicita visita a domicilio.

Motivos de consulta

El paciente refiere aumento de la disnea en los últimos 3 días.

Historia clínica

El paciente refiere que la disnea le impide realizar actividades básicas como vestirse o caminar dentro de casa. Además, desde ayer asocia esputo purulento y tos. Afebril, sin dolor torácico, ni otra sintomatología.

Antecedentes personales:

- Hipertensión arterial en tratamiento y Fibrilación auricular anticoagulada.
- EPOC enfisematoso grado 3 (clasificación GOLD), con disnea basal grado 2 (escala mMRC) desde hace más de 10 años.
- Fumador: 40 paquetes/año.

Enfoque individual

Se realiza una exploración física con buen estado general, consciente y orientado. Levemente taquipneico, con SatO2 88% (Previas 93%). TA 138/76 mmHg. FC 92 lpm,

AP: roncus y sibilantes bilaterales, aumentados en espiración.

No edemas en extremidades inferiores.

Enfoque familiar y comunitario

Se decide tratamiento en domicilio por negativa del paciente de traslado al hospital.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Reagudización de EPOC probablemente infecciosa, según criterios de Anthonisen (aumento de disnea, volumen y purulencia del esputo).

Los principales problemas son: edad avanzada, descenso de saturación, limitación funcional y situación social.

Tratamiento, planes de actuación

Tratamiento: broncodilatadores de acción corta (Salbutamol cada 4-6 horas, y se recuerda la técnica), corticoide sistémico (prednisona 30 mg/día 5 días) y antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. Además, solicitamos analítica de control y radiogradía de tórax, con nueva revisión en 48 horas.

Evolución

En la visita de control el paciente nos refiere franca mejoría clínica con situación actual similar a basal. A la exploración observamos SatO2 92% y a la auscultación disminución de roncus, con persistencia de sibilantes aisladas bibasales. Se acuerda continuar con el tratamiento, nueva revisión en 3 días y vacunación antigripal tras el cuadro agudo.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)

Destacar la importancia del tratamiento adaptado según las condiciones individuales, facilitando el acceso a servicios sanitarios incluso cuando no se puede desplazar y el manejo de enfermedades comunes pero muy limitantes.

Palabras clave
EPOC, infección,

Diarrea de larga evolución... ¿cuándo debe saltarnos la alarma?

Millán López A[1], Grande Ruiz A[2], Acuña Zambrano L[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doña Mercedes. Sevilla
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivar de Quintos. Sevilla

Ámbito del caso
Se trata de paciente valorado en consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Paciente de 54 años que consulta por diarrea de dos meses de evolución.

Historia clínica
Paciente de 54 años con antecedentes personales de alergia estacional que consulta por diarrea de dos meses de evolución junto con molestias digestivas inespecíficas y pérdida de peso no cuantificada.
Se realiza analítica sanguínea y de heces en la que destaca anemia leve junto con SOH positiva y calprotectina fecal elevada. Se solicita colonoscopia preferente y se realiza Teleconsulta a Digestivo quienes citan en consulta también presencialmente. En colonoscopia se objetiva en íleon tumoración submucosa, ulcerada, que genera estenosis de la luz del 50 % de la circunferencia, se toman biopsias y la AP describe hallazgos concordantes con Linfoma de alto grado.

Enfoque individual
Ante un paciente de 54 años con diarrea de más de 4 semanas de evolución, el abordaje en AP debe ser sistemático y orientado a descartar patología orgánica. De forma inicial se debe hacer una correcta anamnesis identificando los signos de alarma, una exploración física completa y solicitar analítica con RFA, Sangre Oculta en Heces y Calprotectina fecal.

Enfoque familiar y comunitario
La diarrea crónica es un motivo frecuente de consulta. La mayoría son causas funcionales, pero un pequeño porcentaje corresponde a:EII, Neoplasias y Linfomas. El reto comunitario es identificar correctamente ese pequeño grupo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Linfoma B difuso de células grandes.

Tratamiento, planes de actuación
Tras una valoración inicial si detectamos signos de alarma debemos plantear derivación preferente a Digestivo para estudio endoscópico y realizar un seguimiento activo hasta diagnóstico definitivo. Es esencial la comunicación ágil con atención especializada y continuidad asistencial tras diagnóstico.

Evolución
El paciente es remitido a Hematología y se diagnostica de Linfoma B difuso de célula grande con Inmunofenotipo Centro Germinal. En PET-TAC se objetiva masa mesentérica hipermetabólica que engloba asas intestinales, con afectación linfática infradiafragmática (x2). Se realiza ingreso para comenzar esquema de QT.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Ante un paciente con diarrea crónica la clave desde AP es la detección precoz de signos de alarma.
La solicitud adecuada de pruebas básicas y la derivación preferente puede acelerar el diagnóstico. La continuidad asistencial y el acompañamiento del paciente son fundamentales.

Palabras clave
Diarrea. Linfoma. Alarma.

Bultoma esternoclavicular en mujer de 68 años

Morales López L[1], Carmona Navas Y[1], Rodríguez Benítez R[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Fe. Santa Fe (Granada)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso
Consulta de medicina de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Acude a consulta una paciente por bultoma en articulación esternoclavicular derecha de unos 4 cm de un mes de evolución, doloroso y duro a la palpación. Lo relaciona con la recogida de espárragos.

Historia clínica
Paciente estable. No datos de infección. Se realiza ecografía clínica en consulta, tiroides de aspecto normal, no adenopatías, vasos sin hallazgos. Sobre articulación no se observa derrame ni otros signos de infección.

Enfoque individual
Paciente de mediana edad, que acude preocupada por su patología de nueva aparición, teniendo en cuenta el contexto de bultomas y la preocupación por la posibilidad de malignidad. Debemos descartar esa primera posibilidad de forma rápida y eficaz.

Enfoque familiar y comunitario
Al ser una paciente trabajadora del campo, hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones no puede permitirse bajas médicas para el reposo y valorar evolución de los síntomas hasta que acaba la temporada. Facilitar visitas de seguimiento es otro punto clave del manejo de esta paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Valoramos en primer lugar entesopatía así como monoartritis reactiva a esfuerzo físico o manifestación localizada de enfermedad sistémica. Descartar masa tumoral primaria osteomuscular. Solicitamos RMN de hombro para filiar bultoma y analítica de sangre (AS) con perfil reumático. En RMN se observan cambios inflamatorios en articulación con quistes subcondrales. En AS destaca Factor Reumatoide (FR) positivo y VSG y PCR negativas.

Tratamiento, planes de actuación
Tras 8 meses de estudio, finalmente con pruebas complementarias se orienta hacia artritis esternoclavicular con factor reumatoide positivo con sospecha de síndrome de Sapho (sinovitis, acné, hiperostosis, osteitis), se inicia tratamiento con metotrexato y antiinflamatorios por parte de Reumatología.

Evolución
La paciente tras 6 meses con tratamiento comenzó a mostrar mejoría con resolución completa al año, sin secuelas físicas, ni limitación funcional. Deprescribimos antiinflamatorios por nuestra parte y está pendiente de nueva valoración por Reumatología.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Importante entender el contexto en el que aparecen los síntomas teniendo en cuenta situación social y laboral y posibilidades reales de acceso a la sanidad que tiene cada paciente. Realizar un acompañamiento desde primer momento y asegurar seguimiento completo es primordial en la evolución del paciente.

Palabras clave
Monoarticular arthritis; sapho syndrome ;rheumatoid factor.

Deprescribir para diagnosticar: iatrotenia en el anciano

Arias García A[1], Carmona Navas Y[2], Morales López L[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Armilla (Granada)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso
Atención Primaria, aparato digestivo.

Motivos de consulta
Diarrea crónica con pérdida ponderal y deterioro funcional progresivo.

Historia clínica
Varón de 81 años, jubilado, con múltiples patologías: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva con IC preservada, EPOC leve, hiperplasia benigna de próstata, dislipemia y artrosis lumbar. Tratamiento habitual: metformina, empagliflozina, atorvastatina, Olmesartán, furosemida, apixabán, tamsulosina, salmeterol/fluticasona inhalado y paracetamol.
Consulta por diarrea acuosa (4–6 deposiciones/día) de 3 meses, pérdida de 9 kg y astenia. Reduce actividades sociales por urgencia fecal. Niega fiebre o viajes recientes. Exploración: iMC 21 kg/m² (previo 26), mucosas discretamente secas, abdomen anodino. Se realizan:

- Analítica: anemia normocítica leve, hipoalbuminemia e hipopotasemia. Coprocultivos negativos. Antitransglutaminasa negativa.
- Gastroscopia y colonoscopia con biopsias: atrofia vellositaria con linfocitosis intraepitelial.

Enfoque individual
El paciente expresa miedo a neoplasia y frustración por la falta de mejoría. También se explora la limitación de actividades sociales por urgencia fecal.
Se realiza reevaluación centrada en la persona, explorando expectativas y revisando conjuntamente su medicación crónica.

Enfoque familiar y comunitario
Convive con esposa, principal cuidadora. Riesgo de fragilidad por desnutrición y pérdida funcional. Seguimiento coordinado médico-enfermería para control nutricional y prevención de complicaciones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Problemas: diarrea crónica, pérdida ponderal significativa, malnutrición incipiente, polimedicación-riesgo de iatrogenia.
Diagnóstico diferencial: celiaquía seronegativa, neoplasia digestiva, colitis microscópica, insuficiencia pancreática, enteropatía por fármacos.
Ante la ausencia de respuesta a dieta sin gluten, se sospecha enteropatía asociada a ARA-II.

Tratamiento, planes de actuación
Se inicia dieta sin gluten ante sospecha de posible celiaquía seronegativa (sin mejoría tras 6 semanas) y se deriva a Digestivo para valoración. Se sustituye el tratamiento con Olmesartán por calcioantagonista. Retirada de dieta sin gluten. Seguimiento clínico y analítico en AP.

Evolución
Resolución completa de la diarrea en 4 semanas, recuperación ponderal progresiva y normalización analítica a los 3 meses.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La enteropatía asociada a ARA-II puede simular celiaquía años después de iniciar el tratamiento. En ancianos con diarrea crónica, la revisión sistemática de la medicación debe formar parte del algoritmo diagnóstico. Este caso recuerda que no siempre es necesario añadir pruebas o fármacos: revisar, simplificar y deprescribir también es diagnosticar; la receta puede ser tanto el problema como la solución.

Palabras clave
Diarrea crónica; Enteropatía inducida por fármacos; Olmesartán; Polimedicación; Deprescripción; Atención Primaria.

Más allá de lo frecuente: Paget óseo como ejemplo de diagnóstico diferencial de dolor óseo crónico

Coronado Muñoz M, Lavarda Mendez P, Marchena Peña P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso
Atención Primaria y Multidisciplinar.

Motivos de consulta
Mujer de 70 años de edad que acude por dolor óseo en múltiples zonas.

Historia clínica
La paciente acude a consulta de Atención Primaria refiriendo meses de dolor en regiones corporales de características mecánicas. Entre los antecedentes personales encontramos hipotiroidismo subclínico y acúfenos.

Enfoque individual
En la anamnesis nos describe dolor generalizado, predominantemente dorso-lumbar y bilateral de hombros de meses de evolución, intensificado en últimas semanas y con empeoramiento nocturno. A nuestra exploración, no encontramos hallazgos patológicos de interés.
Se pide analítica sanguínea (obteniendo fosfatasa alcalina en 754), calcio estable y marcadores tumorales negativos. Ante estos hallazgos, se pide segundo control de fosfatasa (nuevamente elevada), TAC toraco-abdominal y radiografías óseas de columna y hombros, viéndose un aspecto óseo trabeculado. Asimismo, se realiza teleconsulta a Medicina Interna, quien pide propéptido n-terminal (elevado) y gammagrafía ósea en la que se observa aumento de la captación de gran intensidad en zonas como calota, órbitas y vértebras; siendo compatible con enfermedad ósea metabólica.

Enfoque familiar y comunitario
Ante dolores óseos persistentes en personas de mediana edad, debemos incluir fosfatasa alcalina en el estudio para descartar metástasis óseas de tumores primarios no diagnosticados, junto con marcadores y pruebas radiológicas, sin olvidarnos también de otras patologías.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
El resultado de las pruebas junto con la clínica, indican un diagnóstico compatible con Enfermedad de Paget Ósea. Dentro del diagnóstico diferencial incluimos metástasis óseas, que también cursan con dolor y elevación de fosfatasa alcalina.

Tratamiento, planes de actuación
Ante esto, el Médico Internista pauta tratamiento con ácido zoledronico semestral hasta normalización de parámetros con control analítico en 6 meses.

Evolución
La paciente refiere mejoría clínica tratamiento; pendiente de control analítico y TAC.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Aunque menos frecuente, es importante conocer la Enfermedad de Paget Ósea desde Atención Primaria, con recambio óseo acelerado que engrosa hueso y lo deforma, generando dolor o fracturas junto con elevación de fosfatasa alcalina y con gran comorbilidad musculo-esquelética, metabólica, cardiovascular, neurológica y neoplásica.

Se refuerza el papel clave y enfoque integral de la Medicina Familiar, recordándonos que, más allá de lo frecuente, no debemos olvidar otras entidades, manteniendo así una visión amplia del dolor óseo crónico.

Palabras clave
Artralgia, Fosfatasa Alcalina, Radiología.

Urgencias dermatológicas en Atención Primaria. Dermatosis pustulosa

Morales López L, Arias García A, Carmona Navas Y

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Fe. Santa Fe. Granada

Ámbito del caso
Urgencias de SUAP de Atención Primaria.

Motivos de consulta
Acude a Urgencias del CS paciente de 14 años con Antecedente Personal de Dermatitis atópica por lesiones en tronco y brazos de una semana de evolución. Escasamente pruriginosas.

Historia clínica
A la anamnesis niega clínica infecciosa previa, toma de medicamentos recientes, ni exposición a animales ni vegetación. No lesiones similares en convivientes.

Enfoque individual
A la exploración presenta lesiones ampollosas y placas anulares con borde sobreelevado, algunas ulceradas, de predominio en hemiabdomen y miembro superior izquierdo. Afectación tronco, miembros superiores y cara. Lesiones de rascado. Respeta las palmas. Sin lesiones en mucosas ni ungueales asociadas.

Enfoque familiar y comunitario
Al sospechar patología infecciosa cutánea grave, se deriva a urgencias hospitalarias para que sea valorado por dermatología. Con la exploración sospechan erupción variceliforme de Kaposi, infección cutánea diseminada causada por el VHS-1. Se toma PCR y se pauta Valaciclovir, Augmentine y Fucibet tópico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
El diagnóstico diferencial en este tipo de lesiones se debe pensar en infecciones bacterianas primarias de la piel (impétigo), varicela, la dermatitis herpetiforme, las dermatitis medicamentosas, el *Molluscum contagiosum* y el empeoramiento de la dermopatía de base si la hubiera.

Tratamiento, planes de actuación
Finalmente en la biopsia cutánea se definieron las lesiones como dermatosis pustulosa subcórnea, instaurando tratamiento con dapsona y corticoides tópicos y sistémicos.

Evolución
Mejoró considerablemente con el tratamiento pautado de corticoides y dapsona. Se redujeron progresivamente hasta dosis mínima efectiva.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Destacar la importancia de que simplemente con una buena anamnesis y exploración desde atención primaria se puede orientar el diagnóstico de la patología hacia la entidad más probable aunque finalmente se necesite de pruebas confirmatorias a nivel hospitalario.

Palabras clave
dermatitis pustulosa, dermatitis herpetiforme.

Más allá de los síntomas

Ruiz Victoria M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pueblo de Vícar. Almería

Ámbito del caso
Varón de 44 años. Profesión: informático. Acudió primero al servicio de urgencias y posteriormente, en dos ocasiones a su médico de familia.

Motivos de consulta
hematuria macroscópica + dolor abdominal en FRD irradiado a HD, intermitente y de varios días de duración. Afebril sin otra sintomatología asociada.

Historia clínica
Antecedentes personales: HTA controlada y cólico renal en 2023. Sin antecedentes familiares de interés ni intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: enalapril 10mg. No hábitos tóxicos.
Diagnosticado de cólico renal derecho en urgencias con tratamiento analgésico pautado y notable mejoría clínica. Rx abdomen: pequeña litiasis a nivel de uréter derecho sin signos de obstrucción ni complicación. Analítica sanguínea normal, sin alteración de la función renal.
Recurrencia de los síntomas con mayor intensidad tras terminar tratamiento, por lo que acude a su médico, modificando tratamiento analgésico.
Se solicita ecografía abdomen: pólipo vesicular y LOE renal derecha, inespecífica a valorar mediante estudios complementarios. Litiasis renal derecha.
Derivación a Urología quien solicita TC toracoabdominopélvico.

Enfoque individual
se le ofrece apoyo psicológico tras comunicarle la mala noticia que por el momento el paciente rechaza

Enfoque familiar y comunitario
cuenta con la ayuda y soporte de su pareja (cinviviente) y familia política

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Quiste renal vs tumor renal
Se trata una masa renal derecha compatible con carcinoma de células renales T3a, sin metástasis a distancia. Micronódulo pulmonar indeterminado a vigilar

Tratamiento, planes de actuación
pendiente de intervención preferente por parte de Urología

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
Importancia del seguimiento y atención continuada del paciente en AP ante el empeoramiento de una sintomatología
Tener siempre presentes los síntomas y signos de alarma, y la necesidad de solicitar más pruebas complementarias
La importancia de explicar SIEMPRE los síntomas y signos de alarma ante los cuales deben de volver consultar con su médico

Palabras clave
hematuria; carcinoma; renal

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

CASOS CLÍNICOS:
OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Torremolinos Málaga 2026

Malestar psicosocial en mujer cuidadora: intervención desde trabajo social con perspectiva de género en Atención Primaria

Martos Aznarte G[1], Jiménez Felices C[2]

[1] Trabajadora Social. CS Oliveros. Almería
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Oliveros. Almería

Ámbito del caso
Atención Primaria urbana. Derivación interna desde Medicina de Familia a Trabajo Social Sanitario ante hiperfrecuentación y sintomatología somática sin hallazgos orgánicos relevantes.

Motivos de consulta
Cefaleas persistentes, insomnio, fatiga y dolor inespecífico. Más de 10 consultas en 6 meses. Inicio reciente de ansiolítico. Sensación subjetiva de "no poder más".

Historia clínica
Mujer de 54 años, cuidadora principal de madre dependiente. Sobrecarga de cuidados, escasa corresponsabilidad familiar y red de apoyo limitada. Sin antecedentes psiquiátricos previos.

Enfoque individual
Entrevistas de apoyo, identificación de determinantes sociales, análisis del malestar desde perspectiva de género y fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y autocuidado.

Enfoque familiar y comunitario
Orientación sobre recursos del Sistema de Dependencia, promoción de corresponsabilidad familiar e incorporación a grupo socioeducativo de mujeres. Activación de red comunitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas
Malestar psicosocial reactivo a sobrecarga de cuidados. Se descarta trastorno depresivo mayor y patología orgánica. Riesgo de cronificación y medicalización innecesaria

Tratamiento, planes de actuación
Intervención psicosocial estructurada, coordinación interdisciplinar y seguimiento. Revisión periódica de necesidad farmacológica. Activación de apoyos formales.

Evolución
Disminución de hiperfrecuentación, mejora del descanso y reducción progresiva de ansiolíticos a los cuatro meses. Mayor percepción de autoeficacia.

Conclusiones (y aplicabilidad para la medicina de familia)
La detección precoz del malestar vinculado a desigualdades de género permite evitar cronificación y optimizar recursos. El Trabajo Social es clave en el modelo biopsicosocial de Atención Primaria

Palabras clave
Atención Primaria; Trabajo Social Sanitario; Determinantes Sociales de la Salud; Perspectiva de Género; Malestar Psicosocial; Hiperfrecuentación.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

EXPERIENCIAS: MÉDICO RESIDENTE

Torremolinos

Málaga 2026

Procedimiento de tramitación no presencial mediante código QR/app: propuesta de pilotaje escalable

Jibaja Mundaca J[1], Pugnaire Sáez M[2], Cobo Burgos S[2], Calle Villegas M[1]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Baza. Baza (Granada)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Objetivos de la experiencia

- Mejorar la accesibilidad, reducir colas y tiempos de espera en consultas de Medicina de Familia en zonas rurales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), donde con frecuencia no existe apoyo administrativo y la carga asistencial recae en médicos y enfermeros.
- Facilitar la resolución eficiente de gestiones repetitivas y de baja complejidad, manteniendo seguridad del paciente y su seguimiento.

Descripción de la experiencia

Se propone implantar un procedimiento de tramitación no presencial, mediante un código QR o APP visible en la puerta del consultorio y/o cartelería del centro. Desde allí el paciente accede desde su móvil a un formulario estructurado (por ejemplo Google Forms con volcado automático a una hoja tipo Excel), donde registra su identificación, tipo de solicitud y motivo. Gestiones contempladas: renovación de medicación crónica, renovación/gestión de partes de baja, consultas administrativas o clínicas no urgentes susceptibles de respuesta diferida. También una alternativa presencial/telefónica para pacientes con baja alfabetización digital o dificultades especiales. Las solicitudes quedan registradas en una bandeja de entrada y se revisan en bloques de tiempo definidos por el profesional, permitiendo resolución en lote: renovación en receta electrónica, emisión/actualización del parte o reconducción a cita/llamada si precisa. Como evolución, se plantea integrar una herramienta corporativa del SAS (portal/app institucional) y apoyo de IA para clasificar solicitudes y preparar borradores, siempre con validación final médica.

Conclusiones

Propuesta sencilla, de bajo coste y potencialmente útil para disminuir carga laboral, ordenar la demanda y mejorar la trazabilidad en esta era tecnológica en la que nos encontramos

Aplicabilidad

Idónea para proyectos piloto en Medicina de Familia rural del SAS, con evaluación de impacto y escalado progresivo a nivel provincial/autonómico y, si demuestra utilidad, extensión a otros ámbitos asistenciales.

Palabras clave
Tecnología, Innovación

Resultado antomopatológico inesperado en cirugía menor

Baca López L[1], Rodríguez Moyano C[2], Maculet Rey A[2], Leal Vallejo F

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda (Málaga)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Mollina. Málaga

Objetivos de la experiencia

Describir un resultado no esperado al analizar la pieza quirúrgica en Cirugía menor.

Descripción de la experiencia

Realizamos cirugía menor de una sospecha diagnóstica de tumoración redondeada sugestiva de lipoma, en un paciente en cara lateral de rodilla izquierda. Al recibir el resultado no corresponde con la sospecha diagnóstica previa a la extirpación completa de la lesión. El diagnóstico anatomopatológico fue angioleiomioma.

Conclusiones

A pesar de que las lesiones redondeadas y rodaderas subcutáneas de contenido no quístico suelen corresponder a lipomas, existen otras lesiones como por ejemplo, este tumor benigno poco frecuente, originado en las células del músculo liso de los vasos sanguíneos, generalmente de las extremidades inferiores.

Aplicabilidad

La existencia de tumoraciones subcutáneas benignas distintas a los quistes de inclusión epidérmica, quistes sebáceos y lipomas son poco frecuentes pero a veces son hallazgos diagnósticos inesperados en atención primaria. Sería de aplicabilidad el empleo de técnicas de ultrasonido previas a la extirpación en caso de duda diagnóstica.

Palabras clave
Angioleiomyoma, minor surgery, primary care

Alteración del lenguaje como manifestación de trastorno adaptativo en un paciente con deterioro cognitivo leve: reporte de un caso

Beriguete Gómez E[1], Cañaveras León E[2]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares A Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Objetivos de la experiencia

Analizar el abordaje diagnóstico ante una alteración aguda del lenguaje en un paciente anciano con antecedentes neurológicos y psiquiátricos, destacando la importancia del diagnóstico diferencial entre patología neurológica estructural y trastornos funcionales. Asimismo, se pretende resaltar la influencia de factores emocionales en la aparición de síntomas neurológicos simuladores y la relevancia del manejo multidisciplinar en la orientación diagnóstica y terapéutica.

Descripción de la experiencia

Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, trastorno ansioso-depresivo, deterioro cognitivo leve y parkinsonismo farmacológico, que contacta con emergencias por episodio de ansiedad intensa y llanto persistente. En la valoración inicial se objetiva alteración del lenguaje compatible con afasia motora, lo que motiva la activación del Código Ictus y traslado hospitalario.

Las pruebas de neuroimagen iniciales mostraron hallazgos compatibles con lesión isquémica crónica, sin evidencia de patología aguda. Durante el ingreso, el paciente permaneció clínicamente estable y los estudios complementarios no revelaron causa orgánica. Tras evolución favorable y valoración por Psiquiatría, se estableció el diagnóstico de trastorno adaptativo con arresto del lenguaje, en el contexto de estrés emocional significativo reciente.

Conclusiones

La alteración aguda del lenguaje en el paciente anciano representa un reto diagnóstico. Este caso evidencia la importancia de considerar etiologías funcionales cuando se descarta patología estructural, así como la influencia del estrés emocional en la aparición de síntomas neurológicos simuladores. El abordaje multidisciplinar permitió una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica.

Aplicabilidad

Este caso resalta la necesidad de un enfoque integral ante síntomas neurológicos agudos, optimizando el diagnóstico diferencial y evitando intervenciones innecesarias. La coordinación entre Urgencias, Neurología y Psiquiatría mejora la calidad asistencial, y la intervención psicoterapéutica junto con rehabilitación del lenguaje favorece la recuperación funcional y emocional del paciente.

Palabras clave
Trastorno adaptativo; afasia funcional; alteración del lenguaje; ictus; deterioro cognitivo leve; abordaje multidisciplinar.

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

EXPERIENCIAS: OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Málaga 2026

Co-creación de actividades entre pacientes y profesionales para mejorar adherencia y prevenir iatrogenia: experiencia de una jornada participativa

Cunalema Fernández J[1], Cabrera Domínguez G[2], Conforto López P[2], Miguez Devesa C[2]

[1] Enfermero. Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga
[2] UDMAFyC Distrito AP Málaga Guadalhorce

Objetivos de la experiencia

Favorecer un espacio compartido entre pacientes, profesionales sanitarios e investigadores para fortalecer la prevención de iatrogenia (PI) y la mejora de la adherencia a la medicación (AM), impulsando una atención más humanizada y la transferencia a la práctica en el marco del proyecto STOPIATRO-Andalucía.

Descripción de la experiencia

Jornada conjunta pacientes–profesionales que integró tres actividades secuenciales: 1) Sesión formativa sobre cómo promover cambios de conducta relacionados con la AM, con ejemplos aplicados al contexto clínico; el contenido se grabó para facilitar su reutilización posterior; 2) Espacio de diálogo estructurado en torno a respuestas previamente recogidas en asociaciones de pacientes mediante un formulario estructurado, abordadas por un panel multidisciplinar sugerido por los respondentes (medicina, enfermería, farmacia y psicología), favoreciendo una conversación centrada en necesidades reales; 3) Taller de co-creación (inteligencia colectiva) en grupos mixtos para avanzar en el diseño de tres acciones piloto a implementar: contenidos para una herramienta visual para la transición al alta ("Me estoy preparando para el alta"), contenidos y formatos de futuras charlas en asociaciones de pacientes, y revisión colaborativa de infografías sobre derechos en seguridad del paciente, envejecimiento saludable y prevención de dependencia iatrogénica en el ingreso hospitalario. El diseño permitió transformar necesidades compartidas en propuestas operativas en una única sesión, facilitando su pilotaje y adaptación a otros entornos.

Conclusiones

Esta actividad refuerza la viabilidad de un formato participativo orientado a soluciones prácticas. La combinación de formación breve, diálogo y co-creación favorece la participación y el entendimiento mutuo entre pacientes y profesionales, alinea prioridades y genera materiales y acciones piloto concretas para su pilotaje en la práctica real.

Aplicabilidad

Experiencia replicable en otros entornos mediante: convocatoria con asociaciones, recogida previa de preguntas, panel interdisciplinar, y co-diseño de materiales/herramientas breves integrables en la rutina asistencial.

Palabras clave
Iatrogenic Disease; Medication Adherence; Patients

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

EXPERIENCIAS DOCENTES: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

¿De dónde venimos para saber a dónde vamos? La historia de la Atención Primaria como motor de cambio y reflexión profesional

De La Carrera Rodríguez M[1], Pérez Díaz H[2], Sánchez González A[3], Giménez Yeste M[4]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Osuna. Sevilla
[3] FEA Traumatología. Hospital de Utrera. AGS Sur de Sevilla. Sevilla
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Clara Campoamor. Sevilla

Objetivos de la experiencia

El objetivo principal es diseñar e implementar una actividad formativa innovadora centrada en la historia de la Atención Primaria (AP) y la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en España. Se busca fomentar la reflexión crítica sobre la situación actual de crisis y sobrecarga asistencial, promoviendo la participación activa y el fortalecimiento de la identidad profesional de los médicos de familia.

Descripción de la experiencia

Se trata de un curso dinámico estructurado en cuatro bloques temáticos de una hora cada uno, diseñado por el Grupo Clara Campoamor. El programa aborda cronológicamente la AP antes de la reforma, la creación de la especialidad, la historia de los Centros de Salud y las figuras clave de la disciplina.

La metodología rompe con el formato magistral tradicional mediante:

- Elementos motivadores: uso de audios o vídeos de conversaciones reales entre facultativos tras la jornada laboral.
- Estructura participativa: cada bloque incluye un diálogo inicial de 10 minutos, una síntesis histórica breve (15 minutos) y un tiempo dedicado al debate abierto.

Esta estructura permite contextualizar los problemas actuales como fenómenos con raíces históricas, facilitando un análisis profundo sobre el presente y futuro de la profesión.

Conclusiones

La historia de la AP demuestra ser una herramienta docente eficaz para la reflexión crítica. Las metodologías participativas aumentan la implicación de los profesionales y permiten identificar la necesidad de medidas innovadoras para mejorar la práctica médica y la satisfacción profesional ante los retos actuales.

Aplicabilidad

Esta experiencia es replicable en Unidades Docentes, equipos de Atención Primaria o formación de grado. Permite analizar proyectos de mejora ya existentes y sirve de base para generar estrategias que combatan el descontento profesional a través del autoconocimiento histórico de la especialidad.

Palabras clave
Atención Primaria, Innovación docente, Identidad Profesional

Aprender medicina comunitaria durante el grado en medicina

Zapata Martínez I[1], Martín Montañez E[2], Guerrero Del Cueto F[3], Cabello Porras M[4]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga
[2] Profesora Titular. Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga
[3] Pediatra. Hospital Regional Universitario de Málaga. Profesora Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga
[4] Profesora Titular. Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos de la experiencia

La Medicina Comunitaria es una de las áreas menos presentes en los planes de estudio del grado en Medicina. Por este motivo, en nuestra universidad se decidió incluir la asignatura de Medicina Social y Participativa en el plan. El objetivo principal es transmitir al estudiantado el concepto de salud colectiva y la relevancia de los determinantes sociales de la salud, como base para formar médicos capaces de asumir su papel como promotores.

Descripción de la experiencia

Partiendo de una base teórica en la que se abordan los conceptos de medicina social y participativa, los determinantes sociales, los derechos en salud, la equidad, la perspectiva de género y el papel del médico y de la comunidad como corresponsables del bienestar. Posteriormente, el alumnado realiza prácticas junto a la trabajadora social y la enfermera gestora de casos de Atención Primaria, para conocer el abordaje multidisciplinar de los problemas de salud. Finalmente, completan una rotación en un centro sociosanitario que atiende a colectivos de pacientes en situación de vulnerabilidad.

Aplicando la metodología de Aprendizaje-Servicio y la perspectiva salutogénica como eje vertebrador, el alumnado desarrolla un proyecto en que elaboran un mapa de activos en salud para los pacientes del centro, con el fin de facilitar su conexión con los recursos comunitarios.

Conclusiones

La Medicina Comunitaria resulta fundamental para la formación de médicos que comprendan el contexto social de sus pacientes e intervengan no solo a nivel individual, sino también en el ámbito comunitario, favoreciendo una atención más integral.

Aplicabilidad

La incorporación de estas competencias en el grado en Medicina permite al estudiantado adquirir herramientas para identificar recursos comunitarios, trabajar en equipo con profesionales y diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades de la población, aspectos clave para ejercer una práctica centrada en la persona y para la formación de médicos, independientemente de la especialidad.

Palabras clave
medicina comunitaria, educación médica, determinantes sociales

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

Proyecto no hacer – uso inadecuado de paracetamol 1 g

León Dugo A, Castro Martin E

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

Objetivos

Reducir un 40 % las prescripciones inadecuadas de paracetamol 1 g mediante intervenciones combinadas en formación, prescripción, sistemas de apoyo clínico y abastecimiento farmacéutico.

Material y métodos

Justificación

- Impacto clínico directo: reducción de hepatotoxicidad y RAM evitables.
- Coincide con Estrategia de Seguridad del Paciente, Uso Racional del Medicamento y líneas del SAS.
- Bajo coste / Alto impacto: las intervenciones no requieren inversión económica.
- Visibilidad para el Distrito: posiciona al Distrito como referente en implantación real de recomendaciones "No Hacer".
- Rapidez de implementación: el cambio puede observarse en ≤ 3 meses.

Intervenciones Propuestas

1. Formación-clave (1 trimestre)
   - Sesión de 20 minutos para todos los MF.
   - Dossier resumido con evidencia + mensajes clave.
2. Feedback individualizado (mensual / trimestral)
   - Envío de informe a cada profesional con su % de 1 g vs 650 mg.
   - Reuniones breves para casos de alta variabilidad.
3. Educación al paciente
   - Ficha breve: "Por qué te pautamos 650 mg".
   - Introducción del mensaje en atención telefónica, continuidad y crónicos.

Cronograma

Trimestre Actuación

- Primero 2026 Auditoria inicial + Formación
- Segundo 2026 Primer informe individual
- Tercero 2026 Auditoria intermedia + reducción ≥ 25 %
- Cuarto 2026 Evaluación final

Contribución al Plan de Seguridad del Paciente de la UGC

Reduce una práctica claramente clasificada como "NO HACER".

Disminuye eventos adversos y toxicidad hepática.

Mejora la prescripción basada en evidencia.

Genera un modelo replicable para otros medicamentos de bajo valor.

Resultados esperados y aplicabilidad

1. Aumentar a ≥ 60 % el uso de presentaciones de paracetamol 650 mg.
2. Reducir la variabilidad entre profesionales en un 30 %.
3. Asegurar que la mayor parte de nuevas prescripciones de analgesia de primer escalón utilicen 650 mg por defecto.
4. Incluir los indicadores en el Acuerdo de Gestión Clínica 2026 de la UGC.

Aspectos ético-legales

Se cumplen.

Financiación

No cuenta con financiación.

Palabras clave

Paracetamol, No hacer, Prescripción

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN: MÉDICO RESIDENTE

Málaga 2026

Evaluación de la adecuación diagnóstica y del impacto clínico de la radiología convencional en centros periféricos: implicaciones para la protección radiológica en salud

Gromyko Gromyko A[1], Pardo Álvarez J[2], Ortega Carpio A[3]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva
[3] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerente Distrito Huelva-Costa Condado-Campiña. Huelva

Objetivos

El uso de pruebas de radiología convencional ha aumentado significativamente en las últimas décadas, convirtiéndose en una de las principales fuentes de exposición a radiaciones ionizantes en la población general. Aunque estas pruebas constituyen una herramienta diagnóstica esencial, su utilización inadecuada puede generar exposición innecesaria a radiación, especialmente en pacientes jóvenes o con patologías crónicas que requieren estudios repetidos. La disponibilidad directa de equipos de radiología convencional en centros de atención primaria podría favorecer una mayor indicación de pruebas sin una valoración adecuada del balance riesgo-beneficio, con potencial impacto en la seguridad del paciente y en la eficiencia del sistema sanitario.

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar si la mayor accesibilidad a la radiología convencional en determinados centros de salud incrementa la solicitud de pruebas y la exposición radiológica sin una adecuada justificación clínica. Como objetivos secundarios, se pretende describir los tipos de pruebas solicitadas, determinar el grado de adecuación diagnóstica según guías clínicas reconocidas (ACR, NICE, SEMFYC), identificar posibles variables predictoras de adecuación y analizar el impacto clínico de la realización de la prueba en la conducta médica (modificación terapéutica, solicitud de pruebas adicionales, derivación a especialista u observación).

Material y métodos

Se plantea un diseño observacional transversal que incluirá a pacientes sometidos a radiografía convencional durante el año 2024 en centros del Distrito HCCC. Se excluirán menores de 14 años y pacientes de centros centralizados en Huelva capital. Para analizar la adecuación diagnóstica se realizará un muestreo aleatorio de 160 pacientes por grupo (centros con y sin sala de radiología), estimado para detectar una diferencia del 15% con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, siguiendo métodos descritos por Hajian-Tilaki para estudios de precisión diagnóstica.

La recogida de datos se realizará mediante revisión retrospectiva de historias clínicas electrónicas (Diraya), evaluando la concordancia entre motivo de consulta, hallazgos clínicos y solicitud de prueba. La adecuación se clasificará como adecuada o no adecuada según criterios predefinidos basados en guías internacionales. El análisis estadístico incluirá pruebas de chi-cuadrado y t de Student para comparación entre grupos, así como análisis multivariante para ajustar por posibles factores de confusión.

Resultados esperados y aplicabilidad

Este proyecto permitirá cuantificar el grado de adecuación diagnóstica y su impacto clínico en centros periféricos, aportando evidencia relevante para optimizar la utilización de la radiología convencional y reforzar las estrategias de protección radiológica en atención primaria.

Aspectos ético-legales

El estudio cumple con la normativa vigente en materia de investigación biomédica y protección de datos, solicitándose la aprobación del comité de ética correspondiente. Entre las principales limitaciones se encuentra el carácter retrospectivo y la posible variabilidad en la interpretación de los criterios de adecuación.

Financiación

Este estudio surge de una iniciativa independiente de los investigadores y no cuenta con financiación específica. No se contempla ningún tipo de remuneración económica ni para el paciente ni para los investigadores del estudio.

Palabras clave
Imagen Diagnóstica, Radiografía, Protección Radiológica

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTER

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: MÉDICO DE FAMILIA

Málaga 2026

Desarrollo de una herramienta de diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos en Atención Primaria

Aguiar Leiva V[1], Carrasco Zafra M[2], Martin Rosello M[3], Morales Asencio J[4], G[5]

[1] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)
[2] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Cudeca. Benalmáden (Málaga)
[3] Médico Geriatra. Fundación Cudeca. Benalmáden (Málaga)
[4] Vicedecano de Investigación y Posgrado. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga
[5] Técnico de Salud Pública UDMAFyC. DS Málaga-Valle del Guadalhorce. Málaga

Objetivo

Generar versión corta y válida para Atención Primaria (AP) de herramienta IDC-PAL para estratificación de complejidad en cuidados paliativos (CP) en población adulta. Analizar validez de aspecto y contenido.

Pacientes y métodos

Fase 0 (2023): revisión/consenso de estructura de herramienta original IDC-Pal por equipos investigador y desarrollador: revisión redacción y número ítems, escala medida, glosario.
Fase 1 (2024): técnica Delphi en 3 rondas; muestra: 50 profesionales de AP (experiencia asistencial mínima 5 años, médicos, enfermeras, trabajadores sociales) y equipos especializados en CP. Encuesta online con IDC-Pal-AP: nuevos ítems, nuevo glosario en ventana emergente pulsando ítem. Variables: caracterización participantes (perfil profesional, CS, años experiencia AP), claridad (escala 1-5) pertinencia (escala 1-9) por ítem. Análisis: medianas, rango intercuartil (RIC). Consenso: percentiles >75% en medianas; Disenso: rIC >3. Limitaciones: fase 1 dificultad para reclutar expertos. Aprobado comité ética 27/07/2023.

Resultados

Fase 0 (2023): 5 reuniones hasta consenso: 10 participantes (5 paliativistas, 3 profesionales AP, 2 investigadores); nueva redacción, unificación, creación nuevos ítems (36 iniciales a 28 finales), modificación escala de medida (tres opciones por ítem con definiciones), actualización glosario.
Fase 1 (2024). Primera ronda Delphi. 38/50 participantes (76%): 23 Medicina; 12 Enfermería; 2 Trabajo Social, 1 Psicología. Pertinencia: consenso en 28 ítems. Claridad: disenso en 6 ítems por falta consulta del glosario. Segunda ronda Delphi: rediseño 6 ítems con glosario desplegado en misma ventana. 25/38 respondentes (66%). Consenso completo.

Conclusión

La herramienta IDC-Pal-AP con 28 ítems tiene validez de aspecto y de contenido para continuar validación en AP.

Palabras clave
Palliative Care, Primary Health Care, Needs assessment

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS
RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: MÉDICO RESIDENTE

Málaga 2026

Seguimiento infecciones de transmisión sexual en un área sanitaria

Ruiz Torrecillas F[1], Maculet Rey A[2], Rodríguez Moyano C[2], Baca López L[3], Leal Vallejo F[2], Del Águila Romero M[4]

[1] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Alameda. Alameda (Málaga)
[2] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Mollina. Málaga
[3] MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Antequera. Málaga
[4] Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Mollina. Málaga

Objetivos
Valorar en número y tipo de infecciones de transmisión sexual en un Área Sanitaria que incluye unidades clínicas, el tipo de infecciones de transmisión sexual, así como su evolución al cabo de los años,

Material y métodos
Registro de las infecciones de transmisión sexual en un servicio de medicina preventiva del Área Sanitaria Norte de Málaga por meses, años y tipos de enfermedades de transmisión sexual.

Resultados
Durante el año 2025 se han detectado 129 ITS, 14 menos que en 2024 (143), siendo la UCG de Antequera la Unidad que ha detectado más casos (49), Archidona 36, Campillos 25 y Mollina 19. En 2024: Antequera 69, Archidona 30, Campillos 25 y Mollina 24. Se ha detectado más casos los meses de Junio, Julio, Octubre y Noviembre. En 2024 fueron mas frecuentes en Febrero, Abril y Mayo. Siendo las Infecciones más frecuentes: las Chlamydias 46 casos, Infección gonocócica 36 casos, Herpes genital 25 casos, Sífilis 13 casos y VIH 4 casos.

Conclusiones
Desde la puesta en marcha de la consulta de Uasex en las cuatro unidades se ha empezado a detectar y declarar un mayor número de ITS.

Palabras clave
Sexually Transmitted Infections, epidemiology, primary care.

Cribado de fibrosis hepática mediante FIB-4 en pacientes con diabetes tipo 2 en Atención Primaria: prevalencia y factores asociados

Calzada Algravez J, Rodríguez Castilla F, Prieto Galvez P

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

Objetivos

Determinar la prevalencia de riesgo de fibrosis hepática estimada mediante el score FIB-4 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en Atención Primaria y analizar los factores clínicos y analíticos asociados a un FIB-4 elevado.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo transversal realizado en Atención Primaria. Se incluyeron pacientes con DM2 con datos disponibles para el cálculo del FIB-4 (edad, AST, ALT y plaquetas). Se definió FIB-4 elevado como ≥1,3 en menores de 65 años y ≥2,0 en ≥65 años; alto riesgo >2,67. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas, definiéndose obesidad como IMC ≥30 kg/m². Se realizó análisis descriptivo y comparación entre grupos mediante pruebas no paramétricas y test exacto de Fisher. La prevalencia se expresó con IC95%. Se aplicó regresión logística multivariable exploratoria. Se consideró p<0,05 como significativa.

Resultados

Se incluyeron 77 pacientes con DM2. La edad media fue de 67,9±9,5 años y el 46,8% eran mujeres. El IMC medio fue de 30,6±5,6 kg/m², con obesidad en el 54,5% de los pacientes. El 24,7% (19/77; IC95%: 16,4–35,4) presentó FIB-4 elevado y el 5,2% (4/77) alto riesgo (>2,67). No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de FIB-4 elevado según obesidad (23,8% vs 25,7%; p=1,00), ni en relación con HbA1c, FG, HTA o dislipemia. En el análisis multivariable exploratorio no se identificaron factores asociados de forma independiente.

Conclusiones

Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes con DM2 atendidos en Atención Primaria presenta FIB-4 elevado, lo que sugiere una prevalencia relevante de riesgo de fibrosis hepática en este ámbito asistencial. El cribado mediante FIB-4 podría considerarse como herramienta accesible en la revisión periódica del paciente con DM2, independientemente del IMC u otros factores metabólicos clásicos. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y definir estrategias de implementación.

Palabras clave

FIB4, Fibrosis hepática, diabetes mellitus tipo 2

Relación entre riesgo de fibrosis hepática (FIB-4) y nefropatía diabética en pacientes con diabetes tipo 2 en Atención Primaria

Calzada Algravez J, Prieto Galvez P

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

Objetivos

Analizar la posible asociación entre el riesgo de fibrosis hepática estimado mediante el score FIB-4 y la presencia de nefropatía diabética (ND) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo transversal realizado en Atención Primaria. Se incluyeron pacientes con DM2 con datos disponibles para el cálculo del FIB-4. Se consideró FIB-4 elevado cuando fue ≥1,3 en menores de 65 años y ≥2,0 en ≥65 años; alto riesgo cuando fue >2,67. La ND se definió como albuminuria A2/A3 (cociente albúmina/creatinina ≥30 mg/g) y/o filtrado glomerular estimado <60 ml/min/1,73m² (estadios G3a o superiores). Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se comparó la prevalencia de ND según FIB-4 elevado mediante test exacto de Fisher. Se evaluó la correlación entre FIB-4 y albuminuria y filtrado glomerular mediante coeficiente de Spearman. Se realizó regresión logística multivariable exploratoria. Se consideró p<0,05 como significativa.

Resultados

Se incluyeron 77 pacientes con DM2. La ND estuvo presente en el 37,7%. El 24,7% presentó FIB-4 elevado y el 5,2% alto riesgo.

No se observaron diferencias en la prevalencia de ND entre pacientes con y sin FIB-4 elevado (36,8% vs 37,9%; p=1,00). Tampoco se identificaron correlaciones significativas entre FIB-4 y albuminuria ni con el filtrado glomerular. En el análisis multivariable exploratorio, la hipertensión arterial se asoció a ND, mientras que FIB-4 no mostró asociación independiente.

Conclusiones

En esta cohorte piloto de pacientes con DM2 en Atención Primaria no se observó asociación entre FIB-4 y nefropatía diabética. Estos resultados sugieren que el riesgo de fibrosis hepática y el daño renal podrían no compartir un comportamiento paralelo en esta muestra. La identificación de subgrupos de riesgo cardio-reno-hepático podría optimizar la estratificación y el seguimiento integral del paciente con DM2 en Atención Primaria.

Palabras clave

fibrosis hepática, nefropatía diabética, diabetes mellitus tipo 2

Auditoría del cribado anual de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes tipo 2 en Atención Primaria y estratificación según KDIGO

Calzada Algravez J, Rodríguez Castilla F

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

Objetivos

Evaluar el grado de cumplimiento del cribado anual de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en Atención Primaria y describir la estratificación de riesgo renal según criterios KDIGO.

Material y métodos

Auditoría clínica observacional retrospectiva realizada en un centro de Atención Primaria. Se incluyeron 77 pacientes adultos con diagnóstico activo de DM2 en seguimiento habitual.

El criterio auditado fue la determinación anual de filtrado glomerular estimado (eFG) y cociente albúmina/creatinina (ACR), estableciendo como estándar de calidad un cumplimiento ≥75%.

La ERC se clasificó según criterios KDIGO combinando categorías de eFG (G1–G4) y albuminuria (A1–A3). Se analizaron variables demográficas y factores de riesgo cardiovascular mediante pruebas de chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados

Edad media 67,9±9,5 años; 53,2% hombres. La hipertensión arterial estuvo presente en el 75,3% y la dislipemia en el 87,0%. El 100% de los pacientes disponía de eFG y ACR registrados, superando el estándar establecido. El 19,5% presentó eFG <60 ml/min/1,73m² y el 26,0% albuminuria ≥30 mg/g. La distribución por eFG fue: g1 35,1%, G2 45,5%, G3a 13,0%, G3b 5,2% y G4 1,3%. La edad se asoció significativamente con peor función renal (p=0,008), así como la hipertensión arterial (p=0,027). No se observaron asociaciones con sexo, IMC, dislipemia ni uso de AINEs.

Conclusiones

El cribado anual de ERC en pacientes con DM2 en nuestro centro alcanzó un cumplimiento óptimo. Sin embargo, se identificó una proporción relevante de pacientes en estadios de deterioro renal y con albuminuria significativa.

La auditoría clínica permite evaluar estándares de calidad y detectar subgrupos de mayor riesgo, facilitando la planificación de intervenciones dirigidas en Atención Primaria.

Palabras clave

nefropatía diabética, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 2

32° CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

12 al 14 de MARZO del 2026
Palacio de Congresos de Torremolinos
Costa del Sol

COMUNICACIONES PÓSTERS

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Torremolinos Málaga 2026

Formación de profesionales sanitarios en prevención de iatrogenia y adherencia a la medicación adaptada a contextos reales

Cunalema Fernández J[1], Campos Zafra A[2], Antón Muñoz A[2], Caraballo Gonzalez I[2], Liñares Sánchez A[2]

[1] Enfermero. Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga
[2] UDMAFyC Distrito AP Málaga Guadalhorce. Málaga

Objetivos

La formación continuada de profesionales sanitarios permite afrontar retos asistenciales como la prevención de iatrogenia (PI) y la adherencia a la medicación (AM), claves para la seguridad del paciente y uso seguro del medicamento. Su aplicación se ve limitada por falta de tiempo. Este estudio persigue planificar y evaluar el impacto de intervenciones formativas adaptadas al contexto real del profesional contextualizadas en el proyecto STOPIATRO-Andalucía.

Material y métodos

Estudio descriptivo-transversal. Población: profesionales de atención primaria y hospitalaria. Procedimiento de evaluación: modelo de Kirkpatrick, nivel 1 mediante un formulario de asistencia y un cuestionario de satisfacción (perfil profesional, nueve afirmaciones sobre la actividad, disposición a participar en el futuro, comentarios cualitativos mediante pregunta abierta). Análisis descriptivo y cualitativo. Aprobación ética y consentimiento informado por escrito para evaluar actividades formativas (presenciales, online: síncronas y asincrónicas) dirigidas a la población de estudio.

Resultados

Actividades formativas: 5 actividades sobre PI, AM, continuidad de cuidados; 9 ediciones: 1 hora de duración, variedad formatos (presencial, online síncrono, online asincrónicos). Participantes: 197 profesionales (65 % enfermería, 34 % medicina), principalmente de atención primaria (98,5%) con asistencia presencial 158 (80,2 %). Evaluación nivel 1 del modelo de Kirkpatrick: 94 cuestionarios de satisfacción: aplicabilidad, interés, claridad de contenido y coordinación con medias entre 4,2 y 4,9 sobre 5. Cuatro de cada cinco participantes aceptaron asistir a futuras ediciones, preferentemente presenciales (64,9%). Sugerencias de mejora: incluir más casos clínicos, dinámicas participativas, orientar a otros perfiles (pacientes y profesionales de urgencias).

Conclusiones

La diversificación de formatos permitió una alta adopción en atención primaria, para medicina y enfermería. El alto nivel de satisfacción respalda la estrategia y fomenta ajustes temáticos y metodológicos para futuras ediciones.

Palabras clave
Iatrogenic Disease; Education, Continuing; Health Personnel