

# REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 6 • Vol. 6 • Mayo 2017

ISSN: 2254 - 4410

## 12<sup>o</sup> Congreso *Andaluz*

*de Médicos  
de  
Atención  
Primaria*



**SEMERGEN**  
*Andalucía*

*Cabo de Gata (Almería)*  
*11, 12 y 13 de mayo de 2017*

**Palacio de Congresos  
Cabo de Gata - Almería**



ap congress  
Cno de Ronda 42, bajo  
18004 - Granada  
tel.: 902 430 960  
fax: 902 430 959  
info@apcongress

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



# SEMERGEN

## REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Revista Andaluza de Atención Primaria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de medicina.

### Comité editorial:

#### Editora Jefe

**Dra. D<sup>a</sup>. María Rosa Sánchez Pérez**  
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín.  
Málaga. Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos  
Científicos Semergen Andalucía.

#### Consejo asesor:

**Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**  
Médico de Familia. Centro de Salud Casería de  
Montijo. Granada.

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés Bonilla Garriguez**  
Médico de Familia. Centro de Salud Huelva-Centro.

**Dr. D. Rafael Carrascal Garrido.**  
Médico de Familia. Centro de Salud Salud Armilla  
(Granada).

**Dr. D. Francisco Javier Fonseca del Pozo**  
Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Córdoba.

**Dr. D. Antonio Hormigo Pozo**  
Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca.  
Málaga.

**Dr. D. José Mancera Romero**  
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín.  
Málaga.

**Dr. D. José Luis Martincano Gómez**  
Médico de Familia. Centro de Salud Jabugo. Huelva.

**Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona**  
Médico de Familia. Centro de Salud La Carlota.  
Córdoba.

**Dr. D. Jesús Vergara Martín**  
Médico de Familia. Centro de Salud Huércal (Almería)

### Comité Organizador:

#### Presidente

**Dr. D. Juan Antonio Gil Campoy**  
Médico de Familia. Centro de Salud Virgen del Mar.  
Almería.

#### Miembros

**Dr. D. Juan José Barón Carrillo**  
Médico de Familia. Centro de Salud de Roquetas de  
Mar. Almería. Médico socio de las SAHTA y SEH-LEHLA

**Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Casería  
de Montijo. Granada.

**Dr. D<sup>a</sup> Nerea Desiree Moya Quesada**  
Médico de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias.  
San Fernando-Cádiz.

### Comité Científico:

#### Presidente

**Dr. D. Lisardo García Matarín**  
F. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.  
Centro de Salud El parador de Roquetas de Mar.  
Almería.

#### Miembros

**Dr. D. José Luis Martincano Gómez**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Aracena.  
Huelva

**Dr. D. Francisco Atienza Martín**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen  
de África. Sevilla

**Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**  
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Casería  
de Montijo. Granada.

**Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez**  
Médico de Urgencias. Complejo Hospitalario. Hospital  
Parque Tecnológico de la Salud. Granada.

**Dra. D<sup>a</sup>. Julia María Hernández Moratalla**  
Residente MF de 3er año. Almería.

**Dr. D. Francisco Javier Guerrero Camacho**  
F. Especialista de Nefrología del Complejo Hospitalario  
Torrecárdenas. Almería.

**Dra. D<sup>a</sup>. Manuela Sánchez González**  
Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de  
Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla.

#### Vocal

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda**  
Médico de Familia y Sexóloga. Centro de Salud La  
Cañada. Almería. Miembro de los Grupos de Sexología  
y de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

### Junta Directiva Autonómica SEMERGEN Andalucía

**Juan Sergio Fernández Ruiz**  
Presidente

**Manuel Jiménez de la Cruz**  
Vicepresidente Económico y de Relaciones  
Institucionales

**María Rosa Sánchez Pérez**  
Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos  
Científicos

**Antonio Hormigo Pozo**  
Secretario de Proyectos Formativos

**Francisco Javier Fonseca del Pozo**  
Juan Carlos Aguirre Rodríguez

**Rafael Carrascal Garrido**  
Área de Formación

**Jesús Vergara Martín**  
Secretario de Proyectos de Investigación

**Inés Bonilla Garriguez**  
Área de Investigación

**Alfredo Ortiz Arjona**  
Secretario de Nuevas Tecnologías

**María Jesús Cruz Rodríguez**  
Vicepresidenta de Coordinación de Actividades  
Provinciales

**Pablo Panero Hidalgo**  
Secretario General

**Juan Antonio Gil Campoy**  
Vocal de Almería

**Enrique Alcaraz Vera**  
Vocal de Cádiz

**Rosa Marín Montero**  
Vocal de Córdoba

**Teresa García Sánchez**  
Vocal de Granada

**José Luis Martincano**  
Vocal de Huelva

**José Ignacio Peis Redondo**  
Vocal de Jaén

**José Mancera Romero**  
Vocal de Málaga

**José Ángel Blanco Leira**  
Vocal de Sevilla

### Correspondencia Científica:

secretariaandalucia@semergen.es

Tel. 699 626 586



**SEMERGEN Andalucía**

**Editor:** SEMERGEN Andalucía

**Formato:** Digital

**ISSN:** 2254 - 4410

© Copyright 2017 SEMERGEN Andalucía

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.

A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de la Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

# EDITORIAL

---

Estimados compañeros.

Este año publicamos el sexto número de la Revista electrónica de SEMERGEN-Andalucía: “Revista Andaluza de Atención Primaria”.

El 12º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria se celebró en Cabo de Gata (Almería) y en esta revista se publican los resúmenes de las mesas, talleres y todas las comunicaciones admitidas por el Comité Científico y presentadas en el congreso.

Este año hemos superado la ya elevada participación de años anteriores, destacando el importante número de residentes que eligen nuestro congreso para presentar sus trabajos. Aprovechamos este editorial para agradecer y reconocer el trabajo y el esfuerzo personal de todos los profesionales que han participado.

Avanzando en nuestra apuesta por la innovación y la mejora en la formación de los médicos de Atención Primaria hemos realizado el Primer Congreso de Medicina a nivel nacional que permitirá la evaluación de competencias de los profesionales de Atención Primaria. Esta evaluación se realiza con un breve informe de reflexión que analiza los conocimientos y habilidades adquiridos durante los talleres.

El Comité Científico ha elaborado un riguroso programa con 30 talleres y 5 mesas que cubren más del 70% de las competencias profesionales que se incluyen en el programa DPC de Semergen. Además de la actualización en este amplio abanico de competencias, se resalta la importancia de potenciar la investigación en Atención Primaria analizando las dificultades y los retos en la mesa “La investigación en Atención Primaria: desde la estrategia a la realidad”.

De forma paralela al congreso realizamos las 3ª Jornadas de Atención al Paciente Crónico Complejo, con el importante apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública con la que mantenemos una línea de colaboración desde hace años. Las jornadas están dirigidas a profesionales que trabajan en el ámbito de las enfermedades crónicas y a directivos de los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía. Se han analizado las líneas estratégicas de seguridad del paciente aplicadas al paciente crónico complejo, se ha presentado el nuevo proceso asistencial integrado “Atención a pacientes pluripatológicos” y las líneas de trabajo del Plan Integral de cuidados en la atención a estos pacientes. Con el objetivo de acercarnos a la realidad asistencial se analizó la implantación de la estrategia y las dificultades encontradas en la realización de los planes de acción personalizados determinando las áreas de mejora.

El contar con la presencia de los principales responsables del Sistema Sanitario Andaluz y la alta calidad científica de las jornadas las convierten en uno de los foros de mayor relevancia en la innovación en la atención a los pacientes crónicos complejos.

Por último agradecer al Comité Organizador el gran esfuerzo realizado para desarrollar este gran número de actividades y al Comité Científico por su trabajo en la preparación del contenido científico con la evaluación de las competencias profesionales y en la valoración de las numerosas comunicaciones recibidas.

**Dra. D<sup>a</sup> Maria Rosa Sánchez Pérez**  
*Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos SEMERGEN Andalucía*

## TALLERES

### Taller URM: Uso de medicamentos en población inmigrante: superando las barreras culturales e idiomáticas.

*José Luis Martíncano Gómez*

La atención de pacientes de procedencias geográficas variadas, etnias diferentes, lenguas y culturas distintas y con un patrón de comportamiento de salud-enfermedad que no coincide con el modelo al que estamos habituados con nuestros pacientes autóctonos y supone un reto para el médico de familia a la vez que un estímulo y un enriquecimiento profesional y humano.

Al igual que para el resto de la población el médico de familia es la puerta de entrada natural del inmigrante en el sistema sanitario y en ella resuelve el mayor número de problemas de salud del paciente. Con el paciente inmigrante además favorece su integración en la sociedad, crea un sentimiento y una percepción de igualdad de trato y optimiza los recursos existentes, a priori, siempre escasos.

Barreras administrativas, idiomáticas y la llamada distancia cultural también puede ser en ciertas circunstancias barreras para una adecuada atención de salud. El profesional sanitario debe ser consciente (conciencia cultural) que su pertenencia a grupos sociales respecto del nivel económico, sociocultural, étnico, sexo, edad, país de origen, etc., le determina una visión particular del mundo en general y de la salud, enfermedad, tratamiento, etc. en particular. Si el usuario se ubica en grupos sociales distintos al suyo, esa distancia cultural puede dar lugar a equívocos, incomprensiones y dificultar una atención sanitaria de calidad. En las prescripciones farmacológicas, por ejemplo, debe quedar muy claro tanto la cantidad (dosis) como la duración y forma de administrarse el tratamiento. Los usuarios pueden aplicar simultáneamente sus propios valores de referencia del país de origen, lo que produce con frecuencia escasa adherencia médica al tratamiento.

### Taller URM: Abordaje no farmacológico de los trastornos de ansiedad

*Dr. D. Manuel Álvarez Romero*

*Sra. D<sup>a</sup>. Esther Rodríguez Díaz*

En este taller tratamos de explicar, en base al paradigma psicossomático y centrándonos en el paciente como persona única, libre e irreplicable, los procedimientos y medios a utilizar en el abordaje no farmacológico de los Trastornos de Ansiedad.

Serán brevemente definidos y analizados los Trastornos de Ansiedad, así como una propuesta de Intervención basada en la Alianza terapéutica, en algunos Métodos concretos de intervención tales como las técnicas de relajación, los recursos bibliográficos y los consejos o recomendaciones que pueden ser facilitados al paciente.

La elevada y creciente demanda de los pacientes con sintomatología ansiosa sobrecarga notablemente la solicitud de asistencia en el ámbito de la Atención Primaria. Tanto es así que consideramos que la formación psicossomática de los profesionales de la salud en el ámbito clínico privado y público, ahorrará recursos y potenciará resultados satisfactorios. Apostamos por la constancia en la búsqueda y aplicación de estos recursos.

Después de la base conceptual inicial, y de la intervención terapéutica no farmacológica, se comentará el Uso Racional de Medicamentos cuando sea oportuno. Aun así, hacemos hincapié en que la adquisición de actitudes saludables y de estrategias eficientes son principalmente necesarias para la prevención y el tratamiento de los cuadros de ansiedad y ansioso-depresivos.

La razón de ser de la Medicina Basada en la Persona no es la Enfermedad que una persona padece y presenta, sino la Persona en sí misma, afectada, como está, por una Dolencia, personalmente vivida y modificada por sus propias peculiaridades. Esta Persona enferma tiene unas cualidades irrenunciables: es única, individual e irreplicable; corpórea, encarnada, pero el cuerpo no es la Persona; con inteligencia y voluntad y capaz de libertad, elige sus proyectos y sus amores; con un mundo afectivo, con capacidad de donarse y trascendente; con una intimidad que vive y cuida; con conciencia del “Yo” y concretamente sexual.

Y por su parte, la Psicoterapia Basada en la Persona es aquella que, conceptualmente, respeta la dignidad de la persona y, en consecuencia, su capacidad de elegir y de trascender.

Desde esta perspectiva “la persona tiene en su interior la capacidad, al menos latente, de entender los factores de su vida que le acarrearán desdichas y penas, así como de reorganizarse de tal forma que pueda superarlos. (Rogers, 1952) y el papel del terapeuta se centra en actuar como facilitador para que la persona sea capaz de utilizar la “llave de su recuperación”.

### Taller URM: desmontando mitos. Uso de opioides en el dcno. La evidencia disponible.

*Dr. Enrique Alcaraz Vera*

*Dra. María José Aparicio Cervantes*

#### INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema de salud pública, cuyo abordaje resulta prioritario por su elevada prevalencia y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere en su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, familiar y laboral, convirtiéndose en la actualidad en una “Enfermedad” en sí mismo y no como un síntoma aislado, de ahí la importancia de su visión desde un contexto más amplio, es decir, su abordaje desde todas las esferas que confluyen en él, en definitiva una visión desde el punto Bio-psico-social.

Se estima que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico, cifra nada despreciable, más llamativa si tenemos en cuenta cifras epidemiológicas como: más del 40% de las consultas de AP son por este síntoma y suponen casi un 42% de las urgencias y que el 35% lo padecen toda la vida.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad identificó el abordaje del dolor como una de las líneas prioritarias de trabajo para mejorar la salud de la población.

Uno de sus objetivos es promover una atención segura para el paciente, para lo que recomienda fomentar procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor e implementar prácticas seguras.

Los analgésicos OPIOIDES son un componente fundamental del tratamiento del dolor agudo, del dolor quirúrgico y del dolor crónico de origen oncológico, pero su papel en el dolor crónico no oncológico es más controvertido, especialmente su efectividad y seguridad a largo plazo.

A pesar de ello, su uso ha experimentado un notable aumento en la pasada década, en gran medida por el incremento de utilización en el dolor crónico no oncológico, estimándose en un 83% su incremento en general según un informe de la AEMPS

El consumo de OPIOIDES MAYORES se multiplicó por 12, debido principalmente al incremento de la utilización del fentanilo.

En el año 2013, financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se llevó a cabo el Proyecto MARC con el objetivo de elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes con patologías crónicas. Identificándose a LOS OPIOIDES como uno de los grupos farmacológicos de mayor riesgo siendo prioritario una implantación de prácticas seguras en su uso en este tipo de pacientes.

## OBJETIVO DEL TALLER

Establecer prácticas seguras para el uso de OPIOIDES EN DCNO, dirigidas a prevenir los errores de medicación y reducir los eventos adversos previsibles causados por estos medicamentos así como conocer las generalidades de su manejo, intervenciones farmacológicas según la mejor evidencia disponible y desmitificar los puntos críticos de su utilización.

## RESUMEN

El DCNO es aquel que persiste más allá de 3-6 meses cuya causas no amenazan la vida pero si generan un importante deterioro físico y psíquico, y refiriéndonos ya en concreto al DCNO de origen musculoesquelético decir que sus características son: duración >3 meses, intensidad según la escala EVN >4 y pudiendo ser continuo o intermitente (más de 5 veces a la semana)

El abordaje del mismo debe ser individualizado, consensuado y multidimensional.

Es importante en este procedimiento conocer el perfil del paciente y sobre todo conocer y clasificar el tipo de dolor e intensidad que tiene, porque estas premisas condicionaran la utilización de una u otra intervención farmacológica, no farmacológica o ambas.

En referencia al uso de OPIOIDES EN EL DCNO, los puntos clave a tener en cuenta son: no son fármacos de primera elección, siendo su uso controvertido a largo plazo, deben restringirse su uso al dolor de intensidad moderada/severa y que afecte de forma importante a la funcionalidad y calidad de vida, se debe iniciar con opiodes débiles y en caso de utilizar opiodes mayores a la menor dosis posible, teniendo en cuenta su retirada en caso de aparición de efectos adversos o no alcanzar los objetivos.

El opioide mayor de elección es la Morfina, no existiendo evidencia que los nuevos opiodes y presentaciones ofrezcan ventajas y además existe menor experiencia en su uso y seguridad.

## Taller: Vacunación más allá de la infancia

*Dra. D<sup>a</sup>. Alicia Eisman*

El taller de vacunación a lo largo de la vida pretende acercar al ámbito de la atención primaria la importancia de valorar el estado de vacunación de la población adulta y adaptarlo a medida que las necesidades cambian a lo largo de la vida.

Se analizarán los antecedentes históricos de los calendarios vacunales y su necesaria evolución para dar respuesta a los cambios devenidos por la sociedad, de forma que permitan prevenir enfermedades transmisibles en todos los grupos de edad ajustándose a las necesidades fisiológicas cambiantes de los individuos y a la exposición a los diferentes riesgos.

Intentaremos abordar las necesidades específicas de distintos colectivos que se pueden beneficiar de un calendario de vacunación adaptado a ellos como son los ancianos, personas inmunodeprimidas o las embarazadas. Resaltaremos cómo la prevención de enfermedades infecciosas mediante la vacunación en determinados colectivos puede evitar una mayor tasa de complicaciones derivadas, por ejemplo, de la descompensación de co-morbilidades preexistentes (como en el colectivo de personas mayores) o de la adquisición de enfermedades en los primeros meses de vida en los que éstas producen mayor morbi-mortalidad (como es el caso de la vacunación de la embarazada.)

Asimismo, intentaremos esbozar las peculiaridades con respecto a la vacunación a tener en cuenta en personas adultas en función de los riesgos a los que se ven expuestos por motivos laborales (como los profesionales sanitarios), movilidad (viajeros) o por condicionantes sociales (inmigración).

Finalmente, queremos incidir en el concepto de inmunidad de grupo y la importancia de las vacunas como agentes que ofrecen una protección tanto individual como colectiva, convirtiéndose en una herramienta valiosa para conseguir que nuestra población envejezca con la mejor calidad de vida posible.



## Taller urm: abordaje óptimo del paciente complejo en AP con dolor generalizado

*Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Reyes Díaz Osto*

El objetivo del taller es mejorar la actitud y optimizar el tratamiento hacia el paciente con dolor generalizado, a través de las mejores herramientas que tiene el médico: la comunicación en la entrevista clínica, la cumplimentación de una buena historia clínica (anamnesis y exploración), quedando las pruebas complementarias como herramienta para confirmar la sospecha clínica y utilizando los recursos de la Comunidad (mapa de activos) para optimizar la prescripción del tratamiento no farmacológico. Se abordará a través de un caso práctico.

Cuando se habla de dolor generalizado se suele pensar, por inercia, en el paciente con Fibromialgia, no llegando a hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo y una exploración completa, encontrándonos con enfermedades inflamatorias reumáticas (artritis reumatoide, polimialgia reumática, etc), endocrinas y procesos malignos que se manifiestan con dolor generalizado. Y si la paciente es, mujer mayor de 50 años, todavía es más frecuente no pensar en dichas enfermedades y encasillarla como Fibromiálgica solo.

El paciente con dolor generalizado no es un conjunto de sistemas sino, una persona que sufre, que presenta una importante carga emocional, que pierde su trabajo a veces y que puede tener limitaciones para las actividades de la vida diaria. Añadiéndose en los últimos años, la limitación de recursos. La alta prevalencia de dolor crónico en España, 17% de la población ( Pain Proposal 2014), hace que el médico busque formación y actualización en el tema.

Debemos de hacer un buen diagnóstico diferencial del Dolor generalizado, enfermedades como la artritis reumatoide, polimialgia reumática, linfomas, etc, deben de estar en nuestro pensamiento a la hora de abordar al paciente.

En este taller pretendemos concienciar de la importancia de la actitud y buena comunicación que debe primar toda relación terapéutica médico-paciente y, que tanto el tratamiento farmacológico (según mecanismo fisiopatológico) como el no farmacológico son igual de relevantes. Enfatizaremos en el mindfulness y los Talleres de Atención Plena en Atención Primaria, el papel de la Comunidad con el mapa de activos, los talleres con pacientes expertos, enfatizando en el abordaje biopsicosocial y, dando un impulso a la segunda parte de nuestra especialidad: ....y Comunitaria.

## Taller: La seguridad farmacológica en el anciano: adecuación de la prescripción en el paciente crónico complejo

*Estefanía López Domínguez*

*Jesús González Lama*

*Eva Moreno Campoy*

Se calcula que para el 2050 España, y con ella Andalucía, será el segundo o tercer país más envejecido del mundo, pasando a una población del 16 al 34% con más de 65 años de edad. Los pacientes crónicos con necesidades de salud complejas presentan patologías comprendidas en más de dos categorías de las incluidas en el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC), están polimedicados, y suelen presentar un apoyo familiar y social dificultoso. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. Por tanto, los ancianos son una población especialmente vulnerable a la utilización de numerosos fármacos y especialmente sensible a los efectos de los mismos, por lo que garantizar su seguridad a lo largo de cualquiera de sus procesos se hace particularmente obligatorio.

En este taller, siendo conscientes de esta vulnerabilidad, se abordará el tema de las prescripciones potencialmente inapropiadas en estos pacientes ancianos crónicos complejos polimedicados, para aprender a disminuir el número de problemas relacionados con los medicamentos, incrementado así la eficiencia y la seguridad de los tratamientos. En concreto, utilizando casos prácticos, se trabajará en cómo detectar los fármacos que más contribuyen (por exceso o por defecto) a la prescripción potencialmente inadecuada en esta población de pacientes, según los criterios STOPP-START (de referencia en el ámbito europeo), estableciendo una sistemática de revisión y registro de la medicación que prevenga los efectos adversos asociados a la medicación. Asimismo, se aprenderá a manejar las habilidades clínicas de entrevista suficientes para ofrecer la información del cambio de la medicación y obtener la colaboración y el acuerdo con el paciente.

## Taller: Radiografía de Tórax.

*Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza*

A pesar de la incorporación de otras técnicas de imagen más sofisticadas, la radiografía simple es la exploración más frecuente y casi siempre la única que se solicita desde Atención Primaria para estudiar cualquier zona anatómica del tórax.

Sus indicaciones son innumerables y para una correcta interpretación es necesario tener conocimientos básicos de anatomía, semiología y patología, poseer una sistemática de lectura adecuada y correlacionar los hallazgos en imagen con la clínica del paciente.

El taller de radiografía de tórax tiene una duración de 90 minutos. Se describen las principales proyecciones utilizadas (postero-anterior y lateral) así como proyecciones

especiales cuando surja la necesidad de aclarar la información obtenida en una radiografía estándar.

Se exponen los criterios de calidad de la placa de tórax: penetración adecuada, bien centrada, estar bien inspirada y con visualización completa.

Se describen las cinco densidades radiológicas: metal, calcio, agua, grasa y aire.

Se realiza una sistemática para la valoración de todas las estructuras: partes blandas torácicas y extratorácicas, esqueleto óseo, pleura, hilios, mediastino y parénquima pulmonar.

Se describen las interfaces normales pulmón-mediastino en la proyección antero-posterior y la identificación de las diferentes estructuras anatómicas en la proyección lateral.

Los signos radiológicos nos orientan hacia patologías concretas, se exponen algunos de ellos: signo de la silueta, del broncograma aéreo, cérvico-torácico, tóraco-abdominal, del hilio oculto, de la convergencia hiliar, de la bifurcación hiliar, de la vela, de la onda tímica y de la lesión extrapleural.

Se exponen los diferentes patrones radiológicos. Tanto los basados en aumento de la densidad, como los de disminución de ésta, así como los nódulos o masas.

Dentro de los patrones de disminución de la densidad veremos ejemplos del patrón destructivo y de hiperclaridad pulmonar uni o bilateral.

En cuanto al aumento de densidad, la estudiaremos con afectación predominante del espacio aéreo como son el patrón o condensación alveolar y la atelectasia.

Otras lesiones que cursan con aumento de la densidad son los patrones de las enfermedades predominantemente intersticiales como el lineal o reticular, el nodular, el retículo-nodular y el pulmón en panal. De todos ellos se expondrán radiografías demostrativas.

Veremos también ejemplos de lesiones nodulares o masas, ya sean solitarias o múltiples.

Finalmente se expondrán algunos casos clínicos en donde la radiografía de tórax es determinante para un diagnóstico adecuado del paciente.

## Taller: Anticoagulación

### Ponencia: Dispensación de NACODs en Andalucía.

*Sr. D. Ricardo Ferreira Almeida*

El Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, recoge, como una garantía para el uso racional de los medicamentos y la sostenibilidad del sistema sanitario público, la posibilidad de que el Estado pueda someter a condiciones especiales de prescripción y dispensación a determinados subgrupos terapéuticos o a ciertos medicamentos en particular, prohibiendo expresamente la adopción de estas medidas, de modo unilateral, por parte de las Comunidades Autónomas. Entiéndase como tal el sometimiento a un visado previo a la dispensación, la res-

tricción a su uso hospitalario o la dispensación hospitalaria exclusiva para pacientes ambulatorios. Medida que tiene dos vertientes: el control de la seguridad del tratamiento y la restricción para la financiación, limitada a patologías concretas.

Una de esas medidas, el visado previo a la dispensación, regulado por el Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos, es el que se impone, entre otros, a los nuevos anticoagulantes orales directos.

En cumplimiento de la normativa estatal, Andalucía, como las demás Comunidades Autónomas, no puede introducir modificaciones que alteren el régimen de equidad entre los pacientes, en función de su lugar de origen. No obstante, siempre existen matices que pueden facilitar el acceso a este tipo de fármacos.

En particular, en Andalucía, se exige lo siguiente:

- Visado exclusivo para Fibrilación Auricular No Valvular (FANV)
- Utilización del CHA2DS2-VASc como criterio de escala de riesgo en pacientes con FANV
- Se ha bajado al 60% el TRT para considerar un buen control del INR
- Sin quitar la necesidad de 1 año de un mal control para cambiar de Antivitamina K a ACODs, se ha incluido la posibilidad de cambiar en 6 meses el tratamiento en casos de muy mal control del INR, eliminando el primer mes o los malos controles por cambio de dosis.

## Taller: Aplicaciones y Nuevas Tecnologías en la Atención Primaria del Siglo XXI

*Dr. D. Jesús Vergara Martín*

### INTRODUCCIÓN

El concepto de “nube informática” es muy amplio, y abarca casi todos los posibles tipos de servicio en línea, pero cuando las empresas predican ofrecer un utilitario alojado en la Nube, por lo general se refieren a alguna de estas tres modalidades:

1. El software como servicio (por sus siglas en inglés SaaS -Software as a Service-)
2. Plataforma como Servicio (PaaS)
3. Infraestructura como Servicio (IaaS).

### HISTORIA

El concepto fundamental de la entrega de los recursos informáticos a través de una red global tiene sus raíces en los años sesenta.

### CARACTERÍSTICAS

Agilidad, Costo, Escalabilidad y elasticidad, Independencia entre el dispositivo y la ubicación, Rendimiento, Seguridad y Mantenimiento.

### VENTAJAS

1. Integración probada de servicios Red.

2. Prestación de servicios a nivel mundial.
3. Una infraestructura 100% de cloud computing.
4. Implementación más rápida y con menos riesgos.
5. Actualizaciones automáticas que no afectan negativamente a los recursos de TI.
6. Contribuye al uso eficiente de la energía.

### DESVENTAJAS

1. La centralización de las aplicaciones y el almacenamiento.
2. La disponibilidad de las aplicaciones sujetos al acceso a Internet.
3. La confiabilidad de los servicios depende de la “salud” tecnológica y financiera de los proveedores de servicios en nube.
4. La disponibilidad de servicios altamente especializados podría tardar meses o incluso años para que sean factibles de ser desplegados en la red.
5. La madurez funcional de las aplicaciones hace que continuamente estén modificando sus interfaces.

### SEGURIDAD

1. La información de la empresa debe recorrer diferentes nodos para llegar a su destino, cada uno de ellos (y sus canales) son un foco de inseguridad.
2. Escalabilidad a largo plazo.

### TIPOS

Públicos, privados e híbridos.

- Una nube pública es una nube computacional mantenida y gestionada por terceras personas no vinculadas con la organización.
- Las nubes privadas son una buena opción para las compañías que necesitan alta protección de datos y ediciones a nivel de servicio.
- Las nubes híbridas combinan los modelos de nubes públicas y privadas.

### MOBILE PAAS

Iniciado en 2012, mobile PaaS (mPaaS) proporciona capacidades de desarrollo para diseñadores y desarrolladores de aplicaciones móviles.

### PAAS ABIERTO

PaaS abierto no incluye alojamiento, sino que proporciona software de código abierto que permite a un proveedor PaaS ejecutar aplicaciones en un entorno de código abierto.

### PAAS PARA EL DESARROLLO RÁPIDO

### COMPARACIONES

La computación en la nube usualmente se confunde con la computación en grid (red) (una forma de computación distribuida por la que “un súper computador virtual” está compuesto de un conjunto o clúster enlazado de ordenadores débilmente acoplados, que funcionan en concierto para realizar tareas muy grandes).

### ASPECTOS DE SEGURIDAD

La seguridad en la computación en la nube puede ser tan buena o mejor que la que existía en los sistemas tradicionales, porque los proveedores son capaces de proporcionar recursos que resuelvan problemas de seguridad que muchos clientes no pueden afrontar.

### PROTECCIÓN DE LOS DATOS

La computación en la nube pone en riesgo la protección de datos para los usuarios de la nube y sus proveedores. En muchos casos, ocasiona dificultades para el proveedor (en el rol del controlador de la información) para asegurar la efectividad práctica del manejo de los datos del proveedor de la nube y para cerciorar que los datos van por el camino correcto.

### APLICACIONES

Box, adoptado por Box Inc., Campaign Cloud, Doit! Explorer, Dropbox, Google Drive, iCloud, OneDrive, OneDrive para Empresas, OwnCloud, Salesforce.com, SugarSync, Ubuntu One, Wuala, Dataprius, etc.

## Taller URM: Farmacología al final de la vida

*Dra. D<sup>a</sup>. Almudena Ruiz Giménez*

La historia Natural de enfermedad conlleva un proceso de cambios que requieren revisión continua y adaptación, no solo por parte del enfermo y de su familia, sino también por parte de los sanitarios que intervienen en el proceso. (1)

No buscamos alargar la vida del enfermo sino controlar los síntomas que vayan surgiendo, ofrecerle bienestar y confort.

### VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

La vía de administración por excelencia, para la administración fármacos, es la vía oral. Pero, en ocasiones tenemos que buscar alternativas.

La vía subcutánea es una vía que ofrece autonomía, fácil utilización, poco agresiva y pocos efectos secundarios (2).

- Indicaciones
- Zonas de punción
- Técnicas de inserción
- Contraindicaciones

### AGONÍA Y SEDACIÓN

O situación de últimos días, precede a la muerte, suele durar 2-3 días.

Los síntomas más frecuentes son: astenia, anorexia, disfagia, inquietud, agitación, delirio preterminal, oliguria. (1,3, 6)

### Control de síntomas

1. Cuidados de la piel: Hidratación
2. Cuidados de la boca
3. Control de dolor: mantener vía transdérmica o pasar medicación oral a vía subcutánea con dosis equivalentes.



- Dolor como nuevo síntoma: morfina liberación rápida 5 mg oral, morfina 5 mg en bolo sbc hasta cada 4 horas o morfina en perfusión sbc 10 mg a pasar en 24 horas
  - Aumento de dolor ya tratado con opioides: aumento la dosis 30-50%
4. **Disnea:**
    - Si ya tomaba morfina: aumentaremos la dosis 30-50%
    - Si no tomaba: 2,5 -5 mg sbc hasta cada 4 horas o 5 mg de liberación rápida oral
    - Asociar benzodiacepina: alprazolam 0,25, lorazepam 0.5-1 mg, midazolam 5 mg sbc u oral
  5. **Estertores:** butilbromuro de escopolamina hasta 20 mg cada 8 horas en bolo o en perfusión de 24 horas.
  6. **Agitación** psicomotriz y delirio:
    - Haloperidol: 5mg oral o sbc cada 8 horas
    - Levomepromazina: 12.5 - 25 mg oral o sbc cada 8 horas
    - Midazolam: 2.5-5 mg oral o sbc cada 4 horas
  7. **Fiebre:** medidas físicas, paracetamol oral, dexametasona 4 mg
  8. **Alimentación e hidratación:** individualizar

## SEDACIÓN

### 1. SEDACIÓN PALIATIVA

Disminución deliberada del nivel de conciencia por uno o más síntomas refractarios al tratamiento.  
Continua o intermitente.

### 2. SEDACIÓN EN LA AGONÍA

Disminución del nivel de conciencia en los últimos días y horas de vida.  
Debe ser continua (1,3,5)

## MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN

Formas de administración de fármacos:

- Bolos subcutáneos
- infusión continua

Mediremos el nivel de sedación mediante la escala de Ramsay Hunt (4,5,6)

## FÁRMACOS

### 1. MIDAZOLAM

- Inicio acción en 5-10 minutos
- Dosis inducción: 5 mg
- Dosis mantenimiento: 15-30 mg/d
- Rescates: 2.5- 5 mg hasta cada 4 horas.

### 2. LEVOMEPRIMAZINA

- De elección en delirium.
- Dosis inducción: 12.5-25 mg en bolo
- Dosis mantenimiento: 100 mg al día
- Rescates: 25 mg hasta cada 6 horas

### 3. CLORURO MORFÍCO

- Dosis inducción: 5 mg en bolo
- Dosis mantenimiento: si no opioide previo, 10 mg al día. Si opioide previo, dosis equianalgésica por vía subcutánea.
- Rescates: 5 mg hasta cada 4 horas o 10% de la dosis diaria de la perfusión.

### 4. BUTILBROMURO DE HIOSCINA

- 40 mg hasta dosis máxima de 400 mg/ día (1,3,4)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez M, Ojeda M. *Cuidados Paliativos, Control de Síntomas*. Ed. Meda. 2009.
2. *Utilización de la vía subcutánea en cuidados Paliativos*. Guía clínica Fistera. Última revisión 23/9/2013. <http://www.fistera.com/guias-clinicas/utilización-via-subcutanea-cuidados-paliativos/>
3. Puerta MD, Bruera E. *Hidratación en cuidados paliativos: cuando, cómo y porqué*. Medicina Paliativa. 2007;14(2):104-20.
4. *Agonía y Sedación*. Guía clínica Fistera. Última revisión 12/12/2012. <http://www.fistera.com/guias-clinicas/agonia-sedacion/>
5. Chiriboga MS, Oana C, Raja I, Hernández F. *El paciente paliativo en urgencias*. En: Julián A. Editor. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias*, 4ª ed: Madrid; Edicmooplet:2014. Pp 1593-1600.
6. Gonzalez M, Gómez C, Vilches Y. *Última etapa en la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación*. Med clin 2006;127:421-8.

## Taller URM: La Exploración del hombro, rodilla dolorosa y su abordaje terapéutico en Atención Primaria

Dr. D. José Francisco García González

Dr. D. Alberto García Maturana

## EL PORQUE DE ESTOS TALLERES

La sociedad cada vez se esta haciendo más longeva ,unido a hábitos más saludables como es el ejercicio,deporte,las exigencias por parte de los pacientes, hace que las personas de más edad participen más activamente en dichos hábitos ,además de recomendárselo constantemente.

Todo esto,claro esta conlleva un precio ,que son el aumento de más daño en unas articulaciones ya afectas por el paso de los años.

Estas patologías articulares suponen la tercera causa en demanda de atención médica en pacientes de cierta edad en nuestro día a día .Todo esto hace que cada día actualicemos nuestros conocimientos y conozcamos más pormenorizadamente las mismas, para dar una mejor respuesta en los tratamientos a nuestros pacientes,

Nos ha ayudado en nuestro hacer diario la aparición de nuevas técnicas de exploración, prueba mas específicas ,importantes avances en los tratamientos tanto médicos ,rehabilitadores y por supuesto quirúrgicos (con técnicas mínimamente invasivas),hace que este tipo de talleres tenga importancia y nos permita aprender estas novedades que surgen cada día.

Evidentemente llevarlo a la práctica diaria ,no siempre fácil de realizar,ya que la realidad es la falta de tiempo en las consultas,escasos medios en ocasiones.

Por todo esto espero que sea útil y provechoso el aprendizaje o recordatorio de todas las maniobras.

## Taller URM: Cómo aprender a manejar las arritmias en 20 diapositivas y ....no morir en el intento

*Dra. D<sup>a</sup>. Manuela Sánchez González*

Se puede definir una arritmia como cualquier ritmo cardíaco anómalo y distinto del ritmo normal del corazón, que es el ritmo sinusal. Esta patología puede, desde cursar asintomática, siendo un hallazgo casual en un electrocardiograma de rutina, ocasionar sensación de palpitaciones, disnea, cortejo vegetativo, mareos, dolor torácico (angina de pecho), síncope y hasta llegar a causar la muerte del individuo, pudiendo ser su primera manifestación la parada cardiorrespiratoria (PCR). Esta actividad teórico-práctica persigue conseguir que el médico de Atención Primaria se familiarice con las arritmias más frecuentes para detectar las que puedan requerir una asistencia urgente en su actividad laboral habitual, dando a conocer los principios básicos de la cardioversión eléctrica en caso de inestabilidad hemodinámica y los tratamientos farmacológicos elementales de los que se dispone recomendados en cada situación, según se asocien o no a signos de alarma, teniendo en cuenta las actualizaciones más recientes difundidas por las sociedades científicas y los comités de expertos internacionales, para mejorar la seguridad del paciente, dándole especial importancia a las arritmias que implican riesgo vital inmediato.

## Taller URM: Manejo farmacológicos de Síndrome Coronario Agudo

*Dra. D<sup>a</sup>. Manuela Sánchez González  
Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez*

El dolor torácico agudo (DT) sigue siendo un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias. El diagnóstico del dolor de origen coronario continúa siendo un reto para el clínico que trabaja en ellos. Diferenciar entre el síndrome coronario agudo (SCA) y otros orígenes del dolor es esencial ya que el pronóstico y el manejo del dolor es radicalmente diferente según la sospecha clínica basada en datos objetivos de los cuales el electrocardiograma (ECG) de doce derivaciones y la elevación de las enzimas de daño miocárdico siguen siendo fundamentales. Según el ECG se distinguen dos tipos de SCA: el que asocia elevación del segmento ST (SCA-CEST) y el que presenta ECG sin elevación del ST (que puede tener cambios eléctricos evidentes o inespecíficos, pudiendo ser normal en un alto porcentaje de casos). La distinción de los dos tipos de SCA es fundamental ya que tanto el manejo urgencias, como el seguimiento y el pronóstico a medio y largo plazo, es completamente distinto. El propósito de esta actividad es dar a conocer las novedades sobre el SCA, incluyendo la activación del Código Infarto en el hospital útil de referencia, así como el manejo tanto farmacológico como no farmacológico del SCA con y sin elevación del ST, basado en las últimas recomendaciones de los expertos, a fin de mejorar la seguridad de los pacientes que presentan esta patología.

## Taller URM: Dejar de hacer: un nuevo paradigma en Atención Primaria

*Dr. D. Francisco Atienza Martín*

El sobrediagnóstico y el sobretratamiento constituyen un problema sanitario porque muchas intervenciones sanitarias habituales pueden originar más daños que beneficios en algunos pacientes que las reciben. Elshaug AG et al. Identificaron en 2012 más de 150 intervenciones sanitarias potencialmente de bajo valor<sup>1</sup>.

El médico de familia debe identificar y “dejar de hacer” este tipo de intervenciones en su práctica habitual que siguiendo a Repullo<sup>2</sup> se pueden clasificar en:

- Inecesarias: cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos como por ejemplo utilizar antihipertensivos de mayor precio para alcanzar los mismos objetivos en prevención cardiovascular que se obtendrían con otras de menor coste
- Inútiles: cuando el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento como por ejemplo utilizar estatinas en prevención primaria en pacientes de edad muy avanzada
- Inseguras: cuando sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio como utilizar AINEs en pacientes con insuficiencia cardíaca
- Inclementes: cuando la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención por ejemplo multiplicar las pruebas complementarias en pacientes con una esperanza de vida muy corta
- Insensatas: cuando consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas como la utilización de tratamiento antifractura en pacientes de bajo riesgo

Las causas de esta situación se deben a una multiplicidad de causas entre las que destacan la medicalización de la vida, la invención de enfermedades o la práctica de una medicina más centrada en la enfermedad que en el paciente.

Frente a ello han surgido diversas iniciativas tanto desde las instituciones sanitarias como desde las sociedades científicas que pretenden identificar las intervenciones de bajo valor para el paciente y promover su abandono. Entre ellas destacan

- La iniciativa do not do de la NICE británica
- La iniciativa Too much medicine de la revista BMJ
- El Choosing Wisely de las sociedades científicas americanas y canadienses
- El compromiso por la calidad de las sociedades científicas españolas

En esta situación de excesivo intervencionismo sanitario hay que contemplar nuevos paradigmas como la medicina mínimamente disruptiva<sup>3</sup> o la medicina realística que contempla 6 enfoques:

- Fomentar la medicina basada en la persona
- Dar protagonismo a los pacientes
- Aumentar la seguridad del paciente y evitar el gasto innecesario
- Reducir las variaciones de la práctica clínica y mejorar los resultados

- Gestionar mejor el riesgo
- Fomentar las actitudes innovadoras de los profesionales

## BIBLIOGRAFÍA

1. Elshaug AG, Watt AM, Mundy T, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Medical Journal of Australia*, 2012; 197(10): 556-560.
2. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Calidad Asistencial*, 2012; 27(3): 130-138
3. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803
4. Chief Medical Officer for Scotland Annual Report 2015/16. *Realising Realistic Medicine*. Disponible en <http://www.gov.scot/Resource/0051/00514513.pdf>

## Taller: Antibióticos, prescripción diferida.

Dra. D<sup>a</sup>. Marta Fuentes Jiménez

Dra. D<sup>a</sup>. Julia Hernández Moratalla

Como bien sabemos, no todas las infecciones deben ser tratadas con antibióticos. No obstante hay ocasiones en las que tenemos dudas sobre la correcta prescripción antibiótica o a veces incluso para satisfacer la demanda de los pacientes se prescribe incorrectamente un antibiótico.

El objetivo de este taller es dar a conocer a los médicos de atención primaria la prescripción diferida. Podemos definirla como una estrategia que consiste en la prescripción de un antibiótico con la indicación al paciente de que sólo lo tome en caso de empeoramiento a los 2 o 3 días de haberse iniciado un proceso infeccioso supuestamente viral y que se resuelva por sí solo. Principalmente trataremos las infecciones respiratorias, ya que ocupan un porcentaje alto en la demanda clínica en las consultas de atención primaria. La mayoría de las infecciones respiratorias son autolimitadas por lo que los síntomas desaparecerán por sí mismos. La prescripción diferida puede ser una estrategia útil para un uso más racional de los antibióticos. No obstante hay determinados pacientes que, bien por la clínica que presenten o bien por los factores de riesgo concomitantes, se verán beneficiados de una prescripción antibiótica inmediata para evitar las complicaciones y comorbilidades.

Debemos ser consciente que el consumo de antibióticos aumenta el riesgo de resistencia bacteriana así como también aumenta el coste del proceso y el riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos o interacciones farmacológicas; en definitiva, no son inocuos.

En este taller, a través de una serie de casos clínicos, trataremos de identificar que grupo de pacientes podrán ser candidatos de una prescripción diferida o una prescripción inmediata; así como también veremos, según las últimas actualizaciones en las guías de antibioterapia de nuestra zona, cual deber ser el antibiótico de elección y durante cuánto tiempo debe ser tratado un proceso infeccioso.

## Taller URM: Estrategias para afrontar y avanzar en el reto de la cronicidad: no todo son fármacos

Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Rosa Sánchez Pérez

El aumento de la esperanza de vida ha condicionado que las enfermedades crónicas sean el patrón epidemiológico dominante y que los servicios sanitarios se vean obligados a plantear cambios organizativos. Desde la publicación de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS en 2012 prácticamente todas las Comunidades Autónomas han elaborado su propia estrategia, entre ellas Andalucía. En el taller revisaremos documentos como el PAI de pluripatológicos, el PAIPEC y las recomendaciones para la elaboración del plan de acción personalizado en pacientes pluripatológicos o con necesidades complejas de salud.

El médico de familia debe conocer la metodología y las herramientas para realizar una adecuada valoración integral a los pacientes crónicos, centrada en la persona y no en las enfermedades, identificar a los pacientes pluripatológicos o de alta complejidad, adecuar las intervenciones a los objetivos concretos y al pronóstico vital y elaborar un plan terapéutico y de cuidados que integre todas las actividades sociosanitarias que son necesarias para una correcta atención individualizada de estos pacientes.

Revisaremos la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y del desarrollo de habilidades de autocuidado, así como la participación de los cuidadores.

El trabajo coordinado con los profesionales de enfermería y los servicios sociales así como con el resto de profesionales de otros niveles asistenciales es prioritario, siempre sobre la base de que los responsables de la coordinación son los equipos de Atención Primaria.

El análisis de diversos casos clínicos permitirá aplicar los conocimientos desarrollados en el taller y valorar situaciones que conllevan diferentes planes de actuación adaptados a cada caso.

## Taller URM: Desmontando mitos. Nuevos tratamientos farmacológicos de la diabetes: controversias

Sr. D. Carlos Fernández Oropesa

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica cuyas complicaciones se asocian a una elevada morbimortalidad, por lo que constituye un problema de gran relevancia tanto a nivel personal como de salud pública, con un alto impacto a nivel sanitario y social. En 2014, la prevalencia de la DM2 en España era del 10,6% aunque se cree que puede ser aún mayor, ya que se estima que en un 6% de los casos la enfermedad no está diagnosticada. En nuestra región, el Plan Integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA) recientemente actualizado, cifra la prevalencia de la diabetes en el 15,3% (el 90% con DM2) lo que implica que casi 1 millón de andaluces son diabéticos. De ellos, dos tercios están diagnosticados.

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en España se ha incrementado en el período 2000-2014 el uso de antidiabéticos, pasando de 44,6 a 69,9 DHD (dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día). Este hecho está en consonancia con una prevalencia creciente de la enfermedad y el esfuerzo continuo por aflorar a los diabéticos no diagnosticados. Se ha observado que el incremento no es uniforme, ya que mientras el consumo de antidiabéticos orales (ADO) ha aumentado un 56,1% la tradicional proporción 1:3 de insulina respecto a éstos se ha mantenido estable.

En los últimos años, se han comercializado 3 nuevos grupos terapéuticos con mecanismos de acción novedosos: los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) los análogos del péptido similar a glucagón tipo 1 (aGLP1) y los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2). Además, han llegado al mercado farmacéutico español nuevos análogos de la insulina humana, e incluso ha hecho su aparición el primer biosimilar de un tratamiento de la diabetes.

El patrón de consumo de los antidiabéticos se está modificando al calor de la promoción comercial y en medio de un intenso debate sobre la evidencia que respalda la seguridad y eficacia de los nuevos medicamentos, lo que no es óbice para que estén desplazando a otros con más experiencia clínica como sulfonilureas o glitazonas.

Los nuevos antidiabéticos suponen una oportunidad para aquellos pacientes que tengan contraindicado o no toleren los tratamientos tradicionales. La clave, por tanto, es posicionarlos adecuadamente y para ello es necesario definir el perfil del paciente que podría beneficiarse en cada caso, en base a criterios de seguridad, eficacia, adecuación y coste.

En este orden de cosas, durante el taller hicimos un breve recorrido por las principales evidencias que respalda a los antidiabéticos no insulínicos con el propósito de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- 1.- ¿Continúa siendo la metformina el tratamiento de 1ª elección en la DM2?
- 2.- ¿Continúan siendo las sulfonilureas un tratamiento aceptable para la DM2?
- 3.- ¿Cuál es el lugar en la terapéutica de los nuevos antidiabéticos no insulínicos en el abordaje farmacológico de la DM2?

Confiamos en que la actividad te fuera útil para fijar unos criterios de selección basados en la mejor evidencia, cuyo fin último es que nuestros diabéticos reciban el mejor tratamiento farmacológico posible y a un coste asequible para ellos y la Sociedad.

## Taller URM: Conciliación Farmacológica entre niveles: “Primum non nocere”

*Dra. D<sup>a</sup>. María del Carmen González López*

*Dra. D<sup>a</sup>. María José García Ramón*

Organismos como la OMS, NICE, Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), señalan que los errores de medicación (EM) constituyen, un problema de seguridad y coinciden en que deben tratarse como un asunto priori-

tario dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente, y que requiere un abordaje sistemático dentro de las organizaciones.

La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, según los estudios nacionales realizados sobre Seguridad del Paciente, tanto a nivel hospitalario (ENEAS), como en Atención Primaria (APEAS),

Más de la mitad de los errores de medicación se originan en los procesos de transición asistencial, es decir, cuando se produce un cambio de profesional responsable del paciente.

Los EM que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios) se deben al desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos necesarios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas incorrectas, etc. Estos errores suponen para el paciente una situación de riesgo de sufrir efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables.

La conciliación de la medicación, es una práctica desarrollada para evitar los errores de medicación derivados de las transiciones asistenciales del paciente y para

llevarla a cabo, se debe obtener la historia farmacoterapéutica completa del paciente, incluyendo nombre del medicamento, dosis, frecuencia y utilizarla como referencia para compararla con las prescripciones realizadas en el ingreso, traslado de servicio o alta hospitalaria y así detectar y resolver las discrepancias encontradas.

Una vez resueltas las discrepancias encontradas, deberá actualizarse la historia clínica y comunicar el tratamiento al paciente o cuidador con un lenguaje comprensible para reforzar la adherencia y evitar la falta de comprensión de los tratamientos establecidos.

El objetivo de este taller es sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de la conciliación de la medicación, destacando la necesidad de implicar a todos los profesionales involucrados con el paciente, así como al propio paciente o cuidador.

## Taller: Infiltraciones

*Dra. D<sup>a</sup>. Fátima García Martínez*

*Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Guillén Montero*

El taller de infiltraciones constará de dos partes; una teórica, en la que se les explicará a los asistentes los distintos fármacos para el uso de la infiltración, un breve resumen acerca de cada patología articular a tratar, indicaciones y contraindicaciones de las infiltraciones, y la técnica detallada, junto con el material a usar. En la parte práctica los alumnos podrán usar los simuladores, desarrollando la técnica explicada previamente. Entre los simuladores anatómicos se encuentran: articulación de hombro, pie (infiltración de neurinoma de Morton, infiltración de fascitis plantar), mano (infiltración de tendinitis de Quervain y rizartrosis), rodilla (con la que se puede practicar la infiltración de la rodilla y la tendinitis de inserción de la pata de ganso).



Con este taller se pretende que los asistentes aprendan estas técnicas, para su uso en la consulta de atención primaria, resolviendo así la patología del paciente, sin tener que acudir a un segundo nivel asistencial.

## Taller URM: Estrategias de desprescripción en Benzodiazepinas

Dr. D. Francisco Atienza Martín

Dra. D<sup>a</sup>. Ingrid Ferrer Lopez

España presenta una utilización de benzodiazepinas (BZD) mayor que la media de Europa<sup>1</sup>, con una tendencia de uso que va en aumento<sup>2</sup>.

En el ámbito de la atención primaria en la provincia de Sevilla, el empleo de BZD durante 2 o más meses se da en el 94% de los casos, el 70% de las veces se usan exclusivamente BZD (sin otros fármacos) y en un 30% de los casos las BZD se asocian a antidepresivos.

Tanto en ansiedad<sup>3,4,5</sup> como en el insomnio<sup>6,7,8</sup> se consideran a las BZD como de 2ª línea, para el alivio a corto plazo (2-4 cuatro semanas) cuando fracasan los métodos no farmacológicos y los síntomas sean severos e incapacitantes.

Según la percepción de los profesionales en el ámbito de la atención primaria, la prescripción de BZD se puede mejorar a través de la educación y la formación de los propios profesionales (en deshabituación, alternativas a los fármacos, práctica reflexiva, y mejor comunicación con los pacientes)<sup>9</sup>.

Los pacientes, creen que el uso inadecuado y la prescripción se cronifica por la dependencia psicológica, la falta de apoyo y por la “negación / falta de conocimiento” de los efectos secundarios. Las estrategias de educación, el aumento de la disponibilidad de alternativas<sup>10</sup> y un diálogo ampliado con los pacientes podrían ayudar a hacer una prescripción más segura<sup>11</sup>.

Una intervención mínima consigue unas tasas de abandono de 1 de cada 3-5 pacientes intervenidos (12, 13, 14) y se mantiene en el tiempo (6-12 meses) inclusive a los 10 años.

Estrategias simples como una carta del médico invitan a deshabituarse, información de autoayuda, o el asesoramiento a los pacientes sobre el riesgo del uso de BZD a largo plazo y los beneficios de la suspensión pueden ser intervenciones eficaces para promover la interrupción. Esta intervención debe ser individualizada con previo acuerdo y colaboración activa por parte del paciente<sup>15</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2015 Jul;n/a -n/a. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/pds.3825>
2. Zammit G. Comparative Tolerability of Newer Agents for Insomnia. *Drug Saf* [Internet]. 2009 Sep;32(9):735-48. Disponible en: <http://link.springer.com/10.2165/11312920-000000000-00000>

3. García Herrera Pérez Bryan JM<sup>a</sup>, Hurtado Lara M<sup>a</sup>M, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Morales Asencio JM. *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y en Salud Mental*. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 2015.
4. *Ansiedad, depresión y somatizaciones. Proceso Asistencial Integrado*. Díaz del Peral, Domingo (coord.). et al.]. 2ª ed. Sevilla : Consejería de Salud, 2011
5. *Short and Long-Term Use of Benzodiazepines in Patients with Generalized Anxiety Disorder*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Rapid Response Reference List. 2014.
6. *Managing short-term insomnia (< 4 weeks) and (> 4 weeks)*. NICE Clinical Knowledge Summaries 2015. Disponible en: <http://cks.nice.org.uk/insomnia>
7. *National Guideline Clearinghouse* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [1997] - . Guideline summary: Clinical guideline for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults; 2014 May . Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48218>
8. Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M et als. Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):103-12.
9. Sirdifield et al. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Family Practice* 2013;14:191
10. García-Herrera, José Ma. Vanesa Nogueras Morillas E. *Guías de autoayuda*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2013. Disponibles: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_smental\\_23\\_12\\_gauto\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto_2)
11. Sirdifield, C., Chipchase, SY, Owen, S. et al. A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *The Patient* (2016). 10(1):1-15.

## Taller: Herramientas para la seguridad del paciente

Dr. D. Francisco Tomás Pérez Durillo

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros

La seguridad del paciente se ha convertido en una pieza fundamental de los sistemas sanitarios más aún desde que numerosos estudios han demostrado que la propia atención sanitaria destinada a mejorar nuestra salud es una importante fuente de daños. La medicación, la comunicación entre niveles, el diagnóstico y tratamiento rápido en procesos de riesgo, unos cuidados y procedimientos seguros, la coordinación dentro del equipo asistencial, la higiene de manos, etc., son aspectos importantes en este ámbito. En el estudio APEAS los resultados ponen de manifiesto que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura siendo la frecuencia de eventos adversos baja y predominando los de carácter leve. Sin embargo, debido a la elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria el número absoluto de eventos adversos sea alto. Generalizando los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados el 7% de los ciudadanos cada año.

Si analizamos los incidentes de seguridad del paciente podemos observar que las causas son múltiples y relacionadas tanto al procedimiento, tipo de trabajo, recursos utilizados o la persona que desempeña el trabajo; y que la gran mayoría de estos incidentes pueden ser evitables. Por



ello resulta necesario integrar la cultura de la seguridad del paciente en nuestra práctica cotidiana estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos así como implantando prácticas seguras en los centros sanitarios. Entre las herramientas y sistemas de los que disponemos se encuentran: • Mapas de Riesgos para la identificación de factores de riesgo y los probables o comprobados daños en un ambiente de trabajo. • Matrices de Riesgos o Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) con el fin de llevar a cabo un análisis proactivo de los riesgos detectados. • Análisis de Incidentes Clínicos (AIC) o del Análisis de Causa Raíz (ACR) para realizar un análisis reactivo de los incidentes.

## Taller: Insulinización

*Dr. D. José Mancera Romero*

*Dr. D. Antonio Hormigo Pozo*

---

El taller de insulinización Línea 3 C intenta mediante la contestación a tres preguntas: ¿Cuándo? ¿Con qué? Y ¿Cómo? , informar y formar a los asistentes en el proceso de insulinización. Con este taller intentamos poner en valor el proceso de insulinización sobre todo al reconocer el retraso y la disminución de prescripción de insulina en Atención Primaria.

Durante el mismo intentaremos repasar las insulinas existentes actualmente a disposición del médico, centrándonos principalmente en las denominadas basales, las características de las mismas, tiempo de actuación, curvas farmacocinéticas y posibles secundarismo. También repasaremos los dispositivos existentes y su funcionamiento, intentando que todos los asistentes manejen de forma efectiva los mismos y sepan reconocer los posibles errores en la administración, zonas de inyección, sistemas de rotación de la inyección y reconocimiento de posibles lipodistrofias. Revisión del uso de tiras reactivas, protocolo de consumos. Aguja y uso de las mismas.

Para concluir revisaremos el proceso de inicio de insulinización , posibilidades de cálculo de la dosis de inicio y progresión de la misma, recomendaciones a los pacientes y autoregulación por parte de los propios pacientes .

Intentaremos dar respuesta a las dudas y resolver los problemas que la sala plantee.

## MESAS

### Mesa: Estrategia de I+i en Atención Primaria de Andalucía

*Dr. D. Ramón González Carvajal*

En Andalucía se apuesta en la investigación e innovación en salud, como una medida de mejora de la calidad de los servicios sanitarios y de desarrollo de nuestra comunidad.

En el año 2017 se ha realizado la evaluación de la Estrategia de I+i en Salud, realizando una profunda reflexión sobre las medidas puestas en marcha y su desarrollo en los próximos años, se ha publicado la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria, que recoge como una de sus propuestas estratégicas la “potenciación de la I+i en atención primaria” y ha finalizado su labor el grupo de trabajo para la mejora de la I+i en atención primaria.

Para dar respuesta al consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos de dar un impulso a la Atención Primaria y específicamente en la actividad investigadora e innovadora, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se han trazado 4 líneas principales de intervención.

1. **RECONOCIMIENTO** de la actividad investigadora/innovadora, en la selección de profesionales, la carrera profesional, los contratos programas de los centros y los acuerdos de gestión de las UGC, en la incenti-vación profesional, así como incorporando a los profesionales de AP en la toma de decisiones y difundiendo los resultados de la I+i en este ámbito.
2. **FINANCIACIÓN** específica a la I+i en AP, contando con las siguientes dos convocatorias, además de las existentes para todos los profesionales del SSPA:
  - Convocatoria permanente de financiación de proyectos investigación e innovación en AP.
  - Convocatoria específica para la intensificación de la actividad investigadora de las UGC de AP.
3. **FORMACIÓN** en investigación, destacando entre las actuaciones en este ámbito:
  - Estancias formativas de investigación con intensificación.
  - Programa formativo en metodología de investigación para AP.
4. **APOYO** a la I+i, siendo dos pilares en los que seguiremos trabajando:
  - Red de Fundaciones Gestoras de la I+i.
  - DIRAYA como plataforma para la I+i.

Estas medidas tendrán un seguimiento continuado, para ir abordando cada barrera/dificultad que surja, con el objetivo de que se produzcan un verdadero avance en el desarrollo de la I+i en la atención primaria de Andalucía.

### Mesa: La investigación en Atención Primaria: Desde la estrategia a la realidad

*Eladio Jiménez Mejías*

Hoy en día a ningún profesional del ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) escapa que, el escenario en que desarrolla su labor asistencial representa, al menos en potencia, un entorno en el que a diario surgen cuestiones para las que no siempre es fácil obtener respuesta y que podrían ser objeto de estudio. La propia naturaleza del ejercicio del médico/a de familia favorece este hecho: elevada frecuentación de las consultas, la multiplicidad de problemas de salud atendidos, la influencia del contexto socio-familiar en tales problemas, así como el carácter longitudinal de la asistencia y el manejo de la incertidumbre, son algunos de los aderezos que sirven de germen de los problemas que la investigación puede convertir en objeto de conocimiento de la Medicina de Familia. [1]

Pese a este hecho, existe una desproporcionada ratio entre pacientes y diversidad de problemas de salud atendidos (entendidos éstos como oportunidad para investigar), y la producción científica que emana de la APS con respecto a otros ámbitos asistenciales, en concreto, la atención hospitalaria o especializada. Alguno estudios cifran esta ratio en un 90% de estudios hospitalarios vs. a un 10% producidos en APS. [2]. Las razones de tales desequilibrios han sido ampliamente estudiadas tanto a nivel internacional, como en nuestro medio. No obstante, en España, cobran especial importancia por cuanto difieren respecto a otros países donde la cultura investigadora en APS está plenamente desarrollada. Valgan los ejemplos de Canadá, USA o Australia [3]. En nuestro medio, las barreras más recurrentemente identificadas para el desarrollo de la investigación en primaria son: la elevada presión asistencial, la falta de tiempo, el escaso reconocimiento de esta labor a nivel institucional (objetivos de gestión, baremos, carrera profesional), la falta de motivación, la falta de estructuras y dificultades de acceso a financiación y, no menos importante, la percepción de falta de formación metodológica por parte de los profesionales [4].

Es precisamente este último aspecto en el que una gran mayoría de los expertos coinciden en designar como la mejor estrategia para incorporar la investigación entre las funciones que desempeñan los profesionales de APS. Pese a la diversidad de la oferta formativa existente (formación de pregrado, MIR, formación de tutores clínicos, formación continuada, becas post-MIR, o doctorandos), los estudios bibliométricos sobre la producción científica en APS constatan que, tanto el volumen como, sobre todo, la calidad metodológica de los trabajos y proyectos que proceden de la APS, son en líneas generales insatisfactorios [5]. Si bien es una realidad que, aunque de manera lenta, está afortunadamente cambiando.

Al hilo de este argumento, parece pues razonable ahondar en los siguientes aspectos formativos: 1) La formación en metodología de investigación del pregrado; muy heterogénea y, a veces, claramente insuficiente; 2) La mayor vi-

sibilidad de la oferta formativa de posgrado y la necesidad de una coordinación efectiva de dicha oferta de modo que, ésta no sea percibida como algo oportunista y fragmentado; 3) Impulsar de manera decidida los vínculos entre Sistema Sanitario y Universidad, favoreciendo la incorporación de los profesionales de APS a la carrera docente e investigadora y viceversa. En este sentido, son varios los estudios que avalan que los centros con mayor producción científica, se corresponden con aquellos que tienen perfil docente y cuentan entre su plantilla con profesores asociados y/o vinculados al ámbito académico [1, 4].

Por lo demás, no se debe pasar por alto el peso que en el nacimiento y/o la consolidación de una línea o grupo de investigación en APS ejercen aspectos tales como: concretar la investigación en aquellas líneas prioritarias para la mejora de la salud de la población, el desarrollo de proyectos de investigación multidisciplinarios, contar con estructuras de apoyo específicas accesibles y fácilmente identificables por los investigadores, o generar y fortalecer alianzas con otras instituciones, empresas y redes de investigación estatales y europeas.

La consideración de todos estos aspectos, junto con la posibilidad de contar con plantillas razonablemente estables, el reconocimiento de la actividad investigadora y la disponibilidad de tiempo, redundarían en una mayor motivación y un mayor voluntarismo por parte de los profesionales que, sin duda, sería un buen motor para impulsar definitivamente la investigación en APS.

### **Mesa: La investigación en Atención Primaria: Desde la estrategia a la realidad**

#### **Ponencia Cómo aumentar la cantidad y calidad de la producción científica en Atención Primaria y no morir en el intento.**

*Dr. D. Juan Ángel Bellón Saameño*

La atención primaria es donde la mayoría de los pacientes reciben atención sanitaria y donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud que la población plantea. Sin embargo, la investigación en AP está todavía muy lejos de la de otras especialidades. Se podría decir que es la “Cenicienta” de la investigación y es criticada por su comparativamente escasa producción, poca relevancia y falta de rigor metodológico. En España la producción científica de AP indexada en PubMed sigue creciendo año tras año y la proporción de artículos publicados en revistas internacionales también. Este aumento de la producción y del factor de impacto se ha producido en esta última década a pesar de la caída generalizada de la inversión en investigación en nuestro país. Por otra parte, la proporción de dinero que los organismos públicos españoles invierten en la investigación de AP (proyectos de investigación, intensificación, recursos humanos y estructurales, etc.) es inferior al 3-4% del total, lo cual podría ser catalogado claramente como residual o escasa.

Dos terceras partes de los artículos de AP publicados en PubMed pertenecen a revistas españolas y un tercio a revistas internacionales; sin embargo, cuando los inves-

tigadores de AP pertenecen a redes-cibers o/y institutos de investigación, esta proporción es justamente la contraria. El 50% de estas publicaciones de AP corresponden a áreas de investigación de enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares, infecciosas, endocrino-metabólicas, servicios, usos de medicamentos y actividades preventivas. Estas tres últimas áreas son diferenciales respecto al de otras especialidades clínicas.

Andalucía, después de Cataluña y Madrid, es la tercera comunidad en número de artículos de AP publicados en PubMed, pero cuando se ajusta por el tamaño de la población ocupa el penúltimo lugar. Después de este ajuste, Cataluña sigue ocupando el primer lugar, siendo la única comunidad autónoma que tiene un Instituto de Investigación de AP (el IDIAP) que ha sobrevivido a los cambios políticos.

En un estudio, mediante indicadores objetivos bibliométricos, se identificaron en España 250 líderes de investigación en AP que mantenían líneas de investigación en el tiempo. Se les envió una encuesta y 212 (85%) la contestaron. Tomando como variables de respuesta su número de artículos originales publicados en PubMed en los últimos 5 años y su factor de impacto acumulado, se construyeron sendos modelos multivariantes de regresión lineal multinivel cuyo componente aleatorio fue la comunidad autónoma. En ambos modelos, las variables que tuvieron una asociación significativa con la producción y su impacto fueron en orden de mayor a menor tamaño del efecto: pertenecer a redIAPP (única red de investigación en AP que financia el ISCIII), pertenecer a un CIBER, mayor número de investigadores en el grupo de investigación del líder y que este grupo tuviera más de dos líneas de investigación.

Los datos sugieren que si se quiere aumentar la producción científica de AP en cantidad y calidad se debería potenciar la inversión en redes de investigación en AP, fomentando además que sus grupos de investigación tengan más miembros y líneas de investigación. También es posible que la creación de institutos de investigación específicos para AP contribuya a ello.

#### **Mesa de actualización: Evidencia para llevarnos a casa: Qué debemos cambiar en la práctica clínica, según las últimas evidencias; enfermedad de Alzheimer, trastornos afectivos, EPOC y DM**

*Dr. D. Cristóbal Carnero Pardo*

Los criterios diagnósticos aún vigentes en la mayoría de estudios realizados sobre Enf. de Alzheimer (EA) en Atención Primaria (McKahn 1984), exigen la presencia de demencia y afectación de la memoria para el diagnóstico de EA. En cambio, las evidencias disponibles señalan que la EA es un proceso fisiopatológico que comienza incluso décadas antes de la aparición de los primeros síntomas que incluye una fase preclínica y una fase sintomática previa al estadio de demencia.

La disponibilidad de múltiples biomarcadores de los procesos fisiopatológicos que subyacen a la EA permite su identificación precoz, incluso en estadios preclínicos; a

pesar de ello, las evidencias actuales desaconsejan el despistaje asistencial o poblacional en búsqueda de pacientes asintomáticos. Por el contrario, el diagnóstico precoz de EA sí aporta múltiples beneficios individuales, familiares y sociales por lo que es necesario por parte de los profesionales de Atención Primaria, mantener una actitud de alerta y proactiva para la identificación de estos sujetos.

Los test cognitivos breves son los instrumentos más adecuados para la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. La elección del instrumento entre los múltiples disponibles debiera atender a la presencia de unos requisitos mínimos entre los que la validación en el entorno que se aplica, la gratuidad de uso y una duración menor de cinco minutos son ineludibles. El Mini-Mental o sus versiones (MEC) es el instrumento más utilizado a nivel mundial y en nuestro país a pesar de contar con importantes limitaciones que justifican el que por parte de algunos autores se aconseje su sustitución por otros instrumentos como el Fototest que son más breves, más fáciles, aplicables a analfabetos, menos influenciados por el nivel educativo, más útiles y con un mejor coste-efectividad.

### **Mesa: Mesa de actualización: Evidencia para llevarnos a casa: Qué debemos cambiar en la práctica clínica, según las últimas evidencias; enfermedad de Alzheimer, trastornos afectivos, EPOC y DM**

#### **Ponencia: “Trastornos afectivos”.**

*Sergio Ramón Fernández-Miranda López*

El objetivo de esta ponencia es subrayar aquellas cuestiones “a rescatar” para nuestra práctica clínica diaria, desde la evidencia actual, a propósito de los Trastornos afectivos.

Para ello, previamente reflexionaremos sobre las diferencias trascendentales que hay entre el modelo biomédico de abordaje y tratamiento y el modelo que debe aplicarse ante la patología mental, más cercano al paradigma antropológico.

Es preciso para ello hacer un análisis de la demanda, para lo que es necesario entender el impacto de las transformaciones sociales de nuestro tiempo. Cambios a los que no somos ajenos, por supuesto.

Por tanto, ante el paciente con malestar emocional es inevitable que aparezca la incertidumbre y nuevas dificultades, junto a las lógicas de cualquier proceso terapéutico.

La suerte es que tenemos unas estupendas guías clínicas, muy claras y ordenadas, que aclaran mucho qué hacer, aunque no resuelven del todo el problema, dado que este no es uno de solución rápida, y mucho menos únicamente química.

Así, haremos un resumen de las recomendaciones de las evidencias, insistiendo en el papel ineludible, por su eficacia, de las intervenciones no farmacológicas. Se torna absolutamente imprescindible un posicionamiento en la entrevista hacia el encuentro existencial, con una escucha activa y atenta. Así se da sostén emocional, base

para la relación terapéutica y la construcción del proceso curativo. Se contempla el entrenamiento en técnicas relación y se recomienda articular psicoterapias de apoyo breves, orientadas a reforzar las defensas sanas y superar la crisis. Estas intervenciones deben ser regladas y con entrenamiento previo, dado que aunque no se vea, tienen por supuesto su dificultad y pueden generar una peligrosa iatrogenia.

Los fármacos por supuesto son una herramienta enormemente eficaz. No olvidemos de dónde venimos. Pero lo es mucho más si es bien usada, en el momento oportuno, en la persona adecuada, en la cantidad justa. La medicación debe tener su lugar. Pero un lugar apropiado. Hoy día no lo tiene, en relación a lo explicado al inicio de la ponencia.

Se explicarán las características diferenciales básicas entre Trastornos afectivos mayores y menores, haciendo hincapié en estos últimos, por su incidencia y prevalencia en Atención Primaria. Se reflexionará también sobre las entidades nosológicas y su solapamiento con la normalidad.

Así, se darán consejos prácticos y herramientas para la prescripción adecuada de antidepresivos y benzodiacepinas, desde un uso responsable, racional y lógico de los mismos.

Para terminar, se plantearán nuevas reflexiones e ideas, pensando en la necesidad de una reformulación de nuestra tarea, ante los cambios sociales en que nos vemos inmersos, y que impactan en la demanda y patoplastia de estas patologías.

### **Mesa de actualización: Evidencia para llevarnos a casa: Qué debemos cambiar en la práctica clínica, según las últimas evidencias; enfermedad de Alzheimer, trastornos afectivos, EPOC y DM**

*Dr. D. José Calvo Bonachera*

La EPOC es una enfermedad que ocasiona una gran carga asistencial en Atención Primaria. Nuevas evidencias recientes van a permitir cambiar importantes aspectos en el tratamiento de esta enfermedad. La nueva versión de la guía GOLD de 2017 aporta un enfoque distinto en la clasificación y tratamiento de la EPOC, más basado en síntomas y exacerbaciones que en función pulmonar.

La nueva revisión de la guía española GesEPOC, de inminente aparición, va a clasificar a los pacientes según su grado de complejidad, simplificando el esquema de tratamiento y estableciendo pautas de manejo del paciente poco complejo en Atención Primaria.

Las combinaciones de broncodilatadores de larga duración, a la vista de la evidencia actual, han pasado a tener un papel central en el tratamiento de la EPOC, relegando el uso de corticoides inhalados a los pacientes con fenotipo mixto y a pacientes funcionalmente graves y exacerbadores.

El estudio FLAME, recientemente publicado, ha demostrado la capacidad de una combinación de broncodilatadores (glicopirronio e indacaterol) para disminuir exacer-

baciones, lo que ha permitido importantes modificaciones en las nuevas revisiones de las guías de tratamiento.

El estudio WISDOM ha aportado también evidencia sobre la posibilidad de retirar corticoides inhalados en determinados pacientes con EPOC grave.

Por tanto, estas nuevas evidencias van a permitir trasladar a la práctica clínica de Atención Primaria esquemas de tratamiento más sencillos.

En un futuro próximo vamos a poder disponer de combinaciones de dos broncodilatadores de acción larga y corticoide inhalado en un solo dispositivo que van a venir a simplificar el tratamiento del paciente con EPOC grave y exacerbador frecuente.

Un nuevo enfoque más flexible del tratamiento de la EPOC nos va a permitir escalar o desescalar fármacos y personalizar más el tratamiento.

### **Mesa de actualización: Evidencia para llevarnos a casa: Qué debemos cambiar en la práctica clínica, según las últimas evidencias; enfermedad de Alzheimer, trastornos afectivos, EPOC y DM**

*Dr. D. Francisco Javier Peñafiel Martínez*

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es uno de los campos de la medicina actual en el que estamos asistiendo a un mayor desarrollo de innovaciones terapéuticas. Gracias a ellas, se está consolidando un cambio significativo en la percepción de un nuevo enfoque del tratamiento de esta enfermedad, centrado en la disminución del riesgo cardiovascular.

La demostración inicial de este hecho fue llevada a cabo con empagliflozina, un inhibidor selectivo del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2, que confirmó una muy notable y significativa reducción de mortalidad cardiovascular (Estudio Empa-Reg Outcome). La trascendencia de este estudio ha sido enorme, dado que es la primera vez que un tratamiento para la diabetes consigue tal beneficio cardiovascular, y el ensayo se ha convertido ya en un referente al que deberán remitirse futuros estudios con nuevos fármacos para el tratamiento de la DM2.

Esta nueva perspectiva ha sido consolidada posteriormente con dos análogos del receptor de GLP1, Liraglutida (Estudio Leader) y Semaglutida (Estudio Sustain-6), que también han confirmado la capacidad de estos fármacos para reducir eventos cardiovasculares.

Por otra parte, estos hallazgos han dado lugar a cambios trascendentales en la interpretación de las guías terapéuticas del tratamiento para la diabetes, cuestionando y replanteando temas candentes como el “segundo escalón terapéutico”, la asociación de varios fármacos y otros aspectos del tratamiento.

Otra de las innovaciones terapéuticas destacables en DM2 es la comercialización de nuevas moléculas de insulina basal (Glargina-300 e insulina Degludec), que han demostrado consistentemente claras mejorías respecto a las insulinas basales previas: efectos hipoglucemiantes estables, mayores duraciones de acción y disminuciones de la frecuencia de hipoglucemias.

Por último, el perfeccionamiento de los nuevos sistemas de monitorización continua de glucosa, junto al desarrollo tecnológico de las bombas de infusión continua de insulina, también permiten ofrecer nuevas armas terapéuticas para optimizar el control metabólico y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### **Mesa: Avances en el modelo de renovación de la Atención Primaria**

*Dr. D. Manuel López Serrato*

La atención Primaria en Andalucía sigue siendo muy bien valorada por la ciudadanía y sus resultados la continúan situando entre los modelos de atención primaria con mejor desempeño en Europa. Pero existe un consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos en que, tras estos años de crisis, es necesario dar un nuevo impulso a la atención primaria, sin modificar la esencia del modelo.

Teniendo en cuenta estas premisas y en colaboración con las sociedades científicas de Atención Primaria, se presentó por parte de la Consejería de Salud en junio del 2016 la Estrategia para la renovación de la Atención Primaria, que aborda la puesta en marcha de un Plan de Renovación de la Atención Primaria (PRAP).

La finalidad de este Plan es fortalecer la Atención Primaria, porque es sobradamente conocido que una Atención Primaria fuerte tiene efectos beneficiosos para un sistema sanitario en su conjunto, porque sólo desde la AP se puede hacer efectivo y eficiente un abordaje transversal de los problemas de salud más frecuentes y relevantes y por la imperiosa necesidad de adecuarse a las nuevas formas de enfermar y hacer frente con éxito a la fragilidad, a la comorbilidad, a la cronicidad, y a las enfermedades emergentes.

Este fortalecimiento de la Atención Primaria en Andalucía tiene como objetivo mejorar la salud de las poblaciones y la experiencia individual de atención; garantizar la equidad en la atención, especialmente en grupos de alta necesidad; prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar la eficiencia del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Entre sus propuestas y acciones caben destacar las siguientes líneas de actuación:

- Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud.
- Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente.
- Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional y generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primaria.
- Primacía efectiva de la orientación a resultados para que guíen los cambios de la organización, sus recursos y los reconocimientos profesionales.
- El Plan se expresa en 82 acciones concretas que se configuran a partir de 12 propuestas estratégicas, y esta previsto su desarrollo en un marco temporal del 2016 al 2019.



## Mesa: Avances en la vacunación frente a la neumonía neumocócica.

### Ponencia: Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017

*Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza*

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la neumonía neumocócica suponen un grave problema de salud entre los adultos de mayor edad y aquellos con determinadas condiciones y patologías crónicas. Entre las estrategias para prevenir la ENI y la NN se encuentra la vacunación.

Actualmente, existen 2 vacunas disponibles para el adulto. La vacuna polisacárida (VNP23), empleada en mayores de 2 años desde hace décadas, es la que mayor número de serotipos incluye, pero no genera memoria inmunitaria, los niveles de anticuerpos disminuyen con el tiempo, provoca un fenómeno de tolerancia inmunitaria y no actúa sobre la colonización nasofaríngea. La vacuna conjugada (VNC13) puede emplearse a cualquier edad de la vida a partir de las 6 semanas y genera una respuesta inmunitaria más potente que la VNP23 frente a la mayoría de los 13 serotipos en ella incluidos.

Desde junio de 2010 se encuentra disponible en España la vacuna conjugada frente a 13 serotipos de *S. pneumoniae* cuya ficha técnica incluye su indicación para prevenir la ENI y la neumonía neumocócica en adultos  $\geq 18$  años y personas de edad avanzada.

En el año 2013, 16 Sociedades Científicas publicaron un documento de Consenso con una serie de recomendaciones basadas en las evidencias científicas respecto a la vacunación antineumocócica en el adulto con condiciones especiales y patología de base. En el año 2017, 18 Sociedades Científicas han actualizado el documento anterior.

Un reciente ensayo clínico (Estudio CAPITA) con más de 84.000 participantes mayores de 64 años ha demostrado eficacia vacunal de VNC13 en la prevención no solo de la ENI sino de la neumonía neumocócica.

Entre los grupos de riesgo este Grupo de Consenso consideró susceptibles de vacunación los sujetos con asplenia anatómica o funcional, fístulas de LCR, implantes cocleares e inmunodeprimidos: Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, otras neoplasias, enfermedad renal crónica estadio 4-5 y estadio 3 con riesgo aumentado (síndrome nefrótico, diabetes mellitus o tratamiento con inmunosupresores), trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH, enfermedad reumatológica inflamatoria autoinmune y enfermedad inflamatoria intestinal (incluye enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

Se consideró susceptibles de vacunación los sujetos inmunocompetentes tanto sanos  $\geq 65$  años, como aquellos con otras patologías de base, o factores de riesgo, como: Enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave y patología intersticial difusa pulmonar), enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis), enfermedad cardiovascular crónica (incluye insuficiencia cardíaca crónica,

cardiopatía isquémica, valvulopatías, cardiopatías congénitas, hipertensión con afectación cardíaca y pacientes con patología cerebrovascular), diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina, tabaquismo y abuso del alcohol.

Las 18 Sociedades Científicas firmantes de este Consenso consideran que los **adultos de 65 años o más** y aquellos con las **patologías de base** enumeradas deberían vacunarse frente a neumococo y recibir, preferentemente, al menos, 1 dosis de VNC13 que se administrará siempre antes que VNP23 con un intervalo mínimo de 8 semanas (óptimo de 1 año) en aquellos casos en los que la revacunación con ésta última esté también indicada.

## Mesa: Abordaje de la hepatitis C desde Atención Primaria

### Ponencia: ¿Es posible la eliminación del Virus C? Experiencia de éxito en coordinación y trabajo conjunto Hospital/ Atención Primaria

*Dra. D<sup>a</sup>. Marta Casado Martín*

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es probablemente la única infección crónica viral que somos capaces de curar, además, desde la aparición de los antivirales de acción directa, cumple los requisitos para su eliminación, ya que la infección es curable en casi la totalidad de los pacientes. Así la OMS ha establecido como meta para el año 2030, la eliminación de la hepatitis C como importante amenaza para la salud pública. Sin embargo, para conseguir este objetivo es necesario, no solo tratar a todos los pacientes diagnosticados, sino diagnosticar a la totalidad de pacientes infectados. La infección por el VHC permanece asintomática hasta estadios avanzados de la enfermedad, por lo que un elevado porcentaje de pacientes infectados están aún sin diagnosticar. En España aproximadamente un 60% de los pacientes con hepatitis C desconocen su enfermedad. Además, el diagnóstico de la infección por el VHC supone un beneficio, no solo desde el punto de vista individual, al reducir la morbilidad del paciente al ser tratado, sino de salud pública, porque permite reducir la transmisión del virus.

Una de las estrategias más importantes para aumentar la tasa de diagnóstico de la infección por el VHC es sin duda el cribado poblacional. Así tanto la OMS como diferentes organismos internacionales, junto con las guías europeas y españolas para el manejo de la infección por VHC y el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, incluyen entre sus recomendaciones, la realización de programas de cribado en poblaciones susceptibles definidas según los datos epidemiológicos locales.

Sin embargo, para poner en marcha un programa de cribado de infección VHC, es imprescindible disponer de datos sólidos y actualizados de prevalencia de dicha infección. Recientes estudios sitúan la prevalencia actual de anticuerpos anti VHC en adultos se sitúa entre un 0.8% y un 1.1% con una población virémica de 386000, nota-

blemente inferior a la comunicada con anterioridad. Las cifras de prevalencia de infección VHC son superiores en la población con factores de riesgo de exposición al VHC, en los que esta puede ser del 9.5%.

Disponemos de tres diferentes estrategias de cribado para la infección por VHC: el cribado universal, el cribado por grupos de edad y el basado en población de riesgo, siendo esta última, la estrategia considerada más coste-eficaz. Sin duda, en esta estrategia de cribado el papel de los profesionales de atención primaria (AP) es indiscutible. De hecho en el Plan Estratégico Nacional se propone el diseño y desarrollo de un plan de formación continuada y capacitación sobre la infección VHC en AP así como la elaboración de una guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VHC en poblaciones prioritarias en el ámbito de AP. Es indudable que el ámbito de AP es la principal fuente de diagnóstico de casos no conocidos y de derivación de pacientes diagnosticados, por lo que los profesionales de AP juegan un papel fundamental en la eliminación de la hepatitis C.

### **Mesa: Abordaje Integral del Paciente con Ictus: Nuevas Realidades Organizativas y Terapéuticas**

*Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez*

El Ictus, clásicamente ha sido una patología en la que el médico adoptaba una actitud nihilista por la cual el paciente había sufrido un AVC y poco podríamos hacer... Esa situación aconteció hasta hace 20 años en los que la corriente científica indicaba que se podría fibrinolisar al paciente (al igual que en el infarto de miocardio), y por tanto se empezó a plantear el ictus como una emergencia médica en la cual “el tiempo es cerebro”. Desde hace 2-3 años, esa situación ha cambiado notablemente, en la que además de valorar el factor tiempo, se plantean otras variables puesto que además de la fibrinólisis existen otras técnicas de repercusión cerebral que puedan hacer que el paciente quede con poco ó ningún déficit neurológico.

### **Mesa: Abordaje Integral del Paciente con Ictus: Nuevas Realidades Organizativas y Terapéuticas**

#### **Ponencia: Neurorradiología diagnóstica y terapéutica en el ictus isquémico agudo.**

*Dr. D. Ernesto García Bautista*

Revisión y actualización de los métodos de diagnóstico por imagen y las alternativas de tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Evaluación cronológica de las evidencias científicas que han validado los diferentes tratamientos existentes para la oclusión de gran vaso cerebral, desde la fibrinólisis intravenosa a la trombectomía mecánica.

### **Mesa: Abordaje Integral del Paciente con Ictus: Nuevas Realidades Organizativas y Terapéuticas**

#### **Ponencia: Avances organizativos y terapéuticos en el ictus: después del ictus**

*Dr. D. José María Aguilera Navarro*

La evidencia científica señala que los pacientes con ictus agudo deben ser ingresados en una Unidad de Ictus que es la única medida que disminuye la mortalidad en fase aguda (nivel de evidencia la, grado de recomendación A). Durante el ingreso, se deben realizar estudios que aclaren la etiología del ictus (aterotrombóticos en el 50% de las ocasiones, cardioembólicos en un 25%, de causas inhabituales en un 5%) para ajustar las medidas de prevención secundaria. A pesar de los avances en técnicas diagnósticas, en uno de cada 5 pacientes no conocemos el origen del ictus. La rehabilitación tras el ictus debe comenzar precozmente durante el ingreso para evitar complicaciones. Al alta, la indicación de antitrombóticos, el uso de hipotensores y estatinas son pautas habituales en esta patología. En Atención Primaria, no se deben conseguir los objetivos en el control de los factores de riesgo con el mismo rigor que en cualquier manifestación de la enfermedad cardiovascular (según procesos asistenciales). Como oportunidades de mejora en la asistencia a los pacientes con ictus se señalan la indicación adecuada de fármacos anticoagulantes, la mejora en la adherencia a las medidas terapéuticas, y vigilar la aparición del deterioro cognitivo que aparece en un tercio de los pacientes tras un ictus. El manejo de estos pacientes es complejo y exigen una actuación interdisciplinar.

### **Mesa: Mi paciente trasplantado. El reto de los inmunosupresores**

#### **Ponencia: Programa de donación y trasplantes. Una realidad consolidada.**

*Dr. D. Francisco Guerrero Gómez*

La escasez de órganos para trasplantes constituye el factor limitante fundamental de estas terapéuticas, al menos en los países desarrollados. La demanda crece de manera exponencial a medida que mejoran los resultados de supervivencia y por tanto la posibilidad de que se beneficie un número cada vez mayor de enfermos.

A principio de los años noventa, España inició un enfoque integrado del problema de la escasez de órganos para trasplantes diseñado específicamente a aumentar la donación de órganos de cadáver. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se creó en 1989, e indujo entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores, entrenados específicamente, con un alto grado de motivación y con un perfil específico. España ha pasado de tener una tasa de 14 donantes por millón de población

a unos niveles de más de 34 donantes por millón de población. Se trata del único ejemplo en todo el mundo de un incremento continuo de los índices de donación, que ya alcanza alrededor de un 150%, con un aumento paralelo de los trasplantes de todos los órganos sólidos.

Estos resultados alcanzados no pueden entenderse si no se contempla como un enfoque integrado que incluye la existencia de un marco básico adecuado desde el punto de vista legal, económico, ético, médico y político y que se conoce internacionalmente como “Spanish Model”. Los puntos básicos que definen este modelo sería:

- Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales.
- Una red de coordinadores a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario.
- Todas las decisiones se toman por consenso en una Comisión del consejo interterritorial formado por los responsables de la coordinación nacional y cada una de las autonomías.
- El coordinador hospitalario debe ser un médico, que trabaja casi siempre en la coordinación a tiempo parcial, está situado dentro del hospital y depende de la Dirección del mismo. Está ayudado por personal de enfermería
- La mayoría de los coordinadores son intensivistas, lo que implica una participación activa de estos especialistas en la donación de órganos.
- Un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, en realidad una auditoria continuada de muerte encefálica en las unidades de medicina intensiva.
- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicio en apoyo de todo el sistema.
- Un gran esfuerzo en formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario.
- Mucha dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante. Reuniones periódicas con los periodistas, cursos de formación de comunicación para los coordinadores.

Los esfuerzos realizados por la ONT para incrementar la actividad de donación y trasplantes se reflejan en un plan estratégico nacional diseñado en 2008 denominado Plan Donación 40, cuyo objetivo general es alcanzar en nuestro país lo 40 donantes por millón de población.

de los últimos grandes estudios publicados cobra aún más fuerza el conocido aforismo que sustenta la teoría lipídica: “cuanto más bajo mejor”, dado que se ha demostrado la reducción significativa de eventos cardiovasculares mayores con cifras más bajas de LDLc que las que marcan actualmente las guías de práctica clínica. Sin duda el estudio IMPROVE IT ha supuesto el inicio del cambio en el paradigma establecido para el tratamiento de la dislipemia en este tipo de pacientes, basado hasta esos momentos, casi de forma exclusiva, en las estatinas, que continúan siendo la piedra angular de la terapia hipolipemiente, si bien la asociación con ezetimibe aumenta la eficacia del tratamiento siendo a la vez una opción muy segura. La terapia hipolipemiente combinada (estatina + ezetimibe) simplifica el tratamiento, aumentando la adherencia terapéutica que sin duda es uno de los mayores *handicap* en la falta de consecución de los objetivos fijados en este tipo de pacientes.

## Mesa: Manejo del Paciente de MARCV

*Dr. D. Jaime Nevado Portero*

La ponencia, que lleva por título “IMPROVE IT: De la evidencia a la práctica clínica”, aborda el manejo de la dislipemia en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, es decir, aquellos con enfermedad cardiovascular establecida o documentada por técnicas de imagen de manera inequívoca, con *Diabetes Mellitus* y daño de órgano diana o con un factor de riesgo mayor asociado, con ERC grave ( $FG < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ) o con una estimación de riesgo mediante el modelo de predicción SCORE  $> 10 \%$ . A la luz

# **COMUNICACIONES**

---

## COMUNICACIONES

### COMUNICACIONES ORALES MÉDICO DE FAMILIA

#### 264/68. INFLUENCIA DE UN TALLER EDUCACIONAL EN LAS MUJERES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

##### AUTORES:

(1) Óscar Fernández Martín; (2) Montserrat Eugenia Granados Bolívar; (3) Ángela Jiménez García.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montefrío. Granada.; (2) Enfermera de Familia. Centro de salud de Baza. Granada.; (3) Enfermera de Familia. Centro de salud Gran Capitán. Granada.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 50 años por encima incluso del cáncer de mama y de útero. Factores específicos como los trastornos hormonales y metabólicos, la menopausia y las enfermedades autoinmunes influyen en la salud cardiovascular.

Conocer la influencia de un taller de información, consejos dietéticos y musicoterapia puede mejorar la calidad de vida de mujeres con enfermedad cardiovascular.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental analítico prospectivo en pacientes diagnosticadas de enfermedad cardiovascular. Muestreo no probabilístico por conveniencia de 100 pacientes pertenecientes 50 al centro de salud de Montefrío y 50 zona básica de Baza (Granada). Se utilizó la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca y el test Minnesota calidad de vida de pacientes con problemas cardíacos pre y post taller entre marzo a junio de 2016. Los criterios de inclusión fueron ser mujer, tener una enfermedad cardiovascular y querer participar en el estudio, era excluyente no reunir algún criterio anterior.

##### RESULTADOS

Mejoró su autocuidado en un 65 % en cuanto a hacer ejercicio regularmente y seguir los consejos dietéticos. Las pacientes también mejoraron en la afectación del sueño y el descanso a un 45%, e incluso algunas pacientes comentaron que les hacía sentir que no habían perdido el control de su vida.

##### CONCLUSIONES

La enfermedad cardíaca no es solo una enfermedad física sino que tiene un importante componente psicológico, podemos ayudar a nuestras pacientes introduciendo elementos nuevos en nuestra práctica clínica

#### 264/69. RELACIÓN ENTRE DIABETES Y DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS

##### AUTORES:

(1) Óscar Fernández Martín; (2) Montserrat Eugenia Granados Bolívar; (3) Ángela Jiménez García.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montefrío. Granada.; (2) Enfermera de Familia. Centro de salud de Baza. Granada.; (3) Enfermera de Familia. Centro de salud Gran Capitán. Granada.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes es una enfermedad crónica que tiene mucha repercusión en la calidad de vida del paciente. La vida sedentaria se asocia a la resistencia a la insulina que puede inhibir la señalización entre las neuronas y afectar a la memoria. La hiperglucemia aumenta el riesgo de deterioro cognitivo.

Conocer si un taller sobre educación sanitaria a pacientes mayores diabéticos puede prevenir el deterioro cognitivo

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental analítico prospectivo. La muestra fueron 60 mayores entre 65-80 años que acudían a consulta de enfermería de centro de salud de Montefrío (Granada). El muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Se utilizó la escala de Pfeiffer pre y post del taller. El estudio entre enero y junio de 2016 a través de consejos dietéticos, realización de ejercicios de memoria y consejos sobre ejercicios de actividad física. Los criterios de inclusión fueron diabéticos entre 65-80 años, que quisieran formar parte del estudio y dieran su consentimiento informado y los criterios de exclusión no reunir las características anteriores.

##### RESULTADOS

El 82% de los participantes mejoraron los valores de hemoglobina glicosilada después del taller. El 62% comentaron que habían seguido realizado los consejos dietéticos los ejercicios de memoria y de actividad física en casa.

##### CONCLUSIONES:

La resistencia a la insulina se asocia con un peor procesamiento del azúcar en el cerebro, aumentar nuestra salud a través de una buena dieta, ejercicios físicos y de memoria puede aminorar la resistencia a la insulina y mejorar la calidad de vida del adulto mayor diabético.



## 264/76. POR QUÉ LO LLAMAN MAREO CUANDO QUIEREN DECIR...

### AUTORES:

(1) María Belén Guzmán Martínez; (1) Alicia Muñoz Vizcaino; (1) Sofia Capparros Crespo; (2) Ana Nieves López López.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Carboneras. Almería.; (2) Auxiliar de Enfermería. Centro de Salud Carboneras. Almería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El mareo constituye un síntoma frecuente y molesto. Los pacientes lo utilizan para referirse a diversas sensaciones, aunque la mayor parte se deba a motivos livianos, otras puede traducir enfermedad grave. Por tanto una historia clínica cuidadosa es fundamental para determinar qué experimenta el paciente que dice: “Doctor, estoy mareado”. OBJETIVO GENERAL: Conocer significado “mareo” para usuarios nuestro Centro de Salud cuando acuden urgencias. OBJETIVO ESPECÍFICO: describir perfil usuario, horarios consulta, diagnóstico presunción en urgencias, pruebas solicitadas, derivación, al alta llegamos diagnóstico certeza.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Descriptivo

Recogida datos durante año 2016 en horario Atención Continuada por investigadores del estudio.

Diseño hoja recogida datos: variables a registrar

Determinar investigadores e indicaciones recogida datos.

Análisis resultados:

- Tablas frecuencia (descripción muestra).
- Resúmenes numéricos datos cuantitativos

Registro base datos Access.

Análisis Stata versión 12.

#### RESULTADOS

Total 1678 asistencias servicio Urgencias UGC durante el 2016, 393 el motivo mareo.

Edad media: 52;

2/3 mujeres;

Antecedentes médicos: HTA 33%, Osteoarticular 25%

Tratamiento crónico: antihipertensivos 32.9%, antidepresivos 27.02%

70.92% consulta más 1 vez

Diagnóstico alta: vértigo periférico 40%, HTA 12%.

Derivación alta: DOMICILIO 57.40%, MAP 33.42%. HOSPITAL 8.93%, ESPECIALISTA 0.26%.

#### CONCLUSIONES

“Mareo” que por sí mismo traduciría una actuación urgente, la mayoría veces tuvo significado banal, menos del 9% precisó derivación hospitalaria por causa grave; al paciente le cuesta describir “mareo”, siendo imprescindible: anamnesis sistematizada, exploración y toma constantes completa.

## 264/79. ¿SE PUEDE INCREMENTAR LA UTILIZACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR PARA MEJORAR EL A

### AUTORES:

(1) Jesús González Lama; (2) Nicomedes Rodríguez Rodríguez; (3) Estefanía López Domínguez; (4) Valerio Trigos Domínguez; (5) Alejandro Plata Illescas; (1) David Guardado Roperio.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba.; (2) Enfermero. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba.; (3) Farmacéutica de Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Cabra. Córdoba.; (4) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba.; (5) Farmacéutico de Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Cabra. Córdoba.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Estudio de intervención para evaluar el impacto de una acción formativa en el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) y el índice sintético de consumo (ISCo) de la prescripción de estatinas en un Área de Gestión Sanitaria (AGS).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una sesión clínica en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) sobre las evidencias en el abordaje de la hipercolesterolemia en prevención primaria (iniciar tratamiento con estatinas si RCV a 10 años  $\geq$  5%). Se comparó el ISCo de estatinas antes y 10 meses después de la intervención, así como el uso de la herramienta de RCV entre la UGC de intervención y el resto de las UGC del AGS en ese tiempo.

#### RESULTADOS

El grupo de intervención estaba formado por 18 médicos de familia (MF) y el de control por 140 MF de 12 UGC del mismo AGS (población=214.638 adultos). En la UGC de intervención el ISCo pasó de 65,87 a 65,09 (1,2% descenso) y en el total del AGS de 76,39 a 74,27 (2,8% descenso). Los MF de la UGC de intervención calcularon el RCV a 700 pacientes, un 26,6/1.000 (IC 95% 24,7-28,6) de la población adulta asignada (39 pacientes/MF). En el resto de UGC del AGS (grupo control), el RCV se calculó a 1.729 pacientes, un 9,2/1.000 (IC 95% 8,8-9,6) de la población adulta asignada (12 pacientes/MF).

#### CONCLUSIONES

La intervención incrementó significativamente el empleo del RCV en pacientes hiperlipémicos y disminuyó el ISCo, a pesar de partir de valores objetivo óptimos.

## 264/80. RANGO DE NORMALIDAD DE LA TSH ESTRATIFICADO TRIMESTRALMENTE DURANTE LA GESTACIÓN

### AUTORES:

(1) Antonio Ortega Carpio; (2) Laura Duarte González; (3) Juan Diego González Sanz; (4) María Soledad Gómez Rodríguez; (5) Carmen Marin Sánchez; (6) Rocío Pujazón Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Matrona. Centro de Salud Torrejón y Adoratrices. Huelva.; (3) Matrona. Centro de Salud Cartaya y Lepe. Huelva.; (4) Matrona. Centro de Salud Casa del Mar y La Orden. Huelva.; (5) Matrona. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.; (6) Matrona. Centro de Salud Isla Chica y Rosales. Huelva.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El diagnóstico correcto de Hipotiroidismo Gestacional requiere determinar intervalos de referencia locales de TSH estratificados trimestralmente. En su ausencia las guías recomiendan utilizar los límites superiores a 2,5-3,0-3,0  $\mu\text{U/mL}$  para el 1º-2º-3º trimestre respectivamente. El objetivo del trabajo es calcular nuestro rango de referencia poblacional.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo longitudinal de base poblacional realizado en gestantes sanas de nueve Centros de Salud de Huelva incluidas consecutivamente durante 2016 en el proceso de embarazo. Excluimos las gestantes con antecedentes de patología tiroidea o médica, malos antecedentes obstétricos, embarazo gemelar, autoinmunidad tiroidea y TSH en valores extremos ( $<0,4\mu\text{U/mL}$  ó  $>10\mu\text{U/mL}$ ). El tamaño muestral requerido se calculó en 120 gestantes para obtener estimaciones no paramétricas fiables de los percentiles de normalidad 2,5 y 97,5 incrementándose en 60 para compensar las pérdidas producidas en el seguimiento o por tratamiento durante el 2º/3º Trimestre.

### RESULTADOS

Seleccionamos 186 gestantes de 30,7 años (IC95%:29,8-31,6) e IMC de 23,6 (IC95%:23,2-24,0). Fueron válidas para el análisis 145-105-67 gestantes en el 1º-2º-3º trimestre respectivamente tras excluir sucesivamente Abortos (18,9%), Autoinmunidad (6,5%), Hipo/Hipertiroidismos (2,2%), tratamientos con levotiroxina (14,5%) y otros. El percentil 97,5 de TSH para el 1º-2º-3º trimestre respectivamente es de 4,68-4,83-4,57  $\mu\text{U/mL}$ . Durante el estudio se detectaron 35 gestantes con disfunción tiroidea (18,8%) la mayoría de las cuales recibió tratamiento, pero con el nuevo rango se habría reducido al 4,8%.

### CONCLUSIONES

El rango de normalidad de TSH de nuestra población difiere del propuesto en las guías. Un 13,9% de las gestantes fueron innecesariamente tratadas.

## 264/149. PROTECCIÓN DE NUESTRAS TRABAJADORAS : ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES POR TRABAJO DE

### AUTORES:

(1) Mercedes Ramblado Minero; (2) Jose Luis Perez Aquino; (3) Teodoro Macias Delgado; (4) Maria Dolores Garrido Pazo; (5) Maria Isabel Lopez Calderon.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico UPRL .Distrito AP HCCC.Huelva.Grupo Salud Laboral Semergen.; (2) Jefe Unidad de Prevención de Riesgos Laborales Distrito AP Huelva.Grupo de Salud Laboral; (3) Médico Familia .UGC Cortegana.Huelva .Grupo de Salud Laboral.; (4) Médico de Familia.UGC Cortegana. Huelva. Grupo de Salud Laboral Semergen; (5) Médico de familia. DCCU Huelva.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La protección de la embarazada debe asegurar que la exposición laboral no va afectar negativamente a la salud de la embarazada ni del feto , existiendo para ello una Prestación del Instituto Nacional de Seguridad Social, correspondiente a la situación de riesgo durante el embarazo . Nuestro objetivo es estudiar las características de las Prestaciones solicitadas desde la Unidad de Prevención n de Riesgos Laborales durante los años Enero del 2015 a Diciembre del 2016, con el fin de identificar propuestas de mejora .

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las características de las trabajadoras que notifican embarazo en la Unidad de Prevención entre los años 2015 a 2016 , identificando la categoría profesional , el tipo de centro el tiempo de gestación, riesgo de exposición y si la prestación fue o no concedida . Tratamiento de datos por R Commander

### RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se realizan un total de 32 entradas al procedimiento de embarazo, solicitan prestación por trabajo de riesgo 19 trabajadoras y no solicitan 13.Las categorías predominantes son medica(12)s y enfermeras(12),predominan los centros rurales (20),La mayoría se conceden por carga física ,t 7 son concedidas en primera solicitud., y la mayoría concedidas en la semana 33 de gestación

### CONCLUSIONES

Existe un retraso en la semana de concesión de la prestación con el consiguiente perjuicio para nuestras trabajadoras . Es necesario mejorar la relación entre las diferentes instituciones implicadas: mutua, médicos de familia y médicos del trabajo.

## 264/220. DROGAS Y ADOLESCENCIA: ¿CONOCEMOS SUS CREENCIAS?

### AUTORES:

(1) M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda; (2) Cristina Lopez Lopez; (2) Inmaculada Gallego Serrano; (2) José Langa Valdivieso; (3) M<sup>a</sup> del Mar Compán Medina; (4) Cristina Avilés Escudero.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia y Sexóloga. Centro de Salud La Cañada. Almería.; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (3) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (4) Médico de familia. UGC Almería Periferia. Almería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Entre las estrategias de salud del Forma Joven esta la prevención específica en adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), sobre alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. La labor de los profesionales sanitarios es proporcionar información detallada de las mismas, peligros de su consumo, los efectos positivos que supone no consumirlos, y reconocer factores de riesgo que influyen en el uso como la presión del grupo de iguales, la publicidad o las creencias normativas. Nuestros objetivos son: Saber y analizar principales dudas sobre drogas de un grupo de adolescentes de 1º, 2º, 3º, 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualicuantitativo descriptivo transversal en un grupo de adolescentes de 1º, 2º, 3º, 4º ESO, durante el curso 2016-2017. Se les realizó la misma pregunta abierta: ¿Qué duda o qué quieres saber sobre drogas? Se recogieron las preguntas anónimas en urna y clasificaron en categorías (cannabis, tabaco, alcohol, cachimba y otras drogas), analizándose los contenidos, y expresándose los datos en cifras absolutas y porcentaje sobre el total de respuestas.

#### RESULTADOS

326 adolescentes, 50% varones y 50% mujeres, preguntaron 224 dudas sobre drogas (1º ESO 47/20, 98%; 2º ESO 75/33, 48%; 3º ESO 60/26, 78%; 4º ESO 42/18, 75%). EL 75/33, 48% eran relacionadas sobre el cannabis (30/50% 3 ESO); 45/60% creían en la legalidad de la tenencia de cannabis para consumo de drogas y 28/37, 7% creían que podían ser prescritas por los médicos para ciertas patologías. 23/10, 26% preguntaron por la cachimba.

#### CONCLUSIONES

Los adolescentes de 2º y 3º ESO son los que más preguntaron sobre drogas, un gran porcentaje preguntaron sobre temas relacionados con el cannabis. Llama la atención las creencias erróneas sobre la legalidad en España de su uso terapéutico, o de su tenencia para consumo propio. El consumo de cachimba es cada vez más habitual entre los jóvenes que desconocen sus principales riesgos.

## 264/222. “EL CULTO AL CUERPO”, UNA REALIDAD EN NUESTROS ADOLESCENTES.

### AUTORES:

(1) M<sup>a</sup> José Tijeras Úbeda; (2) Inmaculada Gallego Serrano; (3) Cristina Lopez Lopez; (4) M<sup>a</sup> del Mar Compán Medina; (2) José Langa Valdivieso; (3) Cristina Avilés Escudero.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia y Sexóloga. Centro de Salud La Cañada. Almería.; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (3) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (4) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Forma Joven es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía. El desarrollo de la mayoría de las actividades de promoción de la salud y prevención de los riesgos asociados a la salud corre a cargo los profesionales de salud de Atención Primaria. Es necesario conocer las principales dudas sobre los temas que se abordan en Forma Joven, estilos de vida saludables (EVS), prevención de consumos drogas y sexualidad y relaciones igualitarias, de un grupo de adolescentes de 1º, 2º, 3º, 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Identificar pormenorizadamente sus dudas sobre EVS.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualicuantitativo descriptivo transversal en un grupo de adolescentes de 1º, 2º, 3º, 4º ESO, durante el curso 2016-2017. Se les realizó la misma pregunta abierta: ¿Qué duda o qué quieres saber sobre EVS, prevención de consumos drogas y sexualidad y relaciones igualitarias? Se recogieron las preguntas anónimas en urna y se clasificaron las relacionadas EVS en categorías (alimentación y ejercicio), analizándose los contenidos, y expresándose los datos en cifras absolutas y porcentaje sobre el total de respuestas.

#### RESULTADOS

326 adolescentes (50% varones / 50% mujeres), preguntaron 1138 dudas (Total 3,4 preguntas/alumno 1º ESO 5,6 preguntas/alumno). 518/45, 51% EVS (1º ESO 224/43, 7% EVS / 213/41, 6% sexualidad; 2º ESO 101/46, 33% EVS / 75/34, 4% drogas; 3º ESO (85/39, 3% EVS / 71/32, 8% sexualidad; 4º ESO 108/56, 25% EVS / 42/21, 8% droga). EVS 50, 7% sobre alimentación, 47/17, 8% dietas adelgazamiento y trastornos de alimentación (3º ESO 28, 57%) / 49, 2% ejercicio 16, 4% relacionados con ejercicios demusculación/suplementos (4º ESO 38, 7%)

#### CONCLUSIONES

Las principales dudas que nos plantearon en todos los cursos fueron las relacionadas con estilos de vida saludable, alimentación y ejercicio. Destaca el alto porcentaje de preguntas relacionadas con las dietas de adelgazamiento y ejercicios de musculación/suplementos o sobre adelgazamiento que nos realizaron los adolescentes de 3º y 4º ESO. Su creciente interés al “culto al cuerpo” requiere un mayor control por los médicos de familia para evitar problemas de salud.

## COMUNICACIONES

### COMUNICACIONES PÓSTER MÉDICO DE FAMILIA

#### 264/18. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES EN ANDALUCÍA (TASA AJUSTADA POR EDAD)

##### AUTORES:

(1) José Mancera Romero; (2) José Escribano Serrano; (3) Antonio Eduardo Hormigo Pozo.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

##### RESUMEN:

###### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar la evolución de la mortalidad por diabetes en Andalucía en los últimos 40 años utilizando la tasa ajustada por edad.

###### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Años 1975-2015. La información sobre las defunciones es centralizada por el Instituto Nacional de Estadística. Los datos se han obtenido en la página web del Instituto Carlos III (<http://ariadna.cne.isciii.es/>). Los datos se presentan como tasa ajustada por edad. El objeto del ajuste por edad es obtener tasas de mortalidad libre del efecto de la edad, con el fin de comparar la mortalidad entre provincias con distintas pirámides demográficas. Se toma como referencia para comparar las tasas de España.

###### RESULTADOS

En España la tasa por mortalidad en las mujeres pasó de 21,96 en el año 1975 a 8,26 en 2015, con una reducción de 13,7. Los hombres, en el mismo período, pasaron de una tasa de 16,58 a 11,51 con una reducción de 5,07.

En Andalucía, las mujeres pasaron de 31,28 a 10,67 (reducción 20,61) y los hombres de 23,35 a 12,54 (reducción de 10,81).

Las mujeres redujeron su tasa de mortalidad en todas las provincias, oscilando entre 10,77 en Jaén y 35,79 en Cádiz.

En todas las provincias, menos Jaén, los hombres redujeron su tasa de mortalidad por diabetes (oscilando entre 3,63 en Granada y 18,51 en Cádiz).

###### CONCLUSIONES

Importante descenso de la mortalidad por diabetes en Andalucía.

Los hombres presentan mayor tasa de mortalidad que las mujeres.

Sevilla y Málaga son las provincias con menor mortalidad.

#### 264/19. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES EN ANDALUCÍA (ÍNDICE COMPARATIVO DE MORT)

##### AUTORES:

(1) José Mancera Romero; (2) José Escribano Serrano; (3) Antonio Eduardo Hormigo Pozo.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

##### RESUMEN:

###### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar la evolución de la mortalidad por diabetes en Andalucía en los últimos 40 años utilizando el índice comparativo de mortalidad (ICM)

###### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Años 1975-2015. La información sobre las defunciones es centralizada por el Instituto Nacional de Estadística. Los datos se han obtenido en la página web del Instituto Carlos III (<http://ariadna.cne.isciii.es/>). Para el análisis utilizamos el ICM, que es el cociente entre la tasa ajustada por edad en cada provincia y la tasa ajustada para el conjunto de España

###### RESULTADOS

En Andalucía, las mujeres tuvieron un ICM de 1,42 en el año 1975 y de 1,3 en 2015 (reducción de 0,12) y los hombres pasaron de un ICM de 1,41 a 1,15 en el mismo período de tiempo (reducción de 0,26).

Por provincias, las mujeres redujeron su ICM en, por orden decreciente, Sevilla, Málaga, Cádiz, Granada y Córdoba y lo aumentaron en Jaén, Huelva y Almería. Los hombres disminuyeron su ICM en Málaga, Cádiz, Sevilla, Almería y Huelva y lo aumentaron en Jaén, Córdoba y Granada.

En el año 2015 las mujeres y los hombres de Málaga y Sevilla y los hombres de Huelva tuvieron un ICM menor que España

###### CONCLUSIONES

La mortalidad por diabetes en Andalucía, tanto en mujeres como en hombres, ha disminuido en los últimos 40 años.

Málaga y Sevilla, tanto en mujeres como en hombres, son las provincias con mejor ICM y Jaén la que obtiene peor ICM.

## 264/28. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCÍA

### AUTORES:

(1) María Rosa Sánchez Pérez; (2) José Escribano Serrano; (3) Antonio Eduardo Hormigo Pozo; (4) Francisca Paniagua Gómez; (1) Antonio Baca Osorio; (1) José Mancera Romero.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud. Ciudad Jardín. Málaga.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) en Andalucía

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Año 2015. La información sobre las defunciones es centralizada por el Instituto Nacional de Estadística. Los datos se han obtenido en la página web del Instituto Carlos III (<http://ariadna.cne.isciii.es/>). Los datos se presentan como tasa ajustada por edad. Se toma como referencia para comparar las tasas de España. Se diferencian por sexo y se describen las tasas de mortalidad por todas las causas, ECV, enfermedad isquémica del corazón (EIC) y enfermedades cerebrovasculares (EC).

#### RESULTADOS

En el año 2015 en Andalucía la tasa de mortalidad por todas las causas fue de 399 en mujeres y 664 en hombres. España 348 y 594.

La tasa de mortalidad por ECV fue 127 en las mujeres y 180 en los hombres. España 97 y 149.

Por provincias la mortalidad por ECV (mujeres y hombres) fue: Almería 116-149, Cádiz 129-181, Córdoba 115-162, Granada 121-174, Huelva 135-198, Jaén 111-165, Málaga 131-182 y Sevilla 161-232.

La de mortalidad por EIC fue de 27 en mujeres y 61 en hombres. España 37 y 53.

La tasa de mortalidad por EC fue de 31 en mujeres y 42 en hombres. España 24 y 31.

#### CONCLUSIONES

La mortalidad por ECV en Andalucía es considerablemente más alta que en España, tanto en mujeres como en hombres.

La mortalidad es mayor entre los hombres.

Sevilla y Huelva son las provincias andaluzas con peores tasas de mortalidad por ECV y Almería y Córdoba las mejores.

## 264/33. ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

### AUTORES:

(1) Inmaculada Méndez del Barrio; (2) Lourdes Rodríguez López; (3) Alejandro Javier Carmona Rivas.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Centro de salud de Iznalloz. Granada.; (2) Enfermera de familia. Centro de salud Armilla. Granada.; (3) Médico de familia. Centro de salud Iznalloz. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los trastornos mentales graves (TMG) se asocian con el desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, éstas suelen estar asociadas a un estilo de vida y hábitos perjudiciales como el hábito tabáquico, cuyo consumo es más elevado que en la población general.

#### Objetivos

El objetivo de este estudio es describir los hábitos de vida de una muestra de pacientes con TMG en seguimiento en una unidad de salud mental comunitaria (USMC).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de TMG en seguimiento en una USMC de la costa y recogida de las siguientes variables: -Edad. -Sexo. -Diagnóstico -Consumo tóxicos. -Práctica de ejercicio físico. -Tratamiento antipsicótico. Se compararon estas variables utilizando el paquete estadístico SPSS.

#### RESULTADOS

El 76% de los pacientes de nuestra muestra eran fumadores, todas las mujeres era fumadoras, frente al 58,8% de los hombres ( $p=0,008$ ). La edad media de los consumidores fue menor que los no consumidores ( $45 \pm 10,4,2$  años vs.  $49 \pm 8,6$ ). Un 23% de los fumadores consumía otros tóxicos, la mayoría alcohol y cannabis. Para el resto de variables, no fueron significativos los resultados, pero encontramos un alto grado de sedentarismo. Tampoco se encontraron hallazgos significativos en la relación entre el hábito tabáquico y el número de fármacos antipsicóticos.

#### CONCLUSIONES

El tabaco, el alcohol, el cannabis y el sedentarismo son los hábitos de vida no saludables que más afectan a la calidad de vida y el desarrollo de enfermedades crónicas en pacientes con TMG en nuestro grupo de estudio.



## 264/37. DESPISTAJE DE DIABETES COMO INDICADOR DE CALIDAD EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

### AUTORES:

(1) Francisco Javier Espigares Fernández; (2) Lourdes Rodríguez López; (3) Alejandro Javier Carmona Rivas.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Centro de salud de Iznalloz. Granada.; (2) Enfermera de familia. Centro de salud Armilla. Granada.; (3) Médico de familia. Centro de salud Iznalloz. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es un objetivo de calidad reconocido la prevención secundaria controlando los factores de riesgo modificables.

Nuestro objetivo fue detectar la prevalencia de alteración del perfil hidrocarbonado en los pacientes no diabéticos ingresados por SCA.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, de altas hospitalarias de Cardiología con diagnóstico de SCA de Mayo de 2015 a Junio de 2016. Se incluyeron 145 pacientes (p). A los tres meses todos los sujetos no diabéticos fueron reevaluados clínicamente realizándose determinaciones de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) y sobrecarga oral de glucosa (SOG) .

#### RESULTADOS

De los 145 pacientes incluidos: 1) 40 pacientes(26.6%) eran diabéticos (DM) conocidos o tuvieron alteración hidrocarbonada durante el ingreso (glucemia basal  $\geq 126\text{mg/dl}$  o  $\text{Hb1Ac} \geq 6,5\%$  ; 2) 417 pacientes(73.4%) sin alteración hidrocarbonada .En el grupo 2, edad media  $64 \pm 13$  años, IMC  $28.4 \pm 4.7 \text{ Kg/m}^2$ , Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) 6.0%, glucemia basal:  $104 \pm 24 \text{ mg/dl}$ . En el seguimiento y tras SOG, un 27.6% fueron diabéticos ; 48.3% tuvieron intolerancia oral a la glucosa y 24.1% normales. En cuanto a Hb1Ac : en DM  $6.6 \pm 0.5\%$ ; Intolerancia a la glucosa  $5.7 \pm 0.4\%$  y en pacientes sin alteración glucémica  $5.4 \pm 0.3\%$  ( $p=0,03$ ).

#### CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de pacientes con alteración hidrocarbonada no diagnosticada en nuestro medio, siendo frecuente el debut de la misma con complicaciones cardiovasculares. Sería aconsejable realizar estudios más exhaustivos para cribado de diabetes y realizar una prevención secundaria más intensiva en los mismos.

## 264/38. ESCUELA DE CUIDADORES: LOS QUE CUIDAN TAMBIÉN NOS NECESITAN

### AUTORES:

(1) Francisco Javier Espigares Fernández; (2) Lourdes Rodríguez López; (3) Alejandro Javier Carmona Rivas.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Centro de salud de Iznalloz. Granada.; (2) Enfermera de familia. Centro de salud Armilla. Granada.; (3) Médico de familia. Centro de salud Iznalloz. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Cuidar de una persona dependiente es una labor compleja que requiere ciertas destrezas. En la escuela de cuidadores se le ayudará a adquirir los conocimientos necesarios para mejorar su atención.

#### Objetivos

Persigue conseguir la mejor calidad de vida posible. Proporcionar apoyo psicológico y emocional. Ayudar a mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo de pacientes. Orientar importancia del autocuidado. Proporcionar información recursos sociosanitarios . Favorecer una cultura de cuidados hacia persona cuidadora.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Talleres de periodicidad mensual y duración de hora y media. Responsables desarrollo: grupo de enfermeras y auxiliares enfermería, médico, psicólogo, trabajadora social y enfermera gestora de casos. Se recoge consentimiento informado, cuestionario de índice de esfuerzo del cuidador y cuestionario Dukund. Se realiza evaluación mediante cuestionario de satisfacción. Comunicación permanente vía correo electrónico y telefónico.

#### RESULTADOS

Gran acogida y satisfacción de los talleres. Por los cuestionarios, conocemos el cansancio y el apoyo social. Se realizan 4 talleres, con asistencia media de 12 cuidadoras. Primer taller grupo focal, el segundo alimentación, el tercero y cuarto abordaje emocional. Los resultados del grupo focal, detectan necesidades sanitarias, sociales, familiares y emocionales de las cuidadoras. En cuarto taller se realiza cuestionario en sus domicilios, expresando necesidades emocionales y cuidados físicos.

#### CONCLUSIONES

El conocimiento de estrategias de autocuidados mejora la autoestima, disminuye sentimiento de soledad, depresión, culpa, tristeza y enfado, dando respuesta al cansancio en el rol del cuidador y de afrontamiento familiar. Los profesionales se implican y se sienten satisfechos.

## 264/44. GRADO DE CONTROL DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN UN HOSPITAL

### AUTORES:

(1) Miguel Ángel Baena López; (2) Soraya Muñoz Troyano; (3) Pablo Sánchez-Praena Sánchez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería.; (2) Cardióloga. UGC Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.; (3) Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica. Clínicamente se asocia a insuficiencia cardíaca, embolias y causa síntomas que deterioran mucho la calidad de vida. Es importante conocer su manejo e iniciar anticoagulación cuando esté indicado. El objetivo de este estudio es conocer las variables clínicas y demográficas así como el tratamiento administrado en nuestro medio.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de una muestra de 126 pacientes incluidos de forma consecutiva con fibrilación auricular desde junio de 2014- junio de 2016 atendidos en las urgencias de hospital de alta resolución. Se analizaron características demográficas y presencia de factores de riesgo cardiovascular, así como el tratamiento anticoagulante prescrito al alta.

#### RESULTADOS

Edad media fue de 75,2 años  $\pm$  10,6. El 51,8% fueron mujeres (HTA fue el factor de riesgo más frecuente 65,7%, seguidos de DM 36%, dislipemia 33% y el 26% obesidad). La puntuación media en la escala CHA2DS2-VASc fue de 3,1 con una media de la escala HAS BLED 1,8. El tratamiento preventivo eventos cardioembólicos estaba presente en un 78% de los casos. Tomaban anti vitamina K (64,5%), ACOD (18,3%) y heparinas de bajo peso molecular (17,2%). Entre ACOD el más utilizado fue rivaroxaban en un 9.3% de los casos.

#### CONCLUSIONES

En nuestro medio existe una mayor prevalencia de fibrilación auricular en las mujeres, siendo el factor de riesgo cardiovascular más frecuente la HTA. Aunque en nuestra muestra existe alto porcentaje de pacientes anticoagulados, es importante un seguimiento adecuado de estos pacientes y anticoagular en aquellos que lo precisen.

## 264/70. DEJAR DE HACER EN HIPOLIPEMIANTES

### AUTORES:

(1) Francisco Jesús Ruiz Torrecillas; (2) Francisco José Torres Padilla; (3) Natalia Vertedor Pérez; (4) María del Carmen Toro Toro; (2) María del Carmen Perea Troyano; (2) Juan Antonio Lara González.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Campillos. Área Sanitaria Norte de Málaga.; (2) Médico de Familia. Consultorio de Teba. UCG Campillos. ASNM.; (3) Enfermera de Familia. Consultorio de Teba. UCG Campillos. ASNM.; (4) Enfermera. Directora. UCG Campillos. ASNM.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Estrategia “Dejar de Hacer” “No tratamiento hipolipemiante en prevención primaria en mayores de 75 años”

1 NO OFERTAR TTO DISLIPEMICO A > DE 75 AÑOS EN PREVENCIÓN 1ª

2 Posibilidad de retirar tto a paciente > de 75 años en prevención 1ª

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes > de 75 años en tto hipolipemiante de la UCG octubre 2015 y revisión octubre 2016

Se clasificaron en PREVENCIÓN 2ª Y PREVENCIÓN 1ª (Diabéticos o no) y se calcularon los porcentajes (los paciente en prevención 1ª Diabéticos son una subpoblación cuyo riesgo cv es mayor, y el objetivo colesterol LDL en más estricto)

#### RESULTADOS

La población de > de 75 años en tratamiento hipolipemiante en 2015 es de 704 pacientes y en 2016 690 : 268(2015) vs 243(2016) en PREVENCIÓN 1ª: 15,9 % vs 14,5 % de la población > de 75 años 38,1% vs 35,2 % de los pacientes en tto > de 75 años. El 54 % vs 52.2 % NO DIABÉTICOS , 20,5 % vs 18,4 % de la población > de 75 años en tto.

#### CONCLUSIONES

Tras un año el porcentaje de paciente > de 75 años en tto hipolipemiante es menor(-2.9 %). Resultando una tendencia a la no prescripción/desprescripción de hipolipemiante en Pacientes en prevención 1ª, en especial en NO-DM, pero consideramos que hay que profundizar y seguir con la estrategia iniciada en el año 2015.

## 264/78. ¿COMO SON NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR?

### AUTORES:

(1) Joanna García González; (2) Laura Carbajo Martín; (1) Julia Cristina Chavez Sánchez; (3) Francisco José Ruiz Carbajo; (4) Elena Cantalejo Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Dispositivo Cuidados Criticos y Urgencias área de gestion sanitaria Sevilla Sur.; (2) Médico de Familia. Subdirectora Medica Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur.; (3) Técnico transporte sanitario. ADEA Sevilla.; (4) Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito Sevilla Norte.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fibrilación auricular(FA) supone un motivo de asistencia frecuente en urgencias tanto hospitalarias como extra-hospitalarias. Nuestro objetivo es conocer el perfil de los pacientes con FA atendidos por un dispositivo de urgencias extrahospitalarias.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Como muestra para el estudio utilizaremos las historias clínicas de pacientes atendidos por FA desde 1 enero de 2015 a 31 de diciembre de 2016.

Recogimos información sobre las características epidemiológicas, cardiopatía de base, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento previo y presentación clínica o motivo de consulta. Se ha realizado análisis descriptivo de las variables del estudio.

#### RESULTADOS

El total de pacientes atendidos fue de 79. La media de edad fue de 73.09 años. 64% eran mujeres y el 36% hombres. Los FRCV más observados son: HTA 77.2%, dislipemia 51.3%, diabetes mellitus 39.2%, fumador 8.1%, obesidad 3.5%. Las comorbilidades medicas halladas son: insuficiencia cardiaca 29.1%, cardiopatía isquémica 22.4%, enfermedad cerebrovascular 12.1%, valvulopatía 9.3%, enfermedad renal crónica 7.4%. Los fármacos antiarrítmicos más empleados eran beta-bloqueantes 47.5%, diltiazem 18.2%, amiodarona 8.7%, digoxina 4.3%. El 81.2% de los pacientes estaba anticoagulado, el acenocumarol eran el fármaco anticoagulante más empleado (78.9%). El 17.2% tomaba antiagregantes, los más utilizados son acido acetilsalicílico (66.9%) seguido de clopidogrel (26.3%). El motivo de asistencia fue: palpitaciones (45.1%), dolor torácico (29.3%), disnea (19.9%) y síncope (5.7%).

#### CONCLUSIONES

La FA es una arritmia frecuente en personas mayores, apareciendo más frecuentemente en mujeres. La HTA es el FRCV mas asociado con casi el 80%. Ambas son las causas más frecuentes de accidente cardiovascular. Los betabloqueantes y el acenocumarol son los fármacos más usados para control de frecuencia y anticoagulación.

## 264/99. EL AJEDREZ: NUEVA TERAPIA NO FARMACOLOGICA PARA LOS PACIENTES CON ELA

### AUTORES:

(1) Óscar Fernández Martín; (2) Montserrat Eugenia Granados Bolivar; (3) Ángela Jiménez García.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Montefrío. Granada.; (2) Enfermera de Familia. Centro de salud de Baza. Granada.; (3) Enfermera de Familia. Centro de salud Gran Capitán. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ELA (Esclerosis lateral aminotrófica) se debe a Charcot quien en 1865, describió su curso clínico. La calidad de vida de los pacientes e incluso su supervivencia pueden cambiar de forma significativa con una atención socio-sanitaria adecuada.

Conocer si el ajedrez podría mejorar la calidad de vida de los pacientes con ELA.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental longitudinal y prospectivo en 20 pacientes con ELA en su fase inicial, 10 pacientes grupo experimental que juegan al ajedrez y otros 10 pacientes grupo control pertenecientes al centro de salud de Montefrío, Baza y Gran capitán ( Granada), Nijar , el Ejido , Bejar ( Almería) y Málaga. . El instrumento utilizado la Escala de calidad de vida para pacientes crónicos de Karnosky y la escala de ansiedad y depresión de Goldbert pre y post programa entre enero a diciembre del 2016. Criterios de inclusión pacientes diagnosticados de ELA y que dieran su conformidad y los criterios de exclusion no reunir alguno de los anteriores

#### RESULTADOS

Los pacientes del grupo experimental tienen una mejoría en un 30% en relación al grupo control en las actividades normales y en la capacidad de auto-cuidarse. En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión hubo una bajada de la incidencia de 6 a 3 y en depresión de 4 a 2.

#### CONCLUSIONES

Las terapias alternativas son una posibilidad que hay que contemplar para mejorar la calidad de vida, de salud y la supervivencia de estos pacientes.

## 264/128. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO IBERICAN.

### AUTORES:

(1) Alfonso Barquilla García; (2) José Carlos Mínguez Villar; (3) Amelia González Gamarra; (4) Inés Gil Gil; (5) Pablo Gregorio Baz Rodríguez; (6) Carlos Piñeiro Díaz.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. EAP de Trujillo. Cáceres; (2) Médico de Familia. Centro de Salud De Tortola. Valladolid.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vielha. Vielha-Arán.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud De Narón. A Coruña.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Determinar las características basales de los pacientes con diabetes atendidos en atención primaria en España.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, multicéntrico en el que se incluyen pacientes adultos atendidos en atención primaria en España. La cohorte obtenida será seguida anualmente durante al menos 5 años para analizar la prevalencia e incidencia de factores de riesgo vascular y de episodios cardiovasculares. En este análisis se presentan las características basales de los 801 pacientes con diabetes incluidos entre los 4304 sujetos reclutados hasta el momento.

#### RESULTADOS

De los 4.304 pacientes incluidos, 801(18,6%) tenían diabetes (antigüedad media 9,9±6,4años). Mayoría varones (56,1%). Más añosos (edad media 65,2±10,6vs55,7±14,8), menor nivel educativo y económico, más factores de riesgo cardiovascular, lesión de órganos diana, enfermedad cardiovascular y enfermedad renal crónica ( $p=0,0001$ ) que los pacientes sin diabetes. Presión arterial sistólica ( $134,5\pm15,7$ vs $127,9\pm15,6$ mmHg), frecuencia cardíaca ( $74,8\pm10,6$ vs $72,8\pm10,4$ lpm), índice de masa corporal ( $30,4\pm4,9$ vs $28,2\pm5,1$ kg/m<sup>2</sup>) y perímetro abdominal ( $102,3\pm13,7$ vs $94,7\pm13,9$ cm) mayores ( $p=0,0001$ ) en los pacientes diabéticos. Tabaquismo activo (14,9% vs 19,1%) menos frecuente. Glucosa ( $137,2\pm41,9$ vs $93,6\pm13,4$ mg/dl), triglicéridos plasmáticos ( $135,7\pm99,4$ vs $119,5\pm83,1$  mg/dl), y albumina en orina ( $32,0\pm111,3$ vs $10,2\pm43,5$  mg/dl) mayores en diabéticos. Colesterol total ( $177,9\pm38,2$ vs $200,7\pm38,1$ ), colesterolHDL ( $48,6\pm13,4$ vs $56,3\pm15,3$ mg/dl), colesterolLDL ( $101,5\pm35,6$ /122.0±34.0mg/dl) y filtrado glomerular ( $82,4\pm26,2$ vs $87,8\pm24,4$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>) fueron más altos en pacientes sin diabetes.

#### CONCLUSIONES

La población con diabetes atendida en las consultas de atención primaria tiene un elevado riesgo vascular, muy superior a los que no padecen diabetes.

## 264/131. GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES CON DIABETES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: ESTUDIO IBERICAN

### AUTORES:

(1) Alfonso Barquilla García; (2) Jesús Iturralde Iriso; (3) Brenda Elizabeth Riesgo Escudero; (4) María José Gómez González; (5) Ana Arconada Pérez; (6) Francisco Javier Alonso Moreno.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. EAP de Trujillo. Cáceres; (2) Médico de Familia. Centro de Salud la Habana-Cuba. Vitoria-Gasteiz.; (3) Médico de Familia. ABS Campo del Arpa. Barcelona.; (4) Médico. Centro de Salud Garrucha. Almería.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Avila Sur Oeste. Ávila.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar el grado de control obtenido en los pacientes con diabetes atendidos en atención primaria en España.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, multicéntrico en el que se incluyen pacientes adultos atendidos en atención primaria en España. La cohorte obtenida será seguida anualmente durante al menos 5 años con el fin de analizar la prevalencia e incidencia de diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia, tabaquismo, obesidad, daño orgánico subclínico, y nuevos o recurrentes episodios cardiovasculares. En este análisis, se presentan los datos de control de los 801 pacientes con diabetes incluidos entre los 4304 sujetos reclutados hasta el momento por 524 investigadores en toda España.

#### RESULTADOS

Un total de 4,304 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 801 (18,6%) tenían diabetes. El 53.3% de los pacientes con diabetes tenía buen control de la HbA1c (<7%), y el 38.7% de la tensión arterial(<140/90mmHg), el 18% del LDL colesterol(<70 mg/dl si tenían enfermedad cardiovascular o riesgo muy alto de padecerla; <100 mg/dl en el resto), no fumaba el 81,9%, practicaba deporte o ejercicio de intensidad moderada el 27,1%, y mantenía un peso o un perímetro de cintura normal el 12,6% y el 57,1% respectivamente.

#### CONCLUSIONES

Hay aspectos por mejorar la consecución de objetivos en glucemia, tensión arterial, dislipemia, peso y en la práctica de ejercicio físico.

## 264/205. PERFIL DE PACIENTES QUE CON SÍNDROME VASCULAR AGUDO ACUDEN A URGENCIAS

### AUTORES:

(1) Miguel Ángel Baena López; (2) Soraya Muñoz Troyano; (3) Almunia Mercedes Sánchez Galera.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución el Toyo. Almería.; (2) Cardióloga. UGC cardiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (3) Enfermera. Hospital de Alta Resolución el Toyo. Empresa pública hospital de poniente. Almería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte prematura en Europa. Objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia los factores de riesgos clásicos en los pacientes que acudieron a urgencias de nuestro hospital por un accidente vascular agudo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Registro de todos los pacientes que acudieron a urgencias de hospital, por un accidente vascular agudo: síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedad vascular periférica (EVP), durante 1 año.

#### RESULTADOS

Hemos analizados 780 pacientes (que ingresaron por un accidente vascular agudo: 480 por SCA (61,53%) 198 AVC (25,38%), 102 de EVP (13,07%). La hipertensión estaba presente en un 68,4% de pacientes con SCA, en un 68,8% de los pacientes con ACV, y en un 71,3% de los de EVP. La diabetes estaba presente en 55,4% de SCA, 48,3% de ACV y 65,7% de EVP. Dislipemia estaba presente en 64,8% de SCA, 54,4% de ACV y 56,7% de EVP. La obesidad estaba en 17,8% de SCA, 7,7% de ACV y 4,9% de EVP. Tabaquismo apareció en 25,7% de SCA, 7,9% de ACV y 19,1% de EVP.

#### CONCLUSIONES

El SCA fue el evento vascular más prevalente. Los pacientes que ingresaron por evento vascular periférico presentaron una prevalencia de hipertensión más elevada que los grupos de SCA y AVC. La hipertensión fue el factor de riesgo clásico más prevalente en los tres grupos de eventos vasculares. DM fue el factor de riesgo más prevalente en la enfermedad vascular periférica. La dislipemia fue el factor de riesgo más frecuente en los SCA.

## 264/207. TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

### AUTORES:

(1) Francisca López Robles; (2) Susana Gamarro Rueda; (3) Francisca Aguilar Lora.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Benaolán; (2) Diplomada en Enfermería. Centro de Salud de Benaolán; (3) Diplomada en Enfermería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El dolor crónico es un problema universal importante por su elevada prevalencia. Asociado a trastornos del sueño, disminución y/o pérdida de funciones físicas, sociales, absentismo laboral, sufrimiento psicológico (ansiedad y depresión), merma en calidad de vida e incremento gasto sanitario.

Valorar el manejo del dolor crónico desde Atención Primaria (A.P.). Mejorar calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Tipos de dolor.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

248 pacientes, edades 30-97 años, Zona Rural. Muestreo sistemático. Variables: edad, sexo, patología asociada al dolor, tipología, características, tiempo de evolución, derivaciones a Atención Especializada (A.E), número de visitas a urgencias hospitalarias y a urgencias de atención primaria, consulta de A.P., sintomatología asociada, tratamiento.

Recogida de datos en historia de Diraya. Análisis estadístico, SPSS.

#### RESULTADOS

Prevalencia 5.71%, predominio femenino 75%, edades 30-97 años, media 68.7, tipos de dolor (osteomuscular 77%, neuropático 23%), patología asociada (fibromialgia 6.5%, trastornos articulación temporomandibular 0.8%, piernas inquietas 0.4%, dolor lumbar 5.6%, síndrome sensibilidad múltiple 0.8%, cefalea crónica 7.7%, síndrome miofacial 1.6%, dolor osteoarticular 38.7%, dolor osteoarticular 37.9%), sintomatología asociada (insomnio 32.7%, ansiedad 14.9%, síndrome depresivo 19.8%), duración 6-148 meses. 69% derivados a A.E., tratamiento farmacológico mayoritariamente, analgésicos menores (AINES 41.1%, paracetamol 73.8%, metamizol 34.3%), tramadol 25.8%, coadyuvantes (pregabalina 6.9%, gabapentina 3.6%, antidepresivos 18.1%), analgésicos mayores (morfina 2.8%, fentanilo 1.6% y oxicodona 1.2%), tratamiento no farmacológico 19.8%.

#### CONCLUSIONES

Baja prevalencia, predominio femenino, duración media 3-4 años, el más frecuente fue el dolor osteomuscular, ausencia monitorización del mismo. Repercusión, calidad de vida, ámbito económico, sueño, ansiedad, depresión.



## 264/210. ANÁLISIS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA DE UNA POBLACIÓN RURAL

### AUTORES:

(1) Francisca López Robles; (2) Susana Gamarro Rueda; (2) Francisca Aguilar Lora.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud De Benaolán; (2) Diplomada en Enfermería. Centro de Salud de Benaolán.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad, enfermedad crónica y curable, multifactorial, precisa enfoque multidisciplinar.

Objetivo, determinar prevalencia exceso de peso, zona urbana, ofrecer lineamientos para procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento desde Atención Primaria (A.P), evitar complicaciones, gastos atención sanitaria y disminuir mortalidad.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos antropométricos (peso, talla, perímetro (P) abdominal, P. cintura, índice masa abdominal (IMC), consumo alcohol, tabaco, estado civil, estudios, hábitos dietéticos (cuestionario adherencia dieta mediterránea), actividad física (I.P.A.Q.), cálculo riesgo cardiovascular (R.C.V) según perímetro abdominal (PA)(aumento un 3% RCV por cada cm que supere límite máximo establecido de PA), test motivacional Prochaska y Diclemente, sexo. Análisis programa R

#### RESULTADOS

156 pacientes (110 mujeres, 59 hombres), 18-65 años, media 49, predominio femenino (65.05%). Prevalencia de exceso de peso 64.69%. Mayoría viven en pareja o casados 66.27%, estudios inferiores 76.33%, 39.05% toman alcohol, 39.05% fuman. Buena adherencia dieta mediterránea 55.3%. Mantienen actividad física moderada 52.10%, 56.8% fase contemplativa. IMC medio 27.4% (obesidad), RCV adicional medio del 30%. Tendencia aumento de peso con edad, 72.41%. Mayor incremento de peso casados o viven en pareja 43.27%, y los estudios más bajo 76.33%. Tendencia al normopeso entre fumadores (61.02%).

#### CONCLUSIONES

Elevada prevalencia exceso de peso, relacionado con edad, estudios, escasa adherencia a dieta mediterránea, sedentarismo y estar casados. Sin disposición a cambio. Los Factores RCV modificables (obesidad, tabaco, sedentarismo), son susceptibles de intervención desde AP. La puesta en práctica de programas educativos serán útiles para la prevención de la obesidad y complicaciones que derivan de estilos de vida poco saludable identificados en estudio.

## 264/211. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME X

### AUTORES:

(1) Miguel Ángel Baena López; (2) Soraya Muñoz Troyano; (3) Sandra Muñoz De La Casa.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería.; (2) Cardióloga. Ugc Cardiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (3) Médico De Familia. Unidad de Urgencias y Cuidados Polivalentes. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El término síndrome X se emplea habitualmente para definir a un grupo de pacientes que presentan dolor torácico característico, depresión del segmento ST durante el esfuerzo y arterias coronarias angiográficamente normales. El pronóstico a largo plazo suele ser benigno, sin embargo su calidad de vida se ve deteriorada por: persistencia de síntomas, reingresos hospitalarios, repetición de pruebas diagnósticas. Los mecanismos fisiopatológicos propuestos para explicar este síndrome son heterogéneos. Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes diagnosticados de síndrome X.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de 280 pacientes con diagnóstico de síndrome X. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial. Todos ellos tenían alguna prueba de detección de isquemia miocárdica positiva (ECG patológico, ergometría positiva, talio con isquemia) previo a la realización de coronariografía.

#### RESULTADOS

De los 280 pacientes estudiados, 192 eran mujeres (68,6%) y 88 varones (31,4%). Existían antecedentes de hipertensión arterial en 161 pacientes (57,5%); de los cuales, 34 eran varones (21,1%) y 127 mujeres (78,9%). La edad media fue 57,2 años, con rango entre 46-78. El 92,8% de los pacientes estaban en ritmo sinusal. La indicación de coronariografía fue en 58 casos por presentar descenso del ST durante la crisis de dolor (20,7%), en 91 por ergometría positiva (32,5%), y en 131 por gammagrafía miocárdica patológica (46,8%).

#### CONCLUSIONES

El síndrome X es más frecuente en mujeres. La hipertensión arterial está presente en más de la mitad de ello. La hipertensión arterial es más frecuente en mujeres que en varones con síndrome X.

## 264/212. CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL, EN CONSULTA DE CIRUGIA MENOR RURAL

### AUTORES:

(1) José Javier de Castro Simón; (2) María Jose Otero Garrido; (2) Paula Hermoso Oballe; (3) Alazne de Castro Momoitio.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Algarrobo. Málaga.; (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.; (3) Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Marques de Valdecilla. Málaga.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Carcinoma de células de Merkel (CCM), es un tumor cutáneo de elevada malignidad. Se da en edades avanzadas, e igual en ambos sexos. Localización más frecuente en cabeza, cuello y extremidades. Se presenta como nódulo indoloro eritematovioláceo, de crecimiento rápido. Recidiva localmente y suele metastatizar.

El principal objetivo de este trabajo es conocer los casos prevalentes de CCM en la Zona Básica de Algarrobo, y las características epidemiológicas, clínicas, histológicas, terapéuticas y de supervivencia, comparándose con datos de la bibliografía.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

En la Consulta de Cirugía Menor de la UGC Algarrobo Se han solicitado entre 2002 y 2017, más de 2500 estudios anatomopatológicos. Se han revisado todos los casos de CCM incidentes en el periodo de 1 de Enero de 2002 a 31 de marzo de 2017. Se ha recogido información sobre la fecha de diagnóstico, edad, sexo, localización, histología, tratamiento y supervivencia.

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 2 pacientes, fueron diagnosticados de CCM, en 2010 y 2017, ambos mujeres, de 72 y 87 años. Su localización fue en antebrazo derecho y en zona frontal. Se realizó ampliación quirúrgica solo en el primer caso. El primer caso falleció en 2016 de un carcinomatosis peritoneal. El 2º caso sigue estrecha vigilancia.

### CONCLUSIONES

El CCM es un tumor raro. Se han producido en mujeres. Coinciden la localización en cabeza y miembros. En ambos casos fueron un hallazgo casual e inesperado. Es conveniente dar a conocer este tipo de tumor en atención primaria, mejorando así la sospecha y diagnóstico precoz.

## 264/223. ¿COMO SON LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN?

### AUTORES:

(1) Rafael Sánchez Jordan; (2) Carmen Gómez Montes; (3) Lisardo García Matarín; (4) María Esperanza Loizaga González; (5) María José Gómez González; (6) Juan Carlos Aguirre Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Miraflores de los Angeles. Málaga.; (2) Médico. Centro de Salud Estepona. Málaga.; (3) Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El parador de Roquetas de Mar. Almería.; (4) Médico. Hospital Infanta Luisa. Sevilla.; (5) Médico. Centro de Salud Garrucha. Almería.; (6) Médico. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de los pacientes que padecen enfermedad cardiovascular.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.043).

Se definió la prevención secundaria como la existencia de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, retinopatía, enfermedad cerebrovascular, y arteriopatía periférica).

### RESULTADOS

El 15,6% de los pacientes tenían antecedentes cardiovasculares, siendo la cardiopatía isquémica la más prevalente (42,4%). Entre ellos, fue más frecuente la obesidad abdominal (31,9% vs 27,4%, p=0,052), HTA (65,5% vs 43,9%, p<0,0001), dislipemia (64,9% vs 47,7%, p<0,0001) y la DM2 (29,2% vs 16,9%, p<0,0001). La HTA estaba igualmente controlada en ambos grupos (57,9% vs 58,8%, p=0,082), la dislipemia peor controlada en pacientes en prevención secundaria (12,6% vs 43,4%, p<0,0001) y la DM mejor controlada 91,1% vs 70,3%, p<0,0001). La calidad de vida percibida por el cuestionario EQ-5 fue menor en pacientes de prevención secundaria (1,6% vs 3,5%, p=0,05).

### CONCLUSIONES

casi una quinta parte de los pacientes consultados en AP son pacientes en prevención secundaria, con mayor prevalencia de FRCV, peor control de la dislipemia y peor calidad de vida percibida

## COMUNICACIONES

### COMUNICACIONES ORALES MÉDICO RESIDENTE

#### 264/144. INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO DEL RCV GLOBAL EN DIABÉTICOS

##### AUTORES:

(1) Mabel Montilla Álvaro; (1) Ana Delgado Vidarte; (1) Antonio Ortega Carpio; (1) Cristina García Ruiz; (2) Celia Chamorro González-Ripoll.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Pretendemos evaluar la efectividad en el conocimiento, percepción de control y mejora del RCV mediante la entrega de un decálogo visual asociado a una intervención educativa.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico no farmacológico aleatorizado de intervención educativa y evaluación a ciegas sobre RCV en diabéticos. El grupo control recibió intervención educativa convencional, y el de intervención además el decálogo visual con los FRCV y su grado de control. Incluimos 50 pacientes en cada grupo para detectar una mejora del conocimiento multifactorial del RCV del 50% (nivel basal esperado:30%, seguridad:5%; potencia:80%). Ambos grupos recibieron un recuerdo telefónico a los 2 meses, evaluando enmascaradamente conocimiento y percepción de control RCV, y en 6 meses se evaluó de nuevo presencialmente el conocimiento y control real del RCV.

##### RESULTADOS

Seleccionamos 51♂/49♀, 77 años edad media, 15'3 años de evolución y escaso nivel educativo (32% sin estudios/52% primarios). Basalmente el conocimiento fue 55'0%, percepción de control 80,4% y control real 65'9%. En 2 meses el conocimiento ascendió al 67'8%(p<0.001), más en el grupo de intervención (72'4%) que en los controles (63,2%)(IC95%: -0'6,+19). Disminuyó la percepción de control al 74'7%(IC95%:-3'1 a -8'2), sin diferencias entre grupos. En 6 meses creció el conocimiento hasta 70'0%(IC95%:7'9-22'0) igualándose la diferencia entre grupos(p=0.13) y el control alcanzó el 70'7%(IC95%:2'6-6'9), sin diferencias entre grupos.

##### CONCLUSIONES

La intervención educativa mejora globalmente conocimiento y control del RCV, disminuyendo la infraestimación del RCV.

La mejora en el conocimiento es mas rápida en el grupo de intervención, aunque el beneficio se equipara a los 6 meses.

#### 264/156. DIFERENCIAS EN LA PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL ENTRE ZONAS RURALES O URBANAS

##### AUTORES:

(1) María de los Ángeles Castaño Fuentes; (2) Isabel María Cámara Bravo; (3) Lucía Ocaña Martínez; (4) Ana Katarzyna Bernad; (5) Jose Ángel Sanchez Ortiz.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga; (3) Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.; (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga; (5) Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La patología psiquiátrica es de las más prevalentes en nuestra consulta. Nuestro objetivo es comparar si existen diferencias significativas en los pacientes de la zona rural y urbana.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de carácter descriptivo, de cohorte retrospectivo. Se ha llevado a cabo durante los años 2015 y 2016 comparando 2 centros de salud de la zona urbana y otros 2 de la zona rural, en la provincia de Málaga. Se aplicaron test de Chi-Cuadrado y test de T-Student para el contraste de hipótesis.

##### RESULTADOS

130 pacientes de la zona urbana, un 60% mujeres y un 40% hombres fueron estudiados. Un 22% de los casos fueron derivados a salud mental, y de ellos un 30% citados para revisión.

49 pacientes de la zona rural, un 73% mujeres y un 27% hombres. Un 17% de los casos fueron derivados a salud mental, y de ellos un 25% citados para revisión.

Las enfermedades más frecuentes fueron trastornos de ansiedad (32%) y depresión (35%) en ambos grupos, sin encontrarse diferencias significativas.

##### CONCLUSIONES

No hay diferencias estadísticamente significativas (p>0.05) entre ambos grupos en variables como porcentaje de derivaciones, necesidad de revisión y sexo. Las mujeres son derivadas más frecuentemente a salud mental que los hombres. Desde la primera visita, menos de un 30% son citados para revisión.

## 264/157. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX

### AUTORES:

(1) María de los Ángeles Castaño Fuentes; (2) Carmen Ferrer Fernández; (3) Lucía Ocaña Martínez; (4) Andrea Pedraza Bueno; (5) Jose Carlos Pérez Sánchez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga.; (2) Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.; (3) Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.; (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.; (5) Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. El Rincón de la Victoria. Málaga.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cribado de la patología de cuello de útero ha sido un gran avance en el ámbito de la medicina preventiva. Nosotros llevamos a cabo un reclutamiento activo (médico de familia o matrona) y pasivo (pacientes) en mujeres entre los 25 y los 65 años según las indicaciones del Proceso Asistencial Integrado de cáncer de cérvix con las modificaciones del distrito sanitario Málaga-Guadalhorce. El objetivo es describir la frecuencia de las patologías del cuello del útero en nuestra población.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo observacional. Se ha llevado a cabo entre los años 2010 a 2015 registrando el resultado de todas las citologías realizadas en el centro de Salud.

#### RESULTADOS

La muestra es de 5742 mujeres, de las cuales 5161 (89.8%) dieron resultados normales, 278 (4.8%) tenían cambios inflamatorios, 43 (0.7%) fueron ASCUS (células escamosas atípicas de significado incierto), 45 (0.7%) CIN1 (displasia leve), 4 (0.06%) CIN2 (displasia moderada), 1 (0.01%) CIN3 (displasia de alto grado), 49 mujeres (0.8%) tenían Vaginosis Bacteriana, 39 (0.6%) Gardenella, 119 (2%) Hongos y 3 (0.05%) Tricomonas.

La media de edad en la displasia leve fue de 38 años, en la displasia moderada 34.5. Con displasia grave se objetivó un único caso de 53 años.

#### CONCLUSIONES

El 0.77% de las mujeres padecían displasia de algún grado y fueron derivadas a ginecología para su estudio. Una única mujer tenía una displasia de alto grado. Además resultó haber una baja incidencia de infecciones como Gardenella, Tricomonas, Hongos y Vaginosis Bacteriana.

## 264/215. EFECTOS DE LOS ISGLT-2 EN LA FUNCIÓN RENAL DE LOS DIABÉTICOS TIPO 2.

### AUTORES:

(1) Javier Andrés Vera; (2) Manuel Ruiz Peña; (3) Encarnación Frutos Hidalgo; (3) Ruben Hurtado Soriano.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conocer los cambios producidos en HbA1c e impacto en la función renal tras un año de tratamiento con un ISGLT-2 en pacientes diabéticos tipo 2.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo de corte transversal. Se seleccionan a aquellos pacientes con diagnóstico de DM2 de un cupo médico de un centro de salud rural que hayan estado al menos un año con un ISGLT-2, excluyéndose aquellos con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Se analizan características demográficas, HbA1c, y función renal al inicio de tratamiento y tras al menos 1 año con un ISGLT-2.

#### RESULTADOS

La edad promedio fue de  $62,13 \pm 8,91$ , siendo el 54.1% varones. Al inicio presentaban una HbA1c de  $7,84 \pm 1,42$  y tras un año de tratamiento  $6,90 \pm 1,17$  (diferencia  $-0,93 \pm 1,19$ ). Se produce un aumento del filtrado glomerular del 62.2% de los pacientes tratados ( $1,40 \pm 12,62$ ). Con respecto a la albuminuria al inicio presentaban un  $19,60 \pm 35,70$  y en la revisión anual un  $12,78 \pm 17,23$  (disminución  $-5,37 \pm 27,89$ ). El cociente albúmina/creatinina se produce una evolución de  $-0,08 \pm 27,98$ , presentando en la consulta inicial  $32,38 \pm 31,68$  y al año de  $32,30 \pm 26,73$ .

#### CONCLUSIONES

El uso de los fármacos iSGLT-2 en pacientes que no presentan enfermedad renal crónica producen en los pacientes que fueron seleccionados no sólo un descenso de la HbA1c con una potencia similar al resto de los antidiabéticos orales, sino que además de su eficacia frente al peso corporal y a las cifras de tensión arterial ya conocidos, podrían tener efectos beneficiosos desde el punto de vista renal. En nuestros pacientes se produce un aumento del filtrado glomerular y descenso en la albuminuria.

## 264/224. PRESENCIA DE RETINOPATÍA EN PERSONAS CON DIABETES DE UN CUPO MÉDICO

### AUTORES:

(1) Juan Miguel Morcillo Jiménez; (2) Rosa María Salmerón Latorre; (3) Nicolás Garrido Redondo; (4) Alicia Moreno Jiménez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina de Familia de 4º año. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (2) Residente de 1º año de Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (3) Médico de Familia Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (4) Residente de 2º año de Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La retinopatía diabética es una complicación microangiopática específica de Diabetes tipo 1 y tipo 2, muy relacionada con la duración de la enfermedad y mal control metabólico.

Su clasificación incluye retinopatía no proliferativa, proliferativa y edema macular diabético. Es fundamental su identificación temprana para evitar ceguera precoz.

El objetivo del estudio es detectar presencia de retinopatía en cualquiera de sus estadios practicando retinografías a pacientes diabéticos tipo 1 y 2 de un cupo médico, en los últimos 6 meses, y relacionando su presencia con tiempo de evolución, control metabólico e hipertensión arterial

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se hicieron 62 retinografías con retinógrafo digital tras dilatar pupila. 58 tenían Diabetes tipo 2 y 4 Diabetes tipo 1. Elección aleatoria por orden de llegada, según iban a consulta de control, en los últimos 6 meses hasta finales de marzo del 2017

#### RESULTADOS

Se detectaron 9 casos de retinopatía diabética. En 6 de ellos era moderada con presencia de microaneurismas/hemorragias diseminadas en pequeña cantidad; en 3 casos era retinopatía no proliferativa severa con hemorragias en llama por todos los campos. Todos eran hipertensos tratados y 10-15 años de evolución. Muy mal control metabólico en 1 de ellos y en 1 caso amputación de 2 dedos en pie. Ningún diabético tipo 1 tenía retinopatía.

#### CONCLUSIONES

En nuestra serie el 14.5 % tenían retinopatía diabética no proliferativa leve. Del total el 4.8 % era no proliferativa severa. Datos superiores a los aportados por el Plan Integral Diabetes Andalucía.



## COMUNICACIONES

## COMUNICACIONES PÓSTER MÉDICO RESIDENTE

## 264/24. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES EN UN DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PR

## AUTORES:

(1) Francisca Hidalgo Martín; (2) Teresa Sanz Ortega; (3) María Isabel Luna Moreno; (4) José Fernández Arquero; (5) Antonio Eduardo Hormigo Pozo; (6) José Mancera Romero.

## CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (2) Residente de Familia. R1. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (3) Residente de Familia. R3. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (4) Farmacéutico. Servicio Farmacia Distrito Sanitario. Málaga-Guadalhorce.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

## RESUMEN:

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar la utilización de fármacos hipoglucemiantes en un Distrito Sanitario (DS) durante el año 2016. Estudio Descriptivo transversal. Atención Primaria, ámbito urbano.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Tenían diagnóstico de diabetes 52.345 personas. Se analizó el Subgrupo terapéutico “A10 (Fármacos usados en diabetes)”. Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD)/1000 habitantes y día siguiendo la descripción de la OMS. Año 2016. Datos aportados por Farmacia del DS. Medidas de frecuencia.

## RESULTADOS

Durante el año 2015 se utilizaron 17.743.722 DDD de fármacos hipoglucemiantes, de las que 13.051.748 fueron de antidiabéticos orales (74%), 4.490.699 de insulinas (25%) y 201.275 de inyectables no insulínicos (1%).

Dentro de los ADO, la metformina representó el 64% de las DDD, las sulfonilureas el 23%, los inhibidores de la dipeptidil peptidasa - 4 (iDPP4) el 21%, los inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 el 3% y las glinidas el 1%. Las glitazonas y los inhibidores de la alfa glucosidasa no superaron el 1%.

La metformina se usó sola en la mayoría de las ocasiones (78%) y los iDPP4 se utilizaron más asociados a otras moléculas (63%).

Las insulinas más utilizadas fueron las de acción prolongada (43%) con 1.931.058 DDD, seguidas de las combinaciones (30%), rápidas (16%) y las intermedias (11%).

El fármaco inyectable no insulínico (análogos del glucagon-like peptide-1 (GLP 1)) más usado fue la liraglutida (73% del grupo).

## CONCLUSIONES

La metformina fue el fármaco hipoglucemiante más usado, seguido de las sulfonilureas y los iDPP4. Las insulinas prolongadas fueron las más utilizadas.

## 264/25. EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN ENTRE INSULINAS Y ANTIDIABÉTICOS ORALES EN EL TRATAMI

## AUTORES:

(1) María Isabel Luna Moreno; (2) Laura Ruíz del Moral; (3) Francisca Hidalgo Martín; (4) Teresa Sanz Ortega; (5) Francisca Paniagua Gómez; (6) José Mancera Romero.

## CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Familia. R3. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (2) Médico Residente. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Residente de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (4) Residente de Familia. R1. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud. Ciudad Jardín. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

## RESUMEN:

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar la evolución de la proporción entre insulinas y antidiabéticos orales (ADOs) en el tratamiento de la diabetes en un Distrito Sanitario (DS) urbano en los últimos 10 años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria, ámbito urbano. Se analizó el Subgrupo terapéutico “A10 (Fármacos usados en diabetes)”. Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD)/1000 habitantes y día siguiendo la descripción de la OMS. Datos anuales desde 2007 a 2016. Medidas de frecuencia.

## RESULTADOS

En la tabla se reflejan los datos por año y diferenciados por ADOs e insulinas.

| Años      | 2007       | 2008 | 2009       | 2010 | 2011       | 2012       | 2013 | 2014       | 2015* | 2016*      |
|-----------|------------|------|------------|------|------------|------------|------|------------|-------|------------|
| ADOs      | 8.110.645  |      | 8.496.367  |      | 8.997.182  | 9.181.011  |      | 9.399.521  |       | 9.801.323  |
|           | 10.513.784 |      | 10.514.289 |      | 12.933.457 | 13.253.023 |      |            |       |            |
| Insulinas | 3.812.031  |      | 3.958.076  |      | 4.119.012  | 4.228.401  |      | 4.335.741  |       | 4.343.494  |
|           | 4.240.031  |      | 4.023.607  |      | 4.687.501  | 4.490.699  |      |            |       |            |
| Total     | 11.922.676 |      | 12.454.443 |      | 13.116.194 | 13.409.412 |      | 13.735.262 |       | 14.144.817 |
|           | 14.753.815 |      | 14.537.896 |      | 17.620.958 | 17.743.722 |      |            |       |            |

\* En el año 2015 el DS se amplía.

La proporción de las insulinas frente a los ADOs (%) fue disminuyendo de manera casi continuada en los años analizados: 31,9, 31,8, 31,4, 31,5, 31,6, 30,7, 28,7, 27,7, 26,7, 25,3; con un descenso acumulado del 6,67%. El descenso se produce durante los últimos cinco años.

#### CONCLUSIONES

La proporción de insulina con respecto a los ADOs ha ido disminuyendo de manera progresiva en el DS durante los últimos 10 años.

### 264/26. ESTUDIO DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON EPOC EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

#### AUTORES:

(1) Rocío Reina González; (2) Carlos Gómez Sanchez-La-fuente; (3) Miguel Gutiérrez Jansen; (4) Leovigildo Ginel Mendoza.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar el manejo de médicos y enfermeros de Atención Primaria a los pacientes incluidos en el proceso EPOC en un Centro de Salud urbano.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado en pacientes incluidos en el proceso EPOC antes de septiembre 2015. Periodo de tiempo evaluado: Septiembre 2015 a Septiembre 2016. Variables a estudio: sociodemográficas, adecuación diagnóstica, determinación gravedad, registro hábito tabáquico y plan de cuidados, ayuda deshabituación tabáquica, espirometría anual, vacunación antigripal y antineumocócica, uso de broncodilatadores y derivación a Neumología. Muestreo aleatorio sistemático. Estadística descriptiva.

##### RESULTADOS

140 pacientes analizados, con edad media  $66,94 \pm 12,07$  años. Mayor prevalencia en hombres (70.3%). El 77.1% tiene diagnóstico adecuado de EPOC. Predominio de casos leves (25%) y moderados (25%), sin evaluarse la gravedad en el 36.4%. Registro de plan de cuidados en 25.7% y de hábito tabáquico en 88.6%. El 70.6% de pacientes recibieron apoyo para la deshabituación. 58 casos (41.4%) se realizaron espirometría de control. 38.6% se vacunaron en la campaña antigripal 2015/16. De los 118 pacientes con indicación de vacunación antineumocócica, la recibieron 35 (29.7%). El 87.03% de pacientes con sintomatología permanente reciben tratamiento con broncodilatadores. El 73.7% de casos con EPOC grave o muy grave han sido derivados a Neumología.

#### CONCLUSIONES

La intervención realizada sobre el paciente con EPOC resulta insuficiente. Se debería potenciar la vacunación y un correcto plan de cuidados coordinado entre médicos y enfermería para la prevención de complicaciones.

### 264/72. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE INSULINAS EN MÁLAGA

#### AUTORES:

(1) Laura Ruíz del Moral; (2) María Isabel Luna Moreno; (3) Francisca Hidalgo Martín; (4) Antonio Eduardo Hormigo Pozo; (5) José Fernández Arquero; (6) José Mancera Romero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Residente de Familia. R3. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (3) Residente de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (5) Farmacéutico. Servicio Farmacia Distrito Sanitario. Málaga-Guadalhorce.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el patrón y la evolución del consumo de insulinas en xxx entre los años 2008 y 2016.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Distrito Sanitario urbano. 600.000 habitantes. Subgrupo terapéutico "A10 (Fármacos usados en diabetes)". Los datos se presentan como dosis diaria definida. Años 2008-2016. Datos aportados por el Servicio de Farmacia del Distrito. Medidas de frecuencia. En el año 2015 se unifican dos Distritos.

##### RESULTADOS

El consumo de insulina pasó de 3.958.076 DDD en el año 2008 a 4.023.607 (incremento del 1,6%). En 2015 se consumieron 4.687.501 y en el 2016 4.490.99 (descenso del 4,2% en los dos últimos años).

Las insulinas prolongadas, 1.937.231 DDD, fueron las insulinas más consumidas, seguidas por las combinadas (1.331.530), rápidas (726.175) e intermedias (496.793). Durante el tiempo analizado las insulinas prolongadas aumentaron su uso un 48% (29 a 43%) y las rápidas un 23% (13 a 16%). Las intermedias disminuyeron un 42% (19 a 11%) y las combinadas un 39% (39 a 30%).

Dentro de cada grupo las más consumidas fueron: glargina (76%) dentro de las prolongadas, asparta (56%) en las rápidas, insulina asparta/insulina asparta protamina (53%) en las combinadas e insulina isofáncia humana (PRB) (92%) en las intermedias.

#### CONCLUSIONES

Ligero descenso en el consumo de insulinas, más acusado en los últimos años.

Las prolongadas son las insulinas más consumidas y son las únicas que han crecido de manera persistente. Las combinadas presentan un descenso progresivo. Las rápidas se mantienen y las intermedias disminuyen.

## 264/84. EVOLUCIÓN CONSUMO ANTIDIABÉTICOS ORALES EN XXX (AÑOS 2008-2016)

### AUTORES:

(1) Teresa Sanz Ortega; (2) Francisca Hidalgo Martín; (3) María Isabel Luna Moreno; (4) José Fernández Arquero; (5) Antonio Eduardo Hormigo Pozo; (6) José Mancera Romero.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Familia. R1. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (2) Residente de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (3) Residente de Familia. R3. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (4) Farmacéutico. Servicio Farmacia Distrito Sanitario. Málaga-Guadalhorce.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir el patrón y la evolución del consumo de antidiabéticos orales (ADO) en xxx entre los años 2008 y 2016.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Distrito Sanitario urbano. 600.000 habitantes. Subgrupo terapéutico “A10 (Fármacos usados en diabetes)”. Se diferencian siete grupos farmacológicos. Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD). Años 2008-2016. Datos aportados por el Servicio de Farmacia del Distrito. Medidas de frecuencia. En el año 2015 se unifican dos Distritos.

#### RESULTADOS

El consumo de ADO pasó de 8.572.665 DDD en el año 2008 a 11.725.189 en el año 2014 (incremento del 37%). En 2015 se consumieron 14.447.157 y en 2016 14.848.786 (subida del 3%).

Metformina fue el ADO más consumido, pasando de 4.445.606 DDD a 6.875.654 (8.3878.872 tras la unificación de Distritos).

Las sulfonilureas pasaron de 3.277.314 a 2.586.904 (3.052.161 tras la unificación).

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa - 4 (iDPP4) pasaron de 63.882 a 1.937.664 (2.692.305 tras la unificación).

Las glinidas disminuyeron de 296.069 a 207.644.

Las glitazonas pasaron de 263.962 a 54.544.

Las alfa glucosidasas de 225.832 a 31.531.

Los inhibidores de los cotransportadores 2 sodio-glucosa (iSGLT) pasaron de 135.766 a 422.729 en los dos últimos años.

En porcentajes dentro de los ADO, la metformina pasó del 52 al 56%, las sulfonilureas del 38 al 21% y los iDPP4 del 1 al 18%.

#### CONCLUSIONES

Continuado incremento en la utilización de los ADO.

Metformina fue el más consumido. Importante descenso de las sulfonilureas y aumento de los iDPP4. Gran aumento en el uso de iSGLT2 en los dos últimos años.

## 264/114. CONTROL DE LA HbA1C EN FUNCIÓN DE LA TERAPIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

### AUTORES:

(1) María Dolores Flaquer Antúnez; (2) María Gómez Sabalete; (3) Cristina Expósito Molinero; (4) Elisa de los Riscos Mateos; (4) Ana Sánchez Silvestre; (4) Santos Luis Agrela Torres.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo; (2) Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga; (3) Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Diabetes es una enfermedad crónica y progresiva, lo que obliga a modificar el tratamiento de forma escalonada a lo largo de su evolución para alcanzar los objetivos de control de HbA1c y retrasar las complicaciones de la enfermedad. El objetivo del trabajo es evaluar la calidad del tratamiento antidiabético de los pacientes de nuestro Centro de Salud para realizar propuestas de mejora.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de calidad con pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales con o sin insulina. Se obtuvo una muestra de 89 pacientes mediante muestreo sistemático. Se repartieron en 4 grupos según el número de fármacos empleados (monoterapia, doble terapia, triple o más terapia, antidiabéticos orales más insulina) para el control de la enfermedad. Se ha evaluado el porcentaje de cumplimiento de objetivos de HbA1c.

#### RESULTADOS

Del total de la muestra, un 55% se encontraba con monoterapia, un 20% con doble terapia, un 5% con triple o más terapia y un 17% con antidiabéticos orales más insulina. El cumplimiento de objetivos de HbA1c fue de 81%, 64%, 60% y 50% respectivamente en cada grupo.

#### CONCLUSIONES

Conforme aumenta el número de fármacos, disminuye el grado de cumplimiento de objetivos de HbA1c. Con el aumento de la complejidad de las terapias empleadas y posiblemente con la evolución de la enfermedad, disminuye el grado de control de la HbA1c. Como estrategia de mejora, sugerimos aumentar la atención en el seguimiento de los pacientes más complejos.

## 264/197. ESTUDIO SOBRE LAS CONSULTAS DE URGENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

### AUTORES:

(1) Manuel Pardos Lafarga; (2) Esther González Márquez; (3) Mercedes Gragera Hidalgo.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (3) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La demanda de los servicios de urgencia extrahospitalaria conlleva un elevado número de consultas injustificadas y un aumento del coste sanitario. Este estudio nace con el fin de evaluar resultados y sacar conclusiones para una adecuada concienciación sanitaria en nuestro medio.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal donde valoramos día de la semana, edades distribuidas por grupos, sexo, código WONCA, resolución y justificación de la urgencia.

#### RESULTADOS

Se atendieron un total de 300 consultas urgentes (media de 15.79 urgencias/día). El mayor volumen de urgencias se registra los lunes (20,3 pacientes/día). Por edad, la mayor demanda corresponde al grupo de 45-64 años (30,33%). Por sexos encontramos un 39,33% de consultas en varones y 60,66%, mujeres. Según el código ICHPPC-2 de la WONCA, las enfermedades respiratorias fueron las más prevalentes (47,95%); siguiéndole la patología digestiva (10,24%) y la dermatológica (9,43%); Del total de las urgencias atendidas el 68,33% precisaron medidas terapéuticas, un 30,66% no precisaron tratamiento y un 3% fueron derivadas a Urgencias Hospitalarias. Por último, hemos considerado el 59,33% de las consultas como justificadas, siendo el resto no justificadas.

#### CONCLUSIONES

La mayor afluencia durante los lunes se debe a la falta de asistencia sanitaria en fin de semana. Hay predominio de las consultas en mujeres, dato coincidente con la estructura poblacional. Encontramos como patología más frecuente la respiratoria. Las consultas no justificadas como patología urgente pueden esperar a ser vistos en consulta ordinaria, siendo imprescindible una adecuada educación sanitaria de la población.

## 264/200. ¿PESAMOS SUFICIENTEMENTE A NUESTROS PACIENTES?

### AUTORES:

(1) María Dolores Flaquer Antúnez; (2) María Gómez Sabate; (3) Cristina Expósito Molinero; (4) Elisa de los Riscos Mateos; (4) Santos Luis Agrela Torres; (4) Ana Sánchez Silvestre.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo; (2) Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga; (3) Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo.

### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad es un importante factor de riesgo vascular y en otras patologías se convierte en un factor determinante de su evolución. El adecuado control de esta variable y su seguimiento es importante para la toma de decisiones, en relación con el proceso patológico del paciente.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. La muestra coincide con el universo muestral: total de pacientes atendidos por el DCCU en el año 2016 o que han precisado ingreso hospitalario en el año 2015 (PQI), por descompensación de EPOC (36 pacientes) o de Insuficiencia Cardíaca (IC) (53 pacientes) o de aquellos que han sufrido complicaciones de la diabetes (7 pacientes). En los tres casos se ha evaluado si el paciente tenía registrado el IMC en su historia de salud, al menos una vez, en el último año.

#### RESULTADOS

Del total de pacientes de EPOC, 17 (47.2%) tenían registrado el IMC y 19 (52.8%) no lo tenían registrado. De los pacientes de IC, 44 (83%) tenían registrado el IMC y 9 (17%) no lo tenían y en el caso de los pacientes diabéticos el registro existía en el 100% de los casos.

#### CONCLUSIONES

El registro del IMC es manifiestamente mejorable en los pacientes de EPOC.

En el caso de los pacientes de IC, aunque el nivel de registro es alto, al tratarse de pacientes que han tenido una descompensación de la enfermedad y que la evolución del peso es determinante para la titulación de los diuréticos, parece necesario mejorar el registro de esta variable.

## COMUNICACIONES

### COMUNICACIONES PÓSTER ENFERMERÍA

#### 264/23. ESTUDIO DE SEGURIDAD: VALORACIÓN DE LOS FÁRMACOS DISPONIBLES EN LOS BOTIQUINES

##### AUTORES:

(1) L. Rodríguez López; (2) A. Carmona Rivas; (3) R. Salcedo Pelaez.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Enfermera de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada.; (3) Enfermera. Hospital de Torrecárdenas. Almería.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pacientes que están en el medio ambulatorio son los receptores habituales de gran cantidad de fármacos. Es importante detectar los errores para establecer estrategias educativas en el uso del medicamento.

##### OBJETIVOS

Conocer los hábitos del paciente en utilización de medicamentos. Establecer estrategias educativas para uso correcto de medicamentos.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza valoración de fármacos disponibles en domicilio, elaborando listado de mayores 65 años (n=1842), excluyendo inmovilizados (341). Hoja de datos: edad, sexo, nivel estudios, integrantes unidad familiar, parentesco, tipo botiquín, ubicación, contenido, número envases, caducidad, recuento unidades. Visita domiciliaria para valoración incumplimiento, verificamos prescripción, observando concordancia envases expendidos y recuento de envases/unidades. Se diseña hoja informativa botiquines domésticos y se desarrolla una actividad multidisciplinar en promoción de salud (taller).

##### RESULTADOS

Selección aleatoria 100 pacientes, edad 65-99 años (media=76,26). Distribución sexos 65% mujeres y 35% hombres. 62% Estudios primarios, 20% vive solo, 43% hay 2 convivientes; Botiquín desplazable 55% (bolsa/caja/neceser). 43% Ubicado zona no apropiada (cocina/baño). Número total envases/botiquín entre 1-15 (media 7,14); número envases distintos 48%, 6-9 envases distintos, 19% 10-14 envases distintos. Del total 1,8% envases duplicados, 94,44% 2 envases. Mayor número duplicidades medicamentos sin prescripción. Los fármacos duplicados son 12% analgésicos, 12% hipotensores/cardiovascular, 8% estatinas y 6% antiagregantes. Envases caducados 7, sin relación duplicidad; la mayoría tópicos (57,14%).

##### CONCLUSIONES

Elevado número de botiquines en lugares no adecuados, siendo más de la mitad desplazables. La mayoría de pacientes polimedicados. Riesgo en las duplicidades con analgésicos y cardiovasculares. Es necesaria revisión periódica de polimedicados para minimizar riesgos.



## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORALES MÉDICO DE FAMILIA

#### 264/35. ATENCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

##### AUTORES:

(1) Méndez del Barrio, I.; (2) Rodríguez López, L.; (3) Carmona Rivas, A.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Centro de salud de Iznalloz. Granada.; (2) Enfermera de familia. Centro de salud Armilla. Granada.; (3) Médico de familia. Centro de salud Iznalloz. Granada.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente a nivel mundial. Su presencia supone mayor riesgo de ictus e insuficiencia cardíaca descompensada. El tratamiento con anticoagulante (ACO) reduce el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes de alto riesgo, sin embargo, hasta un 30% de los pacientes no están tratados.

##### OBJETIVOS

Objetivo principal: Valorar la adecuación de anticoagulación en los pacientes diagnosticados de FA según las normas de la AHA/ACC/HRS 2014 mediante el score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc y su riesgo de hemorragia grave según la escala HAS-BLED. Objetivos secundarios: Determinar la prevalencia de FA en la población de referencia. Analizar los factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes con FA. Evaluar si hay relación entre la adecuación de anticoagular y las variables del estudio. Determinar el número de derivaciones al Hospital de referencia y valorar si esta derivación es adecuada según el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Establecer si existe relación entre las variables del estudio y la derivación a Urgencias hospitalarias según el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

##### DISEÑO

Estudio observacional y descriptivo.

##### EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria. Centros de salud en medio rural.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos: Pacientes con FA registrados en el programa Diraya de cualquier sexo. Criterios de inclusión: Electrocardiograma con FA, antecedentes de FA (paroxística o persistente) bien documentados en la historia clínica del paciente y FA valvulares. Tamaño: todo paciente registrado en Diraya hasta 12/12/2016, previsión inicial de 400 casos. Variables: edad, sexo, consumo de tabaco y alcohol, peso, talla e índice de masa corporal, obesidad central, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e ictus previos. Se le realizarán a todos los pacientes incluidos las escalas CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc y

HAS-BLED. Se revisará el tratamiento con ACO y la aparición de eventos hemorrágicos mayores y la derivación a Urgencias. Recogida de datos: Se revisarán todas las historias clínicas digitales para recoger las variables que quedarán registradas en una base de datos realizada por el investigador principal con el programa informático SPSS versión 15. Análisis de datos: Se utilizarán la media y la desviación típica en las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Regresión logística binaria en relación a la variable dependiente (Tratamiento ACO adecuado y derivación a Urgencias Hospitalarias) comparando posible relación con las independientes así como posibles factores confusionales. Previamente hay que hacer un análisis bivariante: comparar medias (test de la t para muestras independientes); y comparar variables cualitativas (proporciones), mediante el test de la ji-cuadrado. Limitaciones: Incorrecta clasificación en el programa Diraya, factores de confusión.

##### APLICABILIDAD

Los últimos estudios reflejan que el tratamiento ACO sigue sin emplearse correctamente. Esto puede ser secundario a que las nuevas indicaciones incrementan el número de pacientes con indicación de ACO. Debemos hacer énfasis en el empleo de las escalas de estratificación de riesgo tromboembólico, así como del adecuado tratamiento ya que se trata de una arritmia con gran significado clínico, morbimortalidad significativa y que supone un gran impacto económico.

##### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Este estudio no conlleva responsabilidad ni riesgo para el paciente.

#### 264/81. EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

##### AUTORES:

(1) García González, J.; (2) Carbajo Martín, L.; (1) Chavez Sánchez, J.; (3) Ruiz Carbajo, F.; (4) Cantalejo Rodríguez, E.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias área de gestión sanitaria Sevilla Sur.; (2) Médico de Familia. Subdirectora Médica Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur.; (3) Técnico transporte sanitario. ADEA Sevilla.; (4) Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito Sevilla Norte.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

Los documentos de voluntades anticipadas (DVA), son documentos que permiten a una persona dejar constancia por escrito de los tratamientos y cuidados sanitarios que desea recibir si, llegado el momento de tomar decisiones,

no se encontrara capacitado para hacerlo por sí mismo. Estos documentos también permiten designar un representante, que decidirá por el paciente en las situaciones en las que no pueda expresar su voluntad y permiten pronunciarse con respecto a la donación de órganos; además, se pueden modificar o revocar en cualquier momento. Desde la implantación de la historia clínica de movilidad digital a través de dispositivos electrónicos portátiles (tablets) en los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de nuestra área, estos profesionales tienen acceso al DVA de aquellos pacientes que lo hayan registrado.

#### OBJETIVOS

Determinar los conocimientos de los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias sobre el documento de voluntades anticipadas

#### DISEÑO

Estudio descriptivo y transversal

#### EMPLAZAMIENTO

Urgencias extrahospitalarias

#### MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra del estudio estará formada por los médicos y enfermeros de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de nuestra área.

Para la recogida de datos se utilizará una encuesta de elaboración propia que se difundirá a los profesionales a través de correo electrónico.

Se diseñará una encuesta on-line utilizando una de las herramientas disponibles en la web 2.0, la aplicación Google Docs. Este programa permite, una vez diseñado el cuestionario, su difusión a través de correo electrónico, incluyendo el enlace para contestarlo de forma absolutamente anónima. La encuesta registrará la edad, el sexo y la profesión, así como los conocimientos y las aptitudes sobre utilidad y respeto de las voluntades anticipadas.

La solicitud de participación se realizará durante el mes de octubre de 2017.

Los datos se exportarán a una hoja de Excel. Se realizará análisis descriptivo de las variables del estudio, los resultados se expresaron con tablas de frecuencias y porcentajes.

La principal limitación del estudio es que al tratarse de una encuesta voluntaria desconocemos a priori cual será la participación de los profesionales. Para facilitar esta participación serán informados sobre el anonimato de los datos.

#### APLICABILIDAD

La realización del DVA y su utilización por parte de los profesionales sanitarios es relativamente reciente. Explorar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre estos documentos para que garanticen el uso por los ciudadanos de este derecho debería ser un objetivo preferente como paso previo a planificar estrategias concretas en nuestros centros sanitarios.

Con los resultados del presente estudio podremos describir los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias de nuestra área

sanitaria respecto al DVA para establecer una estrategia de mejora en caso necesario.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La participación en esta encuesta es libre y voluntaria. En el correo donde se enviará el enlace a la encuesta se ofrecerá información en la que se explican los objetivos del estudio y se asegura la confidencialidad y el anonimato. El estudio no requiere financiación externa.

## 264/195. INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA DESHABITUACIÓN DE BENZODIAZEPINAS

#### AUTORES:

(1) Atienza Martín, F.; (2) Ferrer López, I.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) UGC Virgen de África. Dsap Sevilla; (2) Farmacéutica de Atención Primaria. Dsap Sevilla.

#### RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN

El consumo de benzodiazepinas (BZD) es muy alto en España, estimándose en un 8-10% de la población adulta. En Andalucía su uso es mayor y, además, el 94% de los usuarios superan los dos meses recomendados, como máximo, para su consumo. El uso de BZD conlleva problemas de seguridad, habiéndose descrito, además de tolerancia y dependencia, aumento del riesgo de mortalidad, de accidentes de tráfico, neumonías, de caídas y fracturas y de deterioro cognitivo y demencias. Estrategias simples informativas consiguen la reducción de hasta un 25% del uso de estos fármacos

#### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la información directa al paciente, con una intervención breve (carta acompañando a un folleto informativo) en la reducción de las tasas de consumo de BZD

#### DISEÑO

- Estudio cuasi-experimental antes-después, con grupo control
- Grupo de Intervención: centros de salud urbanos y farmacias comunitarias de su ámbito geográfico
- Grupo Control: centros de salud del mismo Distrito con características poblacionales similares

#### EMPLAZAMIENTO

Centros de Salud urbanos de un Distrito Sanitario

#### MATERIAL Y MÉTODOS

1. **Intervención:** promover la deshabituación de BZD, utilizando una intervención breve consistente en la entrega de una carta y folleto informando sobre los riesgos del uso de BZD y beneficios de deshabituarse. El folleto comprende un componente de auto-evaluación sobre los riesgos del uso de BZD, evidencia de los daños, alternativas al uso, posibilidades de éxito en deshabituación, y recomendaciones decrecientes de uso de BZD

en un protocolo visual de 21 semanas de duración. La intervención pide a los participantes la discusión de las recomendaciones con su médico, enfermero o farmacéutico. La intervención durará un año.

2. **Comparación:** los centros de salud intervención antes y un año después de la intervención con los centros control donde se realizará el cuidado habitual.

**Variables dependientes del estudio:**

- **Principal:** variación de la tasa de consumo de BZD de los centros con intervención frente a los centros control
- **Secundarias:**
  - Variación del nº de pacientes con cesación de uso de BZD
  - Variación del nº de pacientes que disminuyen más del 25% la dosis inicial de BZD

**Variables independientes**

- **De centro de salud:** nivel socio-económico, hospital y unidad de salud mental de referencia; índice de calidad de prescripción y de consumo,
- **De farmacia comunitaria:** % farmacias participantes del área del centro de salud
- **De pacientes:** edad, sexo, tiempo de uso, tipo y dosis de BZD al inicio y al fin

**Análisis estadístico:**

- **Estadística descriptiva:** frecuencias, medias y desviaciones típicas de las variables cuantitativas; proporciones e Intervalos de confianza al 95% de las variables cualitativas
- **Estadística inferencial:** comparación de medias (prueba t); comparación de proporciones (chi cuadrado); correlación lineal de Pearson; medida del impacto (prueba d); análisis multivariante mediante regresión lineal o regresión logística binaria

**APLICABILIDAD**

La intervención propuesta puede facilitar la deshabitación, disminuyendo los peligros del uso de BZD.

**ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**

Se solicitará consentimiento informado por escrito a los participantes. Se asegurará la confidencialidad de los datos. El estudio se enviará para su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PÓSTER MÉDICO DE FAMILIA

#### 264/62. CONOCER LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRA ZONA BÁSICA.

##### AUTORES:

(1) *García Flores, A.*; (1) *Pérez Rivera, R.*; (2) *Luciani Huacac, L.*

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera. Consultorio La Puerta de Segura. Jaén.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera. Jaén.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

La EPOC se trata de una enfermedad común, prevenible y tratable, que se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes y una limitación al flujo aéreo que se debe a anomalías en las vías aéreas y/o en los alveolos, generalmente causado por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Con esta definición, se pretende hacer hincapié en la importancia de los síntomas y en el hecho de que la afectación del territorio alveolar puede no coexistir con la afectación de la vía aérea. Se trata de una enfermedad con elevada prevalencia que se estima que aumente en los próximos años con elevado coste e infradiagnóstico, por eso la importancia de hacer una búsqueda activa y tener una buena formación en esta patología.

##### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de EPOC en nuestra zona básica. Pautar tratamiento precoz para evitar complicaciones.

##### DISEÑO

Estudio transversal multicéntrico

##### EMPLAZAMIENTO

En varios centros que conforman nuestra Zona Básica de Salud en un medio rural.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 34 años, fumadores o exfumadores con algún síntoma típico de EPOC adscritos a nuestra zona básica. Criterios de exclusión: pacientes ya diagnosticados, en seguimiento por neumología, con patología que suponga un riesgo para la realización de una espirometría, con patología terminal. Cálculo de la muestra: de las personas que cumplen criterios de inclusión se hará un muestreo aleatorio simple, asumiendo un intervalo de confianza del 95%. Limitaciones: la dificultad a la hora de la realización de una espirometría de calidad. Se pretende hacer un diagnóstico precoz de EPOC ante la sospecha de enfermedad a través de la realización de en radiografía de tórax, espirometría y analítica para ajustar el tratamiento de estos pacientes en caso de su diagnóstico.

##### APLICABILIDAD

El disponer de información de la prevalencia de EPOC en nuestra zona, nos permitirá su mejor manejo, hacer un diagnóstico precoz y comenzar con tratamiento para intentar evitar las complicaciones, comorbilidades y mortalidad que conlleva esta patología. Así mismo nos permitirá desarrollar grupos de apoyo según el estadio del paciente tanto para la intervención sobre el tabaquismo como para un mejor conocimiento y manejo y de su enfermedad.

##### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se pedirá permiso a la Comisión de investigación del Distrito para la realización del proyecto. Se informará a los pacientes y se les pedirá consentimiento. En todo momento se protegerá el anonimato de los pacientes.

#### 264/77. ¿COMO Y CUANTO BEBEN NUESTROS ADOLESCENTES?

##### AUTORES:

(1) *García González, J.*; (2) *Carbajo Martín, L.*; (1) *Chavez Sánchez, J.*; (3) *Ruiz Carbajo, F.*; (4) *Cantalejo Rodríguez, E.*; (5) *Montero Romero, A.*

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias área de gestión sanitaria Sevilla Sur.; (2) Médico de Familia. Subdirectora Medica Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur.; (3) Técnico transporte sanitario. ADEA Sevilla.; (4) Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito Sevilla Norte.; (5) Enfermera. Centro de Salud. Nuestra Señora de las Nieves. Sevilla.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol constituye un problema de salud pública cuya iniciación generalmente ocurre en la adolescencia, de ahí que, en los últimos años, muchos países desarrollados hayan prestado especial atención al problema del consumo de alcohol en los jóvenes. Las razones que llevan a consumirlo en los jóvenes han sido y son objeto de análisis exhaustivos por parte de la bibliografía epidemiológica.

##### OBJETIVOS

Conocer y describir el consumo de alcohol en adolescentes que cursan educación secundaria obligatoria.

##### DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal.

##### EMPLAZAMIENTO

Atención primaria. Salud comunitaria

##### MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra de estudio la formarán los alumnos de educación secundaria obligatoria de dos institutos del municipio

donde se realiza el estudio. Para la recogida de datos se utilizará un cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo, que los alumnos cumplimentarán en el aula en ausencia de los profesores.

Las variables estudiadas serán: edad, sexo, edad inicio de consumo de alcohol, frecuencia de consumo en los últimos 30 días (nunca; menos de una vez por semana; alguna vez a la semana; diariamente; solo fines de semana), y cantidad consumida por día.

La recogida de datos se realizará durante los meses de septiembre y octubre de 2017.

Se realizará análisis descriptivo de las variables del estudio, se expresarán en porcentajes y medias.

La principal limitación del estudio es que al tratarse de un cuestionario voluntario desconocemos a priori cual será la participación del alumnado. Para facilitar esta participación los estudiantes serán informados sobre el anonimato de los datos.

#### APLICABILIDAD

El consumo de alcohol es un problema de salud pública cuya iniciación ocurre en la adolescencia. Conocer la prevalencia y características del consumo de alcohol en adolescente permite facilitar el desarrollo e implantación tanto en centros sanitarios como en centros escolares de programas preventivos eficaces, especialmente dirigidos a los adolescentes que presenten un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de alcohol, para disminuir la prevalencia del alcoholismo en adultos

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se enviará una carta a los padres de los adolescentes para explicar el estudio y solicitar su consentimiento.

### **264/193. PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN PACIENTES QUE TOMAN OMEPRAZOL**

#### AUTORES:

(1) García Flores, A.; (2) Pérez Rivera, R.; (3) Luciani Huacac, L.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera. Consultorio La Puerta de Segura. Jaén.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera. Consultorio La Puerta de Segura; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera.

#### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como toda extravasación de sangre en el tubo digestivo en el tramo localizado entre el esófago y el ángulo de Treitz. Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia. Es un motivo de consulta frecuente en urgencias y supone un número importante de ingresos hospitalarios. La mortalidad por esta causa es variable, entre el 2 y el 20%, y depende sobre todo de la edad de los pacientes y sus posibles enfermedades asociadas, la cuantía del sangrado y los signos endoscópicos de riesgo. La HDA cesa de forma espontánea en el 80% de los casos. La causa

más frecuente es la hemorragia por úlcera péptica, que tiene una mortalidad del 2%. El tratamiento de elección después de una HDA es un inhibidor de la bomba de protones en la mayoría de los casos omeprazol.

#### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de hemorragias digestivas que se han producido en la zona básica de Orcera en pacientes que tomaban como inhibidor de la bomba de protones el omeprazol y ver la marca de este fármaco que estaban tomando en el momento de la hemorragia, así como valorar la causa de la misma y el porcentaje de recidivas.

#### DISEÑO

Estudio transversal multicéntrico

#### EMPLAZAMIENTO

En varios centros que conforman nuestra Zona Básica de Salud en un medio rural.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: todo paciente adscrito a nuestra zona básica donde objetivemos un caso de hemorragia digestiva en los últimos 7 años que es donde tenemos acceso a la historia digital diraya. Criterios de exclusión: pacientes que no tomaran omeprazol en el momento del diagnóstico, malos cumplidores del tratamiento. Cálculo de la muestra: se recogerán todos los pacientes que cumplan criterios asumiendo que el número de muestra no será demasiado alto. Limitaciones: que los datos no estén recogidos en la historia de salud digital produciendo un sesgo de información en el estudio. Se pretende analizar la prevalencia de hemorragias digestivas en nuestra zona y de entre ellas saber cuales tomaban tratamiento con omeprazol, analizando la causa de la hemorragia, la edad y los factores de riesgo que presentaban los pacientes y si hay relación entre el episodio y la marca del producto que tomaban los pacientes.

#### APLICABILIDAD

El disponer de información sobre la prevalencia de HDA en pacientes que ya estaban tratados nos permitirá valorar la relación que hay entre estos episodios y el tratamiento para valorar si hay alguna causa por la que el tratamiento no haya sido efectivo o si los casos tienen relación con el tipo de marca en concreto que estos pacientes estuviesen tomando.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se pedirá permiso a la Comisión de investigación del Distrito para la realización del proyecto. Se informará a los pacientes y se les pedirá consentimiento. Se pedirá la colaboración del servicio de urgencias tanto del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, como del San Juan de La Cruz de Úbeda. En todo momento se protegerá el anonimato de los pacientes.



## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORALES MÉDICO RESIDENTE

#### 264/182. RIESGO BASAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA.

##### AUTORES:

(1) *Ramírez Martín, C.*; (1) *Rodríguez Ruiz, R.*; (2) *Cuenca del Moral, R.*; (1) *López Mesa, S.*; (3) *Palomino Cobo, I.*

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Fuengirola.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública, tratándose de una de las patologías crónicas con mayor relevancia socio-sanitaria debido a su prevalencia, retraso en el diagnóstico, coste, morbilidad y complicaciones asociadas. La prevalencia de diabetes desconocida es variable (30-50%) dependiendo de la población estudiada.

##### OBJETIVOS

Identificar el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de Atención Primaria mediante el cuestionario Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) y establecer una relación entre el riesgo de desarrollar diabetes y el riesgo cardiovascular según tabla SCORE cardiovascular.

##### DISEÑO

Estudio observacional, transversal, descriptivo.

##### EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud urbano

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: pacientes entre 40 y 70 años que acuden a consultas de Atención Primaria de un área de la costa del sol. Criterios de exclusión: diagnóstico de diabetes, embarazadas pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria, pacientes con limitación psíquica o física que impida la realización del cuestionario. Se calcula el tamaño muestral mediante fórmula de proporción ( $n=256$ ) para una prevalencia esperada de riesgo alto-muy alto de diabetes mellitus tipo 2 de 19%, incrementándose un 8% en previsión de pérdidas. Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico consecutivo de sujetos que acudan a consultas de atención primaria durante un periodo máximo de 2 meses hasta completar el tamaño muestral estimado. Se llevará a cabo recogida de datos mediante entrevista estructurada, donde se realizará toma de medidas antropométricas y cuestionario FINDRISC, y datos de historia de Salud Digital. Mediciones: edad, sexo, peso, talla, IMC, perímetro cintura, TA sistólica, colesterol, HbA1c, glucemia basal, tabaquismo, riesgo cardiovascular, disfunción

eréctil, nivel de estudios y situación laboral. Variable dependiente: cuestionario FINDRISC. Se realizará análisis descriptivo donde las variables cuantitativas se expresarán en media, mediana y desviación típica y las variables cualitativas en proporciones o frecuencias absolutas y relativas ( $\alpha=0.05$ ). Para el análisis bivalente utilizaremos el test t Student o su equivalente no paramétrico (test U de Mann Whitney) y el test de Chi-cuadrado. Para el análisis multivariante utilizaremos el modelo de regresión logística múltiple. En todos los casos el nivel de significación aceptado será menor de 0,05. Los resultados se expresarán con intervalo de confianza al 95%. El tratamiento estadístico de los datos se realizará mediante el programa de análisis estadístico IBM SPSS 20.0. Existen posibles sesgos de selección e información.

##### APLICABILIDAD

La prediabetes afecta a un elevado porcentaje de la población, su detección y tratamiento precoz con cambios en el estilo de vida puede prevenir la aparición de Diabetes Mellitus tipo 2 y es una medida coste-efectiva.

##### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Todos los sujetos serán informados del estudio y se les solicitará consentimiento informado para la inclusión en el mismo. Se solicitará aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del Costa del Sol y los permisos pertinentes para acceso a historia clínica al Distrito sanitario Costa del sol.

#### 264/214. TRASTORNO DE ADAPTACIÓN. ¿PA-TOLOGÍA FRECUENTE EN LA ACTUALIDAD?

##### AUTORES:

(1) *Compán Medina, M.*; (2) *Guillén Montero, M.*; (3) *Callejas Romero, A.*; (4) *López López, C.*

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (2) Médico Residente. Centro de Salud Abil. Almería.; (3) Médico Residente. Centro de Salud Nijar. Almería.; (4) Médico Residente. Centro de Salud Almería periferia.

##### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

El trastorno de adaptación es una patología muy frecuente actualmente en las consultas de Atención primaria y psiquiatría. En ocasiones se plantea un difícil abordaje de estos pacientes por lo que es importante conocer el tipo de paciente que pueden presentar esta patología y afrontarla desde un primer momento.

##### OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de los trastornos de adaptación atendidos en consulta de psiquiatría de Unidad de Salud

Mental de Almería en un periodo de 8 meses durante el año 2016.

- Conocer el perfil de pacientes que padecen este trastorno así como sus características y los acontecimientos vitales estresantes (AVE) más frecuentes relacionados.

#### DISEÑO

Estudio descriptivo transversal y longitudinal.

#### EMPLAZAMIENTO

La población de estudio fueron pacientes diagnosticados de trastorno de adaptación que acudieron a consulta de psiquiatría en Unidad de Salud Mental de Almería desde Enero-Agosto del 2016.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Tamaño muestral: 66 pacientes.

Variables: Edad, sexo, estado civil, Antecedentes psiquiátricos (si/no) Antecedentes consumo de Tóxicos (si/no) Acontecimiento vital estresante (AVE).

Análisis estadístico: Se hará un análisis descriptivo de los datos con frecuencia, porcentajes y test chi<sup>2</sup> para las variables cualitativas y media, desviaciones típicas t-Student y rangos para las variables cuantitativas.

#### RESULTADOS:

De los 280 pacientes vistos por primera vez en consultas de Unidad de Salud mental durante 8 meses, recogimos un total de 66 pacientes, cuya edad media fue 50 años con DS 14,8. De estos el 59% era mujeres y 41% hombres. El 61% están casados, solteros un 18%, viudos 12% y divorciados un 9%. El 59% presentan antecedentes psiquiátricos, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

En cuanto la actividad laboral se encuentra trabajando el 52%, jubilados 23% en paro 24% y estudiando 1%.

El 68% no consume tóxicos a diferencia de 32% que si lo hace. (No hay diferencias entre sexos)

Como acontecimiento vital estresante más frecuente tenemos problemas económicos (29%), seguido de enfermedad física (26%), problemas familiares (21%), fallecimiento familiar (13%) y sobrecarga laboral (11%).

#### APLICABILIDAD

La prevalencia de trastorno de adaptación durante un periodo de 8 meses en la consulta de psiquiatría ha sido del 23%. La mayoría de estos pacientes son mujeres de edad media de 50 años, que están casadas, son trabajadoras y no presentan antecedentes psiquiátricos previos ni hábitos tóxicos.

Los acontecimientos vitales estresantes más frecuentes en la actualidad son los problemas económicos, seguidos de la enfermedad física y conflictos familiares.

Es importante tener en cuenta a este tipo de pacientes con dichos AVE y realizar seguimiento de forma continua y multidisciplinar en centro de salud. Desde un primer momento debemos abordarlos para poder mejorar el afrontamiento de dichos AVE.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Aspectos Médico- legales: A cada paciente participante en el estudio se les estrego y explico consentimiento

informado que firmaron para usar sus datos en este estudio, manteniendo siempre la confidencialidad y secreto profesional.

### **264/221. HIGIENE DE MANOS Y PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS.**

#### AUTORES:

(1) Ríos del Moral, M.; (2) Martínez Martínez, I.; (3) Pérez Martín, P.; (4) González Navarro, T.; (5) Torres Alegre, P.; (6) Azor Martínez, E.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rio Nacimiento. Almería.; (2) Enfermera. Trabajo Adepsi. Las Palmas de Gran Canaria; (3) Médico Residente Oftalmología. Complejo Hospitalario de Jaén; (4) Residente de 2º año Familia. Centro de salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.; (5) Enfermera. Directora UGC Virgen del Mar.; (6) Médico Pediatra en Atención Primaria. UGC Virgen del Mar.

#### RESUMEN:

##### INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias (IR) son una de principales causas de morbilidad y de prescripción de antibióticos en niños/as asistentes a centros de educación infantil (CEI)

##### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de un programa multifactorial de higiene de manos en la prescripción de antibióticos en IR en niños/as que acuden a centros de educación infantil.

##### DISEÑO

Estudio controlado/aleatorizado/abierto, de una muestra de 919 niños/as entre 0-3 años, que acuden a 25 CEI, entre noviembre-2013/junio-2014, distribuidos en 3 grupos.

##### EMPLAZAMIENTO

Centros de Educación Infantil en Almería capital.

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Tres grupos: gel hidroalcohólico (GG) 305 niños/as agua-jabón (GJ) 275 niños/as y un grupo control (GC) 339 niños/as que sigue pauta habitual de lavado de manos. El GG y GJ recibieron talleres sobre: transmisión de infecciones, higiene de manos y fiebre; el GC sobre alimentación saludable. Los padres rellenaron un cuaderno de recogida de datos (síntomas/tratamiento/consultas médicas). Previamente se entregó: hoja informativa, encuesta y consentimiento informado. Se realizó un modelo de regresión binomial negativa (BN) multivariante para establecer asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente (número de veces que se prescriben antibióticos). Programa estadístico STATA versión 12.

Un total de 5.234 episodios de IR fueron registrados (1.961 GC, 1.614 GJ, 1.657 GG). La media de episodios respiratorios por grupo fue: 6.43±3.48 GC vs 5.91±3.31 GJ vs 4.89±3.13 GG, p < 0.001. Al hacer las comparaciones múltiples se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GC y GG y el GJ y GG. La media de

prescripción de antibióticos por grupo fue:  $2.89 \pm 2.20$  GC vs  $2.70 \pm 2.14$  GJ vs  $2.10 \pm 1.79$  GG. La regresión BN multivariante ajustada mostró una tasa inferior de prescripción de antibióticos en: el GG con respecto al GC (IRR: 0.75,  $p < 0.001$ ), una mayor edad (IRR: 0.99,  $p < 0.001$ ), el sexo femenino (IRR: 0.89,  $p < 0.05$ ), niños/as con hermanos (IRR: 0.86,  $p < 0.01$ ), una mayor duración de la lactancia materna (IRR: 0.99,  $p = 0.08$ ), no tener puesta la vacuna prevenir (IRR: 0.870,  $p = 0.07$ ) y una clase social elevada.

#### APLICABILIDAD

Los programas multifactoriales de higiene de manos que incluyan gel hidroalcohólico y medidas educativas reducirían la prescripción de antibiótico por IR, así como las resistencias bacterianas derivadas de su uso en infecciones la mayoría virales.

#### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Proyecto de Investigación Aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas y consentimiento informado por escrito de los padres/tutores de los niños/as de Centros de Educación Infantil.

## CASOS CLÍNICOS

### CASOS CLÍNICOS MÉDICO RESIDENTE FORMATO ORAL

#### 264/73. LA CONTRACTURA DEL TABACO

##### AUTORES:

(1) M. Peláez Pérez; (2) A. Cuberos Escobar; (3) D. Hernández Rodríguez.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

##### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años de edad con antecedentes de alergia a pirazonas, ex-fumador desde hace 40 años de 60 paquetes /año, ex-bebedor severo, diabetes mellitus no insulino dependiente, dislipemia e intervenido de una hernia inguinal derecha. Acude a Servicio de Urgencias por presentar desde hace unos días dolor en región trapezoidal derecha que no responde a tratamiento analgésico pautado previamente por su Médico de Atención Primaria. No asocia ningún otro síntoma.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general; consciente, orientado y colaborador; bien hidratado y perfundido; eupnéico en reposo. Se palpa contractura en región muscular paraespinal derecha así como una tumoración de unos 3 centímetros, de consistencia elástica parcialmente adherida a planos profundos, móvil, dolorosa a la palpación; sugestiva de lipoma. Ante la refractariedad del tratamiento analgésico se solicita ecografía de partes blandas.

Ecografía partes blandas: se visualizan cuatro nódulos de partes blandas dorsales. Los mayores (25 milímetros) tienen una morfología ovoidea y se localizan en la región paraespinal derecha, ambas sólidas hipocogénicas avasculares; una de ellas está en la grasa subcutánea e impronta en la musculatura trapezoidal subyacente, acompañada de una lesión satélite de 7mm; la otra parece tener una localización intramuscular. Una cuarta lesión paraespinal izquierda de 11 milímetros se localiza en la interfase entre dermis y grasa subcutánea superficial; es hipocogénica, avascular y muestra un claro refuerzo posterior. Por sus características es compatible con un quiste de inclusión epidermoide. Sin embargo, las tres primeras son sospechosas de metástasis.

TC toraco-pélvico con contraste intravenoso: sobre unas lesiones fibrocicatriciales con pérdida de volumen en el lóbulo superior derecho se aprecia un nódulo de contornos lobulados y márgenes espiculados con cola pleural, en segmento apical de 4 centímetros. Área nodular en “vidrio deslustrado” adyacente con bronquiectasias en su interior. Nódulo lobulado de 1 centímetro cercano en el mismo lóbulo. Nódulo lobulado de 1 centímetro en segmento apical del lóbulo superior izquierdo. Se aprecian

también en lóbulo superior izquierdo y lóbulo medio, otras áreas nodulares en “vidrio deslustrado” parcheadas. Todas ellas tienen broncograma lo que plantea la posibilidad de adenocarcinoma de crecimiento lepidico. Conglomerado de adenopatías en región hiliar derecha. Conglomerado de adenopatías en los compartimentos mediastínicos. Nódulo suprarrenal izquierdo de 4 centímetros, de densidad elevada, que distorsiona la morfología de la glándula, compatible con lesión metastásica. Quiste renal izquierdo de 5 centímetros. Lesiones líticas en cuerpos vertebrales L2 y L4 y pala iliaca derecha, sugestivas de metástasis óseas. PAAF transbronquial (ganglio linfático): positiva para células malignas, compatible con carcinoma no microcítico.

##### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma no microcítico de pulmón estadio IV.

##### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lipoma, sarcoma de partes blandas, quiste epidermoide, neurofibroma.

##### COMENTARIO FINAL

El paciente es diagnosticado de carcinoma no microcítico de pulmón estadio IV. Continúa seguimiento por Oncología Médica recibiendo tratamiento especializado. Se evidenció tromboembolismo pulmonar severo bilateral, además de otras complicaciones (alteraciones iónicas, convulsiones...). Ante el mal estado general y el empeoramiento progresivo del paciente, se decidió medidas de confort, falleciendo a los 3 meses de su diagnóstico.

##### BIBLIOGRAFÍA

» Ettinger D, Wood D, Akerley W. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-small cell lung cancer. Natl Compr Canc Netw. 2015;13(5):515-524.

#### 264/104. UN GOLPE DURO

##### AUTORES:

(1) E. Gallego Castillo; (2) E. Espinola Coll; (3) M. Durán Chiappero.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Dspositivo Apoyo Distrito Málaga.

##### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 39 años que acude a consulta porque desde hace varios meses, no sabe precisar, se nota bulto en región supraclavicular derecha con sensación de tirantez y hormigueo esporádico en cuello y hemicara derecha. No pérdida de peso. No fiebre. No disfagia ni afonía. Solicitamos pruebas complementarias.

No alergia medicamentosa. No hábitos tóxicos. No enfermedades de interés.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Cabeza y cuello: Tumoración redondeada de consistencia elástica, adherido a planos profundos. No dolorosa a la palpación.

ORL: Normal

ACR: Tonos rítmicos. Discreta hipoventilación bilateral con algún sibilante aislado.

Abdomen: Normal

Pruebas complementarias:

-Analítica: Beta-2-microglobulina 2.07mg/L. Resto normal.

-Serología: Normal.

-Mantoux negativo

-EKG: Normal

-Rx Tórax: Ensanchamiento mediastínico.

-TAC torácico: Conglomerado adenopático que desplaza vena yugular izquierda y tráquea hacia lado izquierdo. La de mayor tamaño se sitúa a nivel paratraqueal superior derecho de unos 4.4 cm de diámetro. Compatible con Síndrome Linfoproliferativo.

-Biopsia adenopatía supraclavicular derecha: Ganglio linfático con arquitectura borrada y proliferación neoplásica con patrón nodular, células Reed-Sternberg, abundantes linfocitos T, células plasmáticas y eosinófilos.

#### JUICIO CLÍNICO

Linfoma de Hodgkin tipo Esclerosis Nodular estadio IIA (pronóstico desfavorable)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Linfoadenopatías, Metastásis, Abscesos.

#### COMENTARIO FINAL

La paciente inicia tratamiento quimioterápico sin radioterapia asociada. Durante el cual, la paciente presenta cuadro de hiperémesis, neutropenia y astenia que modifican las sesiones de tratamiento. En la actualidad buena respuesta al tratamiento con remisión parcial de la enfermedad.

Este caso fue especial para nosotros porque la paciente había perdido recientemente a su padre por un cáncer por lo que había demorado su asistencia a la consulta. Al explorarla nos dimos cuenta de la potencial gravedad de la situación y nos pusimos en contacto con otros compañeros del centro de salud para realizar las pruebas complementarias al día siguiente, ya que la paciente no quería ir al hospital.

La celeridad en la petición de pruebas, no caer en la inercia diagnóstica y terapéutica son los puntos destacables de este caso y sobre todo la forma en la que se abordó la información a la paciente sobre la sospecha diagnóstica, dados los antecedentes familiares de la paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » *Pervez S; Abro B; Shahbaz H. Small lymphocytic lymphoma with Reed Sternberg cells: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep; 2017 Feb; 2017.*
- » *Rossi C; Casasnovas RO. New therapy outlooks in Hodgkin lymphoma. Bull Cancer; 2017 Feb; 104(2):182-194.*

» *Rentas Torres Y, Rodríguez-López JL, Valentin M, Silva H. Difficult Diagnosis between B Cell lymphoma and Classical Hodgkin's Lymphoma. Bol Asoc Med P R; 2015 Jul-Sep; 107(3):98-101.*

» *Von Wasielewski S; Franklin J; Fischer R; Hübner K; Hansmann ML; Diehl V; Georgii A; von Wasielewski R. Nodular sclerosing hodgkin disease: new grading predicts prognosis in intermediate and advanced stages. Blood; 2003 May; 101(10):4063-9.*

» *Harris NL. Hodgkin's lymphomas: classification, diagnosis, and grading.*

» *Semin Hematol; 1999 Jul; 36(3):220-32.*

## 264/105. LO QUE EL MIEDO ESCONDE

#### AUTORES:

(1) M. Hipólito Egea; (2) M. Díaz Caro; (3) M. Rojas Martínez; (1) S. Granados Gutiérrez; (4) F. Garrido Martínez; (5) M. García Martín.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años. Fumadora de 15 cigarrillos/día. Fórmula obstétrica: G1P0A1. No patologías de interés. Intervenido de legrado. Madre fallecida por cáncer de pulmón a los 33 años. No tratamiento habitual. Acude a consulta por lumbalgia de tres meses de evolución acompañada de síndrome constitucional (anorexia y pérdida de 5kg de peso en el último mes). En su historia clínica aparece una visita a urgencias hace un año por dolor en parrilla costal izquierda donde se aprecia nódulo mamario y se remite directamente a consulta de Unidad de Patología Mamaria, pero la paciente no acude por miedo. Más tarde varias consultas por lumbalgia en las cuales se pauta tratamiento sintomático. A la exploración de región lumbar en consulta, se aprecian lesiones papulosas de distribución lineal que se extienden por abdomen y tórax. La paciente se resiste a explorar ambas mamas; finalmente acepta apareciendo unas mamas con múltiples nódulos de consistencia dura y retracción de ambos pezones. Ante los hallazgos observados, se decide derivar a servicio de urgencias hospitalarias.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Tensión arterial: 130/70mmHg, Saturación de oxígeno 99%. Afebril. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, hipofonesis izquierda hasta campo medio. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias; lesiones papulosas de distribución metamérica, eritematosas, no



pruriginosas, que se extienden por mamas, línea axilar y trapecio izquierdos. Mamas: múltiples nódulos de consistencia pétrea, eritematosos, con sensación de coraza torácica, retracción de ambos pezones. No dolor a la palpación de apófisis espinosas, Laségue negativo.

Análítica: destaca LDH 510 con resto de valores dentro de la normalidad. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado, derrame pleural izquierdo hasta campo medio.

TAC toraco-abdomino-pélvico: moderado-severo derrame pericárdico. Derrame pleural bilareal moderado. Hepatomegalia sin lesiones focales aparentes dada la congestión preexistente. Líquido libre en subhepático, perivesicular y en pelvis. Múltiples lesiones óseas líticas compatibles con metástasis. Glándula mamaria izquierda heterogénea con numerosos ganglios periféricos. Engrosamiento cutáneo pectoral difuso. Edema del tejido celular subcutáneo. Gammagrafía ósea: Depósitos patológicos del radiofármaco en columna dorsolumbar, calota, esternón, ramas iliopubiana y sacroiliaca derechas y húmero izquierdo. Imágenes compatibles con afectación ósea metastásica.

Biopsia cara anterior tórax: infiltración dérmica por carcinoma ductal de mama.

Receptores hormonales: RE positivo, RP negativo, HER-2 negativo, Ki-67 90%.

#### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma ductal infiltrante de mama.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Linfoma cutáneo. Síndrome paraneoplásico.

#### COMENTARIO FINAL

Es esencial observar en consulta de atención primaria signos y síntomas claves que puedan convertir una patología banal en una de vital importancia. El miedo y la negación de los pacientes puede empeorar pronóstico de una enfermedad curable.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Blanco A, Conejo A. *Cáncer de mama: proceso asistencial integrado*. 3ª ed. Sevilla; Consejería de Salud: 2011.
- » Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. *Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- » Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de urgencias: guía terapéutica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

## 264/106. ME DUELE LA BARRIGA

#### AUTORES:

(1) E. Gallego Castillo; (2) E. Espinola Coll; (3) M. Durán Chiappero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Dspositivo Apoyo Distrito Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años que acude a consulta porque desde hace dos días presenta dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho irradiado al resto de abdomen junto con nauseas, coluria e hipocolia. No fiebre. En lista de espera para intervención quirúrgica por coleditis que hace 8 meses requirió ingreso hospitalario, desde entonces refiere dolor abdominal esporádico en hemiabdomen superior que en estos días se ha hecho más intenso. Se deriva a Urgencias hospitalarias para realización pruebas complementarias.

No alergia medicamentosa conocida. Hipertensión arterial. Obesidad. Insuficiencia cardíaca. Asma bronquial. Hipotiroidismo. Gonartrosis. Colelitiasis.

Tratamiento: Enalapril, Levotiroxina, Omeprazol, Ácido alendronico, Lormetazepam, Metamizol.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Ictericia mucocutánea.

Auscultación: tonos rítmicos con soplo sistólico. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando y depresible distendido doloroso a la palpación en hemiabdomen superior sin peritonismo, ruidos presentes.

Pruebas complementarias: - Hemograma normal. Bioquímica: AST 92 UI/L, ALT 100 UI/L, GGT 1560 UI/L, bilirrubina total 8.3mg/dL, bilirrubina directa 7 mg/dL, actividad protrombina 68%. Proteína C reactiva 14 mg/L. CEA 9.94ng/mL.

-Ecografía de abdomen: Hígado tamaño normal sin lesiones ocupantes de espacio. Dilatación vía biliar intrahepática global. Colédoco aumentado de tamaño.

-TAC Abdomen con contraste: Dilatación moderada de vía biliar intrahepática derecha e izquierda hasta confluencia biliar con imagen nodular tenue de 2 cm hipodensa con realce marginal en segmento IV adyacente a la bifurcación compatible con colangiocarcinoma.

-ColangioRM: Importante dilatación vía biliar con estenosis a nivel del conducto hepático común, compatible con colangiocarcinoma hilar.

#### JUICIO CLÍNICO

Colangiocarcinoma. Tumor Klastkin tipo II.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hepatitis. Ictericia. Colelitiasis.

#### COMENTARIO FINAL

Debido a la inoperabilidad del tumor por comorbilidad y la negativa de la paciente al tratamiento quimioterápico, se incluye en proceso paliativo domiciliario. Durante su evolución, la paciente requirió seguimiento intensivo por parte de su médico de familia y enfermero con múltiples demandas al servicio de Urgencias extrahospitalarias por complicaciones como vómitos incoercibles, estreñimiento y obstrucción de drenajes necesitando en alguna ocasión ingreso hospitalario hasta el fallecimiento de la paciente. Cabe destacar la importancia del seguimiento del paciente a nivel domiciliario, ya que una vez que ingresa en el proceso paliativo, la mayor parte de la problemática que

aparece tanto a nivel de síntomas físicos como psicológicos por parte del paciente como del ambiente familiar, ha de ser gestionado por el equipo de atención primaria. Es básico y fundamental la colaboración entre los diferentes profesionales implicados del centro de salud, médicos de familia, enfermería, enfermería gestora de casos, médicos de urgencias. No sólo entre ellos si no también con el ámbito hospitalario, favoreciendo los traslados o consultas programadas del paciente, gestionando los posibles síntomas que no podamos controlar desde primaria generando un feedback con los especialistas hospitalarios, evitando en la medida de lo posible los desplazamientos innecesarios de la paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » C. Fondevila, X. Morales, J. Fuster, J. Ferrer, R.C.J.C. García-valdecasas. *Diagnóstico y tratamiento del colangiocarcinoma. Gastroenterol Práct*, 14 (2005), pp.3-11.
- » K.C. Soares, I. Kamel, D.P. Cosgrove, J.M. Herman, T.M. Pawlik. *Hilar cholangiocarcinoma: Diagnosis, treatment options, and management. Hepatobiliary Surg Nutr.*, 3 (2014), pp. 18-34.
- » A. Nakeeb, H.A. Pitt, T.A. Sohn, J. Coleman, R.A. Abrams, S. Piantadosi. *Cholangiocarcinoma. A spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. Ann Surg*, 224 (1996), pp. 463-473.

## 264/107. UN ABCESO DE MALA EVOLUCIÓN

#### AUTORES:

(1) J. Cañizares Romero; (1) I. Corrales Álvarez; (2) M. Martínez Ibáñez; (3) A. Cordero Moreno; (4) M. Rojas Martín; (5) E. Sicilia Barea.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hipotiroidismo, cólico renales de repetición, DM2 de mal control metabólico y trastorno bipolar. En tratamiento con Lamotrigina 100mg/12 horas, Diazepam 5mg/8horas, Aripiprazol 10mg/24 horas, Lormetazepam 2mg/24 horas, Escitalopram 20mg/24 horas, Levomepromazina 100mg/24 horas, Xeplion 50mg/28 días, Eutirox 75mg/24 horas, insulina lantus y humalog, metformina 850mg/24 horas. Acude a nuestras consultas de Centro de Salud por presentar dolor en región inguinal y sensación de masa de unos 5 días de evolución, con fiebre no termometrada, escalofríos, tiritonas y malestar general. Refiere haber sido valorada en domicilio por los

Servicio de DCCU hace 4 días con diagnóstico de absceso y estar en tratamiento con Cloxacilina 500mg 2 comprimidos cada 8 horas, con escasa mejoría, por lo que vuelve a consultar. Niega dolor a nivel abdominal, no alteraciones del tránsito intestinal, no clínica miccional, no náuseas ni vómitos.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Consciente. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, con sensación de masa palpable petréa en fosa iliaca izquierda, dolorosa al tacto. A nivel de hipogastrio varios orificios fistulosos por los que exuda material fecalo-purulento muy maloliente. Importante celulitis que afecta a piel, hemiabdomen inferior y labios mayores. Ante dichos hallazgos, se remite a la paciente a los Servicios de Urgencias para valoración por Cirugía. Se realiza: 1) Analítica de sangre: Hb 13.7, leucocitos 17400, neutrófilos 14100, glucosa 408, urea 51, creatinina 0.67, PCR 473, procalcitonina 3.22. 2) TC de abdomen: engrosamiento difuso de vientres musculares que se extiende por la pared lateral izquierda del abdomen desde el dorsal ancho, afectando al oblicuo externo, oblicuo interno y transversal, así como al recto anterior ipsilateral, con realce de fascias musculares. Asocia múltiples burbujas gaseosas y colecciones hipodensas de distribución lineal que disecan los planos musculares. Hallazgos sugestivos de miositis y fascitis necrotizante. Además, trayecto de burbujas de gas en dirección a la superficie cutánea en probable relación con trayecto fistuloso. 3) Exudado herida: positivo para *S. agalactiae* y *Proteus mirabilis*. Se inicia antibioterapia con Meropenem y Metronidazol e ingresa a cargo de Cirugía para realización de desbridamiento quirúrgico y drenaje, permaneciendo ingresada durante 27 días con buena evolución.

#### JUICIO CLÍNICO

Fascitis necrotizante

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gangrena gaseosa - Mucormicosis - Púrpura fulminans

#### COMENTARIO FINAL

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y de los tejidos blandos, asociada a destrucción y necrosis de la fascia y de la grasa, que se acompaña de importante toxicidad sistémica y alta mortalidad. El diagnóstico es esencialmente clínico y en los casos de alta sospecha no debe retrasarse la exploración quirúrgica. Los principales factores de riesgo son la inmunosupresión, la diabetes mellitus, la arteriopatía periférica y las cirugías recientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Sun X, Xie T. *Management of Necrotizing Fasciitis and Its Surgical Aspects. The International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2015;14(4):328-334. Nisbet M, Ansell G, Lang S, Taylor S, Dzendrowskyj P, Holland D. *Necrotizing fasciitis: review of 82 cases in South Auckland. Internal Medicine Journal*. 2009;41(7):543-548.

## 264/110. DOCTOR, ¿LA PIEL ME HA CAMBIADO!

### AUTORES:

(1) M. Orellana Beltrán; (2) N. Moya Quesada; (3) P. Castro Pérez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pechina. Almería.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. Almería.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años con AP de HTA e hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 20mg/24h y enalapril 5mg/24h que acude a consulta por presentar un cuadro de 24 horas de evolución de malestar general, petequias y pequeñas equimosis diseminadas por brazos, tronco y predominantemente EEII, además de en mucosa oral, sin sangrado activo. Actualmente no presenta hematuria, dolor abdominal, cefalea ni fiebre, aunque refiere episodio previo de faringoamigdalitis aguda hacía una semana. No antecedentes familiares de hemopatía. No otros fármacos ni alcohol. Niega toma de AINEs. Niega embarazo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG. Eupneica. Saturación de oxígeno al 98%, FC 70 lpm, TA 130/85, auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos audibles y murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Se observan petequias y equimosis diseminados por brazos, tronco, EEII y mucosa oral. No adenopatías ni esplenomegalia. Resto de exploración normal. Analítica: bioquímica normal, hematíes 5.43, Hb 15, VCM 89, leucocitos 14.000, plaquetas 9.000, coagulación normal, PCR 0.90

Coagulación especial: sin hallazgos patológicos, descartándose CID, anticoagulante lúpico y síndrome antifosfolipídico.

Extensión de sangre periférica: no agregados plaquetarios. Inmunoglobulinas normales.

Autoinmunidad negativa (ANA, anti-DNA, anti-centrómero...) Serologías virales (VIH, VHB, VHC, VEB, CMV, parvovirus B19): sin interés.

Coombs directo negativo.

Ac antiheparina: negativo.

TSH, T3 y T4 dentro de rango de valores normales.

#### JUICIO CLÍNICO

Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CID, Sd. Evans, sepsis, hemoglobinuria paroxística nocturna, sd. mielodisplásico, trombocitopenia inducida por fármacos, Sd. antifosfolipídico, patología tiroidea, hiperesplenismo...

#### COMENTARIO FINAL

la PTI es la causa más común de trombocitopenia en la práctica clínica. Es una enfermedad autoinmune mediada

por anticuerpos antiplaquetarios tipo IgG dirigidos contra antígenos de membrana plaquetaria, siendo muy frecuente el antecedente de infección vírica las semanas previas (sobre todo en niños). En la mayoría de los casos se observan lesiones purpúricas, son relativamente frecuentes las hemorragias mucosas y muy raras las hemorragias intracraneales.

El diagnóstico es de exclusión, se establece ante una trombocitopenia aislada con normalidad de las otras series hematópoyéticas tanto cuantitativa como cualitativamente y tras haber descartado otras causas. El estudio de médula ósea solo está indicado en pacientes mayores de 60 años para descartar síndrome mielodisplásico y en los casos refractarios antes de esplenectomía o tratamiento de segundo línea.

El tratamiento en este caso se realizó con Prednisona 1-2 mg/kg/24 horas y anchafibrin 500mg/8h, con buena evolución. Si con esto no hubiese mejora ó recidivase tras disminuir gradualmente la dosis de corticoide pueden asociarse otros tratamientos como Azatioprina, Ciclofosfamida, Danazol, Rituximab (Ac- monoclonal anti-CD20)... El tratamiento de elección en pacientes jóvenes refractarios a corticoterapia es la esplenectomía, pero no es el caso.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *Resimécum: Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. 1ª ed. Madrid: SEMERGEN; 2015.
- » Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- » Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. *Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica*. 7ª ed. Madrid: MSD; 2012

## 264/115. NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

### AUTORES:

(1) M. Bernal Hinojosa; (2) M. Garrido Almazan; (3) E. Espinola Coll; (4) J. Garrido González; (5) B. García Gollonet; (6) J. Cano García.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (2) Médico residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Enfermero. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; (6) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes de diabetes insulino dependiente, con mal control y escaso cumplimiento terapéutico. Intervenido de apendicectomía. En

tratamiento con AAS, metformina e insulina. Acude a consulta por cuadro catarral con tos y disnea progresiva de 2 semanas de evolución, por lo que se realiza radiografía de tórax que es normal y se inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona desfavorablemente, con edematización progresiva periférica y aumento de la disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos, con ortopnea. Se inicia tratamiento deplectivo sin mejoría. Ante el aumento progresivo de la disnea y la evolución tórpida, se deriva al paciente a urgencias para valoración por Cardiología.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. No ingurgitación yugular. Tonos cardiacos rítmicos, con ritmo de galope. No soplos. Crepitantes en base derecha. Abdomen anodino. Edemas con fovea hasta rodillas. Analítica de sangre normal, destaca NT-proBNP 648 y PCR 12.9. Radiografía de tórax con aumento del índice cardiorácico. ECG: ritmo sinusal a 104 lpm, eje izquierdo, Q en III y aVF. Ecocardiografía: dilatación ventrículo izquierdo con hipoquinesia global y función sistólica global severamente deprimida, válvula tricúspide con regurgitación severa, ventrículo derecho limitrofe e hipocontráctil, dilatación biauricular, leve derrame pericárdico posterior. Cateterismo cardiaco sin lesiones angiográficamente significativas.

#### JUICIO CLÍNICO

Insuficiencia cardiaca de novo. Miocardiopatía dilatada de etiología no isquémica con función sistólica global severamente deprimida.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infección respiratoria, asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca

#### COMENTARIO FINAL

Al tratarse de un paciente joven que comienza con disnea, se etiquetó desde el inicio de infección respiratoria. Por lo que las numerosas veces que acudió tanto al centro de salud como a las urgencias, se diagnosticó de cuadro respiratorio y su evolución. En este caso, deberíamos haber tenido en cuenta el debut de la insuficiencia cardiaca en un paciente joven y sin desencadenante aparente, antes de iniciar tratamiento deplectivo sin más. Ante la mala evolución del paciente, con aumento progresivo de la disnea y aumento de la edematización periférica, se decidió valoración por cardiología de forma urgente. Durante el ingreso evolucionó favorablemente con tratamiento diurético. Continúa en estudio para conocer el origen de la miocardiopatía dilatada.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Scirica BM, Bhatt DL, Braunwald E, Steg G, Davison J, Hirshberg B, et al; for the SAVORTIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2013;369:1317-26.
- » Komajda M, Ruschitzka F. El año 2015 en cardiología: insuficiencia cardíaca. *Rev Urug Cardiol* 2016; 31:326-332

## 264/118. LA COPA QUE LE ATRAPÓ

#### AUTORES:

(1) F. Garrido Martinez; (2) M. Hipólito Egea; (3) P. Labrac Aranda; (3) M. García Martín.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 43 años. Mozo de almacén. Antecedentes personales: amigdalectomía a los 15 años, fumador de 1 paquete/día desde los 16 años, bebedor ocasional (fines de semana). Acude a consulta por cuadro de paresias en miembros inferiores y superiores de un mes de evolución que se ha agravado en la última semana, sin dolor, aunque refiere ser muy limitante para su trabajo. Ante esta patología solicitamos una analítica completa con hemograma y vitamina B12 y recomendamos el abandono del hábito enólico por completo. En una segunda visita 15 días después el paciente acude con empeoramiento sintomático, que ha sido mayúsculo en los últimos días. Ante dicho empeoramiento y los resultados analíticos derivamos a nuestro paciente a servicio de urgencias hospitalario para valoración por el Servicio de Neurología.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente acude deambulando, con buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente, orientado y colaborador. En la auscultación cardíaca apreciamos tonos rítmicos sin soplos audibles o extratonos. A la auscultación respiratoria muestra buena ventilación sin sibilantes ni roncus. En la exploración de cuello no apreciamos alteración tiroidea ni ganglionar. En piel tampoco vemos alteración patológica de interés. En la exploración neurológica no apreciamos exaltación de reflejos a ningún nivel ni alteración sensitiva o de pares craneales. Sí se puede apreciar un ligero déficit motor a nivel distal en miembro superior izquierdo y a la extensión de antebrazo en miembro superior derecho.

La exploración en la segunda visita se aprecia un déficit motor en ambos miembros inferiores que limita la deambulación y parestesias hasta rodilla. En miembros superiores se puede apreciar déficit motor en las regiones afectas en visita previa así como en nuevas localizaciones (músculos de antebrazo derecho y bicipital de ambos miembros) y parestesias hasta tercio superior de antebrazo derecho y medio de antebrazo izquierdo. En los resultados de las pruebas solicitadas en la anterior consulta, destaca solamente unos niveles por debajo de la normalidad de vitamina B12 (93 pg/ml).

#### JUICIO CLÍNICO

Déficit de Vitamina B12 con alteración severa motora y sensitiva.



### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad desmielinizante. Neuropatía tóxica. Neuropatía metabólica. Neuropatía secundaria a conectivopatía. Neuropatía paraneoplásica. Causa psicógena.

### COMENTARIO FINAL

Es importante recalcar cómo una buena exploración nos puede descartar todo un abanico de procesos por el hecho de estar afectada tanto la vía sensitiva como motora, pudiendo completar el estudio con una analítica básica en la consulta de atención primaria. La relación médico-paciente es fundamental para establecer la máxima confianza y obtener la máxima cantidad de información (en el estudio durante su ingreso no se demostró otra causa de su déficit de vitamina B12 a parte del alcohol y la mala dieta, admitiendo un mayor consumo de alcohol a posteriori del reconocido en un primer momento).

### BIBLIOGRAFÍA

- » Rodríguez García JL. *New Green Book: diagnóstico, tratamiento médico*. Madrid: Marbán; 2015.
- » Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. *Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

## 264/119. ESTO NO ES OTRA BRONQUITIS

### AUTORES:

(1) D. Ternero Escudero; (2) Á. Gutiérrez García; (3) M. Reina Martín.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón 67 años sin alergias conocidas. Antecedentes de EPOC severo fenotipo bronquitis crónica, SAHS, hipertensión arterial, dislipemia, asbestosis con calcificaciones pleurales bilaterales, artrosis generalizada, obesidad. En tratamiento con Losartan, ácido acetilsalicílico, terbutalina turbuhaler, ultibro, espironolactona, omeprazol. Ex fumador 3 paquetes al día desde hace 5 años.

Paciente en seguimiento de forma habitual por EPOC severo con 2-3 agudizaciones al año. Refiere aumento de su disnea habitual de un mes de evolución por la que ha acudido en varias ocasiones a Urgencias precisando de hasta tres ciclos de antibioterapia y corticoterapia con escasa respuesta. Tras rehistoriar al paciente cuenta una clínica de disnea progresiva de pequeños esfuerzos con ocasionales edemas de MMII. Ortopnea de dos almohadas. Afebril con escaso aumento de tos y expectoración blanquecina.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Ligera taquipnea. TA: 130/80. Tª 36.3°C. SatO2: 95%.

Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos a 95 latidos por minuto con soplo sistólico en todos los focos con predominio en aórtico. Roncus dispersos y crepitantes bibasales. Abdomen: Anodino. No signos de TVP con ligeros edemas en miembros inferiores.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 12.3. Leucocitos 5800. Plaquetas 327.000. Bioquímica normal. PCR 20. Gasometría normal.

Radiografía de tórax: Elongación aórtica moderada con calcificaciones en cayado aórtico. Calcificaciones pleurales bilaterales. Infiltrado intersticial bilateral. Cardiomegalia. ECG: Ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda. Ecocardiograma: Válvula aórtica intensamente calcificada con estenosis severa. Hipertrofia de ventrículo izquierdo con función global severamente deprimida. Coronariografía sin alteraciones

### JUICIO CLÍNICO

Estenosis aórtica severa.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Agudización EPOC. Insuficiencia cardíaca.

### COMENTARIO FINAL

Evolución: Derivado de forma preferente a Cardiología con ajuste de tratamiento diurético con furosemida, que provocó mejoría de clínica respiratoria. Tras realización de ecocardiograma se incluyó en lista para cirugía cardíaca. Se realiza sustitución valvular aórtica por prótesis biológica con excelente respuesta y con importante recuperación de función de ventrículo izquierdo.

Conclusión: Resulta fundamental el abordaje global del motivo de consulta del paciente teniendo en cuenta y muy presentes los antecedentes personales previos pero sin que estos puedan enmascararnos nuevos síntomas relacionados que el paciente pueda presentar. Una historia clínica completa haciendo hincapié en los síntomas clave que el paciente nos refiera resulta fundamental para un correcto y precoz diagnóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

- » Otto CM, Cooper S. *Medical management of symptomatic aortic stenosis*. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- » Gaasch WH. *Indications for valve replacement in aortic stenosis in adults*. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2016 [acceso 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>



## 264/121. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO ¿SIEMPRE DE CAUSA DIGESTIVA?

### AUTORES:

(1) S. Granados Gutiérrez; (2) E. Pérez Talavera; (1) M. Hipólito Egea; (3) M. Rojas Martínez; (4) V. Yañez Bermejo; (5) M. Fernández Muñoz.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Tiro de Pichón Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 43 años. Vida activa. Sin alergias medicamentosas. Con HTA, cefalea crónica y síndrome ansioso-depresivo. Intervenida de cesárea. En tratamiento con enalapril 20mg, omeprazol 20mg, tramadol, nolutil, paracetamol y diazepam (a demanda). Acude a consulta por dolor abdominal de tipo cólico de 4 meses de evolución, motivo por el cual había acudido a urgencias en varias ocasiones, refiere diarrea ocasional, hiporexia y pérdida de 10Kg de peso, no fiebre ni otra clínica asociada. Se solicita analítica de sangre, orina y radiografía de abdomen y se hace derivación a digestivo. Una semana después acude por empeoramiento de la clínica, aumento del dolor abdominal, vómitos alimenticios frecuentes y oliguria. A la exploración el abdomen se encontraba distendido, doloroso a la palpación generalizada con ruidos hidroaéreos aumentados, no peritonismo. Se decide derivación a urgencias para valoración. Se realiza analítica de sangre sin hallazgos, radiografía de abdomen donde se observaban asas distendidas y niveles en delgado sugestivo de cuadro suboclusivo por lo que se decide solicitar TC de abdomen hallándose una masa en ciego que causa importante dilatación de asas intestinales. Se avisa a cirugía quienes deciden realizar una hemicolectomía derecha. El resultado de anatomía patológica sugiere endometriosis periapendicular y pericecal. Se deriva a ginecología para seguimiento de endometriosis. Tres meses después la paciente acude a consulta pendiente con digestivo donde se queja de unas 8-9 deposiciones diarreicas diarias secundarias a hemicolectomía, se prescribe Mebeverina ante dichos síntomas.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Tensión arterial 119/84mmHg. Frecuencia cardíaca 75lpm. Saturación de oxígeno 97% basal. Auscultación Cardio-Pulmoar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, blando y depre-sible, dolor generalizado a la palpación sin peritonismo, ruidos hidroaereos aumentados, no masas ni megalias. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis

venosa profunda. Analítica sangre: normal. Analítica orina: nitritos, leucocitos y hematíes positivos.

Radiografía abdomen: distensión de asas y niveles en intestino delgado sugestivos de cuadro suboclusivo.

TAC con contraste de abdomen: importante dilatación de asas de ileon con abundante líquido en su interior y ligera cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas. Imagen de masa mal definida localizada en ciego de unos 30x40mm, asociada a adenopatías locorregionales de pequeño tamaño, sugestiva de neoplasia de ciego como opción más probable.

Biopsia intraoperatoria: segmento de intestino grueso con endometriosis periapendicular y pericecal con intensa reacción fibrosa. Sin evidencia de neoplasia.

### JUICIO CLÍNICO

Subobstrucción intestinal secundaria a endometriosis.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Obstrucción por bridas, obstrucción por neoplasia colon.

### COMENTARIO FINAL

La radiografía simple sigue siendo una prueba básica en atención primaria no sólo por la limitación al acceso a otro tipo de pruebas de imagen, en este caso la radiografía y la exploración era suficiente para el diagnóstico. Recalcamos la importancia de entender al paciente como un todo e integrar sus patologías.

### BIBLIOGRAFÍA

» Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5º Ed. Barcelona. Ed. Elsevier; 2015. Farreras, Rozman. Medicina Interna. 17º Ed. Barcelona. Ed Elsevier; 2012.

## 264/123. SÁLVAME LA VIDA SIN BENZODIACEPINAS

### AUTORES:

(1) M. García Martín; (1) P. Labrac Aranda; (2) Á. Gutiérrez García; (3) L. Vázquez Bandera.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos, trabajadora en la hostelería, que acude a Consulta para renovar Bromazepam por cuadro de un mes de evolución de alteración en el estado de ánimo, disnea de moderados esfuerzos (que relaciona con el aumento de la carga laboral) y dolor retroesternal continuo, opresivo que no se modifica con los movimientos respiratorios y aumenta en decúbito supino. No se acompaña de

cortejo vegetativo y no recuerda accidente traumático ni sobreesfuerzo físico previo, aunque refiere haber pasado hace unos meses un periodo de picos febriles y malestar general. Durante este periodo había sufrido dos episodios sincopales sin pródromos que mejoraban con el vómito. En la consulta de atención primaria se le realiza ecografía no reglada con sonda cónvex donde se halla derrame pericárdico severo por lo que se la deriva a urgencias.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 62 Talla 1.71 TA 120/74 frecuencia cardíaca 92 Saturación de O<sub>2</sub> 98%. Buen estado general, consciente y orientada, colaboradora, eupneica, afebril, normohidratada y normoperfundida. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No roce pericárdico. Resto de exploración física sin hallazgos. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 90lpm con eje a +60, leve disminución del voltaje y sin alteraciones de la conducción o la repolarización. PQ 0.16 QRS 0.76. Radiografía de Tórax: Cardiomegalia no conocida en previas, senos costofrénicos libres. Ecocardiograma transtorácico: Derrame pericárdico de cuantía muy severa (3cm) de predominio posterior con datos ecocardiográficos de repercusión hemodinámica (colapso espiratorio de aurícula y ventrículo derechos con vena cava inferior no dilatada con colapso inspiratorio normal) Analítica de sangre: Hemoglobina 10.5. Leucocitos 8.2000 (64%neutrófilos). Plaquetas 464.000. Glucosa 96. Creatinina 0.64. Colesterol total 118. TAC con contraste iv de pelvis, cráneo y tronco: Infiltrados alveolointersticiales en el Lóbulo medio y subsegmentarios en el Lóbulo inferior derechos sugestivos de proceso neumónico. Derrame pleural moderado izquierdo con colapso segmentario en el Lóbulo inferior izquierdo. Micronódulo de 8mm en Lóbulo medio perihiliar. Derrame pericárdico que asocia realce pericárdico. Citología de Líquido pericárdico: Negativa para células malignas. Extendido con lleve fondo linfocitario, celularidad histiocitaria y células mesoteliales normales y reactivas

#### JUICIO CLÍNICO

Derrame pericárdico severo con repercusión hemodinámica. Derrame pleural moderado izquierdo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Derrame pericárdico de origen neoplásico-Tromboembolismo pulmonar- Neumonía adquirida en la comunidad-Trastorno ansioso-depresivo.

#### COMENTARIO FINAL

Ante todo paciente con ansiedad es de obligatoria necesidad realizar como mínimo ante un primer episodio una analítica de sangre y un Electrocardiograma, y en caso de no poder controlar los síntomas con tratamiento farmacológico y psicológico se deben realizar más pruebas complementarias para profundizar en el posible origen orgánico del cuadro.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Univadis un servicio de MSD; 2012. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL,*

*Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2. 18a edición. México: McGraw-Hill; 2012. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. Editorial Panamericana; 2014.*

## 264/125. IMPORTANCIA DE UN ECÓGRAFO EN LA CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### AUTORES:

(1) M. Luna Valero; (2) D. Hernández Rodríguez; (3) A. Cuberos Escobar.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 62 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica estable revascularizada con stents farmacoactivos hace diez años y un Índice de Masa Corporal de 28, acude por segunda vez consecutiva a consulta de Atención Primaria por aumento de volumen en miembro inferior izquierdo hasta raíz de pierna que ha empeorado en los últimos tres días a pesar del antibiótico que prescribimos hace unos cinco días cuando acudió por primera vez. Niega traumatismo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente y orientada con buen estado general. Bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Tensión arterial 138/88, afebril, frecuencia cardíaca 91 latidos por minuto, saturación de oxígeno 100%. Auscultación cardiopulmonar: tonos puros y rítmicos sin apreciar soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembro inferior izquierdo con aumento de volumen y signo de Homans positivo, signos de insuficiencia venosa crónica con dermatitis de éstasis. Pulsos distales palpables. Ecografía en consulta de Atención Primaria: No colapso de vena femoral común ni vena poplítea izquierdas objetivándose material hiperecogénico en su interior. Se deriva a hospital para realización de dímero D (34000) y Angio-TAC de tórax con defecto de repleción a nivel de arteria pulmonar principal derecha.

#### JUICIO CLÍNICO

Tromboembolismo pulmonar secundario a trombosis venosa profunda de pierna izquierda.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Celulitis infecciosa.

Quiste de Barker complicado.

#### COMENTARIO FINAL

La paciente acudió en varias ocasiones a nuestra consulta, y al tratarse de una paciente pluripatológica consideramos otras posibilidades por lo que añadimos antibioterapia al tratamiento hasta que dada la no buena evolución, pudimos

contar con nuestro ecógrafo para descartar otras patologías. De aquí la gran importancia de poseer un ecógrafo en todos los centros de salud, ya que nos otorga a los médicos de familia una gran ayuda en nuestros diagnósticos ofreciendo además, mayor calidad asistencial a nuestros pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Barnes, PJ., Longo DL., Fauci, AS., et al. *Harrison Principios de medicina interna*. Vol 2. 18ª. Ed. México: MacGraw-Hill;2012.
- » Villen T. *Introducción a la ecografía en urgencias*. Madrid: Elsevier Doyma;2011.

## 264/135. ¡NO ES UNA FISURA ANAL! LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

#### AUTORES:

(1) M. Martínez Ibáñez; (2) A. Cordero Moreno; (3) J. Cañizares Romero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Carraque. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 32 años con antecedentes personales de reacción depresiva leve en tratamiento con clomipramina 50 mg y lorazepam 1mg, simpatectomía dorsal y neumotórax secundario. Acude a nuestra consulta de atención primaria por lesión en esfínter anal de tres semanas de evolución que ha recibido tratamiento desde el servicio de urgencias de su hospital de referencia con Synalar rectal (acetonido fluocinolona, subgalato de bismuto, mentol, lidocaína) con escasa respuesta a tratamiento motivo por el cual acude por segunda vez a urgencias prescribiéndole nitroglicerina rectal que decide abandonar por cefalea intensa y cuadros presincoales.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, deprimible, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes sin signos de irritación peritoneal. En la exploración anal destaca tacto rectal indoloro con restos de heces normocoloreadas y en mucosa anal se aprecia lesión ulcerada de aproximadamente un centímetro de diámetro con centro algo exudativo, blanquecino e indolora con prurito.

Ante estos hallazgos interrogo al paciente sobre las posibilidad de contactos sexuales de riesgo ya que como primera sospecha diagnóstica se encontraría una infección de transmisión sexual (ITS). Solicito serología de ITS e inicio una primera dosis de Bencilpenicilina-benzatina 2,4 M.U y una nueva dosis a la semana (en total 2) ante la alta sospecha de que se trate de un chancro sifilítico. Además de forma tópica, limpiar bien con clorhexidina solución y aplicar ácido fusídico y eberconazol crema 2 veces al día durante 7

días. Solicité serología de ETS entre las que se encontraba virus de la hepatitis B y C, VIH, Virus del herpes simple I y II, RPR (Rapid Plasma Reagin), IgG e IgM de Treponema pallidum, resultando positivo tanto el RPR como la IgM.

#### JUICIO CLÍNICO

Sífilis primaria

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infecciones de transmisión sexual (ITS), Sífilis primaria, secundaria y terciaria, Fisura anal.

#### COMENTARIO FINAL

Los nuevos diagnósticos de sífilis e infección gonocócica identificados en España son principalmente hombres adultos, de procedencia española y con estudios secundarios o superiores, siendo la mayor parte de los diagnósticos realizados a consecuencia de manifestaciones clínicas.

La coinfección VIH/sífilis y de VIH/gonococia está en torno al 12-25%, siendo las situaciones de riesgo más frecuentes las relaciones sexuales no protegidas con un contacto esporádico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Grupo de trabajo sobre ITS. *Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2011*. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida, 2014.
- » Mason-Jones A, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. *Intervenciones escolares para la prevención del VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo en las adolescentes*. Cochrane. Database of Systematic Reviews 2016 Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417
- » J. Andrew Carlson, MD, FRCPC, Ganary Dabiri, PhD, Bernard Cribier, MD, PhD, and Stewart Sell, MD. *The immunopathobiology of syphilis: the manifestations and course of syphilis are determined by the level of delayed-type hypersensitivity*. Am J Dermatopathol. 2011 Jul; 33(5): 433-460.

## 264/137. LA IMPORTANCIA DE LA PREGUNTA

#### AUTORES:

(1) E. Sánchez Hernica; (2) E. Calatrava López-Ronco; (3) E. Sicilia Barea; (4) I. Villalobos Millán; (4) A. Terrón Sánchez; (5) M. Rojas Martínez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 66 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Dislipemia, EPOC moderado, ACV, Enfermedad de Alzheimer, epilepsia, Insuficiencia Renal Crónica y Diverticulosis Colónica. Fumador de 60 paquetes/año. Trabajador en la realización de túneles y en la construcción.

En tratamiento con memantina, doxazosina, trazodona, amlodipino, furosemda, AAS, zonisamida, citalopram, lancosamida y omeprazol.

Acude a consulta de atención primaria por síntomas catarrales de 5 días de evolución, fiebre de hasta 38,5°C y tos con expectoración verdosa. Disnea de esfuerzos grado I, no dolor torácico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

A la exploración, BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo y con el discurso. Ta axilar 37,3°.

CyC: faringe normal. Otoscopia bilateral normal.

AC: Tonos rítmicos sin soplos.

AR: MVC, sin roces ni ruidos sobreañadidos.

Abdomen anodino.

EEl: no edemas ni signos de TVP.

Se diagnostica de IR no condensante, y se trata con levofloxacino durante 7 días.

Un mes después, paciente acude para renovación de medicación, y al preguntarle sobre su estado de salud cuenta que persiste con tos con expectoración herrumbrosa, a veces sanguinolenta, sin asociar fiebre ni otra clínica. Se solicita Rx tórax ambulatoria, evidenciándose masa en lóbulo superior derecho, no objetivada en radiografía previa 5 meses antes. Ante este hallazgo, paciente es derivado al servicio de Neumología.

AS: sin alteraciones.

Rx tórax: masa en lóbulo superior derecho

ECG ritmo sinusal a 49 lpm, sin alteraciones de la repolarización.

TAC craneal: lesiones hipodensas en cápsula interna derecha, compatibles con infartos lacunares. Resto sin alteraciones

TAC tórax y abdomen superior: enfisema moderado paraseptal en lóbulos superiores. Masa de 4.7 cm en LSD, con contracción de pleura visceral. Adenopatías mediastínicas mayores de 1 cm en espacio cavotraqueal. Nódulo hipodenso de 2,5 cm en espacio cervical posterior izquierdo, que plantea duda de adenopatía. Granuloma calcificado en LII. Nódulo subpleural < 3 mm en LSI. Abdomen sin alteraciones significativas. Cambios degenerativos en columna dorsal.

PFR: FVC 3430 ml(82%), FEV1 2520 /76%), FEV1%/FVC 73,5%

Fibrobroncoscopia: BAS, cepillado, PAAF negativos para células neoplásicas. Juicio endoscópico normal

PET: masa pulmonar hipermetabólica de 5 cm en segmento posterior de LSD, con adenopatía hipermetabólica paratraqueal derecha, sugestivo de malignidad. Adenopatías de grado metabólico moderado en ventana aortopulmonar, sugestivas de patología inflamatoria .

**JUICIO CLÍNICO**

Cancer de pulmón T2 N2-3 M0. Estadío IIIB

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Absceso pulmonar, neumonía redonda, quiste hidatídico, sarcoidosis, infarto pulmonar, atelectasia redonda,

**COMENTARIO FINAL**

La importancia de la AP en el diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades relevantes es fundamental. Una buena anamnesis, una exploración física detallada y las pruebas complementarias procedentes pueden darnos el diagnóstico precoz de una enfermedad larvada. En este caso, al preguntarle activamente al paciente sobre su estado de salud, nos informa que persiste con tos y expectoración, algo a lo que él no daba mucha importancia, y que hizo que se le realizara el diagnóstico correcto.

**BIBLIOGRAFÍA**

» Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, et al. Asociación internacional para el estudio del cáncer de pulmón / la American Thoracic Society / Sociedad Respiratoria clasificación internacional multidisciplinario europeo del adenocarcinoma de pulmón. *J Thorac Oncol* 2011; 6: 244.

**264/145. NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE PARECE****AUTORES:**

(1) L. Vázquez Bandera; (2) E. Ballesteros Muñoz; (3) M. García Martín.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón de 39 años, original de Brasil. Residente en España desde hace 15 años. No alergias medicamentosas conocidas. Trabajador en hostelería, fumador de 7,6 paquetes/año, bebedor social, consumo de Cannabis ocasionalmente. No tratamiento domiciliario habitual. Acude a consulta por cuadro de dolor opresivo centrotorácico, no irradiado, sin cortejo vegetativo, acompañado de sensación disneica y nerviosismo, que apareció anoche tras una fuerte discusión con su jefe, pero que se ha mantenido hasta el momento actual aunque en menor medida y pese a la toma de AINEs. EL paciente refiere episodios similares previos, de menor intensidad, siempre relacionados con problemas laborales. A ello le suma insomnio y aumento del hábito intestinal (dos o tres deposiciones por día sin productos patológicos, y de menor consistencia a lo habitual) con ligera pérdida de peso (10kg en 2 meses). EL paciente lo relaciona todo con su estado de nerviosismo que le supone su puesto de trabajo y sus problemas con sus jefes y compañeros.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Peso 79,1kg. Talla 1,95cm. TA: 128/88. FC:109. Pulsioximetría: 98% Tª36,5. Buen estado general, nervioso. Bien



hidratado y perfundido. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar: Taquicárdico, rítmico, no soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias. No doloroso. Resto de la exploración física sin alteraciones. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 110 lpm, eje 60°. No signos de isquemia, no alteraciones de la repolarización, no bloqueos. PQ 0.17. QRS 0.75. Radiografía de tórax: No signos de condensación, no infiltrados. No derrames. Senos costofrénicos libres. Analítica de sangre: Hb 15.50 gr/dL; Leucocitos  $5.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; Plaquetas  $155.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; Linfocitos  $2.58 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Glucosa 98.0 mg/dL; Creatinina 0.74 mg/dL; Sodio 141.94 mmol/L; Potasio 4.55 mmol/L; Calcio 9.28 mg/dL; GPT 54.00 UI/L; GGT 46.00 UI/L; Fosforo 4.36 mg/dL; BT 0.39 mg/dL; PCR <3.10 mg/L; Fosfatasa alcalina 116.00 UI/L; Filtrado glomerular >60. TSH <0.005  $\mu\text{UI/mL}$  (0.35-3.7), T4 libre 2.27 ng/dL (0.78-1.55), T3 libre 9.38 pg/ml (2.00-4.00)

#### JUICIO CLÍNICO

Hipertiroidismo Enfermedad de Graves

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno ansioso-depresivo. Hiper-hipotiroidismo. Hiper-hipoparatioidismo. Tromboembolismo pulmonar. Cardiopatía isquémica. Miocardiopatía. Arritmia. EPOC. Asma. Reacciones adversas medicamentosas.

#### COMENTARIO FINAL

Ante un paciente son síntomas ansiosos, debemos descartar en primer lugar una patología orgánica o medicamentosa que puedan dar lugar a esa clínica, mediante la realización de una correcta historia clínica y exploración física y el apoyo de ciertas pruebas complementarias simples como el ECG, analítica de sangre y radiografía simple de tórax, antes de etiquetarlo como síndrome ansioso y tratarlo con benzodiacepinas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. Madrid. Editorial Panamericana, 2014.
- » Vallejo Rubiola J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed., 4ª imp. Barcelona., 2012.
- » Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua Terrassa. Cuesta L. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Barcelona. Editorial Glosa.
- » Botella JI, Valero MA, Sánchez AI, Canovas B, Roa C, Martínez E, Álvarez F, García G, Martín I, Luque M, Cabanillas M, Peralta M, Pinés PJ, Beato P, Sanchón R, Antón T. Manual de endocrinología y nutrición. Madrid. Novo Nordisk Pharma, S.A. 2014.

## 264/146. HEPATITIS A; A PROPÓSITO DE UN CASO

#### AUTORES:

(1) E. Sánchez Hernica; (2) E. Calatrava López-Ronco; (3) E. Sicilia Barea; (4) I. Villalobos Millán; (4) A. Terrón Sánchez; (5) M. Rojas Martínez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (4) Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

#### RESUMEN

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 33 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta por malestar generalizado, odinofagia, cefalea biparietal, astenia y sudoración de 4 días de evolución. Sensación febril sin termometrar. Dolor abdominal generalizado, sin alteración en el hábito intestinal. Orinas oscuras, sin síndrome miccional asociado. Niega hábitos tóxicos ni relaciones sexuales de riesgo. Último tatuaje realizado hace más de un año. Relata ingestión de hamburguesa en puesto ambulante hace dos días.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración, BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo. Afebril. CyC: faringe normal. Otoscopia bilateral normal. ACR: MVC, no roces ni ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Se diagnostica de cuadro viral, y se pauta paracetamol. Tres días después, paciente acude nuevamente a consulta por empeoramiento de su estado general, con cefalea, vómitos de contenido biliosos, deposiciones blandas sin productos patológicos, y orinas colúricas. Ictericia cutánea y conjuntival. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa, de predominio en hipogastrio. No masas ni megalias. Murphy dudoso, no otros signos de irritación peritoneal. Antes estos hallazgos, se decide derivación a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. AS: hemograma normal. Coagulación: TP 66%, INR 1,25. BQ: gluc 103 urea 15 cr 0,73 amilasa 45 LDH 905 AST 2162 Bt 5,2 (BD 4,37) PCR 18,9. Gasometría venosa normal. Ao: bilirrubina +, urobilinógeno +, Cuerpos cetónicos +, leucocitos 25, hematíes 150, nitritos +. Ecografía abdomen: hígado de tamaño normal, con ecogenicidad homogénea, sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de la vía biliar. Vesícula de tamaño y grosor de pared normal, sin cálculos. Vena porta y colédoco de diámetros normales. Esplenomegalia de 14,4 cm con ecogenicidad homogénea. Ambos riñones presentan situación, tamaño y grosor de parénquima normales. No imágenes de cálculos ni ectasia pielocalicial. Páncreas no visible por meteorismo. Aorta de diámetro normal. No líquido libre intraperitoneal. Vejiga poco repleccionada.



Ante estos resultados, se decide realización serología de virus hepatotropos, y alta domiciliaria con control de parámetros hepáticos.

A las dos semanas, paciente acude a consulta para realización de analítica de control.

AS: hemograma normal. Coagulación: TP 104%, INR 0,67. BQ. glucosa 91 creatinina 0,84 AST 48, ALT 217, GGT 137 BT 1,36 Ao: anodina.

Serología: hepatitis A IgG +, hepatitis A IgM +. AgHBs -, Anti-HBc (IgG+IgM)-, Anti-Hbs +. Hepatitis C -. CMV IgG e IgM -. VEB IgG e IgM-.

### JUICIO CLÍNICO

Hepatitis Vírica Aguda por Hepatitis A

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Viriasis, Cólico Biliar, Hepatitis reactiva inespecífica, Hepatitis autoinmune, Hepatitis inducida por fármacos.

### COMENTARIO FINAL

Ante un paciente con sospecha de Hepatitis Aguda A, es muy importante explorar los posibles factores desencadenantes (relaciones sexuales de riesgo, ingesta de alimentos contaminados...) y monitorizarla función hepática, vigilando signos de alarma (tiempo de protrombina < 60%, presencia de encefalopatía (asterixis) y presencia de asitis).

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Bell Bp, Shapiro CN, Alter MJ, Moyer LA, Judson FN, Mottram K, Fleenor M, Ryder PL, Margolis HS. The diverse patterns of hepatitis. A epidemiology in the United States-implications for vaccination strategies. *J Infect Dis* 1998;178(6):1579-84.

## 264/147. NO TODO LO QUE PARECE NEUMONÍA LO ES

### AUTORES:

(1) M. García Martín; (1) P. Labrac Aranda; (2) L. Vázquez Bandera; (3) F. Garrido Martínez; (4) M. Hipólito Egea; (5) E. Ballesteros Muñoz.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.

### RESUMEN

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 49 años, fumador de 1 paquete/día, sin otros antecedentes médicos de relevancia que acude a centro de Salud por dolor en miembro inferior izquierdo sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No refiere haber realizado viajes recientemente, ni ha sufrido intervenciones quirúrgicas pero comenta que los días previos había estado en reposo

por inflamación de rodilla izquierda. Estuvo 10 días antes en Urgencias por dolor costal izquierdo de características pleuríticas que se acompañaban de disnea, expectoración hemoptoica y febrícula de hasta 37.9 y que tras diagnóstico radiológico se había filiado como infección respiratoria no condensante y se había tratado con varias pautas antibióticas; la primera con Levofloxacino y una segunda con augmentine y claritromicina sin mejoría clínica. Se le realiza ecografía no reglada de Miembro inferior y se haya un aumento del calibre de vena femoral superficial a poplítea por lo que administra heparina subcutánea y se deriva a Urgencias.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente. Eupneico en reposo. Saturación basal 98%. Talla 185. Peso 100 kg. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes finos en base derecha. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Miembro inferior izquierdo: aumento del diámetro y de la temperatura local respecto al miembro contralateral, empastamiento hasta rodilla. Pulsos pedios difíciles de palpar pero presentes. Signo de Homans positivo. Analítica Sanguínea: Hemoglobina 13.3, Leucocitos 16.700, Plaquetas 369.000, Actividad protrombina 63.6%, INR 1.27, Dímero D 37273, urea 36, creatinina 1.05, iones sin alteraciones, PCR 241, Procalcitonina 0.08. Ecografía de Miembro inferior izquierdo: sistema venoso profundo del MII, desde la Vena femoral superficial hasta la poplítea se observa un aumento de calibre con material ecogénico en su interior no colapsable sugestivo de trombosis venosa. Angio TAC: tronco de la pulmonar ligeramente dilatado y defecto de repleción acabalgado en ambas pulmonares principales compatibles con TEP. Múltiples defectos de repleción en arterias más distales: lobares y segmentarias del campo pulmonar derecho, en arterias segmentarias y subsegmentarias del LII y LID. Pequeño derrame pleural derecho con mínima cantidad de líquido en la cisura mayor. Ecocardiograma: Ventrículo derecho de dimensiones en el límite alto de la normalidad con movilidad aparentemente conservada. Insuficiencia tricuspídea mínima. Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrofico con buena contractibilidad global y segmentaria. No derrame pericárdico

### JUICIO CLÍNICO

Tromboembolismo Pulmonar Masivo. Trombosis Venosa Profunda de Miembro inferior izquierdo.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad Tromboembólica Venosa-Neumonía Adquirida en la Comunidad.

### COMENTARIO FINAL

La Trombosis Venosa Profunda es una patología de fácil diagnóstico en atención primaria mediante los antecedentes, el examen físico y la ecografía doppler y la rentabilidad que supone el Diagnóstico precoz es muy elevado teniendo en cuenta tanto las graves complicaciones que se producen de ella (es la causa más frecuente de Tromboembolismo pulmonar) como la posibilidad de detectar con tiempo la amplia cantidad de patologías, como la neoplásica, que pueden desencadenarla.

**BIBLIOGRAFÍA**

» *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Univadis un servicio de MSD; 2012. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2. 18a edición. México: McGraw-Hill; 2012.*

**264/148. ERITEMA MULTIFORME FORMA MINOR, A PROPÓSITO DE UN CASO****AUTORES:**

(1) A. Cordero Moreno; (2) M. Martínez Ibáñez; (3) J. Cañizares Romero; (4) M. Rojas Martínez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 48 años con antecedentes personales de enfermedad de Crohn con bolsa de colostomía, síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con Inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSR) y benzodiacepinas. Acude a nuestra consulta de atención primaria por presentar erupción cutánea que comenzó en ambas manos y tórax con extensión posterior a narinas y raíz de miembros inferiores, de cinco días de evolución en tratamiento con antihistamínicos orales prescritos desde el servicio de urgencias con diagnóstico al alta de reacción urticarial. Tras entrevistar a la paciente sobre toma de nueva medicación o antecedente de infecciones en días previos, destaca herpes en labio inferior frecuente en las últimas dos semanas tratado con Aciclovir tópico con desaparición de las lesiones.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Buen estado general. Consciente. Auscultación cardio-respiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depre-sible, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes sin signos de irritación peritoneal. En la exploración de piel y mucosas destaca erupción eritematosa dianiforme compatible con eritema multiforme que afecta a dorso de las manos y brazos, zona anterior del tórax, raíz de miembros inferiores y narinas; sin afectación de mucosa oral ni genital. Se decidió tratamiento con corticoterapia tópica cada 12 horas una semana para reducir la dosis a 1 aplicación cada 24 horas junto con antihistamínicos si prurito.

**JUICIO CLÍNICO**

Eritema multiforme forma menor en probable relación con infección por VHS.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Primoinfección herpética, estomatitis aftosa recidivante, pénfigo, pénfigo paraneoplásico y penfigoide.

**COMENTARIO FINAL**

El Eritema Multiforme (EM), que también ha sido denominado eritema exudativo multiforme o exantema medicamentoso fijo, se define como una enfermedad aguda de la piel y las mucosas de etiopatogenia incierta, probablemente de carácter autoinmune. Son lesiones cutáneas en forma de pápulas simétricas que evolucionan a lesiones en “iris” o en “diana”, con una zona central necrótica rodeada de edema y una zona periférica eritematosa. También pueden aparecer clínicamente como vesículas y/o ampollas.

La etiología del EM es aún desconocida, describiendo una compleja interacción de diversos factores que pueden desencadenar la aparición de los signos y síntomas. Entre estos se incluyen infecciones (sobre todo por virus), tumores, alimentos, medicamentos, alcohol, enfermedades sistémicas y factores inmunológicos. Los factores precipitantes mejor documentados son las infecciones virales por virus del herpes simple (VHS), *Mycoplasma pneumoniae* (MP) y las reacciones a fármacos. El VHS, está implicado en el 70% de los casos recurrentes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Gavalda-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda- Roda R. Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. *RCoE* 2004; 9(3): 415-423.
- » Hannah Beckwith. Erythema multiforme: ¿a simple rash or sinister sign?. *BMJ Case Rep.* 2012; 2012: bcr1120115072.
- » K. A. Kamala, L. Ashok, and Rajeshwari G. Annigeri. Herpes associated erythema multiforme. *Contemp Clin Dent.* 2011 Oct-Dec; 2(4): 372-375.
- » Campo trapero J, Cancela Rodríguez, P, Caba- llero Esquivias FJ, garcía López MP, Esparza gómez g. Eritema multiforme asociado al virus herpes (EMAH): ¿Nueva entidad clínica? *arch odontoes- tomatol* 2002; 18(8): 515-522.

**264/153. UNA COMPLICACIÓN INESPERADA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA APARENTEMENTE BANAL****AUTORES:**

(1) R. Salmerón Latorre; (2) J. Morcillo Jiménez; (3) A. Moreno Jiménez; (4) N. Garrido Redondo.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 59 años que consulta por un cuadro catarral de varios días de evolución que no mejora. Refiere dolor de costado bilateral y tos, con expectoración purulenta. Fiebre de 38.6°C. Disnea. Palidez de piel y sensación de enfermedad grave.

Antecedentes: fumador de 2-3 cigarrillos/día; prejubilado de Endesa)

Hipertenso y diabético tipo 2 en tratamiento con losartan/HCT y metformina.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la auscultación se oyen estertores aislados en bases pulmonares.

Rx tórax: Refuerzo de la trama paratraqueal y leves infiltrados basales

Saturación O<sub>2</sub>: 94%

Se prescribe levofloxacino, antitérmicos, mucolíticos e ipratropio a demanda en domicilio indicándole consúltase de nuevo si no mejoría.

El paciente acude a los 10 días encontrándose cansado, taquipneico, afebril y demacrado. Ha perdido 4 Kg de peso en poco más de 1 semana.

Saturación de O<sub>2</sub> del 82 %. Hipoventilación de bases pulmonares y sibilantes aislados en ambos campos.

La evolución no es satisfactoria con la antibioterapia. Asistido en ambulancia con oxigenoterapia e hidratación parenteral es enviado al hospital de referencia.

Análítica: leucocitosis (16.980) con neutrofilia; PCR: 68; gasometría: pH 7.5, pCO<sub>2</sub> 32.7, pO<sub>2</sub> 49.7, saturación O<sub>2</sub> 82 %  
Rx tórax: patrón reticulonodular, afectación de espacio intersticial con áreas de consolidación en lóbulos superior derecho e inferior izquierdo.

Serología infecciosa: Ag legionella pneumophila y neumococo en orina negativos; Ag de virus influenza B negativo; Reacción en cadena de la polimerasa de gripe A positivo (aspirado nasofaríngeo)

#### JUICIO CLÍNICO

Según serología infecciosa y radiología el diagnóstico es neumonía bilateral por gripe A (H3N2)

Se indica tratamiento con oseltamivir y antibioterapia empírica con evolución favorable en los siguientes días mejorando la gasometría, la saturación de O<sub>2</sub> y la radiología

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con todos los tipos de neumonías tanto bacterianas (por neumococo la más frecuente), por haemophilus influenzae, mycoplasma pneumoniae (adultos jóvenes en verano y otoño), staphylococcus aureus (en bronquiectasias), moraxella catarrhalis (en ancianos), klebsiella pneumoniae (alcohol y diabetes), legionella (torres de refrigeración, fuentes) como víricas por adenovirus, virus sincitial respiratorio y con otras patologías como sarcoidosis, tuberculosis, embolia pulmonar, bronquitis, etc.

#### COMENTARIO FINAL

La complicación más grave de la gripe es la neumonía vírica primaria, la cual es más frecuente por el influenzavirus A. El riesgo de presentación se asocia a enfermedades cardiovasculares y fumadores. El tratamiento con antibióticos no produce ninguna mejoría y los cultivos bacteriológicos no aportan datos significativos. El cultivo de aspirados bronquiales o lavados broncoalveolares permite aislar el virus en 24-48 horas. El deterioro del enfermo y de su función pulmonar es rápido y la mortalidad es alta

si el paciente tiene comorbilidades cardiovasculares o diabetes.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Red de Investigación Clínica de Enfermedades Infecciosas del Sureste de Asia Efecto de la dosis
- » doble de oseltamivir en los resultados clínicos y virológicos entre niños y adultos hospitalizados por
- » enfermedad grave de influenza: ensayo aleatorio, doble ciego, controlado. BMJ. 2013; 346: f3039
- » 2. Mandell, Bennett, Dolin (eds) Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2006

### 264/154. ABSCESO PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

#### AUTORES:

- (1) C. Sánchez Aranda; (2) R. Cerezo Molina; (3) M. Borge Hierro; (3) C. Castillo Marín; (3) N. Fernández Gervilla; (4) I. Boullosa Pérez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada.; (3) Médico de Familia. Motril Centro. Granada.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Antonio-Motril. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 24 años que acude a Urgencias por cuadro de 3 días de evolución consistente en dolor fijo, constante, e intenso, en hombro derecho, irradiado a región escapular y dorsal ipsilaterales, asociado a tos abundante, expectoración marronácea y disnea a moderados esfuerzos. Añade sensación distérmica de predominio vespertino con escalofríos y fiebre termometrada de hasta 38,5 °. Consultó con su médico al comienzo del cuadro cuando no presentaba fiebre ni tos, solo dolor y se le prescribió AINEs pensando en una posible contractura muscular, sin encontrar mejoría.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En Urgencias destaca taquicardia, disnea con el decúbito, con auscultación respiratoria normal.

Análiticamente se objetiva elevación de PCR y leucocitosis con antigenuria negativa. En la radiografía de tórax, hay una dudosa condensación en base derecha. Es diagnosticada de neumonía basal derecha y tratada con Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg durante 1 semana.

Tres días después, vuelve a Urgencias por lenta evolución del cuadro: mejora la fiebre (inferior a 38 °) pero no el dolor. La exploración sigue siendo anodina (tolera decúbito). Análítica: PCR alta y leucocitosis (inferiores respecto a previa). Ecocardiografía normal. Ecografía torácica: consolidación del LID con escaso de líquido subpulmonar. Ingresa en MI con el diagnóstico de Neumonía Basal Derecha complicada con derrame pleural.

Comienza tratamiento antibiótico de amplio espectro (Levofloxacino 500mg/24h), realizándose Rx de control con

disminución de la condensación e importante mejoría clínica. Fue alta continuando antibioterapia oral.

Siete días después vuelve a Urgencias por reaparición del cuadro. Había finalizado tratamiento antibiótico hacía 2 días. Exploración con AR: murmullo vesicular abolido en  $\square$  inferior de hemitórax derecho, con disminución de vibraciones vocales. TAC: condensación alveolar en LM, acompañada de zona central necrosada de 32 x 27 mm que presenta realce periférico, compatible con un absceso de pulmón que fistuliza a cavidad pleural.

Ingresa en MI, con tratamiento antibiótico de Piperacilina-tazobactam + Clindamicina y realizan toracocentesis evacuadora, con evolución muy favorable. Tras 10 días de tratamiento, la paciente está asintomática, con Rx y analíticas normales. Alta y seguimiento ambulatorio por Neumología.

#### JUICIO CLÍNICO

ABSCESO PULMONAR

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía de LID, Absceso pulmonar, Adenocarcinoma de pulmón, Tuberculosis.

#### COMENTARIO FINAL

El absceso pulmonar se define como una lesión cavitada con nivel hidroaéreo en el parénquima pulmonar de un tamaño superior a 3 cm. La mayoría se deben a aspiración de secreciones y están provocadas por microorganismos anaerobios orofaríngeos. El curso clínico es progresivo, con importante afectación del estado general, fiebre, sudoración, pérdida de peso y tos productiva con expectoración purulenta y fétida. La exploración física suele ser inespecífica, aunque pueden existir signos de alarma como boca séptica, aliento fétido o abolición del reflejo nauseoso. El paciente con absceso pulmonar debe ser ingresado y tratado inicialmente con antibioterapia de amplio espectro a dosis altas para asegurar la correcta resolución del cuadro.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Kuhajda I. Et al. "Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options". *Ann Transl Med.* 2015 Aug;3(13):183.
- » Nicolini A. Et al. "Lung abscess due to *Streptococcus pneumoniae*: a case series and brief review of the literature". *Pneumonol Alergol Pol.* 2014;82(3):276-85.

## 264/158. UNA PANCITOPENIA PERNICIOSA

#### AUTORES:

(1) N. Moya Quesada; (2) M. Orellana Beltrán; (3) C. Aguilera Montaña.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pechina. Almería.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bajo Vega de Acá. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años con AP de tiroiditis de Hashimoto e HTA. En tratamiento con Enalapril 10mg. Acude a consulta por astenia de un mes de evolución. Aparte refiere anorexia, diarrea de un par de deposiciones diarias (sin productos patológicos) y parestesias en MMII acompañantes. No fiebre termometrada en domicilio.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente se encuentra consciente, orientada, normoperfundida y bien hidratada. Exploración neurológica sin focalidad. ACR rítmica sin soplos, MVC. Abdomen anodino. MMII sin edemas, sensibilidad y propiocepción conservadas. Se solicitó analítica en la que se objetivó una hemoglobina de 7,9%, VCM 117, leucocitos 3900 y plaquetas 80000 y una vit B12 de 54pg/ml. Aparte presentaba una bilirrubina indirecta de 4.2. Se instaura tratamiento sustitutivo con vit B12 parenteral y se decide derivación a hematología debido a la pancitopenia donde se confirmó anemia megaloblástica por déficit de Factor Intrínseco, con Ac anti factor intrínseco y anti cél. parietales positivos.

#### JUICIO CLÍNICO

Anemia perniciosa.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anemia megaloblástica por déficit de ac. fólico por enolismo crónico, por déficits nutricionales, alteraciones del íleon terminal, por pancreatitis crónica, por fármacos (colchicina, neomicina), anemia aplásica, síndrome mielodisplásico...

#### COMENTARIO FINAL

La paciente presentaba una anemia perniciosa por déficit muy acentuado de vitamina B12, de causa autoinmune, que mejoró sustancialmente con el tratamiento sustitutivo de la vitamina B12. La elevación de la bilirrubina indirecta y la pancitopenia se justifican debido a un cuadro hemolítico intramedular debido a una eritropoyesis ineficaz por falta de precursores. La anemia perniciosa es la causa más frecuente de anemia megaloblástica en nuestro medio y es consecuencia de una deficiencia de vitamina B12 debido a su vez a la disminución o ausencia de factor intrínseco (FI) por atrofia de la mucosa gástrica o por destrucción autoinmune de las células parietales productoras de éste. Además suele asociarse a otras enfermedades de origen autoinmune, como en el caso de nuestra paciente, que también presentaba una tiroiditis de Hashimoto. Otras enfermedades autoinmunes asociadas son el vitíligo, la diabetes mellitus, la enfermedad de Addison y el LES. En un 50% de los casos se asocia a anticuerpos anti FI, cuya presencia en otras enfermedades auto-inmunes es excepcional. El tratamiento de elección es la administración de B12 intramuscular. La pauta consiste en administrar 1 mg. de Vitamina B12 diariamente durante una semana, posteriormente semanal durante un mes y después cada 2-3 meses de por vida. Debe realizarse estudio endoscópico preferente si aparece anemia ferropénica, dispepsia o cualquier otro síntoma subjetivo de alteración gástrica pues un 4% de los pacientes con anemia perniciosa desarrollan carcinoma gástrico a lo largo de su vida.



**BIBLIOGRAFÍA**

- » Neumann WL, Coss E, Rugge M, et al. Autoimmune atrophic gastritis-pathogenesis, pathology and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013;10:529-541.
- » Lahner E, Centanni M, Agnello G, et al. Occurrence and risk factors for autoimmune thyroid disease in patients with atrophic body gastritis. *Am J Med*. 2008;121:136-141.
- » Lahner E, Norman GL, Severi C, et al. Reassessment of intrinsic factor and parietal cell autoantibodies in atrophic gastritis with respect to cobalamin deficiency. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:2071-2079.

**264/159. UNA CARA OCULTA DEL DOLOR ABDOMINAL****AUTORES:**

(1) C. García García; (2) R. Jiménez López; (3) M. Morales del Águila.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Las Delicias. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 31 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta repetidamente por crisis de dolor abdominal en hemi-abdomen inferior, presentando una escasa respuesta a la analgesia habitual, acompañado en ocasiones de otros síntomas digestivos como náuseas y vómitos y alteraciones inespecíficas del tránsito intestinal. Niega fiebre u otra focalidad clínica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

En la exploración física durante las crisis de dolor abdominal presenta un abdomen blando, depresible, con dolor abdominal difuso de predominio en hemi-abdomen inferior, no se palpan masas ni megalias, ruidos hidroaéreos presentes, defensa voluntaria sin signos de irritación peritoneal.

En las pruebas complementarias destaca: Radiografía simple de tórax y abdomen normales, ecografía abdominal normal, endoscopia digestiva alta y baja y tránsito intestinal sin alteraciones. Analítica sanguínea realizada en urgencias (crisis de dolor) con hemograma, glucemia, función renal, amilasa, sodio y potasio en plasma normales, así como por vía rutinaria con estudio de celiaquía e intolerancia alimentaria normales. *Helicobacter pylori* en heces negativo. Ptoporfirinas en orina de 24 horas positivas.

**JUICIO CLÍNICO**

PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE (PAI)

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

APENDICITIS

COLICO BILIAR

ULCERA PÉPTICA

COLON IRRITABLE

INTOLERANCIA ALIMENTARIA

**COMENTARIO FINAL**

Las porfirias son enfermedades metabólicas poco frecuentes, causadas por la hipoactividad en algunas de las enzimas que forman parte de la síntesis del grupo hemo. Existen 8 tipos, siendo la más frecuente, aunque rara (1-5/100.000 habitantes), la porfiria aguda intermitente (PAI).

El síntoma más frecuente de la PAI es el dolor neuropático abdominal, que se presenta en el 90% de los pacientes. En cuadros evolucionados y más graves pueden aparecer alteraciones psiquiátricas y afectación neurológica, consecuencia de la afectación del sistema nervioso central, periférico y autónomo, con una amplia gama de manifestaciones clínicas (Convulsiones, trastornos de la conciencia y del comportamiento, neuropatía periférica...).

Algunos de los desencadenantes de los ataques agudos son fármacos porfiriogénicos, tabaco, alcohol, estrés, una dieta pobre en calorías o cambios hormonales cíclicos en las mujeres.

Las estrategias terapéuticas en los episodios agudos de PAI son limitadas, el tratamiento es principalmente de soporte. Primero hay que identificar y evitar los factores desencadenantes, mantener una adecuada ingesta de carbohidratos y administrar glucosa al 10% i.v. (300-500g/d). Como conclusión, destacar que la rapidez en el diagnóstico de la PAI es vital, ya que el retraso del tratamiento puede dar lugar a lesiones neurológicas irreversibles e incluso puede llegar a producir la muerte en casos graves.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Gázquez Sisteré I, Luján Mavila K, Chordá Ribelles J, Touzón López C. La porfiria aguda intermitente, un problema diagnóstico. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33:436-9.
- » Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-la-porfiria-aguda-intermitente-un-S021057051000052X>

**264/161. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA****AUTORES:**

(1) I. Corrales Álvarez; (1) J. Cañizares Romero; (2) M. Rojas Martínez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 56 años. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador 20paquetes/año.



Antecedente personal de obesidad, hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10mg cada 12h y rinitis alérgica. Acude a la consulta de atención primaria tras alta de las urgencias hospitalarias con diagnóstico de celulitis en miembro inferior izquierdo hace 1 semana, donde refiere haber acudido por cuadro de 5 días de evolución de dolor desde el pie hasta la rodilla izquierda con aumento de temperatura, enrojecimiento y aumento del perímetro con respecto a extremidad contralateral. Afebril en todo momento. Aporta analítica sanguínea: Leucocitos 9.000, neutrófilos 60%, PCR 5,6. Sin otros hallazgos significativos. Nos consulta tras 7 días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875mg/125mg por persistir con la clínica, evidenciando mayor inflamación de la extremidad. Persiste afebril. Rehistoriando detalladamente al paciente refiere haber presentado hace dos semanas esguince de tobillo izquierdo requiriendo cierto reposo. Niega disnea u otra clínica acompañante.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente y orientado. Buen estado general. Auscultación cardio-respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Miembro inferior izquierdo: aumento de perímetro circunferencial desde el pie hasta región supracondílea, enrojecimiento y aumento de temperatura de la zona. Signo de Homans y Olow positivos. No erosiones ni otras lesiones cutáneas en la zona. Miembro inferior derecho sin alteraciones. Ante dicha exploración realizamos Ecografía vascular en el centro de salud (sin Doppler por no disponer de él): A nivel de vena poplítea izquierda se observa región con material hipoeocogénico en su interior que impide la compresión de dicho segmento venoso con el ecógrafo. Tras este hallazgo con posible diagnóstico de trombosis venosa profunda derivamos al paciente a servicio de Urgencias para confirmación de diagnóstico mediante ecografía doppler, radiografía de tórax y analítica sanguínea, y posterior tratamiento.

#### JUICIO CLÍNICO

Trombosis venosa profunda miembro inferior izquierdo

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Celulitis-Tromboflebitis-Linfangitis-Quiste Baker roto

#### COMENTARIO FINAL

La trombosis venosa profunda (TVP) es la obliteración total o parcial del sistema venoso profundo de una extremidad por presencia de un trombo y con la consiguiente respuesta inflamatoria en pared vascular. El fallo del retorno venoso produce el cuadro clínico correspondiente según la localización, edemas (sistema profundo) o varices (sistema superficial). Dentro de los métodos diagnósticos la ecografía de compresión en modo B y el eco-doppler son los más utilizadas. En conjunto presentan una sensibilidad del 97% y una especificidad del 94% para TVP proximal. Las pruebas complementarias para el diagnóstico del TEP son de ámbito hospitalario.

#### BIBLIOGRAFÍA

» Ahuja, A. T. *Expertddx ecografia*. (1ed.). Madrid: Marban; 2013; pp. 14-30, 14-35.

## 264/162. REACCIÓN ADVERSA A FIBRATOS

#### AUTORES:

(1) J. Fernández Rodríguez; (2) P. Molina Terrón.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Motril Centro. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Motril Este. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 53 con antecedentes de fibromialgia y hipercolesterolemia tratada con estatinas. Presenta analítica de control con trigliceridemia en 250, se inicia tratamiento con combinación pravastatina-fenofibrato. A las dos semanas acude a consulta por lesiones en mucosa oral y palmas de las manos.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la primera consulta se apreciaron lesiones que consistían en un desprendimiento de la mucosa oral, se pensó en una micosis oral y se trató con nistatina oral, volvió a consulta dos días después por aumento de las lesiones y dolor acompañado de malestar general. Se le indico acudiera a urgencias hospitalarias para valoración, ante la sospecha clínica. Las lesiones eran ampollas con sangre y dolorosas al tacto, presentaba además aumento de las lesiones cutáneas, y fiebre, se le pidió analítica tras la primera consulta. Analíticamente tenía aumento de la PCR sin más cambios significativos. Se ingresó por MEG acompañado de fiebre, con una clara epidermolisis establecida, con pruebas inmunológicas negativas, virus y lues negativas. Se trató con prednisona intraenosa, con buena respuesta al tratamiento, con altas dos semanas después del ingreso.

#### JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Steven-johnson.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome Steven-Johnson.  
Enfermedad boca-mano-pie del adulto.  
Infección secundaria a VIH.

#### COMENTARIO FINAL

Aunque el síndrome de Steven-Johnson no es una de las manifestaciones más frecuentes de los fibratos, dada la evolución del caso se consideró responsable del mismo. Se hizo una exhaustiva búsqueda de las causas descartando las más frecuentes siendo autoinmunidad y viricas las primeras en descartarse, y considerando las farmacológicas tras la buena evolución tras la suspensión del tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA

» Harrison. *Principios de medicina interna*. 2009. vol. I. 17 edic. 328.  
» *Ficha técnica PRAVAFENIX*.

## 264/163. ¡OJO CON LOS ANTICONCEPTIVOS!

### AUTORES:

(1) M. Rodríguez Ordóñez; (2) M. Rojas Martínez; (3) Y. Sow Lanzas; (4) M. Luna Valero; (5) L. Garrido Almazán.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Málaga.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años sin alergias medicamentosas conocidas. Atopia. Asma bronquial. Hidrartrosis rodilla repetición. En estudio por reumatología por ANA positivo. Apendicectomizada. Tratamiento habitual: etinilestradiol/ levonogestrel. Acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace unos 4-5 días lesiones dérmicas en ambos miembros inferiores dolorosas, no presenta lesiones en otros lugares, no pruriginosas, no fiebre, no refiere toma de medicación nueva, ni la asocia con ningún alimento.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Colaboradora y orientada. TA: 122/55 mmHg. FC: 74 lpm. Eupneica en reposo. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, no dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados. Puño percusión bilateral: negativa.

Miembros inferiores: nódulos hiperémicos de varios tamaños, indurados y dolorosos en ambos miembros inferiores. Análisis sanguíneo: Hb: 13,90 Leucocitos 6,20 (Neutrófilos: 2,64), plaquetas 310, coagulación sin alteraciones, glucosa: 68, Creatinina 0.63, GPT: 24, GGT: 28, bilirrubina total: 0,66, colesterol total: 216, PCR: 23,70, FR: < 10.

Se aconsejó a la paciente suspender la toma anticonceptivos orales y se pautó una tanda de antiinflamatorios cada 12 horas, acudiendo en 2 semanas a la consulta a revisión. En dicha cita la paciente, solo presentaba una lesión nodular hiperémica en gemelo derecho, mostrando pigmentación residual en el resto de lesiones. Por lo que tras esta notable mejoría de la clínica se derivó a la paciente a consulta de reumatología para completar estudio.

#### JUICIO CLÍNICO

eritema nodoso por toma de anticonceptivos orales

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

infecciones: por estreptococo beta hemolítico, tuberculosis, enterobacterias, enfermedades inflamatorias: sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades tejido conectivo, neoplasias, toma de fármacos: anticonceptivos orales, antibióticos: penicilinas, entre otros.

### COMENTARIO FINAL

El eritema nodoso es la variedad clínico-patológica más frecuente de paniculitis aguda. Es una reacción de hipersensibilidad celular retardada, desencadenada por estímulos antigénicos muy diversos. Se considera una lesión benigna desde el punto de vista dermatológico, ya que evoluciona en varias semanas hacia la curación, sin ulcerarse, ni dejar cicatriz o atrofia, y la recurrencia es infrecuente.

Su principal localización es en regiones pretibiales de forma simétrica y bilateral, aunque puede afectar otras zonas. La edad de aparición más frecuente es entre los 15 y 30 años, y predomina en mujeres en las estaciones de primavera y final de invierno.

Dado que tiene un pronóstico autolimitado y benigno, con evolución a la curación sin dejar ningún tipo de secuelas, es importante el diagnóstico precoz realizado en Atención Primaria.

Desde Atención Primaria, nuestra labor no solo comprende el diagnóstico, sino la búsqueda, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias, de la etiología del eritema nodoso ya que aunque en muchos casos es idiopático, puede ser el primer signo de una enfermedad sistémica y, por lo tanto, un diagnóstico correcto permite establecer un tratamiento etiológico específico.

### BIBLIOGRAFÍA

- » Sota I, Onate E, Pérez-Yarza EG, López F, Ruiz A, Albisu Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:403-7.
- » Bellón Rueda AB, Arranz Martínez E, Hermosa Hernández JC. A propósito de un caso de eritema nodoso en la consulta de Atención Primaria. *Semergen*. 1999;25(2):105-7.

## 264/164. TUMOR ÓSEO DE CÉLULAS GIGANTES EN EPÍFISIS DISTAL DE FÉMUR

### AUTORES:

(1) F. Expósito Rodríguez; (2) A. González Góngora; (1) M. García Ventura.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.; (2) Médico de Familia. UGC Níjar. Almería.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales sin interés. Sin alergias medicamentosas.

Mujer de 34 años que acude con gonalgia izquierda de 3 meses de evolución que no cede con medicación analgésica habitual. No antecedente traumático. No realiza esfuerzo físico en su trabajo. La impotencia funcional va en aumento desde que comenzaron las molestias. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Normohidratada y normoperfundida. Estable hemodinámicamente. Eupneica en reposo. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Exploración rodilla izquierda: no deformidad, ligera inflamación con respecto a rodilla contralateral. No choque rotuliano, no signo del cepillo. No lateralización. No cajón anterior ni posterior. Maniobras meniscales negativas. Dolor selectivo a la palpación del cóndilo femoral interno, sin crepitación. Discreta limitación de la flexión en los últimos grados de movimiento. Vasculonervioso indemne. Radiografía rodilla izquierda: se aprecia lesión redondeada radiolúcida en cóndilo femoral interno din bordes escleróticos, con disrupción parcial de la cortical.

Resonancia magnética nuclear: Se evidencia lesión de ocupación de espacio en la epífisis distal del fémur en su mitad interna, con adelgazamiento y expansión de la cortical interna, sin tejido blando asociado, con discreto edema del tejido óseo adyacente, de bordes bien definidos que correspondería con lesión neoplásica ósea. Resto normal. TAC toracoabdominal: no evidencia de lesiones metastásicas.

#### JUICIO CLÍNICO

Tumor óseo de células gigantes en epífisis distal de fémur (osteoclastoma).

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fibroma no osificante, ganglión intraóseo, quiste óseo aneurismático, mieloma, metástasis líticas, condroblastoma, condrosarcoma, fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, osteosarcoma, tumor pardo del hiperparatiroidismo

#### COMENTARIO FINAL

Lo primero a destacar es la importancia de la radiografía convencional en la consulta de atención primaria para el despistaje de determinada patología, y más todavía en pacientes que a priori no tienen antecedentes ni causas que justifiquen su clínica.

El tumor óseo de células gigantes es un tumor típico de epífisis de huesos largos tales como fémur distal, tibia proximal y radio distal, por orden de frecuencia. Es de los pocos tumores óseos primarios más frecuentes en mujeres, con pico de incidencia entre los 20 y 40 años. Tiene características particulares que lo definen: el riesgo de recidiva local es elevada con respecto a otros y aunque es agresivo localmente, no suele dar metástasis.

A la paciente se le realizó resección de la epífisis distal del fémur con colocación de prótesis de rodilla.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Pancorbo-Sandoval E, Delgado-Quñones A, Martín-Tirado J, Quesada-Pérez J, González-Santos R. Tratamiento del tumor de células gigantes con curetaje e injerto con hidroxipatita porosa coralina HAP-200®. *Revista Médica Electrónica [revista en Internet]*. 2014 [citado 2017 Abr 10];36(6):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1146>
- » 2. GIL GAYARRE, M y cols., (2002).- *Manual de Radiología clínica* (2 ed).Harcourt, Madrid

- » 3. González Hernando C, Pastrana Ledesma M, Ramos González L. *Guía Programa de Radiología Articular en Atención Primaria ;España 2005. P. 109-154*

### **264/166. EXPLORACIÓN MAMARIA: PALPANDO LA CUMBRE DEL ICEBERG**

#### AUTORES:

- (1) F. Expósito Rodríguez; (2) A. González Góngora; (3) M. García Ramón.

#### CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.; (2) Médico de Familia. UGC Níjar. Almería.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, Diabetes Mellitus tipo II. Menopausia a los 53 años. No alergias medicamentosas. Sin antecedentes familiares. Mujer de 75 años que acude por encontrar nódulo en su mama izquierda. No fiebre. Última mamografía normal a los 65 años según programa de detección precoz de cáncer mama.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Normohidratada y normoperfundida. Estable hemodinámicamente. Eupneica en reposo. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Exploración mama derecha (MD): ausencia nódulos. No alteraciones del pezón. No piel de naranja.

Exploración mama izquierda (MI): se palpa nódulo no adherido a planos profundos, bien delimitada de unos 2 centímetros en cuadrante superior externo (CSE). No piel de naranja. Pezón sin secreción a la presión y de características normales.

No se palpan adenopatías axilares, supra ni infraclaviculares. Mamografía: Lesión tumoral maligna bilateral: unifocal derecha y multicéntrica izquierda con foco dominante en CSE de la MI.

Lesión BIRADS 4/5 en cuadrante inferoexterno (CIE) de la MD de 6-7 milímetros. Lesión BIRADS 5 de cuadrante superoexterno (CSE) de la MI de 20 x28 milímetros con componente intraductal asociado de unos 26 milímetros de extensión posterior desde la lesión principal. Lesión multifocal BIRADS 4/5 en cuadrante inferoexterno de la MI. Microcalcificaciones BIRADS 4/5 en cuadrante inferointerno (CII) de la MI, probable cáncer in situ.

Resonancia magnética nuclear: Lesión BIRADS 5 bilateral: unifocal de 8-9 milímetros en CIE de MD y de 25 milímetros en CSE de la MI. El componente intraductal asociado a esta última lesión vista en la mamografía no asocia captación en la resonancia magnética lo que sugiere un bajo grado. Además, probable afectación multicéntrica en la MI con lesión BIRADS 4/5 en CIE. Probable foco de carcinoma in situ de bajo grado en CII de la MI (microcalcificaciones BIRADS 4/5 en CII de la MI sin captación asociada en la resonancia.

### JUICIO CLÍNICO

Mediante biopsia aguja gruesa:  
 Carcinoma lobular invasivo en CSE MI.  
 Carcinoma ductal in situ CIE y CII MI.  
 Carcinoma ductal invasivo CIE MD.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nódulo quístico, lipoma, papiloma, fibroadenoma, fibrosis local, linfoma, carcinoma mama.

### COMENTARIO FINAL

Es importante tener en cuenta que a partir de la menopausia la incidencia de cáncer de mama desciende, pero no desaparece. Las mujeres de mayor edad afectas de dicha enfermedad, pueden tener evoluciones más tórpidas ya que el diagnóstico puede realizarse en estadios más avanzados por su exclusión de los programas de screening de cáncer de mama (actualmente entre los 50 a los 69 años).

Cualquier lesión de reciente aparición que genere dudas, aunque a priori parezca de características benignas, debe ser estudiada mediante prueba de imagen.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. *Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama. Detección Precoz del Cáncer de Mama. 3ª Edición. Consejería de Salud. Sevilla, 2011.*
- » 2. *II Plan Integral de Oncología de Andalucía: 2007-2012. Consejería de Salud. Sevilla, 2007.*
- » 3. *Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia de Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. 2010. p. 112-114*

## 264/168. DOCTORA, ESTOY MUY CANSADA

### AUTORES:

(1) P. Labrac Aranda; (1) M. García Martín; (2) F. Garrido Martínez; (3) M. Hipólito Egea.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 51 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo I, dislipemia y bocio multinodular no tóxico, que acude a consulta porque en la última visita para revisión por su oncólogo (en remisión de tumor GIST), detectaron en la analítica de rutina unos niveles de colesterol, LDH, triglicéridos, GOT y GPT bastante elevados. Su oncólogo recomienda un cambio en los hábitos de alimentación.

La paciente acude a consulta preocupada. Refiere que encontrarse muy cansada; no tiene energía para llevar a cabo las actividades de su día a día y mucho menos para continuar con el nivel de ejercicio físico que realizaba previamente. Explica que antes iba al gimnasio casi a

diario. Además, se encuentra hinchada, amanece con bolsas en los ojos y ha ganado mucho peso. Tiene el pelo y la piel más secos que nunca. Ha notado un ánimo deprimido, se encuentra sin ganas de hacer nada y tiene tendencia al llanto y cambios de humor bruscos. Por si fuera poco, presenta disfonía desde hace varias semanas.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analíticas sanguíneas:

- Primera analítica (aquella que la lleva a consultarnos): Colesterol Total 446 mg/dL, LDL 283.8 mg/dL, HDL 101 mg/dL, Triglicéridos 306 mg/dL, LDH 658 U/L, GOT- ASAT, GPT-ALAT 164

- Segunda analítica (aquella que solicitamos tras la primera visita): TSH >100, T4L 0'2, Anti TPO 32.2

Exploración física: En nuestra paciente nos llamó la atención el bocio palpable a nivel cervical anterior. No se palpaban adenopatías laterocervicales, submandibulares ni supraclaviculares.

La auscultación cardiopulmonar no presentaba alteraciones.

### JUICIO CLÍNICO

Hipotiroidismo autoinmune (Hashimoto)

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Procesos hematológicos
- Síndrome paraneoplásico
- Patología hepática que esté motivando los “edemas” que presenta la paciente
- Síndrome nefrótico o IR derivada de la diabetes mellitus
- Distinción entre las formas primarias y secundarias-terciarias. Los datos clínicos ofrecen escasa ayuda al respecto, con excepción de la hipercolesterolemia, que se da sólo en las formas primarias, además de la menor tendencia a infiltración mucoide en las formas secundarias y terciarias.
- RAM por fármacos: Inhibidores de la síntesis y/o secreción de hormonas tiroideas, fármacos que disminuyen la absorción de tiroxina, inhibidores de la TSH como la dopamina, productores de tiroiditis (por destrucción de la glándula)

### COMENTARIO FINAL

Los trastornos de la función y estructura tiroidea y más concretamente el hipotiroidismo, son patologías que debemos saber diagnosticar y tratar desde Atención Primaria, ya que raras veces requerirán derivación a otros especialistas, además de ser muy prevalentes en nuestro ámbito.

### BIBLIOGRAFÍA

- » Lucas Martín A. M, Puig Domingo M, Reverter Calatayud J. L. *Enfermedades de la glándula tiroideas. Farreras, Rozman. Medicina Interna. XVII edición. Barcelona: Elsevier; 2012. 1869-1909. Enfermedad de la glándula tiroideas. Volumen I. Barcelona: Elsevier; 2012*
- » Ross DS. *Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults. This topic last updated: Nov 12, 2014. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.*



» *Martín Zurro A, Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.*

## 264/171. CUÁNDO NO PONER ANTIBIÓTICOS

### AUTORES:

(1) F. Garrido Martínez; (2) P. Labrac Aranda; (3) M. Hipólito Egea; (2) M. García Martín.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 34 años que acude a la consulta por presentar en zona de venopunción periférica tras realizarse una analítica de rutina, eritema e inflamación además de un absceso que ya ha drenado por sí solo. La paciente presenta numerosos episodios previos de celulitis y abscesos, que se resuelven con normalidad.

Además la paciente refiere presentar frecuentemente aftas en mucosa oral. En su historial también encontramos varias visitas a oftalmología por haber presentado conjuntivitis y uveítis de repetición que no se resolvían con el tratamiento habitual.

También presenta de manera frecuente alteración del hábito intestinal, por lo que ha sido derivada a digestivo para estudio para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal. La semana posterior la paciente acude de nuevo a consulta por presentar gran absceso en flexura del miembro superior derecho, por lo que se deriva a urgencias, ingresando en el servicio de medicina interna.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza analítica sanguínea completa en la que solamente destacan una PCR elevada (54.3) y ligera leucocitosis ( $12.5 \times 10^9/L$ ).

Se realiza un cultivo del exudado de la herida, que resulta ser negativo, al igual que los hemocultivos.

Por lo demás tanto la auscultación cardiopulmonar como la exploración abdominal son normales. En la exploración de la cavidad oral encontramos numerosas aftas en las mejillas y en base de la lengua.

Se realiza prueba de patergia que es positiva a las 24 y 48 horas.

### JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Behçet

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es difícil simplificar el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Behçet, ya que al tener características de síndrome, son muchos los posibles diagnósticos alternativos. Sin embargo, en nuestro caso podríamos hacer el diagnóstico diferencial con varias entidades: enfermedades

hematológicas, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa. Enfermedades reumatológicas como el lupus eritematoso sistémico. Síndrome de Reiter. Infección por VIH.

### COMENTARIO FINAL

La enfermedad de Behçet es una entidad poco frecuente en el ámbito de la atención primaria. Sin embargo, es importante tenerla presente en aquellos pacientes que presentan exacerbación de los síntomas a lo largo de las visitas a nuestra consulta, ya que puede crear gran malestar e incluso ser incapacitante causando un deterioro considerable de la calidad de vida. Nuestra paciente presenta varios criterios diagnósticos, como las úlceras orales recurrentes, las lesiones oculares y prueba de patergia positiva.

### BIBLIOGRAFÍA

» J Graña Gil, M.O Sánchez Merizoso. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial de la enfermedad de Behçet. *Rev Clin Esp* 2002; 202(1):20-3

## 264/174. UN TALADRO EN LA CABEZA

### AUTORES:

(1) S. López Mesa; (2) M. Bosch Racero; (1) A. Domínguez García; (3) C. Ramírez Martín; (4) A. Herrera Rodríguez; (5) M. Espada Villarrubia.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (5) Médico Residente de (3) er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer, 39 años acude por sensación de ruido de describe “como un taladro” en zona temporal derecha, seguido de cefalea periorbicular ipsilateral con fono y fotofobia y lagrimeo. Inicio hacía unas 48 horas. Refería también astenia y “moratones” frecuentes.

Antecedentes personales y familiares: Sin interés clínico.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Auscultación cardiopulmonar normal. No soplos carotídeos, ni engrosamiento de arteria temporal.

Otoscopia y polo anterior de ojo derecho normal.

Exploración neurológica: Pares craneales normales. Funciones cerebrales superiores normales conservadas. Fuerza muscular conservada. Signo punta-dedo-nariz normal. Romberg negativo. Marcha en tándem conservada.

Equimosis en zonas de extensión de miembros.

Evolución: Se cataloga de migraña Vs cefalea en racimos, se pauta tratamiento sintomático, se solicita analítica y



control en una semana. Se explican síntomas de alarma por los que acudir a urgencias.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Leucocitos 700, Hb 7.2, plaquetas 26.000. Frotis s.p.: pancitopenia comprobada. Se observa de forma aislada células de hábito blástico, alguna de ellas con núcleo en hachazo que sugiere promielocito. Compatible con leucemia aguda.
- TAC cráneo: Ocupación de surco a nivel temporal izquierdo por material de alta densidad compatible con pequeño sangrado subaracnoideo. No desplazamiento de línea media ni efecto masa a nivel infra ni supratentorial.

### JUICIO CLÍNICO

Hemorragia subaracnoidea en paciente con leucemia aguda.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según perfil temporal:

- Cefalea súbita no recurrente:
  - Hemorragia subaracnoidea
  - Ictus
  - Disección arterial cervical
- Cefaleas agudas de reciente comienzo:
  - Secundarias a infección intracraneal
  - Secundaria a trombosis de senos venosos o venas cerebrales
  - Arteritis de la temporal
  - Secundarias a trastornos de la homeostasia
  - Secundaria a ingesta o abstinencia de sustancias
  - Secundaria a hipotensión arterial
  - Secundaria a traumatismo craneoencefálico
  - Otras: trastornos oculares, ORL, ATM, alteraciones cervicales
- Cefaleas agudas recurrentes:
  - Migraña
  - Cefaleas trigémino-autonómicas (cefalea en racimos, hemicraneal paroxística, SUNCT/SUNA).
  - Neuralgia (neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética).
- Cefaleas agudas progresivas:
  - Síndrome de hipertensión intracraneal.
  - Hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebro).
- Cefaleas crónicas diarias:
  - Migraña crónica
  - Cefalea tensional crónica
  - Cefalea por abuso de medicamentos.

### COMENTARIO FINAL

Las cefaleas son una causa frecuente de consulta, en la que la anamnesis es el instrumento diagnóstico de mayor utilidad, debiendo incluir: antecedentes personales y familiares, edad de inicio e historia natural, forma de instauración, duración, horario de aparición o empeoramiento, localización, cualidad, intensidad, interrupción de sueño, síntomas acompañantes, factores que agravan o aliviando el dolor, respuesta a fármacos, presencia de síntomas que sugieran infección local o sistémica, así como inmunosupresión o comorbilidad de riesgo para cefalea grave. Si hay antecedentes de cefalea se indagará sobre posibles cambios de su patrón habitual.

Exploración física: debemos determinar las constantes vitales, exploración general básica y una exploración neurológica completa para determinar la presencia de focalidad neurológica o meningismo. En ocasiones puede ser necesaria una exploración otorrinolaringológica u oftalmológica. La necesidad de pruebas complementarias viene determinada por la sospecha diagnóstica tras la anamnesis y la exploración física, así como la presencia de síntomas de alarma.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Rozman C. *Compendio de Medicina Interna*. 5º ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- » 2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, et al (eds.). *Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica*. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7º ed. Madrid: MSD; 2012.

## 264/175. DOLOR EN LA MANO Y ALGO MÁS

### AUTORES:

(1) S. López Mesa; (2) C. Ramírez Martín; (3) A. Herrera Rodríguez; (1) A. Domínguez García.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer, 50 años atendida en nuestra consulta por cuadro de dolor en mano derecha (articulación metacarpofalángica de 2º y 3º dedos), epicondilitis y dolor en hombro ipsilateral. Refería también caída de cabello, así como sequedad de mucosa ocular y genital.

Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con LT4, blefarconjuntivitis alérgica, linfopenia y neutropenia recidivante.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Sinovitis de articulación metacarpofalángica de 2º y 3º dedos de la mano derecha y aumento de volumen de articulación interfalángica proximal de estos mismos dedos. Mano contralateral sin alteraciones.

Evolución: Se solicita Rx manos y analítica sanguínea y se deriva a servicio de Medicina Interna/Enfermedades sistémicas. Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre: Leucocitos 3870 (N 58.3%, L 26.4%), Hb 12.9, plaquetas 234.000. VSG 84. PCR 0.1, Factor reumatoide 351, Vitamina B12 235, TSH 3.5, Proteinograma: Incremento de la región gamma de aspecto policlonal. Perfil electroforético asociado a reacción inflamatoria en fase aguda. IgG 2030, IgA 628, IgM321, C3 y C4 normales. ANA negativos. Ac anti-Sm, Ac anti Sm/RNP, AC anti-SSB negativos, Ac anti-SSA positivo y Ac anti-péptido C citrulinado normal. Serología negativa para VIH, VHCy VHB.
- RX manos: no signos de artritis ni artrosis.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Sjögren

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades más frecuentes que cursan con poliartritis aguda:

1. Artritis microcristalinas:
  - 1.1 Gota
  - 1.2 Condrocálcinosis:
2. Artritis reumatoide.
3. Espondiloartropatías seronegativas:
  - 3.1 Espondilitis anquilosante
  - 3.2 Artritis psoriásica
  - 3.3 Artritis reactiva
  - 3.4 Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.
4. Enfermedades colágeno-vasculares:
  - 4.1 Lupus eritematoso sistémico,
  - 4.2 Esclerodermia
  - 4.3 Vasculitis
  - 4.4 Síndrome de Sjögren
  - 4.5 Polimiositis
  - 4.6 Enfermedad mixta del tejido conectivo
  - 4.7 Polimialgia reumática.

COMENTARIO FINAL

El síndrome de Sjögren es una exocrinopatía crónica autoinmune, de progresión lenta y etiología desconocida, caracterizada por la sequedad de mucosas, principalmente bucal (xerostomía) y ocular (xeroftalmia). Cuando aparece de forma aislada, se considera primario y cuando se asocia a otra enfermedad autoinmune, se conoce como síndrome Sjögren secundario. Hay predominio en mujeres 9:1, y en la 4ª-5ª década, como ocurre en nuestra paciente, aunque puede aparecer a cualquier edad.

Los síntomas más frecuentes son la sequedad ocular y bucal, pudiendo presentar dolor ocular, “quemazón”, disminución de la secreción lagrimal sensación de “arenilla” y en el caso de presentar xerostomía necesitan beber agua con frecuencia.

El diagnóstico se basa en la objetivación de la queratoconjuntivitis seca mediante la prueba de ros de Bengala y/o prueba de Schimer (más específica). Los anticuerpos anti-Ro (anti-SSA) y anti-La (SS-B) son más frecuentes en el síndrome de Sjögren primario que en el secundario.

BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Rozman C. *Compendio de Medicina Interna*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- » 2. Rosas Gómez de Salazar JC. *Síndrome de Sjögren Primario*. En: Alperi López M. *Manual Ser de enfermedades reumáticas*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. 355-362.
- » 3. Someso Orosa E, Prieto Formoso F, Zamoras Casal A, Ferreira Uriz O. *Monoartritis y Poliartritis*. En *Fisterra. com Atención Primaria en la Red* 2012.

**264/178. QT LARGO CONGÉNITO**AUTORES:

(1) M. García Ventura; (1) F. Expósito Rodríguez; (1) C. López López; (2) M. García Ramón.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer, 54 años, con AP: Glucemia basal alterada en tratamiento con dieta, epilepsia de la cual había dejado el tratamiento sin el consentimiento del Neurólogo; AF: madre y hermano fallecidos de muerte súbita. Acude por sensación vertiginosa, con percepción de movimiento de los objetos a su alrededor, que se acompaña de náuseas, sin llegar al vómito de una semana de evolución. Por ello inicia tratamiento con sulpiride 200 mg/8h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Bien perfundida e hidratada. Hemodinámicamente estable. Afebril. Normotensa. C.C: No rigidez de nuca. No focalidad neurológica. Marcha normal, Romberg y Babinsky - Weill, negativos. AC: Tonos rítmicos, sin apreciarse soplos. AR: Buen murmullo vesicular, sin ruidos patológicos. Abdomen sin alteraciones. MMII: sin signos de TVP. Se realiza EKG (ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización, QTc 470mm), achacamos el QT alargado a la toma de medicación (sulpiride), por sus antecedentes se deriva a C.E de Cardiología para completar el estudio. Se retira sulpiride y se inicia tratamiento con betahistina.

A los dos días sufre síncope con posterior caída, acude a SCCU, se le realiza TAC craneal que muestra hematoma subdural bifrontal y se ingresa en cuidados intensivos. En su estancia en UCI sufre un episodio de taquicardia ventricular polimorfa sin pulso vs. FV que requiere desfibrilación, recuperándose de la misma y se objetiva QT de 540mm. Evoluciona favorablemente en UCI, se traslada a planta de Cardiología y se da de alta a los pocos días con prescripción de Metoprolol 100mg/12h, Lamotrigina 50mg/12h y Fenitoína 100mg en pauta descendente.

JUICIO CLÍNICO

Sd. De QT largo con Torsades de Pointes probablemente exacerbado por medicación

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sd. QT largo vs. Crisis comicial

COMENTARIO FINAL

El síndrome del QT largo es un desorden causado por el alargamiento de la fase de repolarización del potencial de acción ventricular. Los pacientes que lo padecen tienen tendencia a sufrir arritmias graves como taquicardia ventricular y torsade de pointes: se han justificado siete tipos de síndrome del QT largo congénito y otros secundarios a

múltiples causas. El tratamiento incluye la retirada de los factores que pueden originar arritmias graves, la administración de magnesio y eventualmente potasio, la implantación de un marcapasos endovenoso transitorio y la utilización de isoproterenol en el síndrome de QT largo adquirido.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Roden DM. Drug - induced prolongation of the QT interval
- » 2. Viskin S, Justi D, Halkin A, Zelster D. Long QT syndrome caused by noncardiac drugs
- » 3. Jervell A, Lange-Nielsen F, Congenital deaf-mutism, functional heart disease with prolongation of the Q-T interval and sudden death
- » 4. Romano C, Gemme G, Pongiglione R. Rare cardiac arrhythmias. Repetitive paroxysmal tachycardia.
- » 5. Ackerman MJ. The long QT syndrome: ion channel diseases of the heart.

## 264/179. VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: PROBLEMA EMERGENTE

#### AUTORES:

(1) J. Martín Peñuela; (2) S. Alberola Cebrian; (3) P. Castillo Jiménez; (4) M. Peñuela Ruiz; (4) F. Martín Fajardo; (4) C. Rodríguez García.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Humilladero. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alameda. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón 20 años , acude hace 6 años por insomnio , durante la entrevista se detecta agresividad , se cita para continuar valoración . Las siguientes visitas confirman episodios de agresividad , que controla , no especifica si llega a manifestar dicha agresividad contra alguien en particular , impreciso , bajo control de impulsos, baja tolerancia a frustración

Consumidor de marihuana y benzodiazepinas

Separación de padres a los 9 años

Paralelamente acude a consulta hermana con depresión, en tratamiento con antidepresivos y lorazepam , no problemas con pareja , pero preguntada por problemas en núcleo familiar , no responde

Se sospecha violencia intrafamiliar

Durante 5 años se realiza seguimiento de ambos miembros de la familia .

Hace un año la hermana mayor solicita valoración de su hermana por agravamiento de depresión. Preguntada por probable violencia intrafamiliar , refiere que su hermano las maltrataba a su madre y a ellas desde pequeño , tanto verbal como físicamente .

Se cita a la madre . confirma violencia , pero protege al hijo y no quiere que se inicie tratamiento y seguimiento familiar.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, Ac , AP ,Abdomen:normal

Neurológico : normal

Analítica : normal

#### JUICIO CLÍNICO

Violencia filio-parental

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Patologías psiquiátricas
- Patologías por consumo de tóxicos
- Organicidad
- Otros tipos violencias

#### COMENTARIO FINAL

La violencia filio-parental , es un problema emergente en nuestra sociedad , con diferentes factores causantes :tipo de educación parental (permisiva, autoritaria o negligente), factores sociales y familiares ,a veces consumo de tóxicos aunque como causa primaria .Con repercusiones en resto de la familia, psicológicas, laboral y escolar  
Difícil de detectar :encubrimiento familiar por vergüenza y culpa

En AP ,solemos tratar a toda la familia , lo que nos permite poder sospecharlo y confirmarlo aunque tardemos en conseguir su confianza .

Este caso presenta diferentes factores desencadenantes , familia monoparental , mala relación conyugal , impulsividad , baja autoestima ,sobrepotección materna .

No rápida confirmación por ocultación familiar .

Actualmente en seguimiento familiar y tratamiento de los miembros que solicitaron ayuda.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Aroca, C. (2013). La violencia de los hijos adolescentes contra sus progenitores. Revista sobre la infancia y la adolescencia, 5, 12-30.
- » Aroca, C., Cánovas, P. y Alba, J.L. (2012). Características de las familias que sufren violencia filio-parental: un estudio de revisión. Educatio Siglo XXI, 30(2), 231-254.
- » El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas. Madrid: La Esfera de los Libros.
- » Garrido, V. (2006). Los hijos tiranos. El síndrome del Emperador. Madrid: Ariel. Urra, J. (2006).
- » Ibabe, I. y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? Anales de Psicología, 27(2), 265-277.
- » Ibabe I,Jaureguizar J, Diaz O. Violencia filio-parental. Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.Vitoria -Gasteiz;2007
- » Pereira R. Violencia filio-parental, un fenómeno emergente.Revista Mosaico. 2006;36:7-8

## 264/180. NÓDULO MAMARIO EN MUJER LACTANTE

### AUTORES:

(1) P. Navarro Gallardo; (2) J. Martín Peñuela; (3) P. Castillo Jiménez; (4) M. Peñuelas Ruiz; (4) M. González Torres; (4) D. Paniagua.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de (3) er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Antequera Estación. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Humilladero. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años, sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, sin enfermedad ni tratamiento actual.

Antecedentes obstétricos: dos embarazos a término, partos eutócitos, dos hijos, el segundo nacido en agosto 2016, continúa con lactancia materna.

Acude a consulta de su médico de atención primaria en noviembre por haber notado un bulto en la mama izquierda que desde hace una semana le obliga a interrumpir la lactancia por molestias.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Afebril.

A la inspección se aprecia ligero enrojecimiento de la piel del cuadrante inferior interno de la mama izquierda.

A la palpación se aprecia nodulación de 5x3 en cuadrante inferior interno y otra de 1cm en el externo, ambas móviles, sin adherencia a planos profundos. Integridad areola-pezones, no exudados. No adenopatías axilares ni supraclaviculares.

Se pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, citándose en una semana para comprobar evolución.

Tras tratamiento acude sin apreciar mejoría, por lo que se solicita ecografía y se remite a consulta de mama.

Ecografía de mama izquierda: masa de 8x10cm, bordes mal definidos, hipocogénica, en cuadrante inferior interno. Ante la sospecha de malignidad se realiza mamografía, biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía, ecografía axilar y abdominal, RMN y TC con contraste.

La anatomía patológica revela carcinoma ductal indiferenciado, estadio al menos IIIA, se decide tratamiento quimioterápico neoadyuvante, previo a cirugía con fines curativos

#### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma ductal poco diferenciado (CDI) de alto grado T-N1 de mama izquierda, receptores hormonales negativos, Ki 67 85-90%, Her-2negativo, estadio al menos IIIA

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patología infecciosa ( absceso, necrosis grasa...)

Patología benigna de mama ( fibroadenoma, adenoma, papiloma intraductal, mastopatía fibroquística, ectasia ductal...) Patología maligna de mama ( carcinoma lobulillar y ductal)

### COMENTARIO FINAL

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en occidente.

En los últimos años ha existido un incremento progresivo en su incidencia en mujeres menores de 40 años, por lo que es importante realizar una exhaustiva exploración en la consulta de atención primaria y derivación con ecografía ante sospecha de malignidad.

### BIBLIOGRAFÍA

- » *Oncogüia Sego 2016*
- » *Adenoma de la lactancia: diagnostico diferencial de las lesiones palpables durante el embarazo y lactancia. El-sevier. vol 46(320-3) nº5 septiembre 2004*

## 264/185. QUÉ RARO, EL RIÑÓN NO FUNCIONA

### AUTORES:

(1) E. Paños Maturana; (2) J. Ignacio Expósito; (3) J. Naranjo Muñoz.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 71 años, HTA de varios años de evolución, exfumadora desde 2007, absceso/fascitis en trocánter mayor por MRSA que precisó drenaje quirúrgico en 2012, hipertiroidismo tratado con yodo en 2012 y cataratas. Tratamiento domiciliario: Atenolol 50mg/24 horas. En analítica rutinaria para control de su HTA aparece microhematuria. Por lo que se decide nuevo control analítico pasado un mes y cultivo de orina.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, BHyP, ACR normal, TA 145/76. En analítica de rutina Hb 12g/dl, urea 41mg/dl y creatinina 1,1 mg/dl con microhematuria. En analítica de 1 mes después, Hb 10,2 g/dl, urea 69 mg/dl, creatinina 2.7 mg/dl y proteinuria de 1595, con cultivo negativo. Se decide mandar a la paciente de manera preferente a CCEE de nefrología y pedirle nuevo control de cara a la consulta. Es atendida en CCEE de nefrología 10 días mas tarde con control analítico prácticamente igual y desde allí se decide ingreso para estudio. Ya en planta se le realiza ecografía abdominal y doppler renal: Colelitiasis y posible colesterolesis vesicular; riñones de tamaño y morfología normales con IR discretamente elevados probablemente secundario a aterosclerosis vs nefropatía parenquimatosa.

También radiografía tórax: en ambos lóbulos superiores se visualizan imágenes de aumento de densidad que podrían

ser compatible con foco neumónico en evolución, serología VHC, VHB y VIH: negativo. Inmunoglobulinas normales, C3 y C4 normal. Cadenas ligeras kappa y lambda normales y por último biopsia renal con resultado de GN extracapilar pauciinmune. Desde el servicio de nefrología comenzarán a tratar a la paciente con ciclos de ciclofosfamida y esteroides, con alta y control por su parte cada 15 días y con su médico de AP semanalmente.

#### JUICIO CLÍNICO

GN extracapilar pauciinmune

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras glomerulonefritis rápidamente progresivas

Nefritis intersticial aguda.

Necrosis tubular aguda.

Hipertensión maligna.

Purpura trombocitopénica trombótica/síndrome hemolítico urémico (PTT/SHU).

Trombosis de vena renal.

#### COMENTARIO FINAL

Es importante realizar controles analíticos a los pacientes crónicos porque podemos descubrir nuevas patologías o la progresión de las que ya tienen. En el caso de aparición de hematuria micro o macroscópica debemos realizar el estudio pertinente para descartar las principales causas de la misma.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » *GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVAS*, Borja Quiroga, José Luño. *Nefrología al día* 2012;7:0.
- » *Glomerulonefritis aguda con énfasis en compromiso rápidamente progresivo* Adolfo León Castro, MD1, José Fernando Huertas, MD2, Jean Sebastián Hurtado. *Columb Med.* 2011; 42: 536-48.
- » MD2 [http://www.kidney pathology.com/GN\\_extracapilar.html](http://www.kidney pathology.com/GN_extracapilar.html)

### **264/186. EDEMA AGUDO DE PULMON MANEJO INICIAL POR MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

#### AUTORES:

(1) E. Ariza Hernández; (2) J. Arjona Jiménez; (1) M. Medina Faña.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.; (2) Médico de Familia. Hospital Antequera. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 83 años atendida en su domicilio por deterioro del nivel de conciencia sin respuesta a estímulos. Desde hacía 3 días sensación catarral, tos con incapacidad para expectorar, aumento de ortopnea y aumento progresivo de su disnea habitual, sin objetivar fiebre. Hace 2 semanas consulto a urgencias por disnea siendo dada de alta con ajuste de tratamiento. El dispositivo de cuidados críticos y

urgencias la atiende en domicilio precisando furosemina, cloruro mórfico, hidrocortisona, metilprednisolona y aplicación de mascarilla con reservorio al 100%. En urgencias continúa con tratamiento deplectivo, perfusión de nitroglicerina y ventilación mecánica no invasiva.

Antecedentes de interés: alergia amoxicilina, intolerancia IECA, HTA, Dislipemia, Cardiopatía isquémica crónica, miocardiopatía dilatada, Bloqueo Rama izquierda, Asma bronquial intrínseca, Síndrome hipoventilación obesidad oxígeno domiciliario 18 horas. Tratamiento: NTG, AAS, Losartan, carvedilol, simvastatina, spiriva, ipratropio, omeprazol, torasemida.

Ingresada en 1995 por edema agudo de pulmón secundario a angor inestable.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 203/110 FC 99 lpm SaO<sub>2</sub> con FiO<sub>2</sub> 100% 98% BMT 293 Mal estado general, mucosas secas, palidez mucocutánea, lívidos generalizados. No respuesta a estímulos vigorosos.

ACR apagados, marcada hipoventilación global con sibilancias espiratorias aisladas. MMII edemas bilaterales.

Tras el tratamiento mejoría del estado, eupneica y sin trabajo respiratorio. Glasgow 14/15 sin apreciarse focalidad neurológica. TA 150/70 FC 88 lpm, SaO<sub>2</sub> con FiO<sub>2</sub> 50% 98% Hemograma leucocitos 12.100 N68% L17% sin anemia. Bioquímica: glucosa 274 troponina negativa, PCR 0.91 Filtro glomerular 52. Gasometría arterial: pH 7.35 pO<sub>2</sub> 223 pCO<sub>2</sub> 48 HCO<sub>3</sub> 28 EB-5.7 lactato 12 EKG RS 93 lpm BIRD QS V1 V2 pobre crecimiento R en precordiales Rx torax cardiomegalia, hilos congestivos, redistribución vascular, pinzamiento seno costofrénico izquierdo. No evidencia infiltrados. Control gasométrico pH 7.35 pO<sub>2</sub> 35.6 pCO<sub>2</sub> 51.2 HCO<sub>3</sub> 28 lactato 10

#### JUICIO CLÍNICO

Insuficiencia Respiratoria Aguda Global. Encefalopatía Hipercapnica. Edema Agudo de Pulmón. Emergencia Hipertensiva.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ICTUS. Broncoaspiración. Cardiopatía Isquémica. TEP

#### COMENTARIO FINAL

La insuficiencia respiratoria es consecuencia de múltiples procesos no siempre respiratorios. Es un cuadro sindrómico, tras su diagnóstico se debe investigar la causa que la produce, pues condiciona el tratamiento y pronóstico. La ventilación mecánica no invasiva ha demostrado disminuir mortalidad y necesidad de intubación, esto se traduce de forma precoz en la mejoría de parámetros respiratorios e intercambio de gases. Se considera estándar de tratamiento y la magnitud de sus beneficios es muy amplia en quienes esté indicado. Son los médicos de atención primaria y de dispositivos de urgencias quienes realizan el primer contacto. El manejo inicial y enfoque según anamnesis y exploración física son de vital importancia. Debemos estar debidamente entrenados para atender adecuadamente en domicilio y en urgencias con las herramientas que disponemos.



**BIBLIOGRAFÍA**

- » Collins S, Storrow A, Kirk J, Pang P, Diecks D, Gheorghia-de M. *Beyond pulmonary edema: diagnostic, risk stratification, and treatment challenges of acute heart failure management in the emergency department.* Ann Emerg Med. 2008;51:45-57.
- » Ayuso-Baptista F, Jiménez-Moral G, Fonseca del Pozo JF. *Manejo de la insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva en urgencias y emergencias.* Emergencias. 2009;21:189-202.
- » Roca O, Riera J, Torres F, Masclans JR. *High-flow therapy in acute respiratory failure.* Respir Care. 2010;55:408-13.

## 264/187. NO ES SOLO UN DOLOR TORÁCICO. LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR EL PROBLEMA

**AUTORES:**

(1) R. Rodríguez Ruiz; (2) C. Ramírez Martín; (3) M. Jiménez Sola.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Pulpí. Almería.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 48 años. AP: Fumador de 10 paq-año. Enfoque familiar y comunitario: activo, plena autonomía funcional, vive con su mujer y sus 3 hijos. Natural de Nador, en España desde hace 3 meses. Acude por primera vez a la consulta de AP refiriendo dolor en gemelo y mano derechos, atraumáticos, y dolor en región pectoral derecha. Relacionaba los síntomas con un catarro. Describía dolor torácico de baja intensidad y perfil mecánico de semanas de evolución. EF sin hallazgos, se solicitan Rx Tórax, ECG y AS, se pauta analgesia y se cita de nuevo para resultados. A los 3 días, ante Rx patológica, se remite a Urgencias. En anamnesis completa identificamos otros problemas que no se manifestaron en un primer momento; el paciente presentaba además astenia, anorexia y pérdida de peso junto con torpeza motora en hemicuerpo derecho.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Mediano estado general, delgado, eupneico, consciente y orientado, coloración normal de piel y mucosas, bien hidratado y perfundido. ACR: rítmico sin soplos ni extra-tonos. Hipoventilación generalizada con algún roncus en plano anterior derecho. ORL no se objetiva masa. No adenopatías periféricas. Abdomen anodino. Neurológico: hemiparesia izq 4+/5, resto normal.

Rx Tx: Masa en mediastino posterior de 9x10 cm, a estudio. AS (AP): HG leucocitos 18.340 (58.4% N, 15.7% L), hemoglobina 11.2 g/dl, VCM 75.2 fL, plaquetas 333.000. BQ: Glu 85, Cr 0.7, FG 111, ácido úrico, perfil hepático y lipídico normales, Ca 8.3, Na 136, K 4.5, Cl 98, PCR 69.3, ferritina 203. TC Cráneo: LOES supratentoriales a nivel frontal derecho, parietal izquierdo y núcleos de la base derechos.

TC Tórax: masa en segmentos apical y posterior del lóbulo superior derecho de contenido heterogéneo que se introduce en mediastino de 10x9x9cm. Contacta ampliamente con pared costal posterior y columna. Enfisema paraseptal bilateral de predominio en lobulillos superiores. Adenopatías hiliares derechas (paratraqueales y subcarínicas). TC Abdomen normal. Fibrobroncoscopia y Anatomía Patológica: Ca Pulmon microcítico

**JUICIO CLÍNICO**

Neoplasia de Pulmón estadio IV

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Causas osteomusculares (ostecondritis esternocostal, traumatismos y sobreesfuerzos, fracturas costales, etc), herpes zóster, cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar

**COMENTARIO FINAL**

Es fundamental averiguar el verdadero motivo de consulta del paciente y realizar una buena anamnesis y exploración clínica para poder realizar un manejo adecuado. En este caso, dos factores entorpecieron el primer contacto con el paciente: el primero, la barrera idiomática, el segundo, no haber identificado los verdaderos problemas del paciente para enfocarlo correctamente con los síntomas guía. Es importante no dejarnos llevar sólo por la patología que comenta el paciente, sino indagar en la historia clínica y apoyarnos en las pruebas complementarias de las que disponemos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. *Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines.* Chest 2013; 143:e142S.
- » Mohammed N, Kestin LL, Grills IS, et al. *Rapid disease progression with delay in treatment of non-small-cell lung cancer.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 79:466.

## 264/188. DOCTORA ESTE TRATAMIENTO NO FUNCIONA

**AUTORES:**

(1) C. Ramírez Martín; (2) I. Palomino Cobo; (3) S. López Mesa; (4) R. Rodríguez Ruiz.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Fuengirola. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer 51 años, antecedentes personales: celiaquía, poliquistosis hepática y síndrome depresivo. Tratamiento

habitual: Paroxetina 20mg/24hrs y estradiol 1mg/noretisterona 0.5mg/24hrs. Acude a su médico de atención primaria por no encontrar mejoría con el tratamiento anti-depresivo pautado hace 2 meses. Además, presenta mayor astenia, somnolencia y falta de concentración, refiere que se siente “lenta”, y que ha ido aumentando en el último mes. No otra sintomatología asociada.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física presentaba TA 130/60mmHg, FC 64lpm, afebril, eupneica. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, consciente y orientada, bradisíquica, resto de exploración neurológica normal. Auscultación cardiorespiratoria sin hallazgos. No edemas. Se solicita analítica de sangre: Hemograma normal, Glucosa 86, creatinina 0.52, Sodio 112, potasio 5.3, ácido úrico 1.2, Proteínas totales 6.2, Triglicéridos 49, colesterol 157, Vitamina B12 287, folato 8, TSH 1.0, resto normal. Ante el resultado de hiponatremia grave se deriva a urgencias para tratamiento y completar diagnóstico de la misma: Osmolaridad en suero 238, sodio en orina 103, osmolaridad orina 729, ADH 3. Rx tórax, ECG y TAC craneal normales.

#### JUICIO CLÍNICO

Hiponatremia hipoosmolar euvolémica en relación a la toma de paroxetina

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiponatremia:

Isoosmolar (hiperlipemia, hiperproteinemia),  
Hiperosmolar (manitol, contrastes radiológicos),  
Hipoosmolar hipervolémico (cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal) o  
Hipoosmolar hipovolémica-euvolémica (polidipsia psicógena, pérdidas gastrointestinales, Hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, SIADH -de causa oncológica, neurológica, neumológica, farmacológica, postquirúrgica-)

#### COMENTARIO FINAL

La hiponatremia es un trastorno frecuente y potencialmente grave donde una historia clínica detallada puede dar las claves para el diagnóstico, principalmente basándonos en el estado de hidratación y el sodio urinario. Resulta esencial incluir los fármacos en este diagnóstico diferencial, dado que de entre los agentes etiológicos son causa conocida y frecuente de SIADH. En el caso que nos ocupa, dado el amplio uso de los ISRS en la población es importante considerar la hiponatremia como un efecto adverso previsible y reversible que podemos abordar desde el ámbito de la atención primaria, dado que tanto su diagnóstico como su manejo terapéutico suelen ser poco complejos y al alcance de nuestro ámbito asistencial.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L, Baena Delgado E. Hiponatremia. En Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2015. p 488-492
- » Marco Martínez J, Zapatero Gavira A. La hiponatremia: un compañero ignorado. *Med Clin (Barc)*.2012; 139(3):107-108

- » Pedrós C, Arnau JM. Hiponatremia y SIADH por medicamentos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45(4):229-231

## 264/191. NO TODO SON DOLORES MUSCULARES

#### AUTORES:

- (1) Y. Sow Lanzas; (2) M. Rodríguez Ordóñez; (3) E. Guzmán Quesada; (4) M. Gómez Sabaleta.

#### CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Málaga.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.; (4) Médico Residente de (3) er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Vida activa. Trabaja como ama de casa. Sin antecedentes personales de interés.

Acude a la consulta por un dolor costal derecho, no irradiado, sin traumatismo previo. El dolor presenta características mecánicas y lo atribuye a sobre esfuerzo realizado días previos. Niega otra sintomatología

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración palpación dolorosa en región del 6º espacio intercostal. No se aprecia deformidad ni crepitación. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible. Sin signos de irritación peritoneal.

##### Evolución

Dos semanas después acude de nuevo a la consulta. Muy afectada por el dolor. Explica que tuvo que acudir al servicio de Urgencias por no poder controlar el dolor en su domicilio. Allí realizaron radiografía de tórax sin hallazgos patológicos y fue vista por traumatología de guardia quien ante la persistencia de la clínica prescribió analgesia más potente y planteó como posibilidad diagnóstica un Síndrome de Tietze. Se solicitó cita en consultas externas.

Las características del dolor han cambiado. No cede con el reposo y se irradia hacia la parte baja de la parrilla costal derecha. Al reexplorar presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Niega fiebre ni síntomas digestivos. Solicitamos ecografía abdominal con carácter preferente y analítica completa.

Al acudir a por los resultados analíticos (dentro de la normalidad) la paciente presenta regular estado general, muy afectada por el dolor, y cuenta dos asistencias más en Urgencias por dolor no controlado. En esas dos asistencias realizaron de nuevo radiografías de tórax siendo estas normales y adelantaron cita con traumatología.

Ante esta situación derivamos a la paciente de nuevo a urgencias con un informe solicitando la realización de ecografía de manera urgente para descartar un proceso abdominal. La paciente acude a Urgencias y se realiza una ecografía abdominal y queda ingresada para estudio de LOEs hepáticas.

Tras estudio, se diagnostica de Adenocarcinoma de páncreas estadio IV. Actualmente se encuentra en tratamiento paliativo.

#### JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma de páncreas estadio IV

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor muscular

Síndrome de Tietze

#### COMENTARIO FINAL

Es importante establecer un correcto diagnóstico diferencial ante un dolor que puede parecer osteomuscular, pero que sigue una evolución tórpida. Esta paciente fue diagnosticada erróneamente de un síndrome infrecuente, que aunque al principio podría corresponderse con el cuadro, no podríamos encajar en él los síntomas que se sucedieron. Ante una situación así, se deben descartar otros procesos graves y no adelantar un diagnóstico que en la mayoría de las ocasiones se produce por descarte, cuando no se han realizado todas las pruebas complementarias adecuadas.

En este caso, el cáncer que padecía la paciente y en el estadio en el que se encontraba, no admitía opciones terapéuticas ya que el pronóstico de esta enfermedad es malo, pero ante un paciente con dolor en forma de neuralgia intercostal baja resistente al tratamiento hay que explorar el abdomen.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *Turney Laurence M, Mcphee Stephen J, Papadakis Maxime A. Tumores de intestino delgado. En: Diagnóstico clínico y tratamiento. 41 ed. México: El Manual Moderno; 2006. p. 532-3.*

## 264/217. ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?

#### AUTORES:

(1) M. Bernal Hinojosa; (2) J. Garrido Gonzalez; (3) B. García Gollonet; (4) J. Cano García; (5) E. Espinola Coll.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (2) Enfermero. Hospital El Ángel. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos conocidos. Procedente de Nigeria, en situación de asilo político en España. Ha pasado por numerosos países en su trayecto hasta España, como Italia, Francia o Libia. Acude a consulta por cuadro de tos seca de 1 semana de evolución, sin fiebre ni expectoración. Además, congestión nasal y sensación de artromialgias generalizadas. Niega otra sintomatología.

En su historia, dificultada por la barrera idiomática, refiere hacinamiento durante el viaje y dudosa explotación sexual.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo y con la conversación. Afebril. Orofaringe hiperémica, sin placas ni exudados. No adenopatías. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos, buena ventilación bilateral sin ruidos respiratorios patológicos asociados. Abdomen anodino. No edemas de miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda ni superficial.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre normal, salvo Hb 11.9; Serología: no se detecta antígeno virus hepatitis B, no se detecta anticuerpos virus hepatitis C, VIH, treponema pallidum o IgM de herpes tipo 1 y 2. Se detecta anticuerpos IgG de herpes tipo 1 y 2; Mantoux positivo; Radiografía de tórax normal; baciloscopia negativa.

#### JUICIO CLÍNICO

Dudoso contacto tuberculosis. Población de riesgo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

infección respiratoria, síndrome gripal, hiperreactividad bronquial, tuberculosis

#### COMENTARIO FINAL

Este caso ha supuesto un reto en nuestra consulta de atención primaria. Al tratarse de una paciente en situación de solicitud de asilo político en España, se encuentra bajo tutela de una ONG. Habitualmente, y debido a las dificultades idiomáticas, acude a consulta acompañada por personal de dicha ONG, pero en ocasiones acude sola, por lo que la comunicación se ve dificultada.

Desde la llegada de este tipo de pacientes, se deben realizar pruebas complementarias para comprobar su estado de salud. Pero dichas pruebas no están recogidas en ningún protocolo, por lo que no a todos se realizan las mismas pruebas ni las más adecuadas. En este caso, con la posible historia de abuso sexual y las condiciones higiénicas en las que vivió la paciente, decidimos realizar una amplia batería de pruebas.

En el caso de la paciente, que tuvo Mantoux positivo y radiografía y baciloscopia negativas, debíamos realizar quimioprofilaxis secundaria de la tuberculosis. En esta ocasión, la paciente acudió sola a la consulta, por lo que fue muy difícil explicar la necesidad de tratamiento profiláctico ante ausencia de enfermedad. La paciente no entendía la necesidad de iniciar dicho tratamiento, y mostró reticencias a tomar el tratamiento por 6 meses pese a no estar enferma, por lo que indicamos acudir con personal de la ONG para explicar la situación.

La población migrante tiene características específicas por su condición y derivadas de sus vivencias previas. Y en muchos casos no podemos cambiar esas costumbres.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *Recomendaciones Separ. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Grupo de trabajo del área Tir de Separ. Archivos de Bronconeumología. Volume 38, Issue 9, 2002, Pages 441-45.*

## 264/218. CUANDO LOS DIURÉTICOS EMPEORAN LOS EDEMAS

### AUTORES:

(1) A. Hidalgo Rodríguez; (2) M. Leal Lobato; (3) C. Rivilla Doce; (4) M. Mené Llorente; (5) J. Aguirre Rodríguez; (5) M. De Cruz Benayas.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáy. Granada.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chana. Granada.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años hipertenso y diabético que acude a consulta para revisión y control de sus cifras de tensión arterial.

El paciente es hipertenso y diabético, y realiza tratamiento con Enalapril/HCTZ y Gliclazida.

Acudió 2 semanas antes por edemas maleolares, por lo que se añadió furosemida a su tratamiento habitual.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Nos muestra controles tensionales en torno a 145/80mmHg y apreciamos leve mejoría de edemas maleolares con fóvea +/-/++++. El resto de la exploración (incluyendo auscultación cardiorespiratoria y palpación abdominal) es normal, por lo que se recomienda mantener medicación y regresar tras 2 semanas.

En la siguiente consulta, la TA es de 160/90mmHg y los edemas empeoran extendiéndose hasta rodillas con fóvea ++/++++, por lo que se decide realizar una analítica (pensando en patología renal, suprarrenal o hepática), un TC abdomen (para descartar patología obstructiva) e intensificar el tratamiento diurético aumentando la dosis.

Posteriormente, la analítica resulta anodina, y los edemas continúan empeorando (alcanzan muslos y presenta fóvea +++/++++). En este momento el TC describe una masa pancreática irregular de gran tamaño que infiltra y comprime estructuras vasculares y órganos adyacentes.

Ante la sospecha de patología neoplásica evolucionada, se deriva a Digestivo, quien realiza ecoendoscopia y PAAF, realizando el diagnóstico de pancreatitis autoinmune crónica e iniciando tratamiento con corticoides que consigue reducir hasta un 90% la masa pancreática.

#### JUICIO CLÍNICO

Pancreatitis autoinmune crónica

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma de páncreas, reacción adversa a medicamentos, síndrome nefrótico, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, hiperaldosteronismo.

### COMENTARIO FINAL

La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica que afecta al páncreas y a otros órganos como los conductos biliares, las glándulas salivares, el retroperitoneo y los nódulos linfáticos.

Como criterios diagnósticos destacan: aumento difuso del páncreas (con estenosis irregular difusa o segmentaria del conducto pancreático principal), aumento de IgG4 o autoanticuerpos, o presencia de infiltración linfoplasmocitaria y fibrosis en el páncreas.

Tanto la función pancreática como los hallazgos morfológicos son reversibles con el tratamiento esteroideo a dosis altas y presentan muy buen pronóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

» Okazaki K, Uchida K, Kukui T. Recent advances in autoimmune pancreatitis: concept, diagnosis, and pathogenesis. *J Gastroenterol.* 2008;43:409-18.

## 264/219. PARESTESIAS EN MIEMBROS, DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

### AUTORES:

J. Andrés Vera; R. Hurtado Soriano; E. Frutos Hidalgo.

### CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años sin antecedentes personales de interés. Ex fumadora de 4-5 cigarrillos/día desde hace 6 años y sin hábitos tóxicos. Como antecedentes quirúrgicos amigdalectomía y adenoidectomía.

La paciente acude a consulta por presentar parestesias y pérdida de fuerza en los miembros superiores de meses de evolución que se auto limita con cambios posturales y que no mejoraba a tratamiento con pregabalina 75 mgr/12 horas ni con gabapentina 300 mgr/24 h. Empeoramiento vespertino. No pérdida de peso ni astenia.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Normotensa, normo coloreada, afebril, eupneica. Auscultación normal. Exploración neurológica: Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Protruye lengua sin amiotrofias, eleva velo de paladar. Balance motor (dcho/izq): abducción hombros 5/5, flexión y extensión codo 5/5, extensión carpo 5/5, extensión dedos mano -4/-4, flexión dedos mano 5/5, aducción mano 0/2 y abducción mano 0/2. Sensibilidad conservada. En Miembros inferiores exploración sin alteración. Reflejos musculoesqueléticos exaltados de forma generalizada con aumento del área. Hofmann positivo bilateral. Clonus Aquileo bilateral inagotable. Amiotrofia de PID derecho y APB bilateral.

-Hemograma y bioquímica rutinaria con valores en rango. Marcadores tumorales y proteinograma normal. Anticuerpos: p-ANCA 1/130, ANA y anti-DNA negativos. Serología: VIH, VHC y VHB negativos.

-Estudio de LCR: 5 leucocitos con glucosa, proteínas y ADA normal con cultivo y serología negativa.

-RM cerebral: tenue hiperintensidad de señal en T2 y en Flair que afecta de forma bilateral a brazos posteriores de cápsulas internas con extensión a pedúnculos cerebrales y más leve hacia el área precentral bilateral, lo que sugiere alteración de la señal bilateral de la vía corticoespinal. No captación del contraste.

-ENG-EMG: conducciones motoras y sensitivas normales, estudio de aguja con actividad espontánea en reposo en forma de fasciculaciones, fibrilaciones y ondas positivas en todos los músculos explorados con patrones de reclutamiento interferenciales.

#### JUICIO CLÍNICO

ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mielopatía por radiación. Hiperparatiroidismo. VIH. Sífilis.

#### COMENTARIO FINAL

La ELA es una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico. El diagnóstico se produce con el examen clínico y tras realizar diferentes pruebas diagnósticas que descarten otras enfermedades. No existen pruebas específicas ni marcadores biológicos que confirmen el diagnóstico.

En casos como este de difícil diagnóstico la Atención Primaria es fundamental para llevar un seguimiento y ver evolución de la enfermedad puesto que disponemos de una visión a lo largo del tiempo del paciente acompañando al paciente en la evolución de la enfermedad, desde la aparición de los primeros síntomas hasta los cuidados paliativos puesto que es una enfermedad que en el día de hoy no tiene cura.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » J. Berciano, J.J. Zarranz, J.M. Polo. *Enfermedad degenerativa espinal y espinocerebelosas*.
- » *Neurología*, 3.a ed., pp. 689-695
- » A.J. Da Rocha, A.S. Oliveira, R.B. Fonseca, A.C. Maia Jr., R.P. Buainain, H.M. Lederman. *Detection of corticospinal tract compromise in amyotrophic lateral sclerosis with brain MR imaging: relevance of the T1-weighted spin-echo magnetization transfer contrast sequence*. *AJNR Am J Neuroradiol.*, 25 (2004), pp. 1509-151.
- » B.R. Brooks, R.G. Miller, M. Swash, T.L. Munsat. *El Escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis*. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord.*, 1 (2000), pp. 293-299.
- » 2. Mohammed N, Kestin LL, Grills IS, et al. *Rapid disease progression with delay in treatment of non-small-cell lung cancer*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 79:466.



## CASOS CLÍNICOS

### CASOS CLÍNICOS PÓSTER MÉDICO RESIDENTE

#### 264/11. CLÍNICA SIMULADORA: ICTUS VERSUS HIPOGLUCEMIA

##### AUTORES:

(1) V. Correa Gómez; (2) G. Oualy Ayach Hadra.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén; (2) Residente de 2º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

##### RESUMEN:

###### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Aviso a domicilio a Médico de Familia. Motivo de consulta malestar general. Mujer de 78 años, alérgica a Metamizol con antecedentes personales de diabetes, demencia frontotemporal y Parkinson. En tratamiento con Glimepiride, Levodopa/Carbidopa y Rivastigmina. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria y vida cama-cama. Viuda. Los cuidadores principales son un hijo, que vive en mismo domicilio, y una hija.

La mujer no colabora en la anamnesis, un hijo informa que desde anoche la han notado inquieta y con malestar general por lo que decidieron pedir cita con su médico de familia. Últimamente está comiendo menos, se niega a realizar ingesta alguna, y hoy no ha desayunado. Desde hace media hora presenta desconexión del medio junto a mirada fija y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En exploración neurológica se aprecia mirada fija y pérdida total de fuerza de hemicuerpo izquierdo. No hay desviación de la comisura bucal. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Se toman las constantes descubriéndose una glucemia capilar de 35 mg/dL.

##### JUICIO CLÍNICO

Se diagnóstica de hipoglucemia y rápidamente se comienza a tratar con azúcar disuelta en agua administrada por una jeringa y se traslada a centro hospitalario para administrar suero glucosado al 10%. Tras la administración: glucemia 182 mg/dL, moviliza las 4 extremidades y la exploración neurológica es normal. Se investiga sobre la toma de antidiabéticos orales (ADO) para mantener en observación realizando controles glucémicos periódicos durante su tiempo de acción; la última toma de Glimepiride fue ayer tarde y tiene una vida de 24 horas.

##### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La primera sospecha ante la presencia de esa clínica es la de un ictus cerebral, pero rápidamente se descarta al tomar las constantes. Sorprende como una hipoglucemia puede dar una clínica neurológica que simule tan bien un ictus.

##### COMENTARIO FINAL

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de los diabéticos, a causa de un desequilibrio entre tratamiento antidiabético y el aporte calórico o ejercicio físico. Puede dar lugar tanto a síntomas adrenérgicos y colinérgicos, como neurológicos, con la aparición de focalidad neurológica.

En los casos de pacientes diabéticos con mínima actividad física e ingesta alimentaria, debido a enfermedades incapacitantes, hay que replantearse la necesidad de mantener tratamiento antidiabético ante el riesgo de hipoglucemias.

##### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Caballero-Corchuelo J. Efectos neurológicos de la hipoglucemia en el paciente diabético. *Revista Neurología*; 2016;63:262-268
- » 2. Mezquita-Raya P. et al. Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Documento de posicionamiento: evaluación y manejo de la hipoglucemia en el paciente con diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* (2013);60(9):517.e1-517.e18

#### 264/15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES

##### AUTORES:

(1) M. Real Campaña; (2) M. Vega Calvellido; (3) P. Vélez Molina; (4) T. Martín Acedo; (5) P. Martín Marcuatu; (6) V. López Romero; (7) M. Mellado Fernandez.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz.; (2) Médico. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; (3) Médico. Centro de Salud Doctor Federico Rubio. Cádiz.; (4) Médico. Centro de salud. Ribera del Muelle. Cádiz.; (5) Médico. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; (6) Médico. Centro de salud. Ribera del muelle. Cádiz.; (7) Médico. Centro de Salud Casines. Cádiz.

##### RESUMEN:

###### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 84 años con antecedentes de hipercolesterolemia sin conocerse diabética, hipertensa o cardiopata. Nunca ha sido fumadora. No bebedora. Intervenida de cataratas e histerectomía con doble anexectomía hace años (mioma).

Acude con su hija a consulta de su CS por presentar alucinaciones. Refiere que escucha a su vecina llorar, que nota la presencia de personas que la espían y comenta que tiene acúfenos. Su médico de AP la deriva a USM para valoración donde el psiquiatra le solicita una RMN craneal para descartar patología orgánica apreciándose una lesión en calota frontal de carácter agresivo y la deriva a Sº de Neurología para estudio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Exploración psicopatológica inicial: COC. BEG. Buen contacto. No déficits cognitivos de entidad. Al inicio con actitud minimizadora, luego se centra en una temática delirante persecutoria, relacionada con los vecinos. Con cierta repercusión afectiva y conductual cuando se enfrenta a estos, oscilación del nivel de crítica. Puede pasar a un segundo plano cuando está acompañada de sus familiares. En consulta se muestra bien de ánimo, no repercusión emocional, pero sí describe el delirio con detalle, estructurado. Sin datos sugestivos de personalidad premórbida paranoide. RMN craneal: Se identifica a nivel de la calota frontoparietal derecha una gran masa con grosor máximo de 3 cm. Existe un engrosamiento y aspecto heterogéneo de la calota, con contorno regular, y mal definido, de ambas tablas corticales. Existe un aparente componente de partes blandas extracraneales que representa la mitad del espesor de la zona lesional, con baja intensidad de señal en todas las secuencias y que se diferencia con dificultad de la cortical externa ósea. También existe un componente intracraneal de 5mm de grosor, por dentro de la tabla interna, en contacto amplio con lóbulo frontal sin plano de diferenciación claro, posiblemente con introducción por algún surco y de forma más clara por la cisura interhemisférica. Produce una moderada impronta, con aplanamiento de contorno y de surcos de lóbulo frontal.

Exploración neurológica: Dudoso signo de Brudzinski. Lenguaje sin disartria, coherente pero algo verborreica explicando su delirio. Déficit campimétrico altitudinal superior bilateral. Pupilas, resto de pares, balance motor (5/5), plantares (flexores), táctil y cinestesia, índice-nariz, marcha, tándem, Romberg, mingazzini, normales. Discretísima claudicación dereechea en la maniobra de Mingazzini. corrección de dos pasos en el empujón. Corazón rítmico y con soplo II/IV, irradiado bilateralmente a cuello.

**JUICIO CLÍNICO**

- Lesión ocupante de espacio en calota frontal derecha, con afectación de tejido cerebral adyacente, de etiología no aclarada.
- Déficit campimétrico altitudinal superior.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Meningioma de comportamiento agresivo, intraóseo o en placa.
- Plasmocitoma
- MTX
- Displasia fibrosa
- Enfermedad de Paget

**COMENTARIO FINAL**

A día de hoy se encuentran pendiente de pruebas complementarias (RMN craneal con contraste, TAC toracoabdominal y marcadores tumorales)

En este caso clínico podemos ver la importancia que tiene realizar un amplio diagnóstico diferencial en el que se incluya patología orgánica cuando atendemos a un paciente que presenta manifestaciones psicopatológicas.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Pichot, P. (1995). *DSM-IV. 1st ed. Barcelona: Masson, S.A.*

- » 2. Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología. 1st ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.*

**264/16. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL.****AUTORES:**

- (1) M. Real Campaña; (2) M. Vega Calvellido; (3) P. Martín Marcuatu; (3) S. Gómez Rodríguez; (4) V. López Romero; (5) T. Martín Acedo.

**CENTRO DE TRABAJO:**

- (1) Residente de 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Cádiz.; (2) Médico. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; (3) Médico. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.; (4) Médico. Centro de salud. Ribera del muelle. Cádiz.; (5) Médico. Centro de salud. Ribera del Muelle. Cádiz.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés que acude a Sº de Urgencias por dolor difuso abdominal, distensión abdominal y febrícula de 2 meses de evolución. El paciente comenta que tras haber probado tratamientos como IBP, analgésicos y procinéticos que su MAP le ha pautado no ha encontrado mejoría.

A na exploración se observan adenopatías laterocervicales y hepatoesplenomegalia, se le realiza analítica y rx de abdomen y se cursa ingreso en Medicina Interna para estudio. Durante ingreso se presenta distensión abdominal con abdomen muy distendido y empastado, con hepato y esplenomegalia en progresión, con sintomatología B acompañante que evoluciona hacia rotura esplénica y hemo-peritoneo y se ingresa en UCI.

El paciente evoluciona favorablemente dándose de alta con idea de seguimiento de forma ambulatoria por los siguientes servicios: H. de Día quirúrgico, enfermería de enlace, nutrición, psiquiatría, medicina preventiva, hematología y Medicina Interna.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Exploración: Adenopatías laterocervicales en lado izquierdo y cerca de mastoides en derecho. Abdomen globuloso con hematoma periumbilical. Se palpa hepatomegalia y punta de bazo.
- Hemograma de Urgencias: Hte 5,74 millon/ $\mu$ L; Hb 16,9g/dL; Hto 51,6%; Nº Leucocitos \*25,600/ $\mu$ L; V. Absoluto Linfocitos \*15,77 miles/ $\mu$ L; V. Absolutos No Catalogados \*1,26 miles/ $\mu$ L; Plt \*113000/ $\mu$ L, Linfocitosis y monocitosis confirmadas. Se observan linfocitos activados.
- Bq de Urgencias: GOT \*80U/L; GGT\*238U/L. PCR y coagulación normal.
- Urocultivo negativo
- Hemocultivo negativo
- Marcadores tumorales: Ca 19,9: 41,39. B2micro:2,93.
- Perfil hormonal: TSH:5,5; FT4:1,04;
- Acs antitiroglobulina: 528; Acs. antimicrosomales: 177.5
- Serología normal.
- Mantoux neg.

- PAAF adenopatía laterocervical dcha no d<sup>a</sup>
- Inmunofenotipo de sangre periférica: Se detecta una infiltración masiva por dos población de linfocitos T con idénticas características fenotípicas aberrantes y que parece corresponder a dos estadios diferentes de maduración (CD4+ y CD4+CD8+ positiva). El estudio por CMF sugiere la clonalidad de estas poblaciones, y se completa con estudio de reordenamiento del TCR que detecta monoclonalidad. Estudio compatible con Sdme linfoproliferativo crónico T. Se revisa frotis de sangre periférica y se observa un número importante de linfocitos de talla mediana con nucleolo evidente, sospecha de prolinfocitos.
- TC tórax: Se observan adenopatías axilares bilaterales aunque presentan centro graso y un diámetro menor inferior al cm. Adenopatía de pequeño tamaño en grasa pericárdica derecha, la mayor con diámetro menor de 9 mm. Ginecomastia bilateral.
- TC abdomen: Hepatoesplenomegalia homogénea. Múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas.

#### JUICIO CLÍNICO

- Síndrome linfoproliferativo de células T.
- Rotura esplénica espontánea.
- Shock hemodinámico, secundario a hemoperitoneo.
- Ascitis quílosa.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Linfoma
- Enfermedades Inflamatorias Intestinales.
- Peritonitis
- Apendicitis

#### COMENTARIO FINAL

En este caso clínico es destacable la importancia de ingresar a un paciente con las características descritas debido al riesgo que tiene de realizar una perforación de víscera abdominal tal y como sucedió.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Harrison, T. and Fauci, A. (2009). *Principios de medicina interna. 19th ed. Mexico, etc.: McGraw-Hill Interamericana.*

## 264/17. OBSTRUCCIÓN ABDOMINAL Y DIARREA. UNA COMBINACIÓN POSIBLE.

#### AUTORES:

(1) F. Alarcón Porras; (2) M. Luna Moreno; (3) E. Rodríguez Guerrero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba.; (2) Residente de Familia. R3. Centro de Salud Ciudad Jardín Málaga.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Córdoba.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 89 años, viudo. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria con buen apoyo familiar, convive

con un hijo. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad de Parkinson, Hiperplasia Benigna de Próstata, Fibrilación auricular. No hábitos tóxicos. Tratamiento: metformina 850mg/12, Glimepirida 4mg/24h, Rasagilina mesilato 1mg/24h, Rivaroxaban 10mg/24h, Digoxina 0,25mg, Omeprazol 20mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Hierro oral, Haloperidol. Avisan al servicio de Urgencias de Atención Primaria por náuseas y malestar general de horas de evolución. El paciente presentaba diarrea de 2 semanas de evolución que en las últimas horas se había vuelto acuosa de escasa cuantía y acompañado de distensión abdominal.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Eupneico en reposo. Consciente, orientado y alerta. Correcta hidratación de piel y mucosas. Pulsos normales. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos arrítmicos sin otros hallazgos. Abdomen blando y depresible, algo distendido, sin masas ni megalias. Dudoso sonido metálico a la auscultación. Normotenso. No fiebre. Se administró metoclopramida intramuscular en su domicilio. Se recomienda observación domiciliar y ante empeoramiento o signos de alarma volver a consultar. Acude a urgencias hospitalarias dos días después con vómitos y mala tolerancia oral, realizándose las siguientes pruebas complementarias.

- Análisis de sangre en urgencias: Hb 10.3 g/dL, V.C.M. 73 fL, Plaquetas 418.000, Leucocitos 5.940, Glucosa 283 mg/dL, Urea 56 mg/dL, Creatinina 0.90 mg/dL, Sodio 140 mmol/L, Potasio 2.4 mmol/L, AST 13 U/L, Amilasa 31 U/L, CK 33 UI/L, LDH 157 U/L
- Radiografía de abdomen anteroposterior y en decúbito lateral con rayo horizontal: se observa retención de gran cantidad de gas en intestino delgado y colon con asas uniformemente dilatadas y presencia generalizada de niveles hidroaéreos.

Ante la situación clínica y las pruebas realizadas, se sospecha cuadro suboclusivo intestinal, por lo que se aplica sonda rectal descompresiva, obteniéndose dos bolsas de gas y heces líquidas. Se decide ingreso hospitalario para continuar con tratamiento y reposición de potasio.

#### JUICIO CLÍNICO

Íleo paralítico secundario a hipopotasemia.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis aguda, Isquemia mesentérica aguda, obstrucción intestinal.

#### COMENTARIO FINAL

El dolor abdominal, la distensión y las náuseas/vómitos son los síntomas más habituales que definen la existencia de un síndrome oclusivo intestinal. Con frecuencia ante la presencia de diarrea no se tiene en cuenta la posibilidad de íleo paralítico, si bien una causa frecuente del mismo es la hipopotasemia, a su vez causada por las pérdidas hidroelectrolíticas propias de los cuadros eméticos y diarréicos agudos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Maroto N, Garrigues V. Oclusión y pseudooclusión intestinal. En: Montoro MA, García Pagán JC. *Gastroenterología*

y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª ed. Madrid: Jarpay; 2012. p. 373-82.

- » 2. Palomar Alguacil V, Jiménez Murillo L, Palomar Muñoz MC, De Burgos Marín J, Montero Pérez FJ. Obstrucción intestinal. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 321-23.
- » 3. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. Angiología. 2015; 67 (2): 133-9.

## 264/20. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL SECUNDARIA A LA TOMA DE METFORMINA

### AUTORES:

A. Mateos Fajardo; I. Pena Sánchez; M. Muñoz Fernández.

### CENTRO DE TRABAJO:

Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 70 años, acude por sensación disnea desde hace unos 10 días, que ha ido aumentando progresivamente hasta presentarse a moderados esfuerzos y al subir 3-4 tramos de escaleras. Tos seca matutina de forma esporádica. No síntomas catarrales en días previos. No fiebre. No dolor precordial, palpitaciones, ni cortejo vegetativo. No disnea de reposo ni ortopnea. No recorte de la diuresis. Nicturia de unas 4 veces.

AP: No RAMc. Ex-fumador de 20 paq/año hace 19 años. DM tipo 2. Colelitiasis. Fractura de peroné.

Tratamiento: Metformina 850mg/8h. Omeprazol 20mg/24h. Tranxilium 5mg/24h.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, no trabajo respiratorio, BCPyM. Afebril

AC: tonos rítmicos y puros a buena frecuencia, no se aprecian soplos.

AP: mvc con crepitantes basales bilaterales

SatO<sub>2</sub>: 95-96%

MMIs: sin edemas ni otros hallazgos

Resto de la exploración anodina.

Se deriva a Hospital para valoración en S. Urgencias.

Se realiza Hemograma, Bioquímica, Coagulación dentro de la normalidad.

Rx Tórax: silueta cardiaca conservada, no cardiomegalia. Patrón intersticial con ligero predominio en LLSS.

Continua estudio de posible Enfermedad Pulmonar Intersticial a través de CCEE. En una de las consultas, tras recibir hallazgos de TAC-Tórax se decide cursar ingreso en planta.

TAC tórax: Extenso patrón bilateral de áreas de discreto aumento de densidad en vidrio deslustrado, de distribución parcheada, discretos engrosamientos pleuroparenquimatosos, engrosamiento septal interlobulillar, tractos fibrocicatriciales posterobasales bilaterales. Granulomas hepáticos calcificados. Colelitiasis.

Marcadores tumorales y Auto-AC negativos.

Broncoscopia: sin hallazgos relevantes

Biopsia transbronquial: moderador cambios inflamatorios crónicos inespecíficos.

Durante su ingreso el paciente refiere haber abandonado la medicación para el azúcar, notando gran mejoría clínica.

### JUICIO CLÍNICO

Epid a filiar. posible neumonitis por sensibilidad a metformina.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Disnea de aparición reciente, Crepitantes basales, Patrón intersticial bilateral.

Otras Enfermedades Pulmonares de patrón intersticial  
Insuficiencia Cardíaca

TEP

Neumonía

Derrame

### COMENTARIO FINAL

En consulta de revisión, tras retirada de Metformina el paciente se encuentra asintomático. En Rx de tórax de control persiste patrón intersticial por lo que se decide iniciar terapia con corticoides sistémicos.

En la actualidad el paciente continúa asintomático, ha finalizado tratamiento esteroideo.

Precisó inicio de insulinoterapia por mal control glucémico y mala adherencia a ADO desde alta hospitalaria.

El pulmón es uno de los órganos que con mayor frecuencia puede ser afectado por las reacciones adversas o toxicidad secundaria de cualquier fármaco. La lista de fármacos que pueden provocar lesiones pulmonares es muy extensa. En la mayoría de las ocasiones, pueden tratarse o prevenirse con la supresión del fármaco.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Douglass JA, Sandrini A, Holgate ST, O'Hehir RE. Allergic bronchopulmonary aspergillosis and hypersensitivity pneumonitis. In: Adkinson NF, Bochner BS, Burks W, et al, eds. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 61.
- » 2. Patterson KC, Rose CS. Hypersensitivity pneumonitis. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 64.

## 264/27. INFECCIÓN RESPIRATORIA PERSISTENTE COMO DEBUT DE POLIARTERITIS NODOSA

### AUTORES:

(1) R. Reina González; (2) C. Gómez Sanchez-Lafuente; (3) M. Gutiérrez Jansen; (4) L. Ginel Mendoza.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.



**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Hombre de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo I, exfumador de 40 paquetes/año. Acude a consulta de Atención Primaria por fiebre, tos y expectoración de una semana de evolución, sin hemoptisis. Se asocia a astenia y disnea de moderados esfuerzos desde hace meses, con pérdida de 5 kg de peso.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Estable hemodinamicamente. Eupneico en reposo, con saturación O<sub>2</sub> 99% basal. Afebril. A la auscultación destaca hipoventilación generalizada, sin otros hallazgos de interés en la exploración.

Se pauta tratamiento con Levofloxacino, persistiendo febrícula y malestar general. Ante la evolución desfavorable del cuadro clínico se solicita radiografía de tórax donde se visualizan múltiples lesiones nodulares bilaterales.

El paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de dichas lesiones. En analítica de sangre destaca leucocitosis con neutrofilia, creatinina 1.35, FG 60 y PCR 108. En TC de tórax se confirma la presencia de imágenes nodulares y pseudonodulares mal delimitadas, difusas, bilaterales. Se realiza punción-aspiración de un nódulo pulmonar informándose de la presencia de cilindros pulmonares con proliferación fibrohistiocitaria sin signos de malignidad, con necrosis focal y reacción linfoplasmocitaria.

Durante el ingreso se evidencia empeoramiento progresivo de la función renal, microhematuria y proteinuria discreta, con anticuerpos ANCA positivo en el estudio de autoinmunidad. Se realiza biopsia renal, con diagnóstico definitivo de vasculitis ANCA con lesión focal renal.

**JUICIO CLÍNICO**

Poliarteritis nodosa (PAN) con afectación pulmonar y renal.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Neumonía, bronquitis, neoplasia pulmonar, TEP, TBC, bronquiectasia.

**COMENTARIO FINAL**

La poliarteritis nodosa es una enfermedad muy poco frecuente, dándose especialmente en varones entre la 5ª y la 7ª década. Se trata de una vasculitis necrotizante, de etiología desconocida en la mayoría de casos, cuyos síntomas son muy variables e inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. El pronóstico depende en gran medida del grado de lesión y el número de órganos dañados, siendo excepcional la afectación pulmonar.

En nuestro caso, tras la administración de corticoides IV y Ciclofosfamida, el paciente presentó gran mejoría clínica así como recuperación progresiva de la función renal.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Narvaez García FJ. Diagnóstico diferencial y tratamiento vasculitis necrotizantes sistémicas. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmune sistémicas. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 225-30

**264/29. ME PASA ALGO EN LA BOCA.****AUTORES:**

(1) R. Orta Chino; (2) D. Peña Luyo; (1) L. Pérez-Montes Lara.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de familia. DCCU Distrito sanitario Bahía de Cádiz.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer 40 años fumadora activa 10 cigarrillos/día, DM2, en tratamiento con Insulina Lantus y ACHO como única medicación. No HTA ni dislipemia. Acude a urgencias del Centro de salud por presentar dolor mandibular intenso que incluso le dificulta el habla como síntoma principal y discomfort torácico sin cortejo vegetativo asociado. Refiere que cedió espontáneamente mejorando significativamente la articulación de palabras, reapareciendo los síntomas a la hora para hacerse constantes.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

COC, BEG, eupneica en reposo, ausencia de cianosis, ACP: tonos puros y rítmicos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso sin masas ni megalias. MM.II: sin edemas ni TVP. FC: 90 lpm, TA: 140/85 mmHg, SaO<sub>2</sub>: 98%. ECG: elevación ST II, III, aVF, V5 y V6 máximo 2 mm.

**JUICIO CLÍNICO**

SCACEST

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

ACVA, parálisis facial periférica, angor.

**COMENTARIO FINAL**

Tras resultado de ECG se contacta telefónicamente con UCI del Hospital de referencia los cuales indican que al tratarse de una prioridad I y estar en límite de tiempo establecido, teniendo en cuenta la distancia del Centro de Salud al Hospital (58 km) la realización de la fibrinólisis por DCCU. Se administró doble antiagregación vía oral de AAS 300mg y Clopidogrel 300 mg, Cloruro mófico, TNK-tpa (Metalyse) ajustado al peso y enoxiparina 30 UI i.v.

Se realiza ECG control no evidenciándose modificaciones (sugestivas de reperfusión coronaria). A su llegada al Hospital se le realiza cateterismo urgente donde se evidenció oclusión total CD media, ICP primaria con stent biofreedom.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Pang H, Zhang C, Liu F, Gong X, Jin X, Su C. Reduced thrombin activatable fibrinolysis inhibitor and enhanced proinflammatory cytokines in acute coronary syndrome. *Med Intensiva*. 2016; S0210-5691(16)30248-0.
- » 2. Kreiner M, Álvarez R, Michelis V, Waldenström A, Isberg A. Craniofacial pain can be the sole prodromal symptom of an acute myocardial infarction: an



interdisciplinary study. *Acta Odontol Latinoam*. 2016 Apr;29(1):23-28.

- » 3. Ruiz-Bailén M, Romero-Bermejo FJ, Expósito-Ruiz M, Zamora-Zamora F, Martínez-Ramírez MJ, Castillo-Rivera AM et al. Early statin therapy in acute myocardial infarction. *Med Intensiva*. 2014 Jan-Feb;38(1):11-20.

## 264/30. ¡DOCTORA, ME ASFIXIO!

### AUTORES:

(1) R. Orta Chíncoa; (2) D. Peña Luyo; (1) L. Pérez-Montes Lara.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de familia. DCCU Distrito sanitario Bahía de Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón 58 años con AP: dislipemia, EPOC, asma bronquial, fumador 20 cigarrillos /día, exconsumo abusivo de alcohol, consumidor ocasional hachís y cocaína. Acude a urgencias del Centro de Salud por presentar desde ayer dolor centrotorácico típico que fue tratado por DCCU como una bronquitis aguda mejorando clínicamente con tratamiento nebulizador. Al día siguiente vuelve a consultar por empeoramiento de su disnea asociándose cortejo vegetativo sin dolor torácico.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente con regular estado general, COC, NH y NC. Tonos cardíacos puros y rítmicos. AP: sibilancias y roncus dispersos. Abdomen: sin hallazgos. EE.II: sin edemas ni signos de TVP. SaO<sub>2</sub>: 94%, FC: 90 lpm, TA: 138/75 mmHg. ECG: descenso ST en II, III aVF y ascenso 1mm en aVR y V1 presenta empeoramiento de su estado general con la aparición de dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambos hombros junto con cortejo vegetativo, se decide iniciar tratamiento con doble antiagregación (AAS 300 mg /vo y Clopidogrel 300 mg/vo). Presentado el dolor precordial un EVA 10 se administró Cloruro mórfico y perfusión de NTG iv a 21 ml/h, en ECG monitorización se aprecia normalización de los parámetros, sin embargo el paciente no queda asintomático por lo que es trasladado al Hospital.

### JUICIO CLÍNICO

SCASEST.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome ansioso, reagudización EPOC, crisis asmática, espasmo esofágico difuso.

### COMENTARIO FINAL

En Hospital se realizó la seriación de enzimas cardíacas: Troponina cardíaca 0.88 ng/ml (ultrasensible) y CPK 1010 U/L. Se realiza cateterismo apreciando afectación significativa del tronco común CI con estenosis (50-70 %). ICP con implante stent fármaco activo en tronco común CI con resultado óptimo.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Cocaine use disorders and acute myocardial infarction, excess length of hospital stay and overexpenditure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014 Jul;67(7):545-51.
- » 2. Bastos-Amador P, Almendro-Delia M, Muñoz-Calero B, Blanco-Ponce E, Recio-Mayoral A, Reina-Toral A et al. The tobacco paradox in acute coronary syndrome. The prior cessation of smoking as a marker of a better short-term prognosis. *Rev Clin Esp*. 2016 Aug-Sep;216(6): 301-7.
- » 3. Alquézar Arbé A, Santaló Bel M, Sionis A. Clinical interpretation of high sensitivity troponin T. *Med Clin (Barc)*. 2015 Sep 21;145(6):258-63.

## 264/31. EN ATENCIÓN PRIMARIA TAMBIÉN SE PUEDE MANEJAR UN DOLOR TORÁCICO

### AUTORES:

(1) V. Correa Gómez; (2) G. Oualy Ayach Hadra.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén; (2) Residente de 2º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 42 años, sin alergias medicamentosas, intervenido de hernia inguinal derecha, sin hábitos tóxicos ni tratamiento farmacológico habitual.

Acude a consulta de Atención Primaria por dolor retroesternal de 3 días de evolución, sin relación con los esfuerzos. Es continuo e irradia hacia cuello. Aumenta con la inspiración profunda y el decúbito supino; y se alivia al inclinarse hacia delante. Sin cortejo vegetativo. No ardores ni regurgitaciones. No disnea ni palpitations y sin fiebre.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración presenta buen estado general, estable hemodinámicamente y auscultación normal, latido cardíaco rítmico y sin soplos, ni roce pericárdico. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. Miembros inferiores sin edemas.

Se solicita electrocardiograma (ECG) en el que se aprecia ritmo sinusal a 75 latidos por minutos con elevación del segmento ST en V2, V3, V4, V5, V6, II y III, sin inversión de onda T. Ante la sospecha se solicita una radiografía de tórax y analítica con CPK y PCR, cuyos resultados obtenidos al par de días están dentro de la normalidad.

### JUICIO CLÍNICO

Dado a la clínica y ECG se diagnostica de pericarditis aguda. Se indica tratamiento con Ibuprofeno 600 mg 1 comprimido/8 horas durante 2 semanas y luego 1 comprimido/12 horas durante 2 semanas más, junto a Omeprazol diario.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lo más importante es descartar patología urgente de dolor torácico, además de miocarditis y taponamiento cardíaco.

**COMENTARIO FINAL**

Para el diagnóstico de pericarditis aguda es necesario que se cumplan 2 de los 3 criterios: dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones de la repolarización en el ECG, que varía según el estadio de la enfermedad. Las causas son variables, las idiopáticas y de origen viral son más frecuentes. Hay mayor incidencia en primavera y otoño. El tratamiento es domiciliario con reposo en cama mientras persista el dolor torácico y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante 1 mes. En caso de no respuesta a tratamiento con AINES o pericarditis recidivante el tratamiento será con Corticoides y Colchicina. No es necesario el estudio hospitalario salvo inestabilidad hemodinámica, miocarditis, deterioro del estado general, tratamiento anticoagulante o inmunosupresores.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Jiménez Murillo L., Clemente Millán M.J. y Cruz Alcaide A.B. *Pericarditis aguda*. En: Jiménez Murillo. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 206-208.
- » 2. Sagristà Sauleda, J., Permanyer Miralda G. y Soler Soler J. *Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos*. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:830-41
- » 3. Imazio Massimo. *Tratamiento de la pericarditis recurrente*. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:345-8

## 264/34. ¡NECESITO AYUDA! APLICABILIDAD DEL GENOGRAMA EN PSICODIAGNOSTICO

**AUTORES:**

(1) T. González Navarro; (2) M. Ríos del Moral; (3) J. Martínez Estévez; (4) M. Zapata Martínez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Residente de 2º año Familia. Centro de salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rio Nacimiento. Almería.; (3) Médico residente. Centro de Salud Vúcar. Almería.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Motivo de consulta: Hiperfagia e insomnio

Enfoque individual y familiar: Paciente de 44 años refiere insomnio y conductas hiperfágicas asociadas con ansiedad y depresión. Situación familiar en la que su pareja trabaja fuera de la ciudad y solo se ven 1 día a la semana.

Convive con dos hijos, uno adolescente con el que tiene una relación más conflictiva y otro menor con el que tiene una relación más estrecha.

Se siente frustrada por su trabajo y vida y lamenta haber dejado los estudios cuando era más joven.

En tto con fluoxetina que interrumpió voluntariamente.

Acontecimientos vitales:

- AV1: muerte padre por complicación digestiva
- V2: marido trabaja fuera de la provincia
- AV3: Relación conflictiva con su hijo

Antecedentes personales: DM 2; Obesidad; Trastorno ansioso-depresivo; Hiperfagia.

Anamnesis: Ganas de llorar sin motivo, sensación de ahogo e hiperfagia.

Enfoque familiar:

APGAR familiar: 5

Valoración APGAR familiar: Familia disfuncional (<6)

- Moderadamente disfuncional 4-6

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Exploración: BEG, CYO. ACR normal. Obesidad.

TA: 140/100.

Talla 1.71 m

Peso 103 kg

IMC 35'22

Pruebas complementarias: Analítica de sangre

GENOGRAMA FAMILIAR Y EXPLICACIÓN

**JUICIO CLÍNICO**

Enfoque familiar:

APGAR familiar: 5

Valoración APGAR familiar: Familia disfuncional (<6)

- Moderadamente disfuncional 4-6

**JUICIO CLÍNICO**

- Trastorno de ansiedad

- Bulimia nerviosa

- HTA

- Hipercolesterolemia

**COMENTARIO FINAL**

Plan de actuación:

Se llega a la conclusión de que se trata de una familia moderadamente disfuncional, en parte por la situación profesional de la pareja.

Se recomienda control TA. Consejo dietético, actividad física diaria (salir a pasear, andar...). Intentar controlar conducta de hiperfagia, realizar 5 comidas diarias.

- Farmacológico: enalapril/hidroclorotiazida; Fluoxetina; Simvastatina.

- Planteamos apoyo y ayuda por nuestra parte. Ponemos a su servicio ayuda por parte del Trabajador social, la introducimos en un grupo socioterapéutico. Planteamos nueva derivación al psicólogo y/o psiquiatra.

El genograma y su explicación en diferentes momentos del desarrollo de una familia resulta una herramienta muy útil para poder llegar al psicodiagnóstico de nuestros pacientes e intentar prestar nuestra ayuda de una forma más útil y directa, mejorando nuestra alianza terapéutica y la comunicación médico-paciente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » *Formato Documento Electrónico(Vancouver)*
- » Suarez Cuba Miguel Ángel. *EL GENOGRAMA: HERRAMIENTA PARA EL ESTUDIO Y ABORDAJE DE LA FAMILIA*. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2010 [citado 2017 Mar 29] ; 16( 1 ): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582010000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010&lng=es).

## 264/36. NO ENTIENDO, MI HIJO SE SINCOPÓ: ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y BARRERAS FRANQUEABLES

### AUTORES:

(1) T. González Navarro; (2) J. Martínez Estévez; (3) M. Ríos del Moral; (4) M. Zapata Martínez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año Familia. Centro de salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.; (2) Médico residente. Centro de Salud Vícar. Almería.; (3) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Río Nacimiento. Almería.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Almería Periferia. Consultorio Retamar. Almería.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Crisis epiléptica

Anamnesis: Paciente de 14 años, consulta por episodio estando afebril y después de comer consistente en tras gritar y pedir ayuda con palidez cutánea y sudoración seguido de desconexión del medio con rigidez generalizada con movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades de pocos segundos de duración con recuperación rápida espontánea postcrisis. Su padre refiere varios episodios similares en el último año y 3 o 4 el año pasado.

Barrera idiomática importante, de origen Árabe, solo llevan en España dos años, su familiar no sabe precisar antecedentes familiares de interés. No se puede averiguar de forma clara si ha sido valorado por Neurología infantil en alguna ocasión. Al parecer su pediatra lo había derivado pero no consta informe.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Exploración: Buen estado general. Normocoloreado y normoperfundido. Bien hidratado. No exantemas ni petequias. No signos meníngeos.

ORL: normal

Auscultación: rítmico, sin soplos. Buena ventilación pulmonar. Sin ruidos patológicos.

Neurológico: Consciente y orientado. Glasgow 15. PINR. MOEC. PC normales. No dismetrías, fuerza y tono normal. ROT conservados. Romberg negativo. Marcha normal.

- Pruebas complementarias: tira glucemia basal, análisis de sangre, ECG

### JUICIO CLÍNICO

SÍNDROME DE QT LARGO QT 600ms.

El paciente fue derivado a Urgencias Hospitalarias para valoración e ingreso a cargo de Cardiología para continuar estudio y tratamiento.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Crisis epiléptica, síncope vasovagal, hipoglucemia.

### COMENTARIO FINAL

El síncope es un evento muy frecuente en nuestra práctica clínica diaria y sus causas pueden ser de lo más variadas.

Puede que no tenga la mayor importancia o que por el contrario nos esté alertando de un aviso grave como una arritmia cardíaca.

Por ello tendremos que tener especial atención a la historia clínica, que puede verse interferida por la barrera idiomática, así como fijarnos bien en el ECG para averiguar la causa del síncope y actuar en consecuencia.

La orientación diagnóstica es fundamental para llegar a un diagnóstico correcto así como las pruebas complementarias en las que a veces nos apoyamos. El síndrome de QT largo es una patología en la que los sujetos afectados presentan un mayor riesgo de sufrir síncope, taquicardias ventriculares y como complicación más grave muerte súbita como consecuencia de la arritmia.

La mayor parte de los pacientes afectados pueden permanecer asintomáticos hasta que por determinados factores se desencadene el episodio.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. <http://secardiologia.es>
- » 2. <http://cardiopatiasfamiliares.es>
- » 3. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre. 7ª edición. Madrid*

## 264/39. NECESIDAD DE VIGILANCIA ESTRECHA EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

### AUTORES:

(1) V. Ruiz Ruiz; (2) M. Martos Borrego; (3) M. Ríos del Moral.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Almería Periferia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Águilas Sur. Almería.; (3) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Río Nacimiento. Almería.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Antecedentes personales: Alergia a salicilatos, fumador activo, HTA, dislipemia, hiperuricemia. Fibrilación auricular anticoagulada. Insuficiencia renal que precisó trasplante hace 2 años, actualmente en inmunosupresión con Basiliximab, micofenolato, esteroides.
- Anamnesis: varón de 66 años que acude para revisión programada, consulta por una escara necrótica en antebrazo, actualmente de 0.5 cm de diámetro de reciente aparición, que ha ido en aumento progresivo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Exploración física: Buen estado general. Exploración neurológica y cardiopulmonar normal. MMII sin edemas, Exploración brazo derecho: lesión necrótica, aproximadamente 0.5 m de radio, dolorosa.

Se deriva al dermatólogo de forma urgente.

-Biopsia cutánea con resultado histológico de necrosis e infiltrado inflamatorio de PMN con focos de cariorrexis y células multinucleadas dispersas o formando cúmulos alrededor de unas formaciones irregulares que se tiñen de PAS, PAS-D, Grocott sugestivas de estructuras micóticas.

Cultivo negativo. Pendiente de resultado histológico. Se aísla *Klebsiella pneumoniae* multisensible.

Nueva biopsia cutánea: necrosis dérmica con focos de vasculitis granulomatosa, septal y lobulillar y presencia de hifas ramificadas no septadas de gran diámetro que apunta hacia una infección micótica del género *Mucor*.

Hongos en incubación.

PCR de la biopsias: se confirma infección por *Mucor Rhizopus*.

#### JUICIO CLÍNICO

-Juicio clínico: infección por *Mucor Rhizopus* en paciente inmunodeprimido.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gangrena estreptocócica, gangrena sinérgica bacteriana progresiva, celulitis anaerobia por *Clostridium*, celulitis anaerobia no clostridiana, celulitis necrotizante sinérgica, celulitis gangrenosa bacteriémica por *Pseudomonas*.

#### COMENTARIO FINAL

Los pacientes inmunodeprimidos precisan una actuación urgente por el mayor riesgo de infecciones graves, así mismo necesitan un seguimiento estrecho en Atención Primaria y las distintas especialidades para el control de las distintas posibles patologías que pudieran aparecer e instaurar rápidamente tratamiento adecuado.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Rubin RH, Wolfson JS, Cosimi AB, Tolkoff-Rubin NE. Infection in the renal transplant recipient. *Am J Med*, 70 (1981), pp. 405-11. Medline

### 264/40. DOCTORA, LO QUE ME PASA ES POR CULPA DEL FÚTBOL.

#### AUTORES:

(1) R. Orta Chíncoa; (2) D. Peña Luyo; (3) P. Sanchez Hernandez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de familia. DCCU Distrito sanitario Bahía de Cádiz.; (3) Médico de familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años con antecedentes personales de bocio multinodular y ERGE que acude a urgencias por malestar general a la hora de haber jugado un partido de fútbol, presentando náuseas y diaforesis como síntomas principales. No fiebre, no dolor torácico, no disnea ni otra clínica asociada.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general normocoloreado de piel y mucosas. TA: 80/50 SO<sub>2</sub> 98%. Tonos cardiacos puros y rítmicos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible no doloroso sin masas ni megalias. MMII sin edemas ni signos de TVP.

ECG: Ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares aisladas.

Analítica: Sin hallazgos de interés con seriación de enzimas cardiacas negativas.

Tras el empeoramiento de la clínica del paciente se realiza nuevo control electrocardiográfico observándose ritmo sinusal con T negativas en V3 y V4 con extrasístoles supraventriculares.

Se realiza ecocardiograma por parte del servicio de cardiología y cateterismo en el que se observa estenosis significativa (60-70%) corta, en la segunda rama obtusa marginal (OM2).

#### JUICIO CLÍNICO

Angor inestable.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ERGE, Gastritis aguda, crisis de ansiedad, dolor osteomuscular.

#### COMENTARIO FINAL

Se realiza ICP con implante de stent coronario farmacológico en la lesión de OM2, con resultado óptimo.

Es importante en este caso tener en cuenta el diagnóstico diferencial con patologías digestivas por los antecedentes previos del paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Moreira HG, Lage RL, Martinez DG, Ferreira-Santos L, Rondon MU, Negrão CE et al. Sympathetic nervous activity in patients with Acute Coronary Syndrome: A comparative study of inflammatory biomarkers. *Clin Sci (Lond)*. 2017 Mar 13. pii: CS20170049.
- » 2. Laszlo R, Scharhag J, Burgstahler C, Striegel H, Steinacker JM. Sports cardiology : Overview of relevant clinical topics. *Herz*. 2017 Jan 23.
- » 3. Musey PI Jr, Kline JA. Emergency Department Cardiopulmonary Evaluation of Low-Risk Chest Pain Patients with Self-Reported Stress and Anxiety. *J Emerg Med*. 2017 Mar;52(3):273-279.

### 264/41. LLEVO MÁS DE UN MES CON FIEBRE.

#### AUTORES:

(1) R. Orta Chíncoa; (2) P. Sanchez Hernandez; (3) M. Melado Fernandez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (3) Médico. Centro de Salud Casines. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años con AP de HTA con buen control y cefalea de tipo migrañoso. Acude a consulta de atención primaria por fiebre de varios días de evolución con artralgias e intolerancia al calor sin otra clínica asociada. Vive en ambiente urbano y no ha viajado al extranjero recientemente.

Una semana después vuelve a consultar por persistencia de fiebre de hasta 38,7°C, edemas vespertinos en MMII y los síntomas comentados en la primera consulta. Se decide derivación a Medicina interna donde le es pautado Doxiciclina mientras es vista por endocrino 3 semanas después.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente con buen estado general, COC, NH y NC. Se palpa pequeño nódulo tiroideo derecho. Tonos cardiacos puros y rítmicos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. MMII: Edemas leves sin signos de TVP.

En la analítica destaca: Velocidad de sedimentación aumentada, PCR 10,77 mg/dl. TS<0,0005, T4 4,9., FR, ANA, anti DNA negativos. Serología a Coxiella, VIH y VEB negativos.

Urocultivo negativo.

Mantoux negativo.

Rx tórax: Ausencia de infiltrados ni condensaciones.

Ecografía abdominal: Lesiones hepáticas que dada la ausencia de antecedentes oncológicos, son compatibles con pequeños hemangiomas. Quiste hepático simple. Sin otros hallazgos de significativos.

Ecografía Cardíaca: sin alteraciones.

Ecografía Tiroidea: Afectación tiroidea difusa a valorar clínica-analíticamente tiroiditis.

#### JUICIO CLÍNICO

Tiroiditis subaguda de quervain.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enf de Graves-Basedow, adenoma tóxico, tuberculosis, endocarditis bacteriana.

#### COMENTARIO FINAL

Al ser vista por endocrino se realiza ecografía tiroidea descrita anteriormente y se pauta Neotomizol 1cp cada 12h y AINES. En una consulta posterior 10 días después refiere mejoría sintomática y se obtiene un nuevo control analítico con una PCR de 0,64 mg/dl, TSH 2,45 y anticuerpos antitiroglobulina 224,7 UI/ml. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y en seguimiento por endocrinología.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Bahowairath FA, Woodhouse N, Hussain S, Busaidi MA. Lesson of the month 1: Subacute thyroiditis: a rare cause of fever of unknown origin. *Clin Med (Lond)*. 2017 Feb;17(1):86-87
- » 2. Synoracki S, Ting S, Schmid KW. Inflammatory diseases of the thyroid gland. *Pathologe*. 2016 May;37(3):215-23.
- » 3. Sriphraprang C, Bhasipol A. Differentiating Graves disease from subacute thyroiditis using ratio of serum free triiodothyronine to free thyroxine. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016 Aug 8;10:69-72.

## 264/42. UN DOLOR TORÁCICO

#### AUTORES:

(1) R. Parras Calahorra; (2) M. Franco Sánchez; (3) A. Martínez Moratón; (4) A. Serrano Camacho.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 18 años sin antecedentes personales de interés, no fumador que acude a consulta de Atención Primaria porque desde hace 3 días presenta dolor en hemitórax derecho de inicio brusco e intenso pero que ha ido disminuyendo progresivamente, no tiene tos, ni fiebre, ni disnea

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA: 119/63; FC: 50, Temperatura 36.8 °C; saturación 98%. Consciente y orientado, buen estado general, normocoloreado, bien hidratado, bien perfundido. Eupneico. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación en todo hemitórax derecho con respecto al izquierdo, sin roncus, ni sibilantes, ni crepitantes. Analítica: leucocitos 5900, Hb 14.6%, plaquetas 275000, glucosa 98, urea 33, creatinina 0.86, sodio 139, potasio 4.1, INR 1.29

Radiografía tórax: neumotórax derecho sin desplazamiento de estructuras.

#### JUICIO CLÍNICO

Neumotórax derecho primario

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía, derrame pleural, mediastinitis, pericarditis, miocarditis, tromboembolismo pulmonar, espasmo esofágico difuso, úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, virus varicela zoster, causas psicógenas, traumatismos

#### COMENTARIO FINAL

El paciente fue derivado a urgencias donde se colocó un drenaje endotorácico. Con este caso clínico destacamos la importancia del médico de Atención Primaria en el diagnóstico de patologías que a priori pensamos que solo van a acudir a urgencias. La anamnesis y la exploración física constituyen la mejor arma diagnóstica en la consulta. Además debemos recordar que el neumotórax no siempre se presenta con una sintomatología muy pronunciada, pudiendo llegar a ser asintomático sobre todo en pacientes jóvenes con gran capacidad pulmonar o si son de pequeño tamaño.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. I. Fraile Alonso; M. García Ávila; A. Sánchez Castaño. Neumotórax y neumomediastino. Agustín Julián Jiménez. *Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS*. Cuarta Edición. Toledo. Sanofi. 2016. Página 423- 427



## 264/43. ¿UNA SIMPLE CIÁTICA?

### AUTORES:

(1) M. Gragera Hidalgo; (2) E. González Márquez; (3) M. Pardos Lafarga.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (3) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años, con AP de HTA, cáncer de sigma con hemicolectomía izquierda, hernias lumbares, FA paroxística y TEP masivo hace 4 años en tratamiento anticoagulante con sintrom con controles irregulares, que acude a Atención Primaria por coxalgia izquierda con irradiación a MII ipsilateral de 10 días de evolución, constante y sin clara relación con los posturas, pero de mayor intensidad con la movilización de la extremidad y la flexoextensión de la cadera. No pérdida de control de esfínteres ni déficit neurológico. Tras la valoración inicial, se diagnostica de lumbociatalgia izquierda, se solicita analítica completa con coagulación y se pauta tratamiento analgésico. Acude tras 4 días para revisión sin mejoría. Se objetiva anemia con anemia. Se reexplora a la paciente que persiste con dolor en MII y FII, sin seguir dermatomas. Ante la sospecha de posible masa compresiva vs hematoma abdominal/muscular por semiología de probable afectación femorocutánea se deriva a Urgencias para completar estudio. Se realiza TAC abdominal donde objetivan hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo. Se transfunden 3 concentrados de hemáties y se ingresa en Medicina Interna para vigilancia con tratamiento analgésico y retirada de anticoagulación. No precisa embolización por ausencia de sangrado activo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 150/60; FC 85 lpm; ACP: tonos arrítmicos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en FII sin signos de irritación peritoneal. MII: edemas con fovea leve. Insuficiencia venosa sin signos de TVP. Pulsos conservados. Exploración neurológica: anodina. Analítica: Hb 7,2 g/dl (previa 10,5g/dl), plaquetas 228000; INR 3,66; Cr 1,4, PCR 17. Ecografía Doppler: edema de tejido celular subcutáneo de MII. No se observan hematomas ni colecciones en el trayecto del sistema venoso profundo. Sin evidencias de TVP. TAC abdomen y pelvis con contraste: hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo.

#### JUICIO CLÍNICO

Hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Abscesos musculares, tumores retroperitoneales, cólico nefrítico, lumbociatalgia.

### COMENTARIO FINAL

Los hematomas del músculo psoas iliaco son entidades inusuales, que suelen aparecer en pacientes con alteraciones de la coagulación o tratamiento anticoagulante. Con menor frecuencia afectan a personas sanas, debido a una rotura traumática del músculo. La sintomatología se caracteriza por dolor inguinal, lumbar y abdominal inferior, masa hiperestésica en fosa iliaca y contractura en flexión de la cadera, todo ello acompañado de impotencia funcional del miembro afecto. Ocasionalmente pueden aparecer hematomas o equimosis en pared abdominal o región inguinal. La neuropatía por compresión del nervio femoral es la complicación más grave y frecuente. Deberán estudiarse mediante analítica sanguínea completa y pruebas de imagen, como ecografía y TAC, que permitirán decidir la actitud terapéutica más adecuada. Generalmente requerirán tratamiento conservador con reposo y analgesia, pero en el caso de grandes hematomas que causen inestabilidad hemodinámica o compresión importante con alteración funcional de estructuras adyacentes, estaría indicado tomar actitudes más radicales.

### BIBLIOGRAFÍA

» 1. E. Canelles, M. Bruna y J. Roig. Hematoma espontáneo del músculo psoas iliaco. Aporte de 3 casos y revisión de la literatura médica. *Rev esp cir ortop traumatol.* 2010; 54(4):234-237.

## 264/45. DEBUT HIPERGLUCÉMICO

### AUTORES:

(1) E. González Márquez; (2) M. Gragera Hidalgo; (3) M. Pardos Lafarga; (4) M. Barrero Martín; (5) A. Díaz Romero; (6) S. Martín Andújar.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (3) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (4) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.; (5) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. Cádiz.; (6) Médico Residente de Familia. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 52 años fumadora de 15 cigarrillos al día como único antecedente personal que consulta por astenia, polidipsia y poluria en el último mes asociando visión borrosa desde hace 4 días, además de pérdida de peso no cuantificada de unos 6 meses aproximadamente sin expresar cambios en la alimentación.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente y orientada, buena perfusión de piel y mucosas y eupneica en reposo. A la exploración cardiorrespiratoria y abdominal anodina, sin

focalidad neurológica, Romberg negativo, marcha conservada, campos visuales y agudeza visual conservada. Analítica de sangre con hiperglucemia 484 mg/dl y sistémico de orina con glucosuria y cetonuria. Ampliación analítica con análisis inmunológico obteniendo elevación de anticuerpo antiglutamato descarboxilasa (Anti-GAD), resto normal.

#### JUICIO CLÍNICO

DIABETES TIPO LADA

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIABETES MELLITUS I (DM tipo I) y II (DM tipo II). DIABETES SECUNDARIAS.

#### COMENTARIO FINAL

Denominada Diabetes autoinmune latente en el adulto de origen autoinmune que se presenta en persona de edad superior a 35 años que tiende ser infradiagnosticada y a ser tratada como una DM tipo II.

Esta patología se comporta como una diabetes tipo I con algunas características típicas de la diabetes tipo II. Requiere de tratamiento insulínico aunque los primeros meses desde el diagnóstico es posible llevar buen control glucémico con determinados antidiabéticos orales.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. American Diabetes Association (ADA)
- » 2. Sociedad Española de Diabetes (SED)
- » 3. Guía de práctica clínica Fiestera para médicos de Atención Primaria / diabetes-mellitus-tipo-2/
- » 4. Diabetes autoinmune (latente) del adulto. REV. Med Chile 2012; 140: 1476-1481
- » 5. Otros tipos específicos de diabetes mellitus. Other specific types of diabetes. (Rev. Med. Cain. Condes-2016; 27 (2) 160-170)

## 264/48. UNA CORRECTA INTERPRETACIÓN.

#### AUTORES:

(1) M. Gragera Hidalgo; (2) L. Martínez Amado; (3) A. Martín Jiménez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 42 años, con antecedentes personales de etilismo crónico y fumador moderado, que acude a Urgencias de Traumatología por dolor en región costal izquierda tras traumatismo directo por caída accidental e intoxicación etílica. Refiere dolor intenso que aumenta con la inspiración profunda, acompañado de sensación disneica. Tras la exploración y realización de pruebas complementarias de imagen, se objetiva enfisema subcutáneo y neumotórax izquierdo secundario a fractura de 8º arco costal. Se

pasa al área de Observación para tratamiento analgésico endovenoso y drenaje torácico. Se ingresa a cargo de Cirugía Torácica para control sintomático y radiológico. Buena evolución, con reexpansión pulmonar y asintomático al alta. Se deriva a CCEE de Cirugía Torácica para revisión.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general; cociente, orientado y colaborador; eupneico en reposo. TA 120/85. FC: 87 lpm: Saturación oxígeno: 98%. Feto enólico. ACP: tonos rítmicos sin soplos audibles. Hipoventilación en hemitórax izquierdo. Exploración neurológica: anodina. Glasgow 15/15. A la exploración dolor y crepitación a la palpación de parrilla costal izquierda. Radiografía tórax / parrilla costal: enfisema subcutáneo - fractura costal izquierda a nivel del 8º arco - neumotórax cámara apical hemitórax izquierdo.

#### JUICIO CLÍNICO

Enfisema subcutáneo. Fractura costal. Neumotórax.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Radiológico: bulla gigante, hernia diafragmática, quiste broncogénico, enfisema lobar congénito; Clínico: pericarditis, cardiopatía isquémica, disección aórtica, patología esofágica, embolismo pulmonar, otras patologías pleurales.

#### COMENTARIO FINAL

Las fracturas costales son los traumatismos torácicos más frecuentes, presentándose en el 35-40% de ellos, y siendo los arcos costales más afectados del 3º al 9º. La causa más frecuente son los accidentes de tráfico, seguidos de las caídas fortuitas, sobre todo en la población anciana. Las manifestaciones clínicas más importantes son el dolor y la disnea, y el diagnóstico se realiza mediante radiografía simple (proyecciones de parrilla costal posteroanterior y lateral). Su interpretación es habitualmente sencilla, aunque a veces pueden pasar desapercibidas complicaciones pleurales (hemotórax o neumotórax), enfisema subcutáneo o contusión pulmonar, por lo que se recomienda la realización de radiografía posteroanterior o decúbito lateral de tórax. Como factores de gravedad se hallan la asociación a fracturas de otros elementos óseos como la escápula y la clavícula, la afectación de los 2 primeros arcos costales, las fracturas de 3 o más arcos, la edad avanzada o la presencia de lesiones abdominales en los casos de fracturas costales bajas (9-12 arcos). Todo ello contribuye al estado general del paciente, determinando la estabilidad o inestabilidad del mismo, que marcará el tipo de tratamiento que se llevará a cabo en cada caso.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Freixinet Gilarta, J; Ramírez Gilb, ME; Gallardo Valerac, G; Moreno Casadod, P. Traumatismos torácicos. Arch Bronconeumol. 2011;47(Supl 3):9-14.

## 264/49. DOCTOR, ME DUELE LA CARA

### AUTORES:

(1) M. Martín Álvarez; (1) G. Ávila Ruiz; (2) C. Navarro Torres; (3) J. Hernández Moratalla; (4) M. Fuentes Jiménez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Plaza de toros. Distrito Almería.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Nueva Andalucía. Distrito Almería.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Virgen del Mar. Distrito Almería.; (4) Residente Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud San Isidro. Distrito Almería.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 61 años acude a la consulta por que desde hace unos meses le duele la cara en el lado izquierdo, ha ido a su dentista que descarta patología a ese nivel.

El paciente refiere molestias cada vez más intensas en el lado izquierdo de la cara y desde hace unas semanas tiene abundante mucosidad marronacea, algo de tos sin fiebre. Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 25mg cada 24 horas, fumador de 1 paquete diario

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Faringe sin alteraciones, ambos oídos normales

Dolor a la palpación de seno paranasal izquierdo

Auscultación: rítmico, sin soplos ventilación simétrica sin ruidos patológicos

Se sospecha sinusitis crónica y se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina 750 mg cada 8 horas 7 días e ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y se solicitó radiografía de senos para nasales

En la radiografía se observó el seno maxilar izquierdo velado, el paciente al terminar el tratamiento continuaba con la misma clínica añadiéndole hormigueo y en la zona y labio superior

Ante la evolución tórpida se derivó a consulta externa de Otorrinolaringología donde completaron estudio con un TAC donde se vio de nuevo ocupación completa del seno maxilar izquierdo y se realizó biopsia con diagnóstico de carcinoma epidermoide.

Fue intervenido por el servicio de Otorrinolaringología y completado el tratamiento por Oncología

#### JUICIO CLÍNICO

carcinoma epidermoide seno maxilar izquierdo

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sinusitis crónica, procesos malignos

#### COMENTARIO FINAL

Los carcinomas de los senos paranasales, son relativamente infrecuentes, representando de un 0,2 a un 0,8 % de todos los tumores malignos y aproximadamente un 3 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello. El 80 % de los carcinomas de senos paranasales están en el seno maxilar. La incidencia es algo mayor en hombres entre los 40 y 60

años. El 80 % son carcinomas epidermoides. Los primeros síntomas suelen ser anodinos y poco específicos como la epifora, obstrucción nasal, epistaxis, movilidad de piezas dentarias o parestesias en los nervios faciales de la zona, por lo que se suelen diagnosticar en estadio avanzado, es en estos momentos donde el médico de familia debe estar alerta y no pasar por alto clínica que en un principio puede parecer banal.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. C Suárez, L M Gil Carcedero, J. Marco, J. E. Medina, P. Ortega, J. Trinidad. *Tratado Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Ciencias básicas y materias afines. Rinología. Panamericana 2ª Edición. LO*
- » 2. *Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Panamericana, 3ª edición*
- » 3. *Guía de terapéutica antimicrobiana del Aljarafe, disponible en: <http://ugcbujalance.es/PIRASOA/GUIA.php>*

## 264/50. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

### AUTORES:

(1) P. Agüera Moreno; (2) E. Paños Maturana; (2) J. IGNACIO EXPÓSITO; (3) J. Benítez Rivero.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. UGC La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz.; (3) Médico de Familia. UGC La Laguna. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años, fumador desde los 14 años con ICAT >70 con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente con polineuropatía diabética, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica a los 60 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que inicia de forma subaguda cuadro de bradipsiquia, síndrome confusional e imposibilidad para la marcha de 20 días de evolución.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 140/60 mmHg, FC 70 lpm, SatO2 96%. Glasgow 15. Consciente, desorientado y afebril. En la exploración neurológica se objetiva pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, sin rigidez de nuca ni signos meníngeos. Parálisis facial central siendo el resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas con leve temblor intencional e imposibilidad para la deambulación con discreto aumento de tono muscular. Analítica sanguínea en la que se observa hemograma y coagulación sin alteraciones. En el análisis bioquímico destacar valores alterados de glucemia (240mg/dl), LDH (251UI/L) y PCR (15mg/l), estando los iones, función renal y hepática dentro de la normalidad. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización. Posteriormente se realiza Tc Craneal

donde se visualiza importante hipodensidad de la sustancia blanca en diferentes localizaciones en relación con edema cerebral junto con múltiples lesiones nodulares en lóbulo parietal posterior derecho y lóbulo frontal izquierdo compatibles con metástasis. Para completar estudio de realiza radiografía de tórax en la que se observa masa de la menos 8 cm en lóbulo superior derecho compatible con neoplasia pulmonar.

#### JUICIO CLÍNICO

Neoplasia pulmonar estadio IV con metástasis cerebrales.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiponatremia, hipoglucemia, síndrome confusional agudo, LOE cerebral, demencia.

#### COMENTARIO FINAL

El paciente fue valorado en su hospital de referencia 2 semanas antes de acudir a nuestra consulta, donde se practicó analítica sanguínea objetivándose hiponatremia de 125 mEq/L, sin realizar otras pruebas complementarias, siendo dado de alta con medidas higiénico-dietéticas para su corrección. Cuando lo valoramos nuestra primera sospecha era que la hiponatremia aún no se había resuelto y era la causante del cuadro, pues puede cursar con la aparición de confusión, defectos en la marcha y la esfera intelectual, sobre todo cuando la concentración de sodio plasmático es inferior a 125 mEq/L. Al ver que las cifras de sodio se habían normalizado completamos el estudio con pruebas de imagen donde se objetivó la masa pulmonar y las metástasis cerebrales las cuales estaban ocasionando el cuadro. Así, destacar la importancia de la realización de pruebas complementarias tanto analíticas como de imagen en una primera valoración sobre todo en pacientes con dichos antecedentes y edad a pesar de tener un diagnóstico de presunción claro.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Mount, D. Trastornos hidroelectrolíticos. En: Longo D, Kasper D.L, Jameson J.L, et al. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ªed. México: McGraw-Hill; 2012. p: 1-24.
- » 2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria, 4ª ed. Barcelona: semfyc ediciones; 2010.
- » 3. Altimir Losada S, Prats Roca M. Síndrome confusional en el anciano. Med Clin (Barc). 2002;119(10):386-9. PubMed PMID: 12372172

## 264/51. FALSAS APARIENCIAS

#### AUTORES:

(1) P. Agüera Moreno; (2) E. Paños Maturana; (2) J. IGNA-CIO EXPÓSITO; (3) J. Benítez Rivero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. UGC La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz.; (3) Médico de Familia. UGC La Laguna. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 50 años fumador de 2 paquetes/día y ocasionalmente cannabis, no bebedor, ex-consumidor de heroína inhalada negando ADVP, en tratamiento con Metadona 40mg, sin otros antecedentes personales de interés, que presenta en analítica de rutina alteración de la función hepática junto con dolor abdominal inespecífico de meses de evolución que se acentúa en los últimos días junto con náuseas, algún vómito aislado, ictericia conjuntival y coluria.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 145/95mmHg. FC 90 lpm. Eupneico con satO2 98%. Afebril. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen globuloso a expensas de pániculo adiposo, no semiología ascítica, blando, depresible, con dolor a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio. Se palpa hepatomegalia dura de 8 traveses de dedo, sin signos de irritación peritoneal. MMII sin edemas ni signos de TVP. Ausencia de flapping. Analítica: Hemograma normal. Bioquímica: Creatinina 1.4 mg/dL, Amilasa 60 U/L, GOT 214 U/L, GPT 447 U/L, LDH 2768 UI/L, BT/BD 7.21/6.53 mg/dL, PCR 39.3 mg/L. Ecografía Abdomen: Hígado tumoral de probable origen metastásico.

Radiografía Tórax: Masa en lóbulo inferior izquierdo. TC toracoabdominal: Múltiples adenopatías mediastínicas de gran tamaño en región paratraqueal izquierda, región infracarinal y contralaterales en región paratraqueal derecha, paraesofágicas y paracardiacas. Adenopatías hiliares bilaterales. Masa pulmonar en lingula en probable relación con neoplasia pulmonar primaria T2b, N3, M1b, estadio IV. Múltiples LOES hepáticas compatibles con metástasis, alcanzando una de ellas tamaño de 17 cm. Adenopatías intra y retroperitoneales. Implantes tumorales en mesenterio y epiplón.

#### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma microcítico de pulmón estadio IV con hígado metastásico.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hepatitis víricas, hepatitis autoinmune, cirrosis enólica, enfermedad de Wilson.

#### COMENTARIO FINAL

El paciente desea a toda costa tratamiento a pesar de su estado general y evolucionado del proceso por lo que se deriva a Oncología Médica. Tras 2 semanas desde el diagnóstico, aún no iniciada quimioterapia, comienza con disnea importante y febrícula, satO2 80%, taquiarritmico a 200 lpm detectándose en EKG FA a 190 lpm e infiltrados alveolares en radiología de tórax. El paciente entra en EAP con una mala respuesta al tratamiento falleciendo a consecuencia de una parada cardiorrespiratoria.

Por los antecedentes tóxicos del paciente se pensaba como primer diagnóstico en una cirrosis hepática enólica y/o por VHC a pesar de la negativa del paciente al consumo de DVP y alcohol. La presencia de una hepatomegalia llamativa, dolorosa, de superficie nodular o irregular debe sugerir la presencia de un tumor primario o hígado metastásico ya que en la mayoría de los pacientes con cirrosis hepática la hepatomegalia es indolora.



**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Cortés L, Montoro MA. Datos de laboratorio: pruebas hepáticas alteradas. En: Montoro MA, García JC, Castells A, et al. *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica diaria*. 2ªed. Madrid: Jarpyo editores. 2012. p: 701-722.
- » 2. SEPAR Guidelines for Lung Cancer Staging. Arch Bronconeumol 2011;47:454-65 - Vol. 47 Núm.9 DOI: 10.1016/j.arbres.2011.06.013.

**264/52. ABORDAJE DE TUMORACIÓN EN CARA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA****AUTORES:**

(1) J. Jurado Ordóñez; (2) M. Arenas Puga; (2) A. Martín Tarragona; (3) J. Montero López; (3) L. Lozano Romero; (4) S. Pueyos Rodríguez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (2) Médico adjunto.; (3) Médico residente. Granada.; (4) Médico Residente III. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 48 años con antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato que acude a consulta por presentar desde hace 1 mes tumoración en región parotídea izquierda de crecimiento progresivo y dolorosa, acompañada de febrícula ocasional, sin otra sintomatología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Buen estado general. Tensión arterial 125/70; Frecuencia cardíaca 95, Saturación Oxígeno 97%. T° 37.5

A la inspección podía apreciarse una lesión redondeada, con una palpación fluctuante, elástica, dolorosa, no signos inflamatorios, protuyendo sobre conducto auditivo externo izquierdo

Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: normal. Exploración neurológica: normal

Solicito: Analítica y Radiografía tórax: sin hallazgos destacables y prueba de Mantoux induración 7 milímetros considerándose positiva por ser una paciente inmunodeprimida.

Enviamos a atención hospitalaria para valoración por Otorrinolaringología (ORL) / Medicina Interna que solicitan ecografía y TC cervical compatible con masa bien delimitada hipodensa 5x3.5 centímetros, situada en espacio masticador izquierdo, afectando lateralmente al músculo masetero y produciendo efecto masa sobre espacio parafaríngeo. Realizan punción con aguja fina, que es una prueba rápida y costo-efectiva obteniendo material caseoso espeso no siendo concluyente, pendiente de anatomía patológica compatible con proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante. Tinción de Zhiel para bacilo alcohol resistente positiva. Tras una semana de ingreso en medicina interna hasta obtener resultados e inicio de tratamiento tuberculoso se remite de nuevo a atención primaria (AP) para continuar con supervisión del tratamiento, ver evolución y vigilar efectos secundarios. La respuesta fue satisfactoria pero

precisó de derivaciones a ORL por urgencias para evacuaciones locales.

**JUICIO CLÍNICO**

Linfadenitis cervical tuberculosa

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Linfoma, carcinoma epidermoide de cabeza primario o metástasis.

Origen dentario, adenitis de glándulas salivales o manifestación extraarticular de la artritis reumatoide

**COMENTARIO FINAL**

Las tumoraciones cervicales son un motivo de consulta frecuente en AP. Los datos de la historia clínica y la exploración física son fundamentales para establecer el diagnóstico.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa emergente, más frecuente en pacientes con VIH pero también son de alto riesgo los transplantados, cirróticos, nefrópatas... en tratamiento con inmunosupresores.

La TB es una enfermedad que puede encontrarse en cualquier localización. Dentro de la TB extrapulmonar, la ganglionar cervical es la más frecuente, existiendo en área paranasal y glándulas salivales casos en los que el diagnóstico ha sido más tardío ante la baja sospecha de esta enfermedad.

Un tratamiento precoz en la tuberculosis extrapulmonar previene complicaciones y la morbilidad de la enfermedad diseminada.

Durante el tratamiento de la tuberculosis debemos controlar la hepatotoxicidad e interacciones con otros fármacos y de una posible reacción paradójica que provoca crecimiento ganglionar, pudiendo requerir drenajes repetidos y tratamiento corticoideo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Peralta Fernández G. Tuberculosis de la cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp 2010; 60(1):59-66
- » Madhukar Pai M, Menzies R. Diagnosis of latent tuberculosis infection in adults. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), upToDate, Waltham, MA, 2014.
- » 2. Cecil LJ, Claude B, M.D., Fred P, M.D., "Enfermedades infecciosas" "Infecciones Micobacterianas: Tuberculosis" "Tratado de Medicina Interna" 2014; 3, XXI: 1941-1949.

**264/54. TUMOR MEDIASTÍNICO EN PACIENTE DE 28 AÑOS****AUTORES:**

(1) J. Jurado Ordóñez; (2) A. Martín Tarragona; (2) M. Arenas Puga; (3) J. Montero López; (3) L. Lozano Romero; (3) A. Ocaña Granados.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (2) Médico Adjunto.; (3) Médico residente. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón de 28 años que acude a consulta por síncope (en número de cuatro) en las últimas semanas, de



segundos de duración, con pródromos y posterior recuperación absoluta. No tiene antecedentes de interés, no hábitos tóxicos, juega al fútbol los fines de semana. No ha tenido episodios infecciosos en el último mes, ha perdido algo de peso pero lo relaciona con la dieta. Tras una primera valoración en consulta con exploración neurológica dentro de la normalidad, exploración por órganos y aparatos normal, se solicita una analítica, en la que se incluye perfil tiroideo, y un ECG.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acude unos días después para recogida de resultados, siendo todo normal y nos dice que ha comenzado con fiebre vespertina (39°C), tos productiva y gran astenia, por lo que decidimos solicitar una Radiografía (Rx) de tórax urgente en el centro de salud. En la Rx se observa imagen típica en “suelta de globos”, ampliamos la anamnesis y repetimos la exploración física, sin encontrar nada que resaltar. Ante éste hallazgo se deriva a urgencias hospitalarias, previo contacto con el servicio de medicina interna, para continuar estudio al desconocer el origen primario. Se decide ingreso para realizar pruebas complementarias, entre las que se realiza en primer lugar una ecografía testicular que no presenta lesiones, una TC de abdomen, pelvis y tórax, en los que cabe concluir masa mediastínica de 13 cm. Los resultados de la analítica con marcadores tumorales muestran un aumento de alfa-fetoproteína y gonadotropina coriónica humana. Se diagnostica de tumor germinal no gonadal.

Derivado a consulta de Oncología se decide quimioterapia neoadyuvante, pendiente de Cirugía Torácica para extirpar tumor, presenta una crisis tónico-clónica generalizada. Se realiza Resonancia Magnética de cráneo donde se visualizan varias lesiones compatibles con diseminación metastásica leptomeningea y metástasis hemorrágica frontal derecha.

#### JUICIO CLÍNICO

Tumor de células germinales no gonadal

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Teratoma, linfoma, adenopatías mediastínicas y metástasis pulmonares.

#### COMENTARIO FINAL

El papel de la historia clínica y la exploración en la consulta de atención primaria es primordial para llegar al diagnóstico de la mayoría de las dolencias de nuestros pacientes.

El conocimiento de los protocolos vigentes mejora la calidad de la asistencia y disminuye la variabilidad en la práctica clínica.

La buena comunicación entre servicios, siendo este caso entre atención primaria y un servicio intrahospitalario, conlleva beneficios para el trato y seguimiento del paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Díaz VM, Muñoz P, Shahi, Hernández B, Encinas S, Arranz JA, Pérez G. Tumores germinales mediastínicos. *Ann Med Interna* 2008; 25:241-243.

- » 2. Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors. Part I: tumors of the anterior mediastinum. *Chest* 1997;112:511-522.
- » 3. Macchiarini P, Ostertag H. Uncommon primary mediastinal tumours. *Lancet Oncol* 2004;5:107-118.
- » 4. Hartmann JT, Nichols CR, Droz JP. Hematologic disorders associated with primary mediastinal nonseminomatous germ cell tumors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 54-61.

## 264/55. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: DISPEPSIA REBELDE

#### AUTORES:

(1) Á. Gutiérrez García; (2) M. Reina Martín; (3) D. Terreiro Escudero; (4) M. Peláez Gálvez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años sin alergias conocidas, fumador de 41 paquetes/año, cancerofóbico y con antecedentes personales de hipertensión arterial y EPOC que acude a la consulta de atención primaria por dispepsia de larga evolución consistente en sensación nauseosa en ayuno y postprandial, pirosis retroesternal ascendente sin relación con las comidas, distensión abdominal e hiporexia. Ante las pruebas complementarias se derivó a Cirugía Digestiva para tratamiento definitivo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 149/90. SatO2: 93%. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. MVC. Roncus dispersos sin otros ruidos sobreañadidos. Abdomen: Mínimamente distendido, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias palpables. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes.

Analítica sanguínea: Sin alteraciones significativa, con perfil digestivo normal (Bilirrubina, amilasa, lipasa y perfil hepático normal). Alergias alimenticias negativas. Perfil celíaco negativo. Antígeno de *Helicobacter Pylori* sanguíneo y en heces negativo.

Ecografía no reglada con sonda cóncava realizada en centro de salud donde se aprecia gran imagen anecogénica de diámetro mayor de 6 centímetros y 3 centímetros de diámetro menor dependiente de estómago que asciende paralelo a lóbulo hepático derecho compatible con gran hernia hiatal. No alteraciones del parénquima hepático ni pancreático.

#### JUICIO CLÍNICO

Hernia de hiato gigante.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Dispepsia funcional. Celiacía. Ulcus digestivo. Infección por *Helicobacter Pylori*.

**COMENTARIO FINAL**

La ecografía es el nuevo estetoscopio del siglo XXI que nos ayuda a orientar y a vislumbrar nuevos diagnósticos en la consulta de atención primaria. Supone un avance enorme para el médico de Atención Primaria que permite ver por dentro y sin realizar ningún tipo de técnica invasiva mejorando la derivación y ahorrando tiempo al paciente y al sistema en los casos en que tenemos limitadas otras técnicas diagnósticas.

**BIBLIOGRAFÍA**

» 1. Sousa CC, Duarte J. Large Hiatal Hernia. *N Engl J Med*. 2016 Nov 24;375(21):2081.

## 264/56. NO TENGO RADIOGRAFÍAS EN MI CENTRO DE SALUD: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA.

**AUTORES:**

(1) Á. Gutiérrez García; (2) M. Reina Martín; (3) D. Ternero Escudero; (4) M. Peláez Gálvez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 43 años, asmático conocido en tratamiento con budesonida inhalada intermitente y con un neumotórax espontáneo por bulla en 2001 que acude a atención no demorable en el centro de salud por disnea de comienzo súbito cuando estaba jugando con su hijo. El paciente refiere sensación de ahogo que le impide la correcta deambulación, tos irritativa no productiva sin fiebre y dolor torácico no centroopresivo difuso que empeora con la inspiración. El paciente refiere que la sensación le recuerda a cuando tuvo el anterior episodio de neumotórax. Ante la exploración y las pruebas complementarias realizadas en el centro de salud, se decide derivar para centro de urgencias de referencia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Aceptable estado general. Taquipneico. Consciente. TA: 150/90. SatO2: 93%. Auscultación cardiopulmonar: tonos rápidos y rítmicos sin soplos. Hipoventilación muy marcada y generalizada en hemitórax izquierdo en comparación con el derecho. Se realiza ecografía no reglada en centro de salud con sonda cóncava donde se observa una parálisis de la pleura izquierda sin visualizar el correcto movimiento de la pleural visceral y parietal en contraposición de la pleura derecha donde sí se ve. Se aplica el modo M donde se aprecia signo de "código de barras" en pleura izquierda compatible con un neumotórax espontáneo.

**JUICIO CLÍNICO**

Neumotórax espontáneo. Segundo episodio.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Disnea de origen infeccioso. TEP. Neumotórax traumático.

**COMENTARIO FINAL**

La ecografía supone para el médico de Atención Primaria un nuevo ojo diagnóstico, el llamado ojo ecográfico, que permite ver por dentro y sin dañar la estructura a estudiar, a la vez que nos facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica, y una derivación más precoz y dirigida al especialista más adecuado según la patología diagnosticada. El neumotórax es una patología relativamente frecuente que se asocia con ciertas patologías: tabaco, asma, EPOC e incluso el mismo neumotórax espontáneo; aumentado las posibilidades de sufrir un segundo episodio.

**BIBLIOGRAFÍA**

» 1. Porcel JM. Pleural ultrasound for clinicians. *Rev Clin Esp*. 2016 Nov;216(8):427-435.

## 264/57. EL MIEDO A TOCAR

**AUTORES:**

(1) R. Dueñas Vargas; (2) A. Serrano Camacho; (3) A. Martínez Quesada.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Plaza de Toros. Almería.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud San Isidro. Almería.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 24 años de edad que acude a la consulta por dolor e inflamación en región periocular derecha tras traumatismo en dicha zona con codo de un compañero al estar jugando al Baloncesto. También refiere breve epistaxis de rápida resolución. No pérdida de visión. No náuseas ni vómitos. No otra sintomatología. Antecedentes personales sin interés. No toma tratamiento. No intervenciones quirúrgicas previas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Consciente y orientado. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardio-respiratoria: Tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos añadidos. Neurológico: Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares conservados, impresiona de leve déficit a la elevación. No diplopía. Agudeza visual conservada. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha y estática sin alteraciones. No signos de focalidad aguda. Piel y anejos perioculares: Edema parpebral superior, crepitación a la palpación con mucho dolor. Proptosis de párpado superior. No evidencia de sangrado activo. TAC orbitario: Se observa fractura/hundimiento de pared medial de la órbita con herniación de grasa y músculo

recto medial hacia celdillas/espacio etmoidal. Enfisema periocular y extraconal. No hemorragias cerebrales en parénquima valorado. Sin otros hallazgos.

#### JUICIO CLÍNICO

Fractura/hundimiento de pared medial de la orbita derecha. Enfisema periocular y extraconal.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Edema periocular

Enfisema periocular.

Hemorragia intracraneal.

Fractura orbitaria.

Hemorragia activa superficial.

#### COMENTARIO FINAL

Aunque el paciente presente mucho dolor en la región a explorar no hay que tener miedo a tocar en la exploración ya que nos puede dar una gran cantidad de información para nuestro diagnóstico. En este caso no debemos limitarnos a la exploración ocular y neurológica, también debemos explorar la región periocular mediante la palpación aunque presente mucho dolor porque gracias a eso vimos la crepitación y lo derivamos a Urgencias para realización de TAC orbitario.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de medicina de urgencias: guía terapéutica*. 5ª ed. Madrid: elsevier; 2005. Farreras-Rozman. *Medicina interna*. 16º ed. Barcelona: elsevier; 2008.

### **264/58. DISNEA. IMPORTANCIA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA.**

#### AUTORES:

(1) M. Reina Martín; (2) Á. Gutiérrez García; (3) D. Ternero Escudero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Delicias. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 59 años con alergia a volarén y ácido acetilsalicílico y antecedentes de EPOC. Fumador de 30 cigarros al día y bebedor de 6 cervezas al día.

Acude a consulta por disnea que comenzó hace dos semanas y que ha ido aumentando hasta hacerse de reposo. Así mismo, refiere edematización de miembros inferiores y en las últimas noches episodios de disnea paroxística nocturna. No refiere dolor torácico, no palpitations. No refiere episodios previos de disnea en su vida cotidiana. No semiología infecciosa. No fiebre.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Taquipneico a la conversación con SatO2 91% con ventimask al 24%. Taquicardia sinusal a 110 lpm. TA: 100/60 mmHg. Ingurgitación yugular.

ACP: Rítmica, no soplos. Hipoventilación generalizada con roncus dispersos.

Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. Miembros inferiores: Edemas bimaleolares hasta tercios inferiores, con fovea. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes.

ECG: Taquicardia sinusal a 100 lpm. QS anterior (V1-V3) y DIII y onda T negativa V3-V6 e isoeletrica en derivaciones de miembros.

Radiografía Tórax: Cardiomegalia. Redistribución vascular con pinzamiento de ambos senos costofrénicos compatible con insuficiencia cardiaca.

Evolución: El paciente es derivado a Urgencias hospitalarias tras resultados de electrocardiograma y radiografía de tórax, donde se realiza cateterismo cardiaco observándose aterosclerosis coronaria difusa de 3 vasos: coronaria derecha difusamente enferma con lesiones severas en tercio proximal y medio; descendente anterior con lesión severa en tercio proximal y enfermedad moderada en tercio medio y primera marginal con enfermedad difusa moderada.

#### JUICIO CLÍNICO

Insuficiencia cardiaca de novo de origen isquémico con función ventricular severamente deprimida.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Insuficiencia cardiaca, Tromboembolismo pulmonar, Infarto agudo miocardio.

#### COMENTARIO FINAL

En atención primaria es fundamental realizar una buena anamnesis y una exploración física completa que nos ayuden a orientar el diagnóstico de nuestros pacientes y evitando así que patologías potencialmente mortales pasen desapercibidas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:611-9 - Vol. 61 Núm.06; Rockberg J, Jørgensen L, Taylor B, Sobocki P, Johansson G. *Prev Med Rep*. 2017 Mar 18;6:203-209.

### **264/59. LOS BENEFICIOS DEL SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DEL PACIENTE.**

#### AUTORES:

(1) M. Reina Martín; (2) Á. Gutiérrez García; (3) D. Ternero Escudero.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Delicias. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 75 años sin alergias conocidas y antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, que no realiza controles médicos rutinarios. Acude a consulta por haber sufrido caída fortuita hacía una semana, con traumatismo

directo sobre cadera izquierda. Refiere que en el momento de la caída no sintió ningún dolor, pero que desde hace dos días tiene dolor intenso lumbar y en miembro inferior izquierdo que le dificulta la deambulación. Además, refiere que tiene una masa a nivel suprapúbico pruriginosa, que supura y huele mal, de un año de evolución, que ha ido tratando ella en domicilio, sin ser valorada por ningún servicio sanitario, por miedo a que le dijeran que era “algo malo”. Refiere pérdida de 10-15 kg en los últimos 6 meses. Desde hace un año aumento de edemas de miembros inferiores.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Obesidad mórbida.

ACP: Rítmica, no soplos. Murmullo vesicular conservado.

ABDOMEN: Gran faldón abdominal. Masa ulcerada, friable y maloliente a nivel suprapúbico que abarca todo el pubis, vulva y zona anal y que se extiende hacia ambas ingles de casi medio metro de diámetro.

Miembros inferiores: Edemas bimaleolares con fovea. No signos de trombosis venosa profunda. Caderas libres. Buena movilización tanto activa como pasiva. No limitación funcional.

Evolución: Ante los hallazgos de la exploración física y debido a que la paciente ha estado años sin acudir a consulta, se decide traslado a Urgencias hospitalarias para valoración por Medicina Interna.

En Urgencias se realiza biopsia y TAC: engrosamiento cutáneo difuso en región púbica con infiltración del tejido celular subcutáneo en relación con sospecha clínica aportada de Ca. Vulvar; lesión lítica en hueso iliaco derecho adyacente a la articulación sacroiliaca y en T7, sospechosas de metastásicas; adenopatías patológicas mediastínicas, retroperitoneales y pélvicas.

Biopsia: Adenocarcinoma compatible con origen en las glándulas vulvares.

#### JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma de vulva.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sarcoma, Enfermedad Paget vulvar, Liquen escleroso

#### COMENTARIO FINAL

En España, el cáncer de vulva representa aproximadamente 5 % de los casos de cáncer del sistema genital femenino. La supervivencia depende mucho del estado patológico en que se encuentran los ganglios inguinales y si hubo diseminación a las estructuras adyacentes. El tamaño del tumor primario es menos importante para definir el pronóstico. En las pacientes con enfermedad operable sin compromiso ganglionar, la tasa de supervivencia general es de 90%; sin embargo, en las pacientes con compromiso ganglionar, la tasa de supervivencia general a 5 años es aproximadamente de 50 a 60%.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2017. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2017.*

## 264/60. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

#### AUTORES:

(1) A. Serrano Camacho; (2) R. Dueñas Vargas; (3) Á. Bonilla Álvarez; (4) R. Parras Calahorro.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Plaza de Toros. Almería.; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.; (4) Médico. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 74 años, natural de Alemania, con antecedentes personales de migraña, hipertrofia benigna de próstata, melanoma en brazo (2009), dislipemia e hipertensión arterial, que acude a Urgencias por cefalea en hemisferio derecho de 3 días de evolución que refiere es más intensa que sus crisis migrañas previas y no cede a analgesia habitual. Presenta además, fotofobia y un episodio de vómito. Su tratamiento habitual incluye Amlodipino, Atorvastatina, Finasteride y Tamsulosina.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Constantes: Afebril. TA 160/70. SaO<sub>2</sub> 97%. FC 65 lpm. Consciente y orientado. Leve sensación de enfermedad. Bien hidratado y persuadido. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo, tolerando decúbito sin cianosis, manteniendo buenas saturaciones de oxígeno. Exploración neurológica: PINR. MOEC. Glasgow 15/15. Leve ptosis parpebral izquierdo. Ligera paresia facial izquierda con asimetría del surco nasogeniano izquierdo. Claudicación distal de MSI (mano) en la maniobra de Barré y claudicación de MII en la maniobra de Mingazzini. Funciones superiores aparentemente normales. Sensibilidad conservada. AC: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos.

AR: Murmullo vesicular conservados sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII: No edemas. No signos de TVP. Pulsos medios palpables y simétricos. Analítica: -Bioquímica: Glucosa 142, Urea 49.6, Creatinina 0.96, Na 142, K 4.51 -Hemograma Hb 13, Leucocitos 9220, Neutrófilos 86%, Plaquetas 153.000 -Coagulación: Act. protrombina 112%, TTPa 30.9 seg, Fibrinogeno 402

TAC craneal: Lesión de morfología nodular e hiperdensa sugerente de LOE temporal derecha hemorrágica, y dado el antecedente de melanoma, como primera posibilidad debido a metástasis cerebral. Produce edema y desplazamiento de línea media contralateral.

#### JUICIO CLÍNICO

LOE temporal derecho hemorrágico en paciente con antecedente de melanoma intervenido

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Episodio migrañas, Parálisis facial periférica/central, Neoplasia primaria cerebral

**COMENTARIO FINAL**

Se consulta con neurocirujano de guardia, que indica, dando el antecedente de melanoma, es probable que se trate de una lesión metastásica, desestima cirugía por su parte e indica tratamiento con esteroides. A pesar de su antecedente personal de migraña, hay que tener en cuenta el conjunto de sus antecedentes personales y no achacar siempre las cefaleas a posibles migrañas. Es muy importante realizar una correcta exploración neurológica para descartar otro tipo de patologías.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de medicina de urgencias: guía terapéutica*. 5ª ed. Madrid: elsevier; 2005. Farreras-Rozman. *Medicina interna*. 16º ed. Barcelona: elsevier; 2008.

**264/61. “TENGO EL ESTÓMAGO EN LA BOCA”****AUTORES:**

(1) M. Peláez Pérez; (2) A. Cuberos Escobar; (2) M. Luna Valero.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 74 años sin alergia medicamentosa conocida con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y anemia macrocítica que acude a Urgencias por disnea de 5 semanas de evolución, sin otra clínica respiratoria y/o cardíaca asociada. Presentó hace aproximadamente dos meses, catarro de vías altas con tos persistente.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Regular estado general; consciente, orientado y colaborador; bien hidratado y perfundido; taquipnéico con respiración superficial.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos ni ruidos. Hipofonía en hemitórax izquierdo.

Abdomen globuloso, blando, depresible, masa de gran tamaño en flanco izquierdo, distendida y no reductible. Sin signos de irritación peritoneal.

TC toracoabdominal: rotura diafragmática a nivel anterior con elevación intratorácica de estómago. Hernia de pared abdominal izquierda con salida de mesenterio y asas intestinales.

Análisis de sangre anodina.

**JUICIO CLÍNICO**

Hernia diafragmática tras esfuerzo tusígeno.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Insuficiencia cardíaca.

Tromboembolismo pulmonar.

Carcinoma pulmonar.

**COMENTARIO FINAL**

El paciente acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias con la misma clínica siendo dado de alta con diagnóstico de infección respiratoria no condensante. Finalmente, tras la valoración de las distintas radiografías de tórax, se realizó TC toracoabdominal, confirmando el diagnóstico, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia y presentando una buena evolución.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Hacıbrahimoglu G, Solak O, Olcmen A, Berinhan MA, Solmazer N,  
» Gurses A. *Management of traumatic diaphragmatic rupture*. *Surg Today*. 2004;34:111-4.  
» Mihos P, Potaris F, Gadikis J, Paraskevopoulos J, Vavatsoulis P,  
» Gougoutas B et al. *Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 64 patients*. *Injury*. 2003;34:169-72.

**264/63. TOS EN PACIENTE FUMADOR****AUTORES:**

(1) A. Granados; (2) C. Mateos Montes; (3) J. Jurado Ordóñez; (4) S. Pueyo Rodríguez; (5) J. Montero López; (5) L. Lozano Romero.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente III. Centro de Salud Motril Centro. Granada.; (2) Médico de Familia. Hospital Comarcal Santa Ana Motril. Granada.; (3) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (4) Médico Residente III. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (5) Médico residente. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 75 años que acude a nuestra consulta por presentar tos seca habitual que se ha exacerbado y por la que no ha consultado nunca. No refiere fiebre ni síntomas catarrales acompañantes.

Como antecedentes personales, fue ingresado en Medicina Interna en Mayo de 2016 por cuadro de neumonía. En estudio por Urología por episodios de orinas coléricas. Intervenido de perforación de úlcera gástrica y fumador de un paquete al día desde la infancia. Niega otros hábitos tóxicos y no toma ningún tratamiento habitualmente. No tiene alergias medicamentosa registradas.

El paciente nos cuenta que siempre ha presentado tos seca y que en las últimas semanas se ha exacerbado acompañándose además, desde hace dos días aproximadamente, de disfonía y molestias al tragar sin disfagia. No ha tenido hemoptisis ni cambios en las características del esputo. Tampoco ha tenido fiebre.

Presenta además pérdida de apetito y de peso que él relaciona con estado anímico más decaído desde el fallecimiento de su esposa en el pasado mes de Octubre.

Tendente al estreñimiento por la baja ingesta y rectorragia ocasional en relación con hemorroides.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

TA, saturación y frecuencia cardíaca mantenidas



Estado general conservado, bien hidratado y perfundido, leve caquexia

No adenopatías cervicales.

Disfonía sin estridor, eupneico. Inflamación y eritema de la pared faríngea posterior.

Auscultación rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado con roncus aislados.

Abdomen blando, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos normales

Miembros sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos normales

Solicitamos analítica, con resultados dentro de la normalidad y Radiografía de tórax en las que se observan adenopatías paratraqueales bilaterales con ocupación de la ventana aortopulmonar.

Se deriva a consultas de atención especializada, realizándose las pruebas complementarias:

Fibrobroncoscopia: Parálisis de cuerda vocal en separación con luz glótica normal.

TAC torácico: adenopatía necrosada en ventana aortopulmonar. Enfisema centrolobulillar y bulloso en campos superiores. Nódulo en LII espiculado y acompañado de dos nódulos satélites y de cambios pleuropulmonares residuales locales. Presencia de granulomas calcificados residuales. Conclusión: Descartar Ca de pulmón con adenopatías en ventana aortopulmonar.

TAC contraste iv abdomen y renal: Se identifican dos lesiones nodulares sólidas de aspecto ecográfico hipoeoico, bien definidas en lóbulos caudado y segmento III de lóbulo hepático izquierdo, rodeadas de halo hipoeoico, con realce moderado y heterogéneo tras contraste intravenoso, sin relleno progresivo en la fase excretora retrasada. Quiste sinusal polo superior renal izquierdo y cortical inferior, Riñones, vía urinaria y vejiga morfológicamente normales. Conclusión: Lesiones nodulares sugerentes de metástasis de primario desconocido.

Se biopsia la LOE hepática y se cita en Oncología Médica para tratamiento quimioterápico.

#### JUICIO CLÍNICO

Ca de pulmón con metástasis hepáticas.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Laringitis aguda, hipertrófica, neoplasias y tumoraciones benignas de la laringe

#### COMENTARIO FINAL

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia del seguimiento de nuestros pacientes dentro de su contexto biopsicosocial, sin restar importancia o normalizar consultas que puedan simular patología banal.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Guía diagnóstica y protocolos de actuación 4ª EDICIÓN* Luis Jiménez Murillo F. Javier Montero Pérez

## 264/64. DÉFICIT DE FUERZA EN PACIENTE ALCOHÓLICO Y FUMADOR SEVERO

#### AUTORES:

S. Moreno Carrasco; M. Sierras Jiménez; E. BarBarbero Rodríguez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 56 años. Bebedor y fumador activo de 78 paquetes/año. Vive solo en medio urbano, sin relación alguna con su familia. Acude a la consulta por pérdida de fuerza en miembro superior derecho que ha ido progresando al resto de hemicuerpo derecho de 20 días de evolución. Sufrir varias caídas en este tiempo por estado de embriaguez. Acude a urgencias diagnosticado de lesión radial derecha postraumática. Tras mala evolución, acude a nuestra consulta de atención primaria. Tras anamnesis, apreciamos una pérdida de peso estimada en 7 kg en los últimos meses.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente y orientado en las tres esferas. Comportamiento normal. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. PINLA. MOEC. Resto de pares craneales normales. Sistema motor: fuerza MSD 1/5, MSI 3/5, MID 1/5 y MII 4/5. Sensibilidad y reflejos difíciles de valorar. No dismetría dedo-nariz. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax. Resto de exploración por aparatos normal. Decimos derivar a las urgencias hospitalarias. A su llegada, realizan TC de cráneo, destacando dos lesiones nodulares intraparenquimatosas con realce periférico, en transición corticosubcortical; de 20x20x25 mm en circunvolución precentral de lóbulo frontal izquierdo y de 14x20x25 mm en circunvolución temporobasal izquierda. Ausencia de realce central en ambas lesiones, indicativo de necrosis. Importante edema de sustancia blanca perilesional con desviación de línea media de 3 mm. Compatible con enfermedad metastásica. Radiografía de Tórax: LOE en LSD. Ingresa en planta de Neurocirugía para completar estudio. TC de Tórax: tumoración sólida, de 6x4.5 cm, contorno irregular, en lóbulo superior derecho y en contacto con la superficie pleural. Signos de EPOC tipo enfisema severo, fundamentalmente en lóbulos superiores. PET-TC: masa hipermetabólica pulmonar en lóbulo derecho con centro ametabólico, dos lesiones hipometabólicas en parénquima cerebral, a nivel frontal izquierdo y polo inferior temporal izquierdo. TC de Tórax con biopsia guiada: Carcinoma epidermoide. Se inicia tratamiento con Dexametasona para reducir edema cerebral. Tras el pronóstico se traslada a un centro hospitalario para cuidados paliativos por claudicación familiar. Evolución tórpida, presentando crisis convulsivas frecuentes que se controlan con antiepilépticos. Fallece en dos meses tras complicación infectiva respiratoria.

#### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma epidermoide pulmonar con diseminación cerebral.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Hemorragia cerebral tras TCE.

**COMENTARIO FINAL**

Mala praxis debido a los factores psicosociales del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana, D. *Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. ResiUrgencias. 1ª ed. Madrid: Ediciones Semergen; 2016.*

## 264/65. SÍNCOPE EN PACIENTE ONCOLÓGICA.

**AUTORES:**

S. Moreno Carrasco; E. Barbero Rodríguez; M. Sierras Jiménez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 77 años. Presenta actualmente Síndrome Mielodisplásico en tratamiento con Azacitidina. Sin otro antecedente personal de interés. La paciente vive sola en medio rural, independiente para ABVD con buena calidad de vida. Realiza deporte a diario. Interacción social. Estando en consulta de atención primaria, tenemos un aviso domiciliario por pérdida de conciencia. La paciente misma da el aviso. A nuestra llegada, nos cuenta que mientras hacía actividades domésticas, ha sufrido una pérdida de conciencia, de forma brusca, sin pródromos, con recuperación espontánea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

A la exploración regular estado general. Palidez cutánea. Sudorosa. Orientada en las tres esferas. Taquicardia sinusal a 110 lpm. Taquipnea a 22 rpm. Saturación O2 90%. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. PINLA. MOEC. Resto de pares craneales normales. Sistema motor: fuerza 5/5 y sensibilidad normal. No dismetría dedo-nariz. ROT simétricos y conservados. RCP flexor bilateral. Resto de exploración por aparatos normal. Se deriva a las urgencias hospitalarias para estudio. En la analítica destaca un Dímero D de 7.48, Troponinas Ultrasensibles 195 y BNP 1406. En el electrocardiograma se aprecia un ritmo sinusal a 106 lpm, sin alteración de la repolarización. Score Ginebra modificado: 8 (Probabilidad de TEP intermedia). Por lo que se solicita un Angio-TC de Tórax en el que se ve múltiples defectos de repleción en arterias lobares y segmentarias superiores, del lóbulo medio, lingula y segmentarias de ambos lóbulos inferiores. Dilatación de cavidades derechas cardíacas y signos de compresión del ventrículo izquierdo. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar severo, con signos de repercusión hemodinámica. Tras esto realizan Ecocardiograma donde aparece un ventrículo izquierdo no dilatado con fracción de eyección conservada. Ecodoppler

de miembros inferiores: Trombosis venosa profunda parcial de vena superficial izquierda. Tras la inestabilidad hemodinámica, se traslada a la UCI. La paciente evoluciona favorablemente, pasando a planta de Neumología en unos días. Se trata con Bemiparina 10.000 UI subcutánea cada 24 horas. A los 10 días del ingreso es dada de alta, quedando con una disnea de medianos esfuerzos y cansancio generalizado. Se cita en Consultas Externas de Cardiología para completar estudio. Test breve de la marcha a 200 m: Saturación O2 95% - 94% y FC 92 lpm - 106 lpm. Ecocardiograma: cavidades normales, con FE normal. Va recuperando su estado basal de forma progresiva, volviendo a la normalidad de su vida diaria.

**JUICIO CLÍNICO**

Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral con repercusión hemodinámica. Insuficiencia respiratoria hipoxémica. Trombosis venosa profunda parcial de vena superficial izquierda.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Síncope Cardiogénico vs Síncope TEP vs AIT.

**COMENTARIO FINAL**

Recordar la prevalencia de TEP en pacientes oncológicos. Puntuación elevada de cáncer activo en Score Ginebra modificado (5).

**BIBLIOGRAFÍA**

- » Cinza Sanjurjo S, Rey Aldana, D. *Manual de manejo y tratamiento de pacientes con patologías médicas agudas y urgentes. ResiUrgencias. 1ª ed. Madrid: Ediciones Semergen; 2016.*

## 264/66. CONTUSIÓN CRANEAL.

**AUTORES:**

M. Sierras Jiménez; S. Moreno Carrasco; E. Barbero Rodríguez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 82 años con AP de HTA, DM tipo 2, FA, hepatopatía enólica, HTP, insuficiencia renal crónica moderada, nódulo pulmonar solitario en segmento superior LII, sin continuar estudio por petición de la paciente.\* Fumadora de 8 cig/día desde hace aprox 50 años. Alcohol de 2-3 U/día. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Institucionalizada. Acudió a urgencias por presentar TCE tras caída fortuita según informa. Refiere que paseó durante la mañana, tras el almuerzo fue a dormir y su siguiente recuerdo es en este servicio. Asintomática en la valoración.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Buen estado general. Consciente orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Eupneico. TA 120/60. FC 100 lpm. Afebril. CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. No ingurgitación yugular.

Mucosas normocoloricas.No adenopatias.Cara: dolor leve a la palpación de maxilar izquierdo. Apertura de la mandíbula sin luxación ni dolor. Pirámide nasal con muy ligero hematoma y sin dolor a la palpación. No deformidades. Secreción líquido serohemático nasal.ACR: tonos arritmicos.Murmulo vesicular conservado.No ruidos patologicos sobreañadidos.Abdomen: blando y depresible.hepatomegalia.No doloroso a la palpacion.Blumberg y Murphy negativos. Ruidos intestinales presentes y normales.MMII: no signos de TVP.Pulsos pedios presentes y simetricos.No edemas.Exp.neurologica: glasgow 15.PINLA.MOEC.No dismetrias.No claudicacion.Fuerza y sensibilidad conservada.Campimetria por confrontación negativa.TC sin Contraste I.V. de Cara (31/03/2017)La exploración realizada muestra abundante neumoencefalo bifrontal que comprime el parénquima cerebral subyacente adoptando morfología en “Monte Fuji”, y en menor cantidad junto al polo temporal izquierdo. Asimismo se aprecian pequeñas burbujas en convexidad bihemisférica.Podria existir un solución de continuidad en la pared posterior del seno frontal izquierdo, ocupado por contenido líquido de baja densidad sugerente de hemoseno + LCR.Contusión de partes blandas epicraneales en región parietal derecha. Ocupación parcial probablemente inflamatoria del seno maxilar izquierdo. No se observan fracturas de macizo facial ni hemorragia intracraneal.ECG: FA a 127 lpm. No alteraciones en la repolarización.

#### JUICIO CLÍNICO

Fractura hueso frontal. Neumoencefalo bifrontal. Fístula LCR.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ACV, AIT, Sincope, HSA, HIP.

#### COMENTARIO FINAL

tras un TCE de intensidad moderada es muy importante la correlación clínica con PC.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *Aguilar Rodríguez; Bisbal Prado, O; Manual de diagnóstico y terapéutica Médica Hospital 12 Octubre.*

### 264/67. SINCOPE.

#### AUTORES:

M. Sierras Jiménez; E. Barbero Rodríguez; S. Moreno Carrasco.

#### CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 22 años con AP de LAM 3 diagnosticada en dic de 2016 presentando como complicaciones al tratamiento quimioterápico, Sd ATRA, endocarditis marántica, ictus isquémico en ACMI posterior con transformación posterior hemorrágica, IAM lateral tipo 2, emoblismo arterial en MID, infección respiratoria por Legionella y VRS en fase de descanso terapéutico tras segundo ciclo quimioterápico acude al servicio de urgencias por presentar 3 episodios

sincopales. El 1º ha sucedido mientras estaba sentado en el váter, dispuesto a orinar. Ha comenzado con sudoración y palidez y ha perdido el conocimiento, 1 minuto aproximadamente. Se ha recuperado progresivamente y ha emitido un vómito. A los 4-5 minutos ha tenido otro síncope con las mismas características al que se ha añadido convulsiones tónicas sobre todo de cabeza y pérdida de control de esfínteres. Recuperación posterior lenta con dificultad para el habla. 3er episodio más leve con presíncope sin mareo. Durante los 3 episodios la familia refiere haber visto pupilas dilatadas. Niega sintomatología previa. Actualmente asintomático.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, NH, NC, Eupneico en reposo, Hemodinámicamente estable. ORL: no mucositis, úvula en posición correcta. ACR: TCR, sin soplos. MVC, no otros ruidos sobreañadidos ABD: depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias.EEII: no edemas ni signos de TVP.Neurológico: Pupilas isocóricas, con reflejo fotomotor y consensuado conservado, MOEC. GCS 15/15. Orientado en persona, espacio y tiempo. Cierta dificultad en la nominación de objetos, aunque finalmente siempre acaba diciéndolo (situación basal).No alteraciones en la campimetria por confrontación. No alteraciones en ningún par craneal. Fuerza global y sensibilidad en MMSS y MMII conservada. El paciente comenta disminución de sensibilidad en muslo derecho ya presente previamente.

TC de cráneo sin contraste iv.

No se aprecian imágenes que sugieran la existencia de lesión isquémica establecida aguda intracraneal. No se observan focos de resangrado agudo. Área hipodensa cortico-subcortical en región parietooccipital izquierda compatible con infarto establecido, sin cambios significativos. En su interior se observan pequeñas hiperdensidades lineales, que han disminuido de tamaño con respecto a TC previa de enero de 2017, sugerentes de restos de hemorragia petequial crónica.

Ocupación parcial por material de densidad partes blandas de los senos esfenoidales y maxilares izquierdos, de características inflamatorias. Analítica. Leucocitos 3500, PMN 78%, hg 10,7, plaquetas 208 glucosa 119, urea 30, creatinina 0,64, sodio 137, potasio 3,7.PCR 4, TP 23.

EKG en RS sin alteraciones de repolarización. EEG sin actividad patológica.

#### JUICIO CLÍNICO

Síncope vasovagal.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síncope cardiogénico/Convulsión/AIT/ACV.

#### COMENTARIO FINAL

dada la complejidad de la pluripatología de este paciente oncológico es muy importante realizar un diagnóstico diferencial óptimo y una elección de pruebas complementarias adecuadas a fin de actuar precozmente y disminuir riesgos.

#### BIBLIOGRAFÍA

» *Aguilar Rodríguez,F; Bisbal Prado,O; Manual de diagnóstico y terapéutica Médica Hospital 12 Octubre.*

## 264/71. UN RESULTADO DIFERENTE

### AUTORES:

(1) I. Palomino Cobo; (2) A. Barreiro Gago; (2) C. Ramírez Martín; (2) J. Trillo; (3) I. Sempere Fernández; (4) I. Padial.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Fuengirola.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la miel. Benalmádena. Málaga.; (4) Médico de Familia. Las lagunas. Mijas. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de urgencias pediátricas por presentar cuadro de inestabilidad de la marcha y sensación vertiginosa de 5 horas de evolución.

No refiere otra sintomatología.

Refiere que hace 5 días presentó catarro común de vías altas que trató con jarabe para la tos que no sabe precisar.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física presentó TA 125/60, FC: 95lpm, FR: 26rpm. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos. Buena ventilación en ambos campos sin ruidos patológicos. No signos menígeos. Exploración neurológica: Romberg + hacia izquierda. Marcha tambaleante. No otra focalidad.

Análítica de orina con resultados dentro de la normalidad. EKG: Ritmo sinusal a 80lpm, sin alteraciones de repolarización

Análítica de sangre con resultados dentro de la normalidad. TAC craneoencefálico: Sin alteraciones significativas. Drogas de abuso: Positiva a benzodiazepinas. Se hizo una interconsulta a Toxicología donde nos informaron que las benzodiazepinas pueden tener reacciones cruzadas con sustancias como el dextrometorfano.

### JUICIO CLÍNICO

Intoxicación medicamentosa por dextrometorfano

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Intoxicación por benzodiazepinas
- Ataxia aguda postinfecciosa
- Ataxia cerebelosa
- Tumor craneoencefálico
- Maltrato infantil

### COMENTARIO FINAL

Los medicamentos antitusivos se utilizan habitualmente dentro del ámbito pediátrico, a pesar de que su eficacia no está claramente demostrada.

Aunque no suele haber complicaciones, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios potencialmente graves e incluso nos pueden hacer realizar pruebas diagnósticas perjudiciales para los niños.

La intoxicación por esta sustancia puede dar procesos cruzados con drogas de abuso como benzodiazepinas, proceso a tener en cuenta ante estos casos

Es importante que los profesionales sanitarios a cargo de pediatría tengan en cuenta la poca eficacia de estos fármacos y sus posibles efectos adversos.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Mintegi S. *Manual de intoxicaciones en Pediatría*. 3.ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 155-66.
- » M.J. Martínez-González et al. *Rev Neurol* 2006; 42 (6): 321-324
- » 2. López Lois G, Gómez Carrasco JA, García de Frías E. *Reacción adversa por pseudoefedrina*. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:378-80.

## 264/74. CREANDO ARTICULACIONES NUEVAS

### AUTORES:

(1) A. Cuberos Escobar; (2) Á. Gutiérrez García; (3) M. Reina Martín; (4) M. Peláez Gálvez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 49 años que consulta por lumbalgia de un año de evolución y que presenta exacerbación de la misma en los últimos tres meses. Refiere dolor a nivel lumbar bajo y en articulación sacroilíaca izquierda, con irradiación a zona glútea y que se agrava con determinados movimientos de columna. No ha presentado ningún traumatismo previo ni refiere práctica deportiva habitual.

Ha estado realizando tratamiento farmacológico con ibuprofeno, cediendo parcialmente el dolor.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física presenta contractura de la musculatura paravertebral lumbar y dolor a la palpación de apófisis de L5 y S1. La fuerza y sensibilidad de ambos miembros inferiores están conservadas al igual que los reflejos osteotendinosos. El signo de Fabere (Patrick) es positivo para sacroilíaca izquierda.

En la radiografía de columna lumbosacra se observa megaapófisis transversa unilateral izquierda de L5 que forma una pseudoartrosis con sacro e ilion.

### JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Bertolotti

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hernia discal.  
Espondilolistesis.  
Metástasis ósea.

### COMENTARIO FINAL

Ante cualquier caso de lumbalgia que se cronifica, debemos realizar un estudio radiológico, con el fin de descartar alguna patología de mayor importancia.

En este caso, la paciente fue derivada al servicio de traumatología para valoración y seguimiento, ya que si la clínica continúa pese a realizar tratamiento farmacológico y rehabilitación, podría plantearse la intervención quirúrgica como tratamiento definitivo.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Jain A, Agarwal A, Jain S, Shamsheery C. Bertolotti Syndrome: A Diagnostic and Management Dilemma for Pain Physicians. *Korean J Pain.* 2013 Oct;26(4):368-373.
- » 2. Patti A, Bianco A, Paoli G, Messina M, Montalto M. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: A systematic review. *Medicine*, 94 (2015), pp. e383.
- » 3. Subinara G, Font M, Ortega H, Martínez M. Megapófisis transversa (síndrome de Bertolotti) y defecto parcial de fusión posterior sacra como signos con valor identificativo en antropología forense. *Cuad Med Forense*, 19 (2013), pp. 39-41.

## 264/75. EL DEDO GIGANTE

### AUTORES:

(1) A. Cuberos Escobar; (1) M. Luna Valero; (2) M. Peláez Pérez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 19 años que acude por presentar, desde hace un año, bultoma en pulpejo de 1º dedo de mano izquierda que ha presentado un crecimiento acelerado en los últimos 3 meses. Refiere dolor intermitente, principalmente a la palpación. No ha sufrido ningún traumatismo previo en esa zona ni ha presentado exudado.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración se aprecia lesión de aproximadamente 1 cm en pulpejo de 1º dedo de mano izquierda, muy vascularizada y dolorosa a la palpación. Se realizan además las siguientes pruebas físicas, siendo todas positivas:

Test de Love: con la cabeza de un alfiler se presionó sobre la lámina ungueal, produciendo sensación de dolor intenso con reflejo de retirada de la paciente.

Test de Hildreth: consiste en provocar disminución del flujo sanguíneo a la región afectada sin producir isquemia. Se hace un torniquete en la base del dedo o se coloca el brazo extendido hacia arriba inflando un esfigmomanómetro hasta 250 mmHg. Con esta disminución en la perfusión, se presionó sobre la región afectada; produciéndose una disminución del dolor. Al liberar el torniquete, el dolor se manifestó de nuevo.

El resultado de las pruebas citadas anteriormente y la gran vascularización que presentaba la lesión, nos orientaba hacia dos diagnósticos: tumor glómico o tumor de células gigantes del tendón.

La paciente fue derivada al servicio de traumatología donde realizaron una resonancia magnética.

Resonancia magnética de mano izquierda: se observa tumoración localizada en el extremo distal del primer dedo de la mano izquierda con extensión a cara palmar y borde radial de 11mm de diámetro craneo-caudal por 11mm de diámetro transversal, hipointenso en T1 e hiperintenso y lobulado en T2 que no asocia alteración de señal, remodelado ni erosión ósea. Por su morfología y localización podría corresponderse con tumor de células gigantes de la expansión aponeurótica de los flexores.

### JUICIO CLÍNICO

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor glómico.

Quiste sinovial

Fibroma de la vaina tendinosa

Angiolipomas

Angiomiolipomas

### COMENTARIO FINAL

La paciente había consultado en varias ocasiones por su lesión, no siendo estudiada hasta pasado un año del inicio de los síntomas por la presunta banalidad de su patología. Ante cualquier lesión que presente un crecimiento paulatino, se debe sospechar de patología tumoral y es conveniente iniciar el estudio que se considere oportuno para confirmar o descartar dichas sospechas.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Gracia S, Succi F, Frassetto R, Perrotta E. Giant cell tumor of tendon sheath: Study of 64 cases and review of literature. *G Chir.*, 34 (2013), pp. 149-152.
- » 2. Lautenbach S, Kim M, Millrose A, Eisenschenk M. Nodular giant cell tumour of the tendon sheath of the hand: Analysis of eighty-four cases: Diagnostic decisions and outcome. *Int Orthop.*, 37 (2013), pp. 2211-2215.
- » 3. Wang Q, Duan Y J, Xue X M, Huang L, Wang Z, Chen Y. Giant cell tumour of tendon sheath with bone invasion in extremities: Analysis of clinical and imaging findings. *Radiol Med.*, 120 (2015), pp. 745-752

## 264/83. ETIOLOGÍA INFRECUENTE EN UNA PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

### AUTORES:

(1) M. Luna Valero; (1) A. Cuberos Escobar; (2) D. Hernández Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.



**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 23 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En tratamiento con anticonceptivos orales. Un hijo sano de 8 meses. No abortos.

Acude a Urgencias, en dos ocasiones, en menos de 48 horas refiriendo dolor, inflamación y aumento de temperatura local en miembro inferior izquierdo (región gemelar). Es dada de alta con diagnóstico de flebitis. Consulta en una tercera ocasión porque tras realizar un sobreesfuerzo, presenta exacerbación de la clínica caracterizada por extensión hasta raíz de miembro inferior.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS****-Exploración física:**

Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Constantes normales. Afebril.

Auscultación cardiorrespiratoria: Normal.

Extremidades inferiores: Pulsos pedios palpables y simétricos. Presenta inflamación, empastamiento y cianosis que se extiende a lo largo de todo el miembro inferior izquierdo, sin aumento de la temperatura local. Hoffman positivo.

**-Pruebas complementarias:**

Análítica de sangre: Leucocitos 16.100 (Neutrófilos 75,70%); Hemoglobina 13,30; Plaquetas 234.000. Coagulación: PTA 98,9; INR 1,01; Dímero D 7,91. Bioquímica: Glucosa 99; Creatinina 0,5; PCR 81,27.

Radiografía de tórax: Sin alteraciones radiológicas significativas.

Electrocardiograma: Normal.

Eco-doppler miembro inferior izquierdo: Signos de trombosis venosa a nivel de vena femoral común, femoral superficial y safena interna.

TC con contraste IV de Abdomen y Pelvis: Trombosis de la vena ilíaca primitiva y externa así como femoral izquierda. Morfología compatible con obstrucción congénita por cruce de la arteria ilíaca primitiva derecha sobre la vena ilíaca primitiva izquierda (síndrome de May Thurner).

**JUICIO CLÍNICO**

Trombosis venosa profunda. Síndrome de May Thurner.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Tromboflebitis superficial. Rotura de quiste de Baker. Celulitis. Leiomiomas de la arteria femoral.

**COMENTARIO FINAL**

Tras el diagnóstico de síndrome de May Thurner, se realizó flebografía y trombolisis locorregional con estreptoquinasa, ingresando en UCI. Tras 6 días de tratamiento, desaparecieron los trombos y se colocó stent venoso en ilíaca primitiva izquierda hasta cava. Actualmente en seguimiento por Medicina Interna.

Este caso demuestra que aunque los datos clínicos y factores de riesgo de la paciente apuntaban a que eran la causa de la trombosis venosa profunda, las pruebas evidenciaron que hay que pensar en otras posibles etiologías y no solo en las más frecuentes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Lijfering WM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. Risk factors for venous thrombosis - current understanding from an epidemiological point of view. *Br J Haematol* 2010; 149:824.
- » 2. O'Sullivan GJ, Semba CP, Bittner CA, et al. Endovascular management of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11:823.

**264/85. A PROPOSITO DEL PRURITO GENITAL****AUTORES:**

(1) M. Rojas Martínez; (2) A. Moreno Bareas; (3) M. Rodríguez Ordóñez; (4) S. Granados Gutiérrez; (5) A. Terrón Sanchez; (6) A. Ureña Aguilera.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente 3º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (5) MIR 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés-teatinos. Málaga.; (6) Médico Residente 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 76 años. Independiente para las ABVD, vive con su hija. Con accidente cerebro-vascular isquémico en 2010, Diabetes tipo II, hipertensión, dislipemia, hipotiroidismo. Intervenido de histerectomía con anexectomía unilateral a los 44 años por mioma sangrante, tiroidectomía, colecistectomía, cataratas. En tratamiento con Metformina, adiro 100mg, eutirox 150mg, simvastatina 20mg, mirtazapina 15mg, cardesartan/hidroclorotiazida.

Acude a consulta por disuria y prurito vaginal de semanas de evolución, sin fiebre ni otra clínica asociada, combur test negativo, se solicita urocultivo y se indican medidas higiénico-dietéticas. Una semana después acude por los resultados del urocultivo, siendo este negativo, persistiendo las molestias. Se realiza exploración objetivándose una lesión pigmentada policroma en vulva y entrada de vagina, derivándose a urgencias para valoración por dermatología. Se realiza biopsia y estudio de extensión, diagnosticándose de melanoma vulvo-vaginal infiltrante, pasando a cargo de Oncología que tras realizar 5 ciclos de quimioterapia (esquema DTIC) con escasa respuesta y tras desestimación de cirugía por edad y comorbilidades, se incluye en Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Un mes después, acude nuevamente a consulta con dificultad para la micción, asociado a sangrado continuo vaginal y aumento de la lesión que a la exploración impide visualizar uretra. Es sometida a Radioterapia paliativa ante dichos síntomas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Saturación de oxígeno 99% basal. Tensión arterial 135/85mmHg. Auscultación Cardio-Respiratoria: rítmica sin

soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Genitales: lesión pigmentada policroma en vulva, labios menores y entrada de vagina. Analítica: normal.

Biopsia: Melanoma, con espesor de 0,68mm. Con ausencia de mutaciones en los axones 9,11,13 y 17 de CKIT y del codon 600(exon 15) de BRAF.

TAC con contraste de Tórax, abdomen y pelvis: solo destaca no identificación de útero ni estructuras anexas en relación con cambios post-quirúrgicos, no visualizándose otras alteraciones patológicas significativas.

#### JUICIO CLÍNICO

Melanoma vulvo-vaginal infiltrante.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infección del tracto genital inferior, Candidiasis vaginal, liquen escleroatrófico.

#### COMENTARIO FINAL

Ante la persistencia de la clínica (prurito genital) y tras la exploración se deriva a la paciente a urgencias por sospecha de proceso neoplásico maligno.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » *Martín Zurro, A. Compendio de atención primaria. Conceptos, organización y practica clínica de Medicina de Familia. 4ª edición. 2016.*
- » *Bernard Ackerman, A. Ackerman dermatología de bolsillo. Edición original. 2010. 381-403.*

### 264/88. DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

#### AUTORES:

(1) B. García Gollonet; (2) J. Cano García; (3) M. Bernal Hinojosa; (4) E. Espinola Coll.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (4) Médico residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 24 años sin antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta por odinofagia y sensación febril, diagnosticamos de faringitis aguda y pautamos tratamiento sintomático. Consulta de nuevo en la misma semana, en esta ocasión por deterioro generalizado, disfagia intensa, fiebre de 40°C y dolor torácico tipo pleurítico. En esta ocasión decidimos derivar a urgencias para realización de pruebas complementarias.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general, eupneico. Normotenso, taquicárdico y febril. Orofaringe: exudado blanquecino en sábana

ambas amígdalas, úvula no desplazada. Analítica de sangre: leucocitos 28300 con 21500 neutrófilos absolutos, coagulación normal inicialmente, GOT 108, PCR 389, PCT 5.92. Radiografía tórax: derrame pleural izquierdo, dudoso ensanchamiento mediastínico. TC tórax: neumomediastino con múltiples colecciones, aumento de atenuación de la grasa mediastínica y burbujas aéreas en mediastino anterior, medio y posterior, con extensión a espacios cervicales, hallazgos indicativos de mediastinitis aguda. Derrame pleural izquierdo con atelectasia.

#### JUICIO CLÍNICO

Mediastinitis necrosante descendente (MND)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Amigdalitis aguda, absceso periamigdalino, absceso retrofaringeo.

#### COMENTARIO FINAL

El paciente requirió drenaje quirúrgico del absceso mediastínico e ingreso en UCI durante un mes por shock séptico, realizándose traqueostomía. Posteriormente cursó con neumonía aspirativa con derrame pleural bilateral. Tras dos meses de ingreso hospitalario y evolución favorable fue dado de alta con seguimiento en consultas de Otorrinolaringología.

Las causas más frecuentes de mediastinitis aguda son la postesternotomía, la perforación esofágica y la infección bucofaringea, esta última llamada MND. El tratamiento es casi siempre quirúrgico y el shock séptico es el factor de peor pronóstico postquirúrgico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » *Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª edición. Luis Jiménez Murillo.*
- » *Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª edición.*
- » *Guía terapéutica en Atención Primaria, 6ª edición. semFYC.*

### 264/89. DERMATITIS HERPETIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

#### AUTORES:

(1) J. Cañizares Romero; (1) I. Corrales Álvarez; (2) E. Sicilia Barea; (3) M. Martínez Ibáñez; (4) A. Cordero Moreno.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Tipo Pichón. Málaga.; (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Carranque. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38 años. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hernias discales y adenoidectomía. Acude a nuestra consulta de Centro de Salud por lesiones cutáneas de 10 meses de evolución con prurito generalizado, comenzando en región genital con posterior extensión a

codos y rodillas, asociando también clínica digestiva en forma de dolor abdominal de 3 años de evolución, sin deposiciones diarreicas ni fiebre. Niega otra sintomatología concurrente.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial. Lesiones de tipo vesiculoso y ampoloso en codos, glúteos y rodillas, algunas de ellas excoriadas. Ante dichos hallazgos se pauta tratamiento sintomático con Bilaxten un comprimido cada 12 horas y Clovate crema una aplicación cada 12 horas en ciclo de 10 días, descansando 4 días entre ciclo y ciclo. Se solicita analítica de sangre: hemoglobina 14, VCM 101, leucocitos 5400, neutrófilos 2840, plaquetas 179000. Glucosa 90, creatinina 0.98, perfil hepático y lipídico normal. Anticuerpos antitransglutaminasa IgA 24 (positivo débil), anticuerpos antiendomiso IgA positivo débil. IgA 146 (valor normal). Finalmente se deriva a consultas externas de Dermatología y Digestivo. Se realiza biopsia de lesión en codo derecho para estudio histológico e inmunofluorescencia directa (IFD): histología de dermatitis herpetiforme. IFD se observa depósito granular a nivel de la membrana basal de IgA y complemento. Se realiza también endoscopia digestiva alta con toma de biopsias siendo negativas. Ante dichos hallazgos, se inicia tratamiento con Dapsona 50 mg al día y dieta libre en gluten, con mejoría completa al mes.

#### JUICIO CLÍNICO

Dermatitis herpetiforme

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatosis IgA lineal - Penfigoide ampuloso - Escabiosis - Eczema atópico

#### COMENTARIO FINAL

La dermatitis herpetiforme (DH) es una enfermedad crónica autoinmune que cursa con una erupción papulovesicular pruriginosa de predominio en superficies de extensión y caracterizada histológicamente por microabscesos papilares de neutrófilos. La DH se asocia a enteropatía sensible al gluten (ESG) y remite tras la introducción de una dieta exenta de este. Puede aparecer a cualquier edad, pero debuta más frecuentemente entre los 15 y los 40 años, y al contrario que la celiaquía es más común en hombres que en mujeres. Aunque en la mayoría de casos se inician a los 15 años, existen casos en niños en que se presenta la DH a partir de los 7 años.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » Herrero-González J. *Clinical Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dermatitis Herpetiformis. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition). 2010;101(10):820-826.* Antiga E, Caproni M. *The diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology. 2015;:257.*

## 264/92. ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE ODINOFAGIA

#### AUTORES:

- (1) M. Rojas Martínez; (2) A. Moreno Bareas; (3) M. Hipólito Egea; (4) M. Rodríguez Ordóñez; (5) E. Sicilia Barea; (6) A. Ureña Aguilera.

#### CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente 3º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (6) Médico Residente 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

NAMC. Ex-fumador 40 cigarrillos diarios, desde hace 7 años. Diabetes Mellitus-tipo II, HBP, rinitis alérgica. Tratamiento actual: metformina 850mg, tamsulosina 0,4mg, Insulatard 30UI/24h, cetirizina 10mg.

Paciente de 63 años que acude a consulta por odinofagia de 2 días de evolución sin fiebre ni otra sintomatología asociada, a la exploración importante hiperemia faríngea sin exudado, se pauta paracetamol alterno con ibuprofeno. Acude nuevamente a consulta de no demorable, dos días después, con empeoramiento de la odinofagia asociada a disfagia a sólidos y líquidos y disnea. Exploración anodina, estable hemodinámicamente, pero ante el cuadro se deriva a Urgencias para valoración por ORL. A su llegada a urgencia y tras la realización de las primeras pruebas complementarias( analítica, TAC) y la valoración por ORL, es ingresado a su cargo. Estuvo ingresado durante 13 días, realizándose múltiples pruebas complementarias, siendo derivado al alta con diagnóstico final de Supraglotitis herpética.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

NFL: asimetría por edematización de RAE y repliegue faringopiglótico con abundante mucosidad y estasis salival en seno piriforme derecho por obliteración del mismo seguramente secundario a edematización. Se objetivan aftas mucosas en patrón parcheado en hemiepiglotis derecha, RAE derecho, R. faringopiglótico derecho y ariteniodes. Buena movilidad cordal y buena luz glótica. Resto sin hallazgos patológicos.

TAC con contraste: leve aumento de tamaño de amígdala lingual derecha respecto a izquierda. Aumento de partes blandas que oblitera parcialmente el receso piriforme derecho con disminución de la columna aérea. No colección. Leve asimetría de de cuerda vocal derecha con aumento de tamaño en comparación con contralateral. Adenopatía yugulocarotídea derecha de 12mm. Sin otros hallazgos valorables.

Fibroscopia: cuerda vocal derecha en paramediana, con buena apertura de senos piriformes y sin estasia salival.

Analítica: solo destaca PCR 31.

Biopsia: papiloma escamoso, con focos de displasia leve. Fragmentos superficiales de epitelio mucoso con acantosis y focos de displasia leve, junto a restos necróticos y fibrinoleucocitarios (no crecimiento neoplásico maligno)

Esófago con gastrografín: normal.

RM craneal: normal.

Endoscopia digestiva alta: normal.

Serología: solo destaca IgM positivo para Herpes Virus tipo 1.

#### JUICIO CLÍNICO

Supraglotitis Herpética

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Faringitis bacteriana o vírica. Carcinoma laríngeo. Edema de Reinke. Papiloma faríngeo.

#### COMENTARIO FINAL

La odinofagia es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. La gran mayoría de las veces su curso clínico es autolimitado, mejorando precozmente con analgésicos. Deberemos replantearnos el diagnóstico y valorar la realización de otras pruebas complementarias más exhaustivas, cuando tras un correcto tratamiento, la evolución clínica no sea la deseada o aparezcan síntomas de alarma, como disfagia o disnea.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro, A. Compendio de atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica de Medicina de Familia. 4a edición. 2016.
2. Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4a edición. 2010.

## 264/95. LYME ,LA GRAN SIMULADORA

#### AUTORES:

(1) J. Martín Peñuela; (2) P. Navarro Gallardo; (3) P. Castillo Jiménez; (4) M. Peñuela Ruiz; (5) F. Martín Fajardo; (6) C. Rodríguez García.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria . Centro de Salud de Humilladero. Málaga.; (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria . Centro de Salud Antequera Estación . Antequera .Málaga.; (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Centro .Antequera .Málaga.; (4) Médico de Familia .Centro de Salud Antequera Estación. Antequera . Málaga.; (5) Médico de Familia.Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años , sin AF ni AP de interés .

En el curso de gestación presenta cuadro de ansiedad y depresión, con gran componente obsesivo , se puso tratamiento con sertralina y diazepam , sin mejoría .

Se derivó a Salud Mental con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo y se continuó con tratamiento .

Persistió sintomatología, por lo que se realizaron pruebas complementarias en consulta de Familia, siendo todas normales.

Ante la persistencia de síntomas, tras 6 meses de tratamiento ,se realizó interconsulta con Medicina Interna para descartar organicidad

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, No palidez de piel , ni mucosas, no lesiones en piel  
Auscultación cardiaca:ritmico sin soplos

AP: mvc ,

Abdomen :normal

No se palpa tiroides .

Neurológico: pares craneales:normales, Motor: normal, No alteración de sensibilidad. Romberg: neg ,Marcha normal.

Analítica: hemograma: normal,excepto, linfocitos 700 y leucocitos:2.600, bioquímica: normal

Eje tiroideo: normal

Serología : normal

TAC cráneo : normal

En Medicina Interna realizan serologia borrelia : IGM +

#### JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Lyme

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un paciente con enfermedad psiquiátrica hay que realizar diagnóstico diferencial , con patologías orgánicas: Lesiones ocupantes: tumor cerebral

- enfermedades neurológicas : enfermedades desmielinizantes , parkinson , epilepsia
- enfermedades endocrinas : patología tiroidea ,
- enfermedades infecciosas

#### COMENTARIO FINAL

La enfermedad de Lyme , producida por la borrelia burgdorferi, transmitida por garrapatas o ácaros , es una gran desconocida , que además provoca tal variedad de síntomas , que es capaz de simular diferentes patologías (enfermedades psiquiátricas . esclerosis múltiple, fibromialgia , fatiga crónica.)

El daño vascular y el neurotropismo son una constante de esta enfermedad

Además si no se detecta y se pone tratamiento precozmente se puede cronificar con agravamiento de síntomas y poca repuesta a los tratamientos,

Se describen tres estadios: lyme primaria, secundaria y terciaria( aparece incluso años después de la picadura)

Los síntomas van desde cuadro gripal en fase primaria a síntomas neuropsiquiátricos , cardiacos y musculoesqueléticos en la terciaria

Por todo ello debemos tenerla en cuenta en nuestro medio, sobre todo si éste es rural o si el paciente realiza actividades laborales y/o lúdicas al aire libre



**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. *Bacterial Diseases Caused by Spirochetes: Lyme Diseases (Lyme Borreliosis). Section 13, Chapter 157 in The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, edited by Mark H. Beers, MD, and Robert Berkow, MD Whitehouse Station. NJ: Merck Research Laboratories, 2002*
- » 2. *G. Stanek, F. Strle Lyme borreliosis Lancet, 362(2002) pp 1639-1647*
- » 3. *R. Escudero Nieto, A. Guerrero Espejo Enfermedades producidas por Borrelia Enferm Infecc Microbiol Clin, 23(2005), pp 232-240*
- » 4. *A.E. Fish, Y.B. Pride, D.S. Pinto Lyme Carditis Infect Disc Clin North Am, 22(2008), pp. 275-288*
- » 5. *A. Guerrero, C. Quereda, P. Martí-Belda, R. Escudero Borreliosis de Lyme: ¿Cómo se manifiesta en España? Med Clin (Barc), 101(1993), pp. 5-7*
- » 6. *P. Parola, D. Raoult Tick-borne bacterial diseases emerging in Europe Clin Microbiol Infect, 7 (2001), pp. 80-83*

## 264/96. ¿HEMOGLOBINA GLICOSILADA PARA EL CONTROL DIABÉTICO?

**AUTORES:**

(1) E. Espinola Coll; (2) M. Bernal Hinojosa; (3) B. García Gollonet; (4) J. Cano García; (5) E. Gallego Castillo.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (3) Médico Residente 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (4) Médico residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico de Familia Centro de Salud Coín. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Antecedentes personales: Mujer de 55 años, raza negra, hipertensa, obesidad grado II IMC 35 kg/mc. Fumadora 20 paquetes/año.

Anamnesis: Acude a nuestra consulta con síntomas cardinales de debut diabético, se realiza glucemia al azar en 250 mg/dl, por lo que citamos con enfermería para despistaje de diabetes y se solicita analítica sanguínea completa donde se observa hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 11%. Iniciamos tratamiento con metformina e insulina, trabajamos en la modificación del estilo de vida y a pesar de que la paciente aportaba en diario de glucemias cifras correctas, persistían hemoglobinas glicosiladas muy elevadas que no se correspondían con los datos aportados por la paciente. Contactamos con el médico de referencia de análisis clínico y se le realizó la HbA1c por técnica de espectrofotometría (IFCC), detectándose que la paciente padecía una hemoglobinopatía heterocigótica S, no siendo reales por lo tanto sus valores de hemoglobina glicosilada.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Exploración: Hipertensión arterial 150/90 mmHg, obesidad troncular IMC 35 kg/mc. Fondo de ojo sin hallazgos

patológicos. Miembros inferiores con signos de insuficiencia venosa periférica.

**Pruebas complementarias:**

Analítica sanguínea al debut: HbA1c 11%, colesterol 315 mg/dl, triglicéridos 350 mg/dl.

Analítica control (seis meses): HbA1c 10.5%, colesterol 250 mg/dl, triglicéridos 280 mg/dl.

Analítica control (al año): HbA1c 9.72 %, IFCC 55 mmol/mol, colesterol 190 mg/dl, triglicéridos 180 mg/dl. Pico HbA1c 27.8.

**JUICIO CLÍNICO**

Diabetes tipo 2, hemoglobinopatía S

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Mala técnica medición de glucemias, diabetes mal controlada, simuladora.

**COMENTARIO FINAL**

Tratamiento, planes de actuación: Se insistió en medidas para el control del riesgo cardiovascular, la paciente perdió peso, se controlaron cifras tensionales y dejó de fumar.

Comentario final: Las variantes de hemoglobina pueden interferir con los ensayos de HbA1c produciendo resultados falsos. Cuando se genera un valor aberrante de HbA1c o no cuadra con la impresión clínica, la posibilidad de interferencia por los variantes de Hemoglobina debe de considerarse, y la interpretación de los valores debe basarse en la historia médica del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1-Svarch, E., Espinosa, E., Hernández, P., Martínez, G., & Ballester, J. (1991). *Resultados de los estudios realizados in Cuba sobre la hemoglobinopatía S. Sangre, 36, 37-42.*
- » 2-Fernando, Z. V. J. (2010). *Diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada. Evidencia Médica e Investigación en Salud, 3(1), 58-60.*
- » 3Álvarez Seijas, E., González Calero, T. M., Cabrera Rode, E., Conesa González, A. I., Parlá Sardiñas, J., & González Polanco, E. A. (2009). *Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. Revista Cubana de Endocrinología, 20(3), 141-151.*

## 264/97. CONSECUENCIAS DEL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO.

**AUTORES:**

(1) E. Espinola Coll; (2) J. Cano García; (3) E. Gallego Castillo; (4) M. Bernal Hinojosa; (5) B. García Gollonet.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico de Familia Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (5) Médico Residente 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.



**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

**MOTIVOS DE CONSULTA.** Pérdida de fuerza en miembros inferiores y parestesias en miembros superiores.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Hipotiroidismos. No alergias medicamentosas, fumadora, hernia discal. No otros hábitos tóxicos.

**ANAMNESIS:** Mujer de 49 años que acude a consulta por molestias musculares y parestesias en miembros superiores, posteriormente cansancio y debilidad en miembros inferiores. Presenta varios ingresos a lo largo de estos años a cargo de Neurología para estudio, por empeoramiento de los síntomas con necesidad de realizar marcha con muletas, imposibilidad para subir escaleras y en el momento actual dificultad para hablar. Durante tres años se han estado realizando pruebas complementarias sin llegar a un diagnóstico, con lo cual la paciente sufre un profundo estado de ansiedad y depresión que incluso precisó ingreso en unidad de agudos por riesgo autolítico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

**EXPLORACIÓN:** Bradicinesia, lenguaje conservado con disartria, tetraparesia de predominio proximal, fatigabilidad palpebral y levantamiento repetitivo de miembros, hiperreflexia. Hipoestesia distal en todas las sensibilidades. Marcha parética y en estepaje.

**Pruebas complementarias:**

-Analítica: Déficit de vitamina D y ácido fólico (posteriormente corregida). Resto normal.

-Serología negativa, resonancia magnética cerebral, columna, neuroeje, punción lumbar y biopsia muscular sin hallazgos patológicos.

-Electromiograma: Hiperexcitabilidad axonal generalizada.

-Alfa glucosidasa en sangre seca: positiva.

-Diagnóstico de confirmación: Disminución de la alfa glucosidasa en muestra de linfocitos.

**TRATAMIENTO. PLANES DE ACTUACIÓN:** Terapia sustitutiva enzimática. Apoyo emocional y social por nosotros y trabajadora social.

**EVOLUCIÓN:** Mala evolución a la incapacidad total.

**JUICIO CLÍNICO**

Enfermedad de Pompe.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Hipovitaminosis D, distrofia muscular, distrofia miotónica, polimiositis.

**COMENTARIO FINAL**

A lo largo de tres años hemos ido acompañando a la paciente junto con la trabajadora social, valorando su evolución periódicamente y contactando con especialistas. Siendo intermediarios entre el paciente y el nivel hospitalario durante todo el proceso. Desde la consulta y en domicilio, trabajamos mucho el estrés adaptativo que causó a la paciente el desconocimiento ante el diagnóstico y posteriormente el afrontar la enfermedad diagnosticada. Como los síntomas iniciales son inespecíficos pueden tardarse varios años en llegar al diagnóstico de cinco a treinta años según la bibliografía.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Barba-Romero, M. A., Barrot, E., Bautista-Lorite, J., Gutiérrez-Rivas, E., Illa, I., Jiménez, L. M., ... & Pérez-López, J. (2012). Guía clínica de la enfermedad de Pompe de inicio tardío. *Revista de neurología*.
- » 2. Sáenz, H., & Barrera, L. A. (2003). La terapia de reemplazo enzimático en el tratamiento de enfermedades genéticas. *Universitas Scientiarum*, 8(2), 31-42.
- » 3. Gutiérrez-Rivas, E., Illa, I., Pascual-Pascual, S. I., Pérez-López, J., Vilchez-Padilla, J. J., Bautista-Lorite, J., ... & López de Munain, A. (2015). Guía para el seguimiento de la enfermedad de Pompe de inicio tardío. *Rev Neurol*, 60(321), 8.

**264/98. SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO CÓLICO RENOURTERAL****AUTORES:**

(1) R. Jiménez López; (2) I. Corrales Álvarez; (3) C. García García.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 35 años sin antecedentes de interés (salvo 2 embarazos, siendo un aborto y un parto normal) que acude a consulta de atención primaria con informe de urgencias, donde se le ha diagnosticado de cólico renourteral en tratamiento con enantyum y diazepam.

La mujer acude por persistencia del dolor pese al tratamiento recibido y tras acudir al área de urgencias en 3 ocasiones en los últimos 5 días.

Además refiere náuseas abundantes con vómitos aislados.

Afebril

No refiere otra sintomatología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

**Exploración:**

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Consciente y orientada.

**Abdomen:** Blando depresible sin masas ni reglías. Doloroso a la palpación en flanco derecho. No defensas ni signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular conservado, tonos rítmicos sin soplos.

**Miembros inferiores:** No edemas.

• Analítica de sangre:

Hemoglobina 13,2 (normocítica normocrómica). Plaquetas 235000. Leucocitos 11700 (con 9800 neutrófilos).

Coagulación normal.

Glucosa 85; Urea 54; Cr 0,9 (filtrado glomerular >90). Na 137; K 4,2; Cl 101.

• Rx abdomen: Liminograma normal. No se visualiza cálculo.

- Ecografía de abdomen (en atención primaria): No se aprecia cálculo. Ectasia pielocalicial I-II/IV en riñón derecho y riñón izquierdo dentro de la normalidad

#### JUICIO CLÍNICO

Cólico renoureteral.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Apendicitis.

Contractura muscular

#### COMENTARIO FINAL

Debido a la posibilidad de seguimiento, modifico tratamiento a la paciente. Añado nolutil, tamsulosina y prednisona, indicando la importancia de la abundante hidratación.

A los 2 días vuelvo a ver a la paciente, donde realizamos nueva ecografía renal, observando un ligero empeoramiento (ectasia II/IV).

Le comento a la paciente que en caso de no controlar el dolor, deberá acudir a Urgencias para valoración por urología.

A la siguiente cita de la paciente, le realizo una nueva ecografía donde, después de 8 días de clínica y persistencia de imagen ecográfica sin mejoría clínica y volviendo a tener un ligero empeoramiento de la imagen, deriva a Urgencias para valoración por urología.

Finalmente debido al tratamiento recibido de forma correcta y a la ectasia II-III/IV, se decide poner un “doble J”. Tras esto recibo posteriormente a la paciente en consulta, y al realizar ecografía renal, presentaba regresión de la ectasia pielocalicial derecha (I/IV).

Esto nos indica que, gracias a un manejo adecuado de la ecografía en atención primaria, podemos tener un seguimiento más fiable del paciente sin necesidad de acudir al hospital, salvo que finalmente sea necesario intervención por especialista como ha ocurrido en este caso clínico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Vllen T. *Introducción a la ecografía en urgencias*. Madrid: Elsevier Doyma SL; 2011.
- » 2. Esquena S, Millán Rodríguez F, Sánchez-Martín FM, Rousaud Barón F, Marchant F, Villavicencio Mavrich H. *Cólico renal: Revisión de la literatura y evidencia científica*. *Actas Urol Esp* 2006; 30 (3): 268-280.

## 264/100. OSTEOPOROSIS QUE VIENE Y VA

#### AUTORES:

(1) A. Domínguez García; (2) S. López Mesa; (3) M. Espada Villarrubia.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Las Albarizas .Marbella. Hospital Costa del Sol. Marbella.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (3) Médico residente 3 año Centro de Salud Arroyo de la miel. Benalmádena.

#### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varon 44a

Sin antecedentes de interes

Trabaja como técnico de mantenimiento.

Consulta en atención primaria por coxalgia derecha.

Se prescribe analgesia. Valoramos al paciente de nuevo en consulta centro de salud y tras no mejorar con medicación derivamos a traumatología para estudio

Tras resultado de RMN se comenta en consultoría de medicina interna; así como se deriva a medicina interna desde COT para estudio y solicitud de otras pruebas analíticas.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Dolor en cadera izquierda que aumenta en RI y flexion. No dolor en zona intertrocanterica Lassegue y Bragard negativo. Fuerza 5/5. Sensibilidad normal. ROT conservados y simétricos. Dolor en cadera derecha en rotación, sin limitación. Marcha puntilla normal.

Pruebas complementarias: Rx y RMN cadera.

RMN: osteoporosis transitoria de cadera derecha

#### JUICIO CLÍNICO

Osteoporosis transitoria de cadera.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Necrosis avascular del fémur  
fracturas de estrés

#### COMENTARIO FINAL

La osteoporosis transitoria afecta principalmente a hombres de mediana edad (más raramente a mujeres durante el último tercio del embarazo y postparto) y se localiza en articulaciones de carga, sobre todo, la cadera. Clínicamente cursa con disminución del arco de movilidad, dolor en los extremos de dicho arco y gran incapacidad para los hallazgos radiológicos (la osteopenia aparece tardíamente). No existen marcadores analíticos séricos que nos permitan identificar el gran recambio óseo que parece existir en una patología de etiología y patogenia inciertas.

Aunque autolimitado (duración variable 6-12 meses), es fundamental el diagnóstico diferencial con cuadros no transitorios: principalmente la osteonecrosis de la cabeza femoral y las fracturas de estrés.

El aporte de calcio, la calcitonina y los bifosfonatos se han utilizado en el tratamiento de esta patología benigna, en la que se debe proteger al paciente de posibles complicaciones como es la fractura en la región afectada.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Glockner JF, Sundaram M, Pieron RL. *Radiologic case study. Transient migratory osteoporosis of the hip and knee*. *Orthopedics* 1998; 21: 594-6.
- » 2. Korompilias AV, Karantanas AH, Lykissas MG, Beris AE. *Transient osteoporosis*. *J Am Acad Orthop Surg*. 2008; 16: 480-9.
- » 3. Ragab Y, Emad Y, Abou-Zeid A. *Bone marrow edema syndromes of the hip: MRI features in different hip disorders*. *Clin Rheumatol*. 2008; 27: 475-82.

## 264/101. DOCTOR@! ESTA ERUPCIÓN EN LA PIEL ¿A QUÉ ES DEBIDO?

### AUTORES:

(1) S. Pueyos Rodríguez; (2) M. Arenas Puga; (3) L. Lozano Romero; (3) J. Montero López; (4) J. Jurado Ordóñez; (5) M. Borges Hierro.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente III. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (2) Médico adjunto.; (3) Médico residente. Granada.; (4) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (5) Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Motril- Centro. Granada. Zona SurII.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de prurito generalizado y lesiones cutáneas que precisaron dosis altas de corticoides y antihistamínicos para su resolución. Dos semanas más tarde vuelve a reproducirse idéntica sintomatología. Rehistoriando a la paciente destaca haberse aficionado al consumo de pescado poco cocinado.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Tensión arterial 95/65; Frecuencia cardíaca 95, saturación oxígeno 97%. Tº 36.3.

A la inspección presentaba lesiones habonosas confluyentes generalizadas que blanquean a la digitopresión.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, no doloroso sin organomegalias.

Exploración neurológica: normal

Faringe normal sin edema de úvula.

Solicito analítica destaca leucocitosis con incremento de neutrófilos y eosinófilos, bioquímica con valores normales. Determinación de Inmunoglobulina E (IgE) total y específica con valores elevados muy positivos

El test cutáneo realizado frente a diversos alimentos (lácteos, pescados y frutos secos) resultó negativo, siendo positivo para Anisakis, aunque es una prueba muy orientadora, no distingue entre los verdaderos positivos y resultados falsos positivos por reacciones cruzadas con otros parásitos. Se gestionó la realización de endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin observar hallazgos patológicos reseñables, no visualizándose parásitos en las mismas ni en coprocultivo.

### JUICIO CLÍNICO

Alergia a Anisakis

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Valorar entre posibles diagnósticos: el eritema polimorfo, la urticaria vasculitis, la dermatitis herpetiforme y erupción polimorfa solar, tienen una presentación similar a la urticaria.

### COMENTARIO FINAL

Ante un paciente con urticaria debemos de establecer una clasificación etiológica dividiendo en dos grandes grupos:

los que presentan un mecanismo inmunológico basado en reacción de hipersensibilidad mediada por Ig E (alimentos, fármacos, infecciones parasitarias,...), los que no están mediados por mecanismo inmunológico (incluyendo factores que producen desgranulación directa de mastocitos, urticarias físicas,...) sin minimizar la importancia de la etiología idiopática ante el gran número de ocasiones que no es posible identificar agente desencadenante.

Los cuadros clínicos asociados al anisakis se dividen en dos grupos: los que únicamente cursan con síntomas digestivos por la parasitación (anisakiasis) y aquellos en los que se desarrollan manifestaciones cutáneas o síntomas generales de una reacción alérgica; manifestándose con urticaria, angioedema o anafilaxia inmediatamente posterior a la ingesta de pescado infectado, aunque a veces la ingestión se produce en horas previas a la reacción complicando el diagnóstico, mostrando aumento de IgE específica y test cutáneos positivos.

El tratamiento de las manifestaciones cutáneas y/ o anafilácticas por alergia a anisakis se tratarán de igual modo a una reacción anafiláctica secundaria a cualquier otra causa. La actitud ante la parasitación por anisakis debe ser conservadora, en algunos casos la extracción de la larva por endoscopia también puede ser importante en la resolución de la reacción alérgica.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Simón R. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica* (12 de Octubre). 4ªed. Madrid MSD; 1998
- » 2. Anisakiasis en España; una enfermedad creciente. *Revisión GastroenterolHepatol* 2013; 23:307-11.
- » 3. Woscoff A, Kaminsky A, Marini M. *Dermatología en Medicina Interna*. Buenos Aires, Edición de los Autores, 2003: 24-28.

## 264/102. DOCTORA, EL AGUA ME SIENTA MAL

### AUTORES:

(1) M. Barrero Martín; (2) E. Buller Viqueira; (3) J. Cabello Pulido; (4) E. González Márquez; (5) A. Díaz Romero; (6) M. Gragera Hidalgo.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Centro de salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.; (3) Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.; (4) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (5) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. Cádiz.; (6) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 38 años, que consulta por aparición de placas eritematoedematosas, pruriginosas de forma generalizada pero sobre todo en miembros superiores, cara y escote.

Refiere que le aparecen después del baño, ya sea ducha, bañera, piscina o playa, y duran entre unos 5 y 10 minutos, desapareciendo espontáneamente. Sin tener relación con la temperatura del agua. Nos refiere que también su madre tenía una clínica similar, comenzando a los 40-41 años. A los 55 años la clínica fue progresivamente mejorando y desde los 60 años hasta la fecha (65 años) en ocasiones refiere de uno a dos habones pero muy esporádicamente. Se le prescriben antihistamínicos pero los deja de tomar por somnolencia y añadiendo que como la clínica solo duraba unos minutos se fue adaptando a ella procurando que los baños fueran muy cortos y secándose rápidamente. La mujer del caso rechaza los antihistamínicos por referir que ya está familiarizada con la patología y que simplemente quería confirmar su sospecha diagnóstica. Actualmente, el tratamiento del que disponemos son antihistamínicos para mejorar el prurito, métodos de barrera frente al agua (tipo vaselina) también pueden ser beneficiosos, rayos ultravioleta B dos veces a la semana con fotoquimioterapia, anticolinérgicos y esteroides anabolizantes tipo estanozolol han sido descritos para su tratamiento, pero no está demostrada su eficacia.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras el contacto con el agua, e independientemente de su temperatura, aparecen unas pápulas eritematoedematosas pruriginosas, blanquecinas o translúcidas, de aspecto macerado, a los pocos minutos o segundos de la exposición, y que desaparecen al poco tiempo de secado.

#### JUICIO CLÍNICO

Urticaria acuagénica.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Prurito acuagénico, la urticaria colinérgica y la urticaria a frigore

#### COMENTARIO FINAL

La urticaria acuagénica es un tipo de urticaria física. Es aquella urticaria que aparece en lugares de la piel que han entrado en contacto con el agua. No ocurre con etanol ni con acetona. Comúnmente es llamada alergia al agua. Tiempo medio de evolución de las lesiones es de 31 meses y en algunos casos se producen mayores exacerbaciones en otoño-invierno y mejora en primavera-verano. Se han descrito casos familiares de urticaria acuagénica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Hernandez Santana J, Velasco Benito JA, García Dorado J, García Silva J, Armijo M. Estudio de dos nuevos casos de urticaria acuagénica. *Actas Dermosifiliogr.* 1991; 82 (6): 408-10.
- » 2. Monedero Mira MJ, Pitarch Bort G, Batalla Sales M. Urticaria acuagénica: a propósito de un caso. *FMC. Form Méd Contin Aten Prim.* 2012; 19 (3): 174-5.
- » 3. Sanmartín Novell V, Marqués Amat LI, Casanova Seu-ma JM. Diagnóstico y tratamiento de la urticaria. *FMC. Form Méd Contin Aten Prim.* 2010; 17 (5): 292-302.

## 264/108. ¿DOLOR EN FLANCO DERECHO + HEMATURIA = CÓLICO NEFRÍTICO? NO SIEMPRE ES ASÍ.

#### AUTORES:

(1) R. Cerezo Molina; (2) E. Pérez Ortiz; (3) M. Borge Hie-rrro; (4) C. Sánchez Aranda; (5) C. Castillo Martín; (6) N. Fernández Gervilla.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud de Almuñécar. Motril. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Almuñécar. Motril. Granada.; (3) Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud motril centro AGS Sur de Granada.; (4) Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; (5) Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Motril Centro. Motril. Granada.; (6) Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Motril Este. Motril. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 51 años que acude a urgencias de AP por presentar dolor continuo en flanco derecho con defensa que impide la palpación profunda, junto con ruidos hidroaéreos abolidos. Ante el no manejo de la patología con medicación, se decide derivación a Hospital, donde se aprecia en analítica una PCR de 116.7 mg/L, leucocitos de 25430  $\mu$ /L con desviación izquierda y hematuria. Con sospecha de cólico nefrítico y tras manejo de clínica se decide derivación al alta. Pasados 3 días, ante la persistencia del dolor, aparición de fiebre y vómitos, el paciente vuelve a acudir a urgencias hospitalarias, donde se realiza, mediante ecografía, el diagnóstico definitivo de apendicitis retrocecal complicada con absceso subhepático distal y es intervenido de urgencia.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EF: Regular estado general, sudoración profusa. Abdomen doloroso en flanco derecho con defensa que impide la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos abolidos. Ecografía abdominal: imagen tubular en fondo de saco ciego de curso retrocecal, con aumento de la ecogenicidad de la grasa de la gotiera parietocólica. Desestructuración del extremo distal de forma que se identifica una colección adyacente a éste de localización subhepática con contenido fluctuante.

#### JUICIO CLÍNICO

Abdomen Agudo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- De abdomen agudo: Apendicitis aguda, cólico biliar/ colecistitis aguda, obstrucción intestinal, diverticulitis, pancreatitis aguda, úlcera perforada, cólico ureteral, dolor abdominal inespecífico.
- Localización FID: Apendicitis aguda, perforación de úlcera péptica, patología del íleon terminal, linfadenitis mesentérica.



### COMENTARIO FINAL

Ante la presencia de dolor en flanco en derecho, los diagnósticos más frecuentes en los que solemos pensar son apendicitis aguda y cólico nefrítico, sobre todo si en este último caso se acompaña de hematuria. Si la anamnesis nos orienta hacia cólico nefrítico, la evidencia de leucocitos con desviación izquierda debería hacernos pensar en un cólico nefrítico complicado, por lo que se deberían ampliar las pruebas complementarias, incluyendo: sistemático de orina y sedimento, urocultivo, y en caso de sospecha de pielonefritis secundaria, deberíamos pedir también ecografía abdominal. Por otra parte, si la anamnesis nos orienta hacia apendicitis aguda es de interés conocer que típicamente el dolor se inicia en epigastrio o periumbilical y acaba desplazándose 3-6 horas después a FID. Síntomas comunes son anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. Pero estos síntomas a menudo se ven modificados, como en la apendicitis retrocecal que puede cursar sin signos peritoneales, con dolor en flanco derecho o lumbar y puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias. La localización del apéndice ascendente en el recesso retrocecal tiene una prevalencia del 65%. Si bien, para el diagnóstico de la mayoría de apendicitis es suficiente con la clínica y la exploración física, para el diagnóstico de apendicitis retrocecal es importante la realización de tacto rectal, que resultaría no doloroso, la valoración del signo de Psoas y la realización de Ecografía Abdominal.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Laso FJ. Dolor abdominal agudo. En: Laso FJ. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. 3ª edición. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 187-192.
- » 2. Motta Ramirez GA, Méndez Colin E, Martínez Utrera MJ, et al. Apendicitis aguda en adultos. An Radiol Mex. 2014;13:143-165.

## 264/109. TEMBLOR LARÍNGEO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TEMBLOR ESENCIAL

### AUTORES:

(1) E. Ariza Hernández; (2) M. Montañez Perles; (3) L. Zavala Artacho.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Mollina.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 72 años, antecedentes de interés taquicardia supraventricular, dislipemia, síndrome de Sjögren, osteoartritis, leucopenia de varios años de evolución, escoliosis severa e insomnio, tratamiento simvastatina, flecainida, omeprazol, trazodona y ácido alendronico. Consulta en Julio de 2015 por temblor en la voz y dificultad para hablar progresivamente peor, se inicia tratamiento con levodopa/carbidopa. En la segunda consulta se aumenta dosis de tratamiento por no haber respuesta inicial a la dosis pautada y se deriva

al servicio de Neurología. Un mes más tarde la paciente consulta por persistencia de cambios en la voz y ninguna mejoría con el tratamiento pautado, no tiene aún cita con neurología y se decide valoración por medicina interna, que suspende levodopa/carbidopa y deriva a cardiología para evaluar inicio de betabloqueante para control del síntoma. Cardiología decide disminuir dosis de flecainida e inicio de propranolol. Finalmente es valorada por neurología que solicita pruebas y deriva para completar estudio por otorrinolaringología que como hallazgo a través de nasofibrolaringoscopia evidencia durante la fonación temblor de paredes laterales de hipofaringe y aritenoides. Tras completar el estudio el servicio de neurología pauta dosis fija de betabloqueante y dan alta para seguimiento por su médico de Atención Primaria. La paciente no presenta mejoría con el tratamiento pautado y medicina interna sugiere iniciar primidona para evaluar la respuesta.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Alerta, orientada, lenguaje tembloroso, fondo de ojo y pares craneales normales, fuerza normal, ROT 2+, reflejos plantares flexores, sensibilidad normal, Test cerebelosos normales, Romberg negativo. Marcha normal. No soplos carotídeos. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos. \*Hemograma destaca leucocitos 3.100 VSG 44 PCR 2 TSH 2.27 Vitamina B12 432 Ácido Fólico 9.9 VDRL negativo. \*ENG y EMG estimulación repetitiva sin evidencia de alteraciones. \*RNM cráneo sin hallazgos relevantes.

### JUICIO CLÍNICO

Temblor laringofaríngeo como variante de temblor esencial

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Temblor parkinsoniano. Temblor fisiológico.

### COMENTARIO FINAL

El temblor es un problema común en la práctica clínica. Dentro de los tipos, el esencial es el más frecuente. Puede ocurrir a cualquier edad, frecuente en segunda y sexta década de la vida. Típicamente simétrico postural y cinético, afecta antebrazos y manos en el 95% de casos, puede afectar cabeza 34%, voz 12%, cara 5% y extremidades inferiores 20%. En adultos mayores se puede llegar a confundir con temblor parkinsoniano. Es posible que no sea necesario tratamiento, a menos que el temblor interfiera con la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades diarias. Se han considerado distintos medicamentos para el tratamiento, siendo los principales los betabloqueantes y la primidona. El diagnóstico diferencial es importante, el manejo y pronóstico de cada síndrome es distinto. Fundamental una detallada historia y evaluación clínica.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Chunling W, Zheng X. Review on clinical update of essential tremor. Neurol Sci. 2016 Apr;37(4):495-502. doi: 10.1007/s10072-015-2380-1. Epub 2016 Jan 9.
- 2. Ure RJ, Dhanju S, Lang AE, Fasano A. Unusual tremor syndromes: know in order to recognise. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016 Mar 16. pii: jnnp-2015-311693. doi: 10.1136/jnnp-2015-311693.



- » 3. Ojeda López MC, Rodríguez Weber F, Amaya Sánchez LE. Diagnóstico diferencial del temblor. *Acta Médica Grupo Los Angeles*. Volumen 7, No. 3, julio-septiembre 2009

## 264/111. ¿SÓLO UNA CALLOSIDAD?

### AUTORES:

(1) L. Lozano Romero; (2) M. Oliveros Chinchilla; (3) J. Jurado Ordóñez; (1) A. Ocaña Granados; (4) S. Pueyos Rodríguez; (1) J. Montero López.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Motril-Este; (3) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (4) Médico Residente III. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años, como antecedentes personales de interés destaca hipertensión en tratamiento con enalapril 5mg cada 24 horas. Acude a nuestra consulta por notar desde hace dos meses tumoración dolorosa en planta de pie derecho entre 3º-4º dedo, que ha aumentado de tamaño, con dolor en reposo que se acentúa con la carga sobre la extremidad. Ha recibido tratamiento en una clínica de podología no mejorando el proceso tras varias sesiones. Trabaja en la construcción, es fumador de 15 cigarrillos día.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente presenta buen estado general. Apirético. Deambulación conservada.

A la exploración se aprecia en cara plantar a nivel de cabezas de tercer y cuatro metatarsos (MTT) derechos, lesión sobreelevada, descamada, con halo amarillento, de consistencia pétreo, dolorosa a la palpación. No alteraciones motoras ni sensitivas de la extremidades. No edemas ni signos de TVP asociados en M

Solicitamos radiografía, en la cual a nivel de 3º-4º MTT y falange proximal se aprecia aumento de densidad difuso, no definido, dificultando la visualización correcta de estructuras óseas. Solicitamos analítica con hemograma, bioquímica y reactivos de fase aguda.

Realizamos derivación a consulta de Traumatología. Tras valoración en consulta de Traumatología se solicita RMN sin contraste iv de pie derecho y posteriormente Punción/Drenaje de lesión guiada por ecografía. El resultado de anatomía patológica arroja el resultado de Carcinoma altamente agresivo probablemente correspondiente a tumor primitivo de glándulas sudoríparas ecrinas/sebáceas. En TAC toracoabdominal se aprecian nódulos pulmonares mayor compatibles con metástasis.

Dada la alta agresividad del carcinoma se opta por amputación transtibial derecha, con resultado de anatomía patológica siguiente: CARCINOMA PLEOMÓRFICO ALTAMENTE AGRESIVO FENOTIPO CORIOCARCINOMA PROBABLEMENTE CUTÁNEO PRIMITIVO.

### JUICIO CLÍNICO

CARCINOMA PLEOMÓRFICO ALTAMENTE AGRESIVO FENOTIPO CORIOCARCINOMA PROBABLEMENTE CUTÁNEO PRIMITIVO.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse entre otras con procesos inflamatorios (como el Neuroma de Morton, entre otros), por acúmulo de microcristales, procesos infecciosos así como procesos tumorales tipo sinovitis villonodular, tumor fibroso, tumor de células gigantes, sarcomas de tejido blando o metástasis.

### COMENTARIO FINAL

En este caso, además de realizar una adecuada exploración y anamnesis, es imprescindible el posterior seguimiento y apoyo desde Primaria de lo acontecido, la adaptación del paciente joven y activo a una amputación así como afecta a su calidad de vida y a su entorno familiar y personal es esencial en este tipo de situaciones.

La coordinación desde atención primaria, precisó apoyo multidisciplinar entre enfermería, trabajador social y enfermero de enlace, junto con medicina, para proporcionarle al paciente el material y atención necesarios para tratar su patología e intentar minimizar el impacto tanto en su vida cotidiana.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Rabin SR, Simon P, Bergerat JP, Jung GM, Dosch JC, Marcellin L. Tumores de los tejidos blandos de los miembros. *Enciclopedia Médico Quirúrgica-E* 14-198, páginas 1-13.

## 264/113. LO QUE ESCONDE EL MAREILLO

### AUTORES:

(1) L. Lozano Romero; (2) M. BENITEZ RODRIGUEZ; (1) A. Ocaña Granados; (1) J. Montero López; (3) J. Jurado Ordóñez; (4) S. Pueyos Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente. Granada.; (2) MÉDICO DE URGENCIAS DE HOSPITAL BÁSICO SANTA ANA.; (3) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (4) Médico Residente III. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 49 años con obesidad mórbida sin otras patologías conocidas, con patrón de consumo de alcohol de riesgo, sin tratamiento habitual y pocas visitas a su médico de atención primaria, es atendido en su domicilio por síncope. Es encontrado tendido en el suelo inconsciente con sudoración profusa, taquipneico, hipotenso y quejándose de dolor lumbar bilateral tras recuperar la conciencia, se realiza anamnesis, exploración, toma de constantes y tratamiento inicial con sueroterapia y analgesia y se traslada a servicio de urgencias hospitalario para realizar pruebas complementarias.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente es atendido en el servicio de urgencias con inestabilidad hemodinámica con tensión arterial 60/40 mmHg y frecuencia cardíaca de 113 l.p.m.

A la exploración física presenta mal estado general, palidez cutánea, mala perfusión distal, taquipnea en reposo de 30 r.p.m.

Afebril

Auscultación cardiorespiratoria con tonos rítmicos sin soplos audibles, MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen muy globuloso, con circulación colateral superficial, dolor generalizado, sin signos de defensa ni peritonismo.

Miembros inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa profunda y pulsos distales difícilmente palpables. Se realiza analítica con Hb 12 gr, coagulopatía moderada Tiempo de Protombina 40%, plaquetas 200.000 y en la bioquímica Cr de 1,3

Electrocardiograma con taquicardia sinusal, eje normal, sin trastornos de conducción ni signos de isquemia aguda. Radiografía de tórax sin alteraciones y TAC de abdomen con contraste intravenoso: se visualiza importante hemoperitoneo con extravasación de contraste a nivel de neoformación arterio-venosa supravesical por lo que el paciente es intervenido de forma urgente previa estabilización con administración de sueroterapia y transfusión de hematíes. Durante la intervención se objetiva presencia de vasos aberrantes secundarios a hipertensión portal a lo largo de todo el panículo adiposo, peritoneo parietal, epiplón y mesenterio, hemoperitoneo de >4 litros, hígado cirrótico micronodular y esplenomegalia moderada.

#### JUICIO CLÍNICO

Hemoperitoneo secundario a hipertensión portal no conocida y cirrosis hepática micronodular no conocida.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rotura de aneurisma, disección aórtica, perforación de víscera hueca.

#### COMENTARIO FINAL

El paciente pasa a seguimiento por digestivo que establece un diagnóstico de Cirrosis hepática de origen enólico CHILD-PUGH B7 y por su médico de atención primaria. Es importante desde atención primaria realizar una intervención tanto en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol como un abordaje de la obesidad como tratamiento preventivo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW, 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope, *Journal of the American College of Cardiology* (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.003.
- » 2. Sagristá J, Abordaje diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias, *emergencias* 2007;19:273-282
- » 3. Grupo Nacional de Shock de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE EN SHOCK III Edición, España, Bubok Publishing S.L, 2014
- » 4. Altet E, Hernández G, Toral D, Resucitación en pacientes con shock. Reposición de volumen en el shock, *emergencias* 2004;16:S20-S2

## 264/117. QUE NO SEA UN TUMOR

#### AUTORES:

(1) D. Ternero Escudero; (2) Á. Gutiérrez García; (3) M. Reina Martín.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria 3er año. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años sin antecedentes de interés. Erasmus de origen polaco. No hábitos tóxicos ni tratamiento domiciliario. Niega posibilidad de gestación.

Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo cuadro de mareos que aumenta con los movimientos y por el que en una ocasión llegó a perder el conocimiento desde hace 4 días. Previo al inicio de la clínica había presentado varios episodios de vómitos autolimitados. Refiere antecedentes de sacudidas de miembros superiores de años de evolución que han aumentado en intensidad desde el inicio del cuadro. El acompañante refiere notarla triste y decaída en los últimos meses por distancia con su familia. Ante la exploración se derivó a Urgencias para descartar vértigo central.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida. TA: 105/60. SatO2: 98%.

Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservada. Abdomen: Blando, no doloroso, depresible, sin palpación de masas ni megalías. No signos de TVP o edemas en MMII.

Neurológico: Pares craneales conservados. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. Romberg positivo lateralizado a la derecha. PICNR con movimientos de sacudidas en MSD reproducibles con la exposición a la luz.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea: Hemoglobina 12.5. Leucocitos 7.700 Plaquetas 315.000. Glucosa, función renal y enzimas hepáticas dentro de la normalidad. PCR 8.

Radiografía de tórax: índice cardiotorácico dentro de la normalidad. No infiltrados ni condensación

ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones.

TC cráneo: Sin alteraciones.

Electroencefalograma: EEG con descargas generalizadas sincrónicas de polipunta onda lenta.

#### JUICIO CLÍNICO

Epilepsia mioclónica juvenil (EMJ)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síncope vasovagal, migraña con aura, trastorno conversivo.

#### COMENTARIO FINAL

Evolución: Valorada por Neurología que tras realización de Electroencefalograma llega al diagnóstico. Inicia

tratamiento con Levetiracetam 500mg cada 12 horas con mejoría clínica importante.

Conclusión: La EMJ se trata del subtipo más frecuente de epilepsias idiopáticas generalizadas con edad de inicio cercana a la adolescencia, predisposición genética y ligero predominio en el sexo femenino. Se caracteriza por movimientos mioclónicos de miembros pudiendo aparecer en algunos casos tónico-clónicos generalizados. Pueden tener pruebas de imagen normales y se trata con antiepilépticos con buena respuesta.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Korff CM. *Juvenile myoclonic epilepsy*. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2016 [acceso 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

## 264/124. HEMATOMA RETROPERITONEAL DE CAUSA INCIERTA

#### AUTORES:

(1) M. Borge Hierro; (2) A. Allés Florit; (3) R. Cerezo Molina; (4) J. Montero López; (4) L. Lozano Romero; (5) I. Boulosa Pérez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud motril centro AGS Sur de Granada.; (2) Mir 2º año Medicina Familiar y Comunitaria Cento De Salud De Almuñécar centro AGS Sur de Granada; (3) Mir 1º Año Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Almuñécar AGS Sur de Granada; (4) Médico Residente. Granada.; (5) Mir 1º Año Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud San Antonio.Motril. AGS Sur de Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años, con AP de prótesis parcial por fractura de fémur izquierdo en 2013, que consulta en varias ocasiones en consulta la misma semana por dolor coxal izquierdo intenso, que no cede a analgesia. Niega antecedente traumático. Tras radiografía y medicación parenteral mejora. Varios días después acude a urgencias extrahospitalarias, tras pequeña caída en casa a causa de un síncope, por dolor intenso, que esta vez localiza a nivel de flanco izquierdo y que se irradia al resto de abdomen y miembro inferior izquierdo, junto con inestabilidad hemodinámica. Se deriva a urgencias hospitalarias Tras TAC abdomen se objetiva hematoma retroperitoneal.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Inestable hemodámicamente, palidez cutánea, mala perfusión y aquejada por dolor, taquipnea con saturaciones bajas e hipotensión .Coloración lívida en zona de flanco izquierdo. Abdomen distendido, muy doloroso casi imposible de explorar. Analítica con reactantes de fase aguda elevados y anemia con hemoglobina en 5.5 (previa 3 días anteriores en 11.5), función renal alterada (creatinina en 3.4 con una previa en rango). TAC abdominal sin contraste: gran hematoma retroperitoneal izquierdo que engloba al músculo psoas, comenzando a nivel de tercio medio de la cara posterior de riñón izquierdo y a través del espacio

pararrenal posterior llega a la región parauterina izquierda. No se puede ver la causa o la intensidad del sangrado.

#### JUICIO CLÍNICO

Hematoma retroperitoneal  
Anemia aguda

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hematoma retroperitoneal de origen traumático
- Tumor o masa quística en retroperitoneo
- Lesión de vasos abdominales mayores
- Infarto renal o neoplasia renal
- Abdomen agudo con sangrado concomitante

#### COMENTARIO FINAL

Ante la clínica inicial y por los antecedentes todo se centraba a pensar como origen de ese dolor agudo a patología coxal, sin pararnos a ver otras causas . La causa del sangrado es difícil de establecer, probablemente el origen traumático sea una de las opciones que más se barajan, pero todo también encajaría en un sangrado de otro origen que en principio se manifiesta por el dolor a nivel de cadera, se llegó a anemizar y provocar esto ese síncope y caída .

Algo importante es identificar que algo grave está ocurriendo y comenzar a tiempo un estudio complementario. A pesar de lo infrecuente que es esta patología hay que tenerla en cuenta a la hora de diagnóstico del dolor abdominal intenso y brusco, y ante todo descartar fractura de pelvis como causa inicial.

El diagnóstico depende mucho de pruebas complementarias de imagen o de hallazgos intraoperatorios.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Dov Pode, Caine M. *Spontaneous retroperitoneal hemorrhage*. *The Journal of Urology* 1992;147:311-8 2. Sabiston. *Text Book of Surgery*. Saunders 1986: pag.1150 3. Sleisenger Fordram. *Gastrointestinal Disease*. Saunders 1978: pag 1409-10 4. Antry JR, Weitzner S: *Hemangiosarcoma of spleen with spontaneous rupture*. *Cancer* 1975;534-9 5. Falk S, Krishnan J, Meiss J M. *Primary angiosarcoma of the spleen* *Am J Surg Pathol* 1993;17:1959-70 6. Cinman A C, Farrer J, Kauffman JJ. *Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65 years old man*. *J Urol* 1985;133:829 7. Chen K, Boles J, Gilbert E. *Angiosarcoma of the spleen*. *Arch Pathol Lab Med* 1979;103:122-4 8. Friedberg, Stock, Husted et al.

## 264/126. GANGRENA DE FOURNIER ¡CORRER, CORRER, CORRER!

#### AUTORES:

(1) Á. Bonilla Álvarez; (2) A. Serrano Camacho; (3) C. Aguilera Montaña; (4) B. Martinez Rodriguez.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería.; (3) Médico Residente 1º Medicina Familiar. Centro Salud Bajo Vega de Acá, Almería.; (4) Médico Residente 1º Medicina Familiar. Centro Salud Plaza de Toros. Almería.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 80 años, independiente para las ABVD. Como antecedentes personales presenta HTA, dislipemia, DM II, retinopatía diabética y un ictus que sufrió en 2015. En la última semana ha caracterizado un mal control de su diabetes y un absceso en zona interglútea. Acude a la consulta de AP por deterioro del estado general con glucemia de 500 mg/dL y un mal aspecto del absceso de la zona interglútea. Se decide traslado al Hospital.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

A la llegada al hospital, la paciente está orientada, consciente, pero con tendencia al sueño y con regular estado general. Se aprecia palidez mucocutánea generalizada. Eupneica, tolera el decúbito. A la exploración del abdomen presenta dolor a la palpación hipogástrica, sin signo de irritación peritoneal. En la exploración neurológica los pares craneales son normales, sensibilidad conservada, fuerza 4/5, imposibilidad de explorar marcha por el dolor de la zona interglútea. A la inspección de esta, observamos una zona eritematosa, indurada, con rubor y supuración espontánea con olor muy fétido. También se distingue una escara necrótica de unos 2-3 cm. La paciente presenta una TA de 135/60, con FC de 103, Sat O2 de 91%, Tª 37,5, glucemia de 367 mg/d. Como pruebas complementarias se solicita: analítica sanguínea (PCR 42.24, ácido láctico 24.99, leucocitos 32300), hemocultivos y urocultivos. Y se interconsulta con cirugía general.

**JUICIO CLÍNICO**

descompensación diabética, gangrena de Fournier, shock séptico.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

cetoacidosis diabética, absceso complicado con septicemia

**COMENTARIO FINAL**

La gangrena de Fournier es una rara enfermedad con una alta morbilidad. Suele aparecer en pacientes con factores predisponentes, como la diabetes mellitus. Es de inicio súbito pero de progresión fulminante, caracterizada por una celulitis necrosante subcutánea que afecta al área genital y perineo, que posteriormente progresa hacia la pared anterior del abdomen, miembros inferiores y tórax. La clínica es más o menos típica, aunque los pacientes suelen tener un estado prodrómico muy inespecífico, pero la lesión inicial es una celulitis o una úlcera superficial, dolorosa y pequeña, después hay gangrena cutánea con gas en los tejidos (crepitación) y derrame seropurulento (de olor fétido); se acompaña de síndrome febril con escalofríos y notable postración; posteriormente, grave toxemia generalizada, con shock séptico irreversible, alteraciones de la conciencia, fracaso multiorgánico y fallecimiento. La etiopatogenia de la enfermedad no está bien definida, actúan conjuntamente infección, isquemia local y reducción de los mecanismos de defensa. Esta infección es polimicrobiana, en la que predominan los gérmenes anaerobios de la flora intestinal y genital, en muchos casos ejercen un papel importante los aerobios. Dada su progresión fulminante hay que actuar con la mayor rapidez posible.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. *Gangrena de Fournier*. Navarro J. *Rev Evid Invest Clin* 2010; 3 (1): 51-57. *Fascitis necrotizante*. Blanco F, Caradonti M., Iborra F, Franceschell A. *Hosp Aeronaut Cent* 2014; 9(2) 113-120; *Diagnóstico y manejo precoz de la gangrena de Fournier*. Castillo F, Moraga J, Perez P, Álvarez C, Iglesias A. *Rev Chil Cir*. Vol 67 - Nº 2, Abril 2015; pág. 181-184. Farreras Rozman. *Medicina Interna*. 16ª ed; Elsevier; Madrid. 2008

**264/127. MUJER CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO DE APARICIÓN BRUSCA.****AUTORES:**

- (1) M. Espada Villarrubia; (2) A. Gallardo Martín; (3) A. García Buendía.

**CENTRO DE TRABAJO:**

- (1) Médico residente 3 año Centro de Salud Arroyo de la miel. Benalmádena.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 86 años, sin alergias. Con antecedentes personales de cardiopatía isquémica en tratamiento con bisoprolol 2,5 mg., torasemida 5 mg. y AAS 100 mg. Institucionalizada. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento por caída casual hace un mes, con hematomas residuales en malar y frontal derechos. Además hace dos días, de nuevo caída casual con resultado de fractura clavicular izquierda y fracturas costales izquierdas (8º y 9º). Acude a consulta por aparición de disnea de reposo de dos horas de evolución. Tras una primera evaluación, se pauta broncodilatador nebulizado. Durante el tratamiento con el mismo, se observa una inflamación importante de cuello y cara de forma súbita.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

**EXPLORACIÓN:** se objetiva saturación de oxígeno del 86%, Tensión arterial 120/60 mmHg., Tª 36,7°C y frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto. Destaca importante enfisema subcutáneo en zona cervical bilateral y hemitórax izquierdo, con dolor y crepitación a la palpación. En la auscultación pulmonar presentaba roncus diseminados.

**EVOLUCIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Es trasladada al hospital en ambulancia medicalizada. En el hospital tras un TAC torácico se diagnosticó de severo enfisema subcutáneo que disecaba planos musculares de la pared torácica con leve-moderado neumotórax izquierdo. Se le conectó en el segundo espacio intercostal izquierdo tubo de drenaje tipo Pleur-evac con resolución del caso.

**JUICIO CLÍNICO**

Neumotórax con enfisema subcutáneo secundario a fractura costal.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Broncoespasmos. Tromboembolismo pulmonar.



**COMENTARIO FINAL**

Los pacientes con fracturas costales pueden presentar de forma retrasada en el tiempo complicaciones secundarias: hemotórax, neumohemotórax, contusión pulmonar o enfisema subcutáneo. Es por esto que es preciso realizar un seguimiento de estos pacientes en los días posteriores, explicándoles los posibles síntomas de alarma ante los cuales consultar de manera urgente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. García-Mayor Fernández L, Fernández González M. *Enfisema Subcutáneo tras traumatismo torácico: signo de alarma de potenciales complicaciones*. Rev Esp Patol Torac 2015; 27 (3): 187-188.
- » 2. Régulo José Ávila Martínez, Ana Hernández Vothb, Carmen Marrón Fernández, Fátima Hermoso Alarzaa, Iván Martínez Sernaa, Andrea Mariscal de Albaa et al. *Evolución y complicaciones del traumatismo torácico*. Arch Bronconeumol. 2013;49(5):177-180.
- » 4. Freixinet Gilart J, Hernández Rodríguez H, Martínez Vallina P, Moreno Balsalobre R. *Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de los traumatismos torácicos*. Rodríguez Suárez P. Archivos de Bronconeumología. 2011; 47 (1):41-49.
- » 5. García Villar c, Sagarra Lozano AM, Japón Sola F. *Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema due to ribs fractures*. Med Clin.2014; 143 (1): 48.

**264/129. ¡QUIERO LA EPIDURAL!****AUTORES:**

(1) M. Espada Villarrubia; (2) A. Gallardo Martín; (3) S. López Mesa.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico residente 3 año Centro de Salud Arroyo de la miel. Benalmádena.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel; (3) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 26 años que hace tres días estando de 8 semanas de gestación comienza con un cuadro de metrorragia intensa, sufriendo aborto espontáneo; por lo que realizan legrado de urgencias bajo anestesia epidural. Desde entonces presenta mal estado general, sensación febril no termometrada, náuseas, vómitos y cefalea holocraneal, con fotofobia sin respuesta a analgésicos. Dada la sintomatología se deriva a urgencias

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Exploración TA:120/60 FC:72lpm. T<sup>o</sup>:35,9°C.

Buen estado general, consciente, alerta y orientada, bien hidratada y perfundida, palidez cutánea, afebril, eupneica en reposo. Auscultación cardiaca sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Neurológico: Glasgow 15, PICNR, PC normales, fuerza y sensibilidad conservada. Rigidez de nuca. Kerning y bruzinsky negativos. Pruebas complementarias:

Analítica de sangre Hemograma: leucocitos 7600 (N86,3%, )Hb 6,9, PlaQ 154000. Bioquímica:glucosa 98, creatinina 0,52, Na 138, Potasio 3,9, PCR 189. Coagulación normal. LCR: Gram: no se observan microorganismos, aspecto transparente, turbidez muy ligera, leucocitos mn 15%, 2 hem/mm3, leucocitos 890/mm3, ADA 3,1 u/l, proteínas 71, glucosa 60.

**EVOLUCIÓN:**

Tras la realización de punción lumbar se instaura tratamiento empírico con cefepime y vancomicina. Se obtiene cultivos de LCR negativos por los que suspende vancomicina. Se transfunden dos concentrados de hematies. En los primeros días de ingreso presenta intensa cefalea ortostática en probable relación con la punción lumbar que mejora progresivamente. Revisada por ginecología con buena evolución

**JUICIO CLÍNICO**

Meningitis aguda de perfil bacteriano (germen no aislado) en relación con la asistencia sanitaria (tras punción intradural)

Cefalea postpunción resuelta.

Anemia por metrorragia

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Meningitis aguda. Cuadro gripal. Enfermedad pélvica inflamatoria

**COMENTARIO FINAL**

Importancia de realizar una buena historia clínica teniendo en cuenta todos los antecedentes. Realizar un adecuado diagnóstico diferencial prestando atención a todos los signos y síntomas de los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Débora Miranda Diogo Stabille, Augusto Diogo Filho, Beatriz Lemos da Silva Mandim, Lúcio Borges de Araújo, Priscila Miranda Diogo Mesquita, Miguel Tanús Jorge. *Frecuencia de colonización y bacterias aisladas en punta de cateter epidural implantada para analgesia postoperatoria*. Elsevier. 2015; 65: 200-206.
- » 2. Robles Romero M, Rojas Caracuel MA, Prado Álvarez C. *Meningitis tras anestesia y analgesia espinal*. Rev. Soc. Esp, 2013;20.

**264/130. DISNEA Y PALPITACIONES****AUTORES:**

(1) C. Aguilera Montaña; (2) N. Moya Quesada; (3) Á. Bonilla Álvarez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Vega de aca; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Se trata de una mujer de 28 años bien vacunada, con antecedentes personales de episodio de candidiasis oral,



alergia medicamentosa al cotrimoxazol, sin medicación habitual, ni consumo de tóxicos, que acude a su centro de salud, por sensación disneica, astenia, febrícula y palpitaciones de una semana de evolución.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

REG, consciente, orientada bien hidratada y perfundida. T° 37,5°, FC 140 lpm sat 92%, normotensa. Hemodinamicamente estable, tolera el decúbito. No adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. ACR taquicardia tonos rítmicos sin soplos, disminución generalizada crepitantes bibasales, no sibilancias ni roncus. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación no megalias. Eritrosis palmar. MII no edemas no signos de TVP. ROTS, fuerza y sensibilidad conservadas

Análítica: bioquímica Glucosa 84mg/dl urea 18mg/dl creatinina 0,51mg/dl sodio 135mEq/L potasio 4,25mEq/L PCR 3,12 VSG 103 hemograma Hb 12,5 hto 35% serie blanca linfocitos leucocitos 6460 linfocitos 20% neutrófilos 69% coagulación sin hallazgos significativos.

ECG: taquicardia sinusal a 130lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización, ni signos de isquemia. Rx tórax: infiltrado alveolointersticial bibasal difuso hasta ápex, no derrame pleural. Serología VIH positivo. Serología CMV, sífilis, VHB, VHC negativa. Ante la mala evolución de la paciente y el resultado de las pruebas se deriva para ingreso y continuar el estudio, donde se realiza:

Broncoscopia con lavado broncoalveolar. TAC torácico no defectos de replección en arterias pulmonares, infiltrados difusos en vidrio deslustrado en ambos pulmones de predominio en lóbulo inferior izquierdo sugerentes de proceso inflamatorio/infeccioso. No masas mediastínicas no adenopatías. Carga viral linfocitos T CD4 40. Cultivo de esputo, BAAR, hemocultivos y virus VRS influenza A y B negativos.

#### JUICIO CLÍNICO

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en paciente con infección por VIH categoría C3

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía atípica, Neumonía viral/gripal, TBC, TEP, linfoma.

#### COMENTARIO FINAL

La infección por VIH consiste en una primoinfección asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo de latencia clínica de varios años de evolución en el que el virus sigue replicándose. Se recomienda profilaxis a los pacientes con menos de 200 linfocitos CD4 efectuar profilaxis frente a *P. jirovecii* y *T. gondii*, si tienen serología positiva. El cotrimoxazol (160mg de trimetoprim y 800mg de sulfametoxazol 3 días por semana). En pacientes alérgicos a las sulfamidas se puede utilizar pentamidina inhalada (300mg/mes) aunque no se previene al toxoplasma. Se recomienda la administración de la vacuna antigripal anual y antineumocócica cada 5 años a todos los pacientes infectados por el VIH, y la vacunación frente a VHA y VHB en los pacientes seronegativos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Farreras. Rozman. Medicina interna. Enfermedades infecciosas. 17ed. Elsevier. Thompson MA, Aberg

JA, Cahn P, Montaner JS et al Antiretroviral treatment of adults HIV infection: 2010 recommendation of the international AIDS Society-USA panel. JAMA 2010; 304:321-333. Luis Jiménez Murillo. Medicina de urgencias y emergencias. 5ed. Elsevier.

## 264/132. ¡QUÉ CATARRO MÁS MALO!

#### AUTORES:

(1) M. Gragera Hidalgo; (2) M. Pardos Lafarga; (3) E. González Márquez; (4) M. Barrero Martín.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (4) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 87 años portador de prótesis aórtica biológica e HTA, sin otros AP de interés e independiente para las ABVD, que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro consistente en tos no productiva, molestias faríngeas y cierta dificultad para tragar que relaciona con mucosidad abundante. Afebril en todo momento. Inicialmente se diagnostica de catarro de vías altas pautándose tratamiento sintomático con mucolíticos y analgésicos. Tras 10 días, consulta de nuevo por persistencia del cuadro, acompañándose ahora de disfonía. Ante la sintomatología, se decide pautar tratamiento corticoideo. Al mes del inicio del cuadro, acude por agravamiento de los síntomas, presentando disfagia a sólidos, con algún episodio de atragantamiento, y afonía. Se remite con carácter preferente a ORL. Realizan NFL objetivándose parálisis de cuerda vocal izquierda y retención de saliva en seno piriforme izquierdo. Se solicita TAC de cuello y tórax donde se visualiza masa esofágica en mediastino medio-posterior sugestiva de neoplasia esofágica e imagen esclerosa en 3º arco costal izquierdo sugestiva de metástasis. Se remite de forma muy preferente a Digestivo, quienes realizan endoscopia y toma de biopsia con confirmación anatomopatológica del diagnóstico: carcinoma de células escamosas infiltrante de esófago proximal. Se descarta tratamiento quirúrgico, derivándose a Oncología para inicio de tratamiento paliativo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC tórax: masa esofágica en mediastino medio-posterior sugestiva de neoplasia esofágica con adenopatías mediastínicas de tamaño no significativo. Imagen esclerosa en 3º arco costal izquierdo. TAC cuello: Parálisis de cuerda vocal izquierda. Endoscopia: neoplasia ulcerada a 20cms de arca dental que ocupa prácticamente el 80% de la circunferencia y que muestra friabilidad al roce con el endoscopio. Neoplasia estenosante y ulcerada de esófago proximal. BIOPSIA (AP): carcinoma de células escamosas infiltrante.

### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma escamoso de esófago proximal infiltrante.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Acalasia, estenosis por reflujo gastroesofágico, estenosis cáustica, estenosis esofágica benigna, anillos/membranas esofágicas, adenocarcinoma gástrico con infiltración esofágica.

### COMENTARIO FINAL

La mucosa del esófago está formada por células planas llamadas escamosas, por lo que el tumor derivado de ellas se denominará carcinoma escamoso o epidermoide. Es el tipo de cáncer más frecuente, siendo los dos factores de riesgo más importantes el tabaco y el alcohol. El síntoma más prevalente es la disfagia (96%), pudiéndose acompañar de otros como disfonía, pérdida de peso o dolor retroesternal. El pronóstico es malo y tiene una elevada mortalidad. La cirugía es el tratamiento estándar, cuando el tumor está localizado, mientras que la quimioterapia y radioterapia son tratamientos paliativos, con limitada eficacia. Previamente a la realización de cualquier prueba, el médico de AP realizará una historia clínica y una exploración física que le orienten sobre hábitos del paciente y/o la existencia de síntomas y signos que puedan hacer sospechar la existencia de un cáncer de esófago, algo vital para el diagnóstico precoz del mismo y que marcará el pronóstico de vida del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. J.A. Hermida Pérez, A. Bermejo Hernández, R.J. Sobenes Gutierrez y R. Arroyo Díaz. *Carcinoma epidermoide de esófago, estenosante, estadio IV, en mujer de 41 años. Descripción de un caso clínico. Semergen.* 2012;38(1):44-48.

## 264/133. A PROPÓSITO DEL DOLOR ESCAPULAR

### AUTORES:

(1) I. Palomino Cobo; (2) C. Ramírez Martín; (3) I. Padial; (4) J. Trillo Fernández; (5) M. Bueno Gómez; (6) I. Arrillaga.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Fuengirola.; (2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella.; (3) Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Las lagunas .Mijas.; (4) MIR Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Las Albarizas (marbella); (5) MIR Medico de Familia. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas.; (6) Medico de Familia. Centro de Salud Las lagunas.Mijas.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 68 años ex-fumadora desde 1999 y sin antecedentes de interés que acude a consulta por dolor escapular derecho de varios días de evolución. Acompañado de tos con expectoración blanquecina que resolvió con anticatarral

inespecífico. Se diagnostica de dolor muscular y se pauta tratamiento sintomático.

Vuelve a acudir a consulta hasta 5 veces seguidas por dolor continuado de características punzantes que no resuelve con sesiones de fisioterapia.

Se realiza radiografía de tórax y se remite al hospital.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración con buen estado genral, eupneica con buena coloración de piel y mucosas. No ingurgitación yugular. No se palpan adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Auscultación cardiopulmonar : Tonos rítmicos sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Rx de tórax donde se objetiva atelectasia de lóbulo superior derecho asociada a cisuritis.
- Analítica: Hemograma 13100 , leucocitos con neutrofilia. HB 12. Plaquetas 45500 VSG 71 Coagulación normal. Marcadores tumorales CA 125: 47. Serología positiva a brucella.
- Broncoscopia: Oclusión completa de bronquio de LSD por lesión infiltrante mucosa y submucosa sugerente de neoplasia.
- TAC tórax y abdomen: Hallazgos que sugieren neoplasia de pulmón al menos EIIIB T3-N3-Mx (por derrame pericárdico y nódulo suprarrenal izquierdo no caracterizable).

### JUICIO CLÍNICO

NEOPLASIA PULMONAR T3N3MX ( dudosa metástasis pericárdica y/o suprarrenal)

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dolor muscular
- Síndrome de Pancoast

### COMENTARIO FINAL

Uno de los síntomas frecuentes del carcinoma pulmonar en territorios superiores puede ser el dolor de hombro ya que se irradia a territorio cubital de brazo y antebrazo. También a puede irradiarse a cuello, escápula y axila por afectación del octavo nervio cervical y primer y segundo torácico.

Los pacientes frecuentemente son mal diagnosticados y reciben tratamiento para artrosis y/o dolores musculares lo que produce un retraso en el diagnóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Archie VC, Thomas CR Jr. *Superior sulcus tumors: a mini-review. Oncologist.* 2004; 9 (5): 550-5
- » 2. Khosravi Shahi P. *Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonary superior): revision de la literatura. An Med Int* 2005; 22(4):194-6.

## 264/134. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIAS DE REPETICIÓN.

### AUTORES:

(1) M. Bosch Racero; (2) A. Garcia Buendía; (3) M. Espada Villarrubia; (4) A. Gallardo Martín; (5) M. Molina Casado.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel, Benalmádena.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de La Miel, Benalmádena.; (3) Médico Residente 3 año Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 69 años. Antecedentes personales: Ictus. Dislipemia. HTA. Arteriopatía periférica. Hernia discal. Fumador.

Acude a consulta de Atención Primaria en varias ocasiones por dolor lumbar mecánico no bien definido que mejora parcialmente con varias pautas escaladas de analgesia. Dado sus antecedentes personales y la no respuesta a tratamiento habitual, se decide solicitar ecografía abdominal sospechando posible aneurisma de aorta el cual se confirma tras la prueba complementaria. El paciente es derivado a Cirugía Vascular con actual seguimiento por aneurisma de aorta no complicado pero de crecimiento rápido.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Tª:36°C. FC: 85 lpm. TA: 130/85. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos significativos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no clara masa abdominal. Dolor lumbar a la flexo-extensión, Lassegue y Bragard negativos. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: aneurisma de aorta de 70 mm de longitud y 35 mm de calibre. TAC abdominal (Cirugía Vascular): aneurisma aorta infrarrenal de 5 cm x 4.4 cm. Trombosis mural con luz mínima.

#### JUICIO CLÍNICO

Lumbalgia secundaria a aneurisma de aorta abdominal.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos tener en cuenta varios procesos a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de lumbalgia:

Enfermedades renales: nefrolitiasis, tumores renales absceso renal.

Patologías digestivas: colecistitis, pancreatitis, tumores.

Procesos vasculares: aneurisma aórtico.

Procesos ginecológicos: EPI, endometriosis, tumores pélvicos.

Enfermedades neurológicas: herpes zoster, polineuropatía.

Osteoporosis, Enfermedades Reumáticas.

Enfermedades psicosomáticas.

#### COMENTARIO FINAL

Ante un paciente en consulta con dolor lumbar de repetición, debemos tener en mente procesos más graves que se pueden estar presentando. Esencial es la anamnesis y

exploración física completa para poder orientarnos en el diagnóstico y poder, así, solicitar las pruebas complementarias pertinentes justificadas.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Joaquim AF. Initial approach to patients with acute lower back pain. Rev Assoc Med Bras. 2016 Apr;62(2):186-91.
- » 2. Evaluation of low back pain in adults. Uptodate 2017.
- » 3. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. Med J Aust. 2017 Apr 3;206(6):268-273.

## 264/136. METRORRAGIA SENIL

### AUTORES:

(1) G. Oualy Ayach Hadra; (2) V. Correa Gómez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén; (2) Residente de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 85 años, con antecedentes de hipertensión (HTA), diabetes (DM2) e hiperuricemia. En tratamiento con Metformina 850 mg/12h, Gliclazida 30 mg/24h, Enalapril 10 mg/Hidroclorotiazida 12.5 mg y Alopurinol 300 mg/24h. Menarquia a los 14 años y menopausia a los 52 años. 6 partos con 6 hijos nacidos vivos y ningún aborto.

Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo metrorragia intermitente desde ayer, asociado a dolor hipogastrio que se alivia al comenzar el manchado. No presenta síntomas miccionales. No fiebre. No pérdida de peso. No otra sintomatología acompañante.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración ginecológica con espéculo se aprecia sangrado por cuello uterino. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad.

Se decide solicitar analítica, sin hallazgos relevantes, derivación preferente a ginecología e indicación de volver si la metrorragia aumenta de intensidad. A los 10 días acude a consulta de ginecología realizándole ecografía transvaginal, histeroscopia y biopsia endometrial.

#### JUICIO CLÍNICO

El diagnóstico final es de adenocarcinoma de endometrio estadio II.

La paciente es intervenida quirúrgicamente pero rechaza tratamiento radioterápico. Seguirá con revisiones por parte de ginecología y Atención Primaria.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe tener en cuenta que toda metrorragia posmenopáusica es cáncer de endometrio mientras no se demuestre lo contrario. Pero no siempre la causa es una patología genital, también puede ser urológica o intestinal, habrá que hacer un diagnóstico diferencial de forma preferente.

**COMENTARIO FINAL**

El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico de más alta incidencia en ancianas. Los factores de riesgo son: nuliparidad, obesidad, DM2, HTA, menarquia precoz y menopausia tardía. Una vez obtenido el diagnóstico se debe hacer un estudio de extensión mediante TAC o RMN. El tratamiento es quirúrgico con histerectomía total, anexolectomía bilateral y linfadenectomía pélvica. También radioterapia como tratamiento adyuvante a la cirugía o como alternativa.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. López-Olmos J. *Cáncer ginecológico en la anciana de 80-100 años. J. Revista clínica e investigación ginecología y obstetricia. Clin Invest Gin Obst 2004; 31(7):244-55.*
- » 2. López Olmos J. et al. *Metrorragias seniles. Estudio clínico, histeroscópico e histológico de 184 casos. Clin Invest Ginecol Obstet 2000;27:329-36.*

**264/138. ALGO MÁS QUE UN CUADRO CATARRAL****AUTORES:**

(1) E. Calatrava López-Ronco; (2) I. Villalobos Millan; (3) E. Sanchez Hernica; (4) E. Sicilia Barea; (5) A. Terron Sanchez; (6) M. Ayala Hernandez.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Centro de Salud Delicias; (2) Médico de Familia. Centro de Teatino Colonia santa Ines. Málaga; (3) Medico Familia. Centro de salud Torcal.; (4) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (5) Centro de salud Teatinos Colonia santa ines.; (6) Centro de Salud Trinidad. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer 76 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos con antecedentes personales HTA, no DM, no dislipemia. En tratamiento con Amlodipino. Ha trabajado como limpiadora, pintora, y en el campo Independiente ABVD. Paciente acude a consulta Atención Primaria por tos seca de dos semanas de evolución. Afebril. No dolor torácico ni disnea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, Eupneica en reposo Sat O2 96%. AR: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni signos de TVP

Diagnostico inicial: Catarro vías altas Inicia tratamiento con Algidol cada 8h. La paciente vuelve a la consulta a las 2 semanas refiriendo, además de continuar con los síntomas comentados, disnea de grandes esfuerzos (al subir cuestras) Exploración similar, Sat O2 basal 95%

Se solicita Analítica, Rx tórax y EKG a la semana vuelve para recoger resultados

Analítica: Hb 13.5, leucocitos 9100, plaquetas 29500 Coagulación normal, Bioquímica normal, PCR 4,5

EKG: Ritmo sinusal a 83lpm, eje izquierdo sin alteraciones en la repolarización.

Rx tórax: ICT en limite superior normalidad, condensacion en LII e infiltrado reticulo-nodular de distribucion bilateral. Se solicita baciloscopia y se deriva a neumología. Baciloscopia negativa.

TAC torax: Masa periférica en segmento 10 de LII de aproximadamente 3.6cmx4.8cm, sin signos de infiltracion de la pared torácica. No adenopatias mediastínicas. Se acompaña de incontables nodulos pulmonares bien definidos dispersos, que conforman un patron miliar bilateral y que sugiere como diagnostico principal, dado el contexto del paciente, metástasis hematógenas. No derrame pleural. Hígado normal. Colelitiasis múltiple.

Broncoscopia: Se realiza broncoaspirado, cepillado y biopsia transbronquial de Árbol bronquial izquierdo: Pequeños focos sugestivos de Carcinoma no microcítico, tipo adenocarcinoma (napsina positivo, p63 negativo)

**JUICIO CLÍNICO**

Adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis múltiples pulmonares bilaterales

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Tuberculosis Pulmonar. Neumopatias intersticiales. Neumonías viricas. Bronquiectasias. Insuficiencia cardíaca. Linfagitis carcinomatosa. Vasculitis pulmonar. Eosinofilia pulmonar.

**COMENTARIO FINAL**

El papel de los médicos de Atención Primaria es fundamental el estudio inicial del paciente, constituyendo el primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario. Ante una primera sospecha diagnostica iniciar tratamiento como en dicho caso, pero informando a paciente que si no mejora con tratamiento vuelva para continuar con estudio y realizar pruebas complementarias para un correcto enfoque multidisciplinar del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Brambilla E, Travis WD. *Cáncer de pulmón. En: Informe Mundial contra el Cáncer, Stewart BW, Wild CP (Eds), Organización Mundial de la Salud, Lyon 2014.*
- » [www.separ.es](http://www.separ.es)
- » 2. Feinstein AR, DM Sosin, Wells CK. *El fenómeno Will Rogers. migración del estadio y las nuevas técnicas de diagnóstico como fuente de estadísticas engañosas para la supervivencia en el cáncer. N Engl J Med 1985; 312: 1604*



## 264/139. ALGO MÁS QUE UNA FRACTURA

### AUTORES:

(1) E. Sicilia Barea; (2) E. Sanchez Hernica; (3) I. Villalobos Millan; (4) E. Calatrava López-Ronco; (5) J. Cañizares Romero; (6) M. Rojas Martinez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de salud San andres Torcal. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos colonia santa ines. Málaga; (4) Centro de Salud Delicias.Málaga; (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (6) Médico Residente 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

NAMC. Ex-fumadora de 30 cigarrillos al día desde hace 3 años. Hipotiroidismo tras tratamiento con l-131 por bocio multinodular, HTA, histerectomía radical a los 49 años por metrorragia. Tto actual: Metamizol 575 mg/8h, paracetamol 1g/8h, atenolol 50 mg/24h, eutirox 75 mg/24h. Paciente de 73 años acude a la consulta de centro de salud por presentar desde hace un año dolor y limitación de la movilidad de hombro izquierdo, pero hoy ha notado un crujido al levantarse de la cama. En la exploración se observa importante hematoma y crepitación a nivel de tercio medio de húmero izquierdo, por lo que se solicita Rx, en la que se aprecia fractura de tercio medio humeral izquierdo de probable origen patológico teniendo en cuenta que no había sufrido traumatismo previo, por lo que se deriva a Urgencias para valoración por Traumatología, que tras ingreso e intervención de la fractura, se realiza biopsia ósea que confirma la existencia de metástasis de carcinoma de probable origen pulmonar o tiroideo, por lo que posteriormente se realiza broncoscopia y otras pruebas complementarias, confirmando origen pulmonar.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA:120/70 mm Hg, afebril. BEG,COC, BhyP, eupneica en reposo.

Cabeza y cuello: No se palpan adenopatías ni bocio.

ACR: Tonos rítmicos sin soplos, mvc sin ruidos patológicos.

Abdomen: globuloso, cicatriz laparotomía infraumbilical, sin organomegalías.

EES: Hematoma y crepitación a nivel de tercio medio humeral izquierdo.

EEL: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

- AS: Anodina. TSH: 9,1. T4: normal.

- TAC torax, abdomen: Aumento de tamaño de LTI heterogéneo. Adenopatías de tamaño significativo en espacios 4R, 5, 11R. Pequeña atelectasia LID con derrame pleural derecho. Hígado, vesícula y vía biliar, páncreas y bazo dentro de la normalidad. Adenopatías retroperitoneales de tamaño significativo.

- Ecografía de tiroides: Aumentado de tamaño a expensas de LTI ocupado por un nódulo sólido-quístico heterogéneo

de 5,8x3,3 cm, vascularizado. LTD atrófico. Adenopatías laterocervicales y supraclaviculares izquierdas de aspecto patológicos. TIRADS 4-5.

- PAAF: Sugestivo de proliferación de células foliculares de significado incierto. (categoría III de Bethesda)

- Biopsia ósea: Metástasis de carcinoma. Compatible con origen pulmonar o tiroideo de la neoplasia.

- Broncoscopia: Dos lesiones de 1 mm en pared superior de bronquio de lóbulo medio, inespecíficas. Se realiza cepillado con resultado positivo para células malignas, sugestivo de carcinoma no microcítico.

### JUICIO CLÍNICO

Carcinoma no microcítico de pulmón con metástasis ganglionares y óseas.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiperparatiroidismo, osteomalacia, osteoporosis, procesos tumorales primarios o metastásicos.

### COMENTARIO FINAL

El término fractura patológica incluye un amplio espectro de fracturas que se producen sin claro traumatismo de alta energía, como las fracturas de estrés, las fracturas por insuficiencia y las fracturas propiamente patológicas (sobre hueso con lesión subyacente que lo debilita, ya sea benigna o maligna). La radiología simple es la primera técnica de imagen en pacientes con dolor de origen osteoarticular. Es importante conocer las localizaciones típicas, el aspecto que alerten sobre la existencia de patología subyacente, para un correcto enfoque multidisciplinar del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

» 1. Fracturas patológicas: clasificación, etiología, localización y características por imagen | Radiología. [online] Available at: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-congresos-33-congreso-nacional-seram-24-sesion-musculoesquelitico-2401-comunicacion-fracturas-patologicas-clasificacion-etilogia-localizacion-25367>.

## 264/140. MUJER CON PROPTOSIS BILATERAL AGUDA

### AUTORES:

(1) M. Bosch Racero; (2) A. Garcia Buendía; (2) A. Gallardo Martín; (3) M. Molina Casado.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de La Miel. Benalmádena.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 73 años, sin alergias y con secuelas de encefalitis herpética en 2014 (deambula con andador, se comunica con gestos y frases cortas). Está en tratamiento



con levetiracetam 1500 mgr c/12 horas, Donepezilo / 24 y Carbidopa/Levodopa 25/100 mgr. c/ 8 horas. Acude a consulta por cuadro súbito, de 48 horas de evolución, de exoftalmos bilateral, cefalea que mejora poco con paracetamol 1gr, náuseas y vómitos postprandiales. Una semana antes, crisis de hipertensión arterial con TA 185/95 mmHG que requirió captopril 25 mgr SL para su control. Se deriva a Urgencias.

El oftalmólogo objetiva PIO 35/30 y un fondo de ojo con papilas de bordes netos, mácula estructurada. Tras instaurar tratamiento solicita valoración por neurología. En TAC: Fístula carótido-venosa bilateral. La paciente es trasladada a hospital de referencia donde se practicó tratamiento endovascular de ambas fístulas mediante embolización, desapareciendo el exoftalmos.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración destacan además, inyección conjuntival, quemosis y aumento de la turgencia ocular bilateral. Pulsos carotídeos simétricos. TA: 171/76. FC 71 rítmico sin soplos. Sat O2: 98%. Afebril. En analítica de sangre de rutina un mes antes TSH 0,9 mUI/ml.

TAC craneal: Fístula carótido-venosa bilateral, atrofia córtico-subcortical y lesiones hipodensas en lóbulos frontales e ínsula, en relación con secuelas post-encefalopatía herpética.

#### JUICIO CLÍNICO

Fístula carotideo-cavernosa bilateral.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Oftalmopatía de Graves-Basedow, Glaucoma, celulitis orbitaria, Tumores (Rabdomiosarcoma, Neuroblastoma, Hemangioma).

#### COMENTARIO FINAL

Los síntomas oculares son los más frecuentes en la clínica de fístula carotideo-cavernosa, una rápida sospecha y un pronto tratamiento pueden evitar la pérdida de visión ocular. Debemos descartar una fístula carotideo cavernosa en todos los casos de exoftalmos uni o bilateral. Un soplo en el globo ocular puede orientar nuestra sospecha clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Fel A, Szatmary Z, Sourour N, Bodaghi B, LeHoang P, Touitou V. Carotid-cavernous fistula: clinical and pathological correlations. *J Fr Ophtalmol*. 2014 Jun;37(6):462-8.
- » 2. Charbonneau F, Williams M, Lafitte F, Héran F. No more fear of the cavernous sinuses. *Diagn Interv Imaging*. 2013 Oct;94(10):1003-16.
- » 3. Celik O, Buyuktas D, Islak C, Sarici AM, Gundogdu AS. The association of carotid cavernous fistula with Graves' ophthalmopathy. *Indian J Ophthalmol*. 2013 Jul;61(7):349-51.
- » 4. Grados A, Mantonti F, Malaouly G, Lipski M, Nemnoun-Raad R, Jean E et al. Carotid-cavernous sinus fistula: an unusual cause of exophthalmia. Report of three cases. *Rev Med Interne*. 2012 Jul;33(7):396-400.

## 264/142. TAPONAMIENTO CARDÍACO EN PACIENTE ONCOLÓGICO.

#### AUTORES:

(1) E. Barbero Rodríguez; (1) S. Moreno Carrasco; (1) M. Sierras Jiménez; (2) M. Vargas Corzo; (3) L. Escamilla Ramos; (4) J. Cordero de Osés.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico residente 4º año. Centro de Salud La Caleta. Granada. Zona Norte.; (3) Médico residente 2º año. Centro de Salud La Caleta. Granada. Zona Norte.; (4) Médico residente 1º año. Centro de Salud La Caleta. Granada.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 51 años, con antecedentes de Adenocarcinoma de pulmón (T2a, N3, M0), pendiente de inicio de tratamiento. EPOC moderado tipo enfisema, que consulta por astenia de 10-15 días, asociada a disnea de esfuerzo. No clínica de insuficiencia cardíaca, ni de dolor torácico. No sintomatología respiratoria.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Palidez cutánea, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. Bien hidratado y perfundido. TA 80/50 fc 104.

Auscultación normal. Miembros inferiores no edemas ni signos de tvp.

Pruebas complementarias:

Hemograma. Hemoglobina 9.3mg , hace un mes 13 mg. Leucocitos 15.460, neutrófilos 70.7%, plaquetas 410000. Gasometría ph 7.35, pco2 40.6, hco3 22.7, lac 3.9.

Curva marcadores: 664---1022---611.

Coagulación. INR 1.46

Radiografía de tórax. Masa en lóbulo superior derecho que borra silueta cardíaca. Aumento del índice cardiotorácico con respecto anteriores.

Durante su ingreso sufre síncope con sacudidas tónico-clónicas

Electro; fibrilación auricular a 140 lpm, tras esto electro PR,0.15, ritmo sinusal a 82 lpm elevación ST de 1 mm en I, II, AVF, V4, V6 de concavidad superior.

Ecocardiograma: Derrame pericárdico severo, circunferencial, con tractos de fibrina aunque no tabicado, se aprecia en algunas localizaciones tanto en VD como VI de más de 3 cm. Velocidades doppler transvalvulares compatibles con taponamiento cardíacos. VCI dilatada y sin colapso inspiratorio.

#### JUICIO CLÍNICO

Derrame pericárdico severo con datos ecográficos de taponamiento cardíaco de probable etiología neoplásica.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca descompensada, derrame pleural masivo, pericarditis, miocarditis.

#### COMENTARIO FINAL

El taponamiento cardíaco, es junto con el síndrome de la vena cava superior una de las emergencias cardiovasculares

más importante en los pacientes oncológicos. Hemos de tenerla siempre presente, pues requiere una intervención inmediata.

La aparición de la misma supone un mal pronóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

» 1. *Biblioteca virtual SAS*

### **264/151. DERRAME PERICÁRDICO SEVERO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

#### AUTORES:

(1) J. Morcillo Jiménez; (2) R. Salmerón Latorre; (3) A. Moreno Jiménez; (4) N. Garrido Redondo.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de Medicina de Familia de 4º año. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (2) Residente de 1º año de Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (3) Residente de 2º año de Medicina de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.; (4) Médico de Familia Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar de Úbeda.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 90 años, viuda, diagnosticada de hipertensión arterial hace 22 años, enfermedad renal crónica de más de 10 años de evolución, degeneración macular asociada a la edad, anemia por enfermedad renal crónica y déficit de movilidad por poliartritis invalidante. Deterioro cognitivo leve para su edad.

El motivo de la visita a domicilio era porque en días previos comenzó con disnea a moderados esfuerzos que se ha ido haciendo más intensa hasta ser ante mínimos movimientos como incorporarse en la cama, ir al servicio e incluso comer. Dolor torácico referido como peso retroesternal y tos seca. El dolor se aliviaba al estar sentada. Se decide ingreso hospitalario asistido con oxigenoterapia para estudio y valoración.

Tratamiento previo: valsartan 320 mg/día; amlodipino 10 mg/día; furosemida 40 mg/día; tapentadol 25 mg/12 horas; eritropoyetina 30/mes.

##### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física:

PA: 157/94 mmHg

Saturación oxígeno: 78 %

Fiebre de 38° C

Palidez de piel y mucosas y sensación disneica severa

ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm. No trastornos de repolarización

Auscultación: Roce pericárdico muy audible.

Rx tórax: Cardiomegalia severa

Ecocardiograma: VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI conservada. Defecto de relajación del VI. Derrame pericárdico severo de predominio posterior (26 mm)

Analítica a la llegada a hospital:

pH sanguíneo: 7.23

pCO<sub>2</sub>: 55.9 mmHg (hipercapnia)

pO<sub>2</sub>: 67.4 mmHg (hipoxemia)

Exceso de bases: -4.5 mmol/L

Glucosa: 137 mg/dl

Urea: 125 mg/dl

Creatinina: 2.52 mg/dl

Filtrado glomerular CKD-EPI: 17 ml/min (enfermedad renal crónica estadio IV)

Sodio: 144 mEq/L

Potasio: 4.6 mEq/L

Hemoglobina: 10.5 g/dl

Hematocrito: 33.1 %

#### JUICIO CLÍNICO

Dados los antecedentes personales de la paciente de insuficiencia renal crónica de más de 10 años de evolución junto a la exploración típica de roce pericárdico bien audible, la radiografía de tórax con la cardiomegalia típica y el ecocardiograma practicado seguidamente donde se aprecia el derrame pericárdico posterior severo, el diagnóstico es pericarditis asociada a la insuficiencia renal crónica o pericarditis urémica, que puede producir derrames severos hasta en el 20 % de pacientes con ERC (enfermedad renal crónica)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la pericarditis urémica ha de hacerse con otros tipos de pericarditis, tanto infecciosas como no infecciosas o autoinmunitarias por hipersensibilidad. Otros cuadros que cursen con disnea y/o dolor torácico pueden ser infarto de miocardio, neumotórax, costondritis, disección aórtica, neumonía, colecistitis, etc. En cualquier caso los antecedentes de ERC de muchos años de evolución junto al característico roce pericárdico a la auscultación, la cardiomegalia severa y el ecocardiograma típico no deja lugar a dudas de la etiología de la pericarditis del caso que nos ocupa.

#### COMENTARIO FINAL

El caso que nos ocupa es el de un derrame pericárdico severo en el contexto de una ERC avanzada que ha permanecido asintomático largo tiempo. En estos casos suelen encontrarse frecuencias cardíacas bajas en presencia de taponamiento y no hay elevaciones difusas del segmento ST-T de otras pericarditis agudas.

Durante el ingreso hospitalario no se consideró la pericardiocentesis dada la edad de la paciente. El manejo conservador con corticoides y dosis bajas de diuréticos fue suficiente para que la paciente recuperara la situación clínica previa.

#### BIBLIOGRAFÍA

» 1. *Guía de la Sociedad Europea de Cardiología: enfermedades del pericardio. Rev Esp Cardiol 2004; 57 (11): 1090-114*

## 264/152. ¡CUIDADO CON LOS MONDADIENTES!

### AUTORES:

(1) E. Barbero Rodríguez; (1) M. Sierras Jiménez; (1) S. Moreno Carrasco; (2) J. Ramos Navas-Parejo; (3) M. Vargas Corzo; (4) L. Escamilla Ramos.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico residente 4º año. Centro de Salud La Caleta. Granada. Zona Norte.; (4) Médico residente 2º año. Centro de Salud La Caleta. Granada. Zona Norte.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 56 años, varón con antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, alcoholismo, angiopatía diabética con amputación de pierna derecha. Acude por ingestión accidental de un mondadientes hace 4 días, con episodios de sangrado al provocar el vómito. Se realiza laringoscopia sin apreciar cuerpo extraño, por lo que se decide tratamiento conservador con antibiótico domiciliario. A los 6 días regresa por odinofagia, y sensación de cuerpo extraño en la garganta, sin fiebre, ni sensación distérmica.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Glasgow 15/15. Presenta voz gutural  
Auscultación cardiorespiratoria. Tonos cardíacos rítmicos. MVC a 90 lpm. Crepitantes aislados difusos.  
Abdomen. Blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias.  
Miembros inferiores. Sin edemas ni signos de trombosis.  
Analítica. Leucos 22.354 (Neutrófilos 85% y linfocitos 25%) y PCR 150.  
TAC cuello. Dilatación en espacio retrofaringeo con gran contenido de aire, y leve cantidad de líquido existiendo una perforación en la pared posterior de la faringe a nivel de la epiglotis. No aire en mediastino. Ganglios de tamaño normal.

### JUICIO CLÍNICO

Mediastinitis aguda

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Perforación esofágica, absceso retrofaringeo, mediastinitis.

### COMENTARIO FINAL

La ingesta de cuerpos extraños es una emergencia frecuente en las consultas de urgencias. Pueden provocar lesiones a nivel de la mucosa faríngea y esofágica originando complicaciones, que aunque son poco frecuentes suponen un riesgo para la vida, por eso hay que descartarlas siempre que se produzca la ingestión.

El tratamiento empírico con antibióticos no las previene, y la eficacia del tratamiento depende de la rapidez de actuación.

### BIBLIOGRAFÍA

» 1. Biblioteca virtual SAS

## 264/160. CEFALEA Y DIPLOPIA EN PACIENTE DE 53 AÑOS

### AUTORES:

(1) J. Montero López; (2) M. Benítez Rodríguez; (1) L. Lozano Romero; (3) J. Jurado Ordóñez; (1) A. Ocaña Granda; (4) S. Pueyos Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente. Granada.; (2) Médico Adjunto; (3) Médico Residente. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.; (4) Residente MFyC. Centro Salud Motril-Centro, Motril (Granada).

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 53 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia en tratamiento con Insulina glargina, metformina y alopurinol. Consulta en dos ocasiones por cefalea y mareo para lo que se prescribe analgesia con metamizol y paracetamol y posteriormente en una tercera consulta asocia a dicha sintomatología ptosis palpebral derecha y diplopía sin otra focalidad neurológica.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente es atendido en el servicio de urgencias con constantes de tensión arterial 120/75mmHg, frecuencia cardíaca 77 l.p.m., Tª36°, buen estado general, bien hidratado, bien perfundido, eupneico en reposo, con buena coloración de piel y mucosas, Glasgow 15/15. Auscultación cardiorespiratoria normal, abdomen con exploración normal y a la exploración neurológica se objetiva abducción con limitación completa y ptosis palpebral en ojo derecho sin afectación pupilar por parálisis incompleta del III par craneal. Se realiza analítica con parámetros en hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones y se realiza un TAC de cráneo que es normal. Dada la exploración del paciente se decide ingreso en planta de Medicina Interna para completar estudio con RM de cráneo y eje hipotálamo hipofisario con contraste intravenoso: supratentorialmente se observa buena diferenciación entre sustancia blanca y gris. La sustancia blanca no presenta lesiones ni alteraciones en la mielinización. Angioma venoso o anomalía del desarrollo venoso en polo frontal derecho. Sistema ventricular con calibre y configuración normales. Ganglios basales sin alteraciones. Se reconoce macroadenoma hipofisario con diámetros craneocaudal 17 mm, transversal 17 mm y anteroposterior 15 mm, con zonas de degeneración quística central. El polo superior contacta con quiasma óptico y ambas vertientes laterales limitados por los senos cavernosos que se reconocen respetados. No lesiones en fosa posterior. Ante los hallazgos es derivado al servicio de Neurocirugía donde se realiza estudio hormonal que destaca testosterona baja, T3 baja con el resto de hormonas en rango normal. El paciente es intervenido bajo anestesia general realizándose una hipofisectomía parcial mediante abordaje transnasal endoscópico neuronavegado sin incidencias, quedando asintomático desde el punto de vista neurológico y siendo derivado al servicio de Endocrinología.

### JUICIO CLÍNICO

Macroadenoma hipofisario no funcionante con sangrado intratumoral. Parálisis incompleta del III par craneal derecho (Oftalmoparesia y ptosis palpebral sin afectación pupilar). Hipogonadismo. T3 baja con respecto al eje tiroideo en rango

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aneurisma cerebral, infecciones del sistema nervioso central, malformaciones vasculares, trombosis del seno cavernoso, infarto cerebral, tumores localizados en la base del cráneo o hipófisis, migraña oftalmopléjica

### COMENTARIO FINAL

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial ante un paciente con clínica de parálisis de III par craneal incompleta dado que algunas de las patologías causantes pueden ser mortales y requieren un tratamiento inmediato. En el caso de los macroadenomas además del tratamiento quirúrgico es importante el estudio endocrinológico.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Barnils N, Felguera O, Arruga J. Actualización en neurooftalmología para el médico de atención primaria; FMC. 2005;12(1):15-31
- » 2. Cámara R. Non-functioning pituitary tumors: 2012 update. *Endocrinología y Nutrición*. March 2014 61(3):160-170 DOI: 10.1016/j.endonu.2013.04.009

## 264/176. SI SOLO ES HEMATURIA..SIN MAS..

### AUTORES:

(1) M. García Ventura; (2) M. GARCIA RAMON; (3) F. Expósito Rodríguez.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) RESIDENTE DE 4º AÑO. CENTRO DE SALUD LA CAÑADA;  
(2) MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD LA CAÑADA.; (3) RESIDENTE 4º AÑO DE MEDICINA DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE LA CAÑADA.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 46 años, acude a consulta por presentar 1 semana con disuria y polaquiuria. Afebril y hematuria de 48 horas de evolución. Ap litiasis urinaria. alergia a metamizol. No ha presentado ninguna infección urinaria sintomática a lo largo de su vida. sospecha de infección del tracto urinario.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza exploración abdominal que es anodina, discreto dolor a la palpación en fíld y solicitamos combur test que es negativo. Se le prescribe fosfomicina trometamol 3 gr. Cada 24 horas y se cursa hemograma, bioquímica, sistemático de orina y urocultivo si procede.

Análítica normal excepto sistemático que aparece hematuria ++++. mejoría con el tratamiento prescrito pero la hematuria persiste. Se deriva al urologo para estudio. Solicita ecografía abdominal y vías urinarias que es normal, aunque no es la edad ni el sexo típico donde se presenta la

patología tumoral vesical, decide seguir investigando, le realiza cistoscopia y se observa una masa de características malignas en el trigono vesical.

Se realiza rtu de lesión vesical pequeña, excrecente, blanquecina, próxima meato urinario izquierdo y biopsia de lesión similar en el trigono.

### JUICIO CLÍNICO

#### HEMATURIA

NEOPLASIA MALIGNA DE VEJIGA. AL BIOPSIAR

NIDOS VON BRUNN: Presencia de grupos de células uroteliales en la lámina propia, unidos o separados del urotelio que recubre la vejiga. se desprende formando nidos: llamados nidos de Von Brunn.

La impresión en la cistoscopia puede ser de un tumor maligno. Los nidos de este proceso son redondeadas y de contorno liso con apariencia de banda sin atipia

Similar a la superficie del epitelio, pueden presentar hiperplasia y atipia.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. INFECCIÓN URINARIA
2. HEMATURIA DERIVADA DEL CICLO MENSTRUAL
3. CARCINOMA VEJIGA
4. COLICO NEFRITICO
5. GLOMERULONEFRITIS

### COMENTARIO FINAL

El diagnóstico de carcinoma urotelial, variedad en nidos, en biopsias que no incluyen muscular propia, obliga a un seguimiento clínico exhaustivo del paciente y/o a una reevaluación quirúrgica, para descartar infiltración. La agresividad intrínseca de esta variedad histológica y el frecuente retraso en su diagnóstico podrían ser la causa de que estos tumores debuten habitualmente en estadios localmente avanzados. De otra parte, no existen protocolos terapéuticos específicos para los pacientes con esta variedad histológica de CU, debido al escaso número de casos publicados y a la falta de estudios randomizados. Se ha demostrado la ineficacia de la radioterapia y se ha propuesto combinar la cistectomía y la quimioterapia<sup>12</sup>. Algunos autores consideran que se debe valorar la realización de cistectomía temprana incluso en estadios pT1 ya que, tras la RTU, el seguimiento con citología y cistoscopia es poco eficaz.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Leopold GK. *Atlas of Tumor of the bladder. Fascicle II Armed*. Washington: Institute Pathology; 1983.
- » 2. Reuter. *Atlas of Urology*. London: Editorial Saunders; 1964.
- » 3. Campbell MF. *Urology*. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1973; vol 3:693-705.
- » 4. Cifuentes Delatte. *Cistitis y cistopatía*. 2 ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1986.
- » 5. Robbins Stanley MD. *Patología estructural y funcional*. 3 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988.
- » 6. Smith D. *Urología General*. 12 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988:115-20.
- » 7. Leopold Koss. *Tumors of the Urinary Bladder. Supplement Armed*. Washington: Forees Institute Pathology; 1984.

**264/177. DEBUT DIABÉTICO****AUTORES:**

(1) P. Labrac Aranda; (2) M. García Martín; (3) F. Garrido Martínez; (4) M. Hipólito Egea.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca Málaga; (2) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coin. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 20 años que acude a consulta por malestar general, poliuria y polidipsia desde hace un mes aproximadamente. No tiene antecedentes familiares de interés. Entre sus antecedentes personales encontramos asma y dermatitis atópica. Refiere pérdida de 8 kg aproximadamente en los últimos 6 meses a pesar de haber aumentado la ingesta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Se realiza una glucemia basal que resulta ser de 300 mg/dl y combur test con cuerpos cetónicos y un pH de 7. Auscultación cardiopulmonar con una frecuencia cardíaca da 110 latidos por minuto, rítmico y sin auscultarse soplos. Se deriva a servicio de urgencias por mal estado de la paciente, donde se realizaría nueva glucemia, consiguiendo su control. Se derivó a consultas de Endocrinología para primera visita y valoración por parte de este Servicio. Se realizó determinación de autoanticuerpos para realizar el diagnóstico diferencial de la DM1.

**JUICIO CLÍNICO**

Diabetes Mellitus tipo 1

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Feocromocitoma. Diabetes Mellitus tipo 2. Diabetes MODY

**COMENTARIO FINAL**

Las complicaciones de la diabetes mellitus son numerosas, incluyendo nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética. por lo que debe lograrse su detección y manejo terapéutico para controlar los niveles de glucemia. Además hay que tener en cuenta la posibilidad de cetosis y la necesidad en este caso de derivar al paciente al servicio de urgencias.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. ASENJOS. et al. *Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente*. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (5): 534-541
- » 2. De Graaff LCG, Smit JWA, Radder JK. *Prevalence and clinical significance of organ-specific autoantibodies in type 1 diabetes mellitus*. Net J Med 2007;65(7):235-47.
- » 3. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults*. Clinical Guideline 15 2004 Jul.

**264/194. QUÉ SERÁ, SERÁ...****AUTORES:**

(1) R. Mas Babio; (2) F. Atienza Martín.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Virgen de África. DSAP. Sevilla.; (2) Médico de Familia. UGC Vigen de África. DSAP. Sevilla.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 75 años que presenta desde hace 2 días una erupción en cara lateral izquierda de cuello, con leve molestia, pero no dolorosa. No ha tenido fiebre, prurito ni otra sintomatología. Se trata de un paciente con EPOC bien controlada.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Exploración general es normal. En el cuello presenta una amplia zona eritematosa que se extiende desde la cara anterolateral del cuello hasta el cuero cabelludo pasando por la zona retroauricular. La piel está bastante enrojecida con pequeñas vesículas que se extienden a lo largo de toda la lesión y al menos dos pústulas de pequeño tamaño. Observamos que el eritema predomina sobre las vesículas, las cuales no son muy numerosas

**JUICIO CLÍNICO**

Se establece la duda diagnóstica entre reacción urticarial y herpes zoster. Se pauta una crema corticoidea y se revisa a los dos días en los que ha disminuido el eritema y las vesículas son más evidentes por lo que establecemos diagnóstico de herpes zoster, pautándose tratamiento con Aciclovir oral. A la semana las lesiones han disminuido claramente apareciendo costras y el eritema ha desaparecido casi en su totalidad.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- a) Herpes zoster. La mitad de los pacientes manifiestan un cuadro prodrómico de fiebre, malestar, astenia y dolor abdominal que precede en uno o dos días a la aparición de las lesiones mucocutáneas eritematosas y pruriginosas, las cuales evolucionan a pápulas y vesículas que acaban por transformarse en costras. En nuestro paciente no estaba clara esta etiología por sus características morfológicas atípicas, tratándose de una lesión fundamentalmente eritematosa y vesículas pequeñas y juntas.
- b) Dermatitis herpetiforme. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas papulovesiculosas muy pruriginosas. Aunque podría coincidir con la localización característica en el cuello, nuestro paciente no refería ningún tipo de picor.
- c) Impétigo. Presenta cierto componente vesiculoso. Las vesículas al romperse originan costras melicéricas, lesiones distintas a las que presentaba nuestro paciente.
- d) Candidiasis. Lesiones mucosas en forma de placas hiperqueratósicas o eritematosas que pueden desprenderse con el rascado.
- e) Dermatitis de contacto. El paciente no refiere contacto con ningún objeto o sustancia en la zona de la lesión.



f) Picadura de insecto. Suelen provocar pápulas inflamatorias urticariformes y dolorosas, que tienden a resolverse en horas o días, y en muchas ocasiones de forma espontánea. No se corresponde con la lesión que presenta nuestro paciente.

g) Reacción a medicamento. La reacción cutánea más frecuente en relación con fármacos es el exantema. El paciente no hace referencia al consumo de ningún antibiótico ni medicamento en los últimos días.

#### COMENTARIO FINAL

El caso pone de manifiesto dos de las características básicas de la atención primaria, por una parte, la incertidumbre en el establecimiento de diagnósticos clásicos y por otra, el uso del tiempo como elemento que permite disminuir la incertidumbre inicial, evitando la indicación apresurada de pruebas complementarias que, en ocasiones, pueden originar una mayor confusión.

#### BIBLIOGRAFÍA

» Cohen JI. Herpes Zoster. *N Engl J Med* 2013;369:255-63.

### 264/196. ¡AY, QUÉ DOLOR DE CABEZA TENGO!

#### AUTORES:

(1) E. González Márquez; (2) M. Pardos Lafarga; (3) M. Gragera Hidalgo; (4) M. Barrero Martín.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (2) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Interno Residente 3 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (4) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años sin FRCV que entre sus antecedentes personales presenta jaquecas de forma ocasional que palia con antiinflamatorios y síndrome ansioso depresivo para lo que recibe tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Consulta de forma reiterada en atención primaria y en servicio de urgencias por cefalea occipital y cervicalgia de aproximadamente 2 semanas de evolución que se reproduce con la bipedestación, sedestación o el Valsalva y que no se alivia con el tratamiento habitual, solo refiere mejoría en el decúbito. No refiere cirugías ni traumatismos previos.

La exploración, la analítica de sangre y TAC craneal que se realizan presentan resultados normales. Se realiza punción lumbar en decúbito lateral con parámetros dentro de los límites normales y en la que tras varios intentos no se consigue medir la presión de salida.

Se ingresa para completar estudio y comenzar tratamiento con cafeína y antiinflamatorios además de mantener el reposo en decúbito mejorando su sintomatología completamente.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientada, eupneica en reposo, buen hidratación de piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratorio normal. Exploración neurológica sin focalidad (pupilas isotópicas normorreactivas, músculos oculoexternos con movilidad conservada y simétrica, resto de pares normales, balance motor normal, reflejos conservados, no exaltados y simétricos, sensibilidad conservada y simétrica. Marcha conservada. Romberg negativo. Analítica de sangre sin alteraciones. TAC craneal sin hallazgos patológicos. Punción Lumbar con valores dentro de la normalidad. RMN craneal: presenta engrosamiento y realce homogéneo de las paquimeninges sugestivas de hipotensión intracraneal benigna.

#### JUICIO CLÍNICO

Cefalea por hipotensión intracraneal espontánea

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis agudas, cefaleas vasculares, cefalea tras ingesta excesiva de alcohol, encefalopatía hipertensiva, trombosis de senos y venas intracraneales, cefalea postpuncional.

#### COMENTARIO FINAL

El síndrome de hipotensión intracraneal espontánea se presenta más frecuentemente en mujeres. No se conoce la causa por la que se produce.

En general, son de buen pronóstico dado que se resuelven de forma espontánea.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Biros MH, Heegaard WG. Lesión en la cabeza. En: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen's Medicina de emergencia: Conceptos y Práctica Clínica*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 38.
- » 2. DeAngelis LM. Los tumores de la hipertensión sistema nervioso central y intracraneal e hipotensión. En: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicina*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 199.

### 264/198. DISCORDANCIA DE GÉNERO, ENFOQUE BIOPICOSOCIAL

#### AUTORES:

(1) I. Gallego Serrano; (2) M. Tijeras Úbeda; (3) C. Lopez Lopez; (3) A. Cabrera Molina; (4) C. Avilés Escudero; (5) M. Compán Medina.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Cañada; (3) Médico Especialista en Pediatría. UGC Almería Periferia. Almería.; (4) Médico de familia. UGC Almería Periferia. Almería.; (5) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a consulta de medicina familiar la madre de un escolar de cuatro años para comentarnos una problemática

familiar. Sin antecedentes personales de interés, con buen rendimiento escolar y satisfactorias relaciones sociales, el niño presenta cierto grado de disconformidad hacia su propio género, lo que provoca malestar en él mismo y su familia. El niño, que ficticiamente llamaremos Juan, desde que comenzó a hablar, adoptaba un rol femenino continuamente en sus juegos con amigas, buscaba toda oportunidad de disfrazarse con vestimentas de niña, “quería ir vestida de Frozen a cumpleaños”. Se autodenominaba con un nombre femenino, Lidia, y afirmaba “soy una niña de mentira”. Mostraba insistentemente deseos de ser niña. Vestir con la ropa que los padres y la sociedad en definitiva le inculcaban, suponía un verdadero disfraz que lo sumía en la tristeza. La familia, que inicialmente ponía freno a sus acciones, poco a poco tomó conciencia del malestar que le generaba a Juan la negación de sus sentimientos e impulsos vitales. Tras este primer contacto, nos pusimos en contacto con su pediatra, y recomendamos que se lo consultaran.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acorde con la de un niño de cuatro años, con crecimiento y desarrollo normales. En nuestra zona, la derivación y parte del seguimiento de este caso corresponde a la Unidad de Atención Temprana. En la búsqueda de apoyo, los padres encontraron en las asociaciones la manera de aclarar la incertidumbre y asimilar el proceso que se desarrollaba. Paulatinamente se facilitó a Juan la manera de vivir en base a sus deseos más profundos. El apoyo de familia, maestros y psicólogos fue crucial en la buena aceptación que tuvo el tránsito social en la escuela. Mediante juegos y cuentos, los compañeros entendieron sin dificultad que Juan ahora se llamaba Lidia. Aunque ha supuesto un largo periodo de tensión familiar, el reconocimiento de las necesidades de Lidia, la ha alejado de un malestar clínicamente significativo y un cierto deterioro social que se reflejaba en el área escolar. Los padres han permitido aflorar en su entorno la compleja discusión sobre la relación entre género y anatomía; identidades, prácticas, estéticas y deseos.

#### JUICIO CLÍNICO

Malestar creado por la discordancia entre identidad sexual sentida y sexo con el que se nace (probable disforia de género).

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Comportamientos de género cruzados; conductas no encajables en el estereotipo cultural de masculinidad/femineidad; trastornos de la diferenciación sexual (intersexos).

#### COMENTARIO FINAL

Desde un punto de vista sistémico, como médicos de atención primaria, en interacción continua con el sistema familiar, debemos tener mayor conocimiento sobre la identificación sexual y de género, que aun genera incertidumbre entre profesionales y en la sociedad, en general. Sin caer en la medicalización de comportamientos no acordes con la norma de género, se hace necesario el seguimiento-acompañamiento- de estos niños que, en algún momento podrán consultar por tratamientos médicos. Es

imprescindible un enfoque multidisciplinar en el cual se tomen más en cuenta los factores sociales, se genere el apoyo y la confianza necesarias para facilitar la expresión y la evaluación de la identidad sexual y de género, la conexión con otros niveles especializados, contribuyendo así a la aceptación social de la fluidez de género. Se trata, al fin y al cabo, de mejorar la calidad de vida y la comorbilidad psicofísica en personas que, por factores sociales que generan rígidas dicotomías, tabúes sociales, invisibilidad y desconocimiento global, están expuestas a un sufrimiento evitable.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Hurtado Murillo, F. et al. (GIDSEEN). *Disforia de género en infancia y adolescencia*. *RevEspEndocrinolPediatr* 2015;6(1):45-49.

## 264/199. CUANDO ALGO NO EMPIEZA BIEN...

#### AUTORES:

- (1) C. López López; (2) I. Gallego Serrano; (3) M. TIJERAS ÚBEDA; (4) M. García Ventura; (5) J. Langa Valdivieso; (6) M. Compán Medina.

#### CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Cañada. Almería; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería; (3) Médico de Familia. Centro de Salud la Cañada, Almería; (4) Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Cañada. Almería; (5) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 29 años, sin antecedentes personales de interés, su tía materna sufrió hemorragia cerebral hipertensiva en embarazo.

Realizamos control en Atención Primaria (AP) del embarazo según Proceso Asistencial Integrado (PAI), sin ninguna incidencia hasta semana 20 que en consulta de segundo nivel ecográficamente se observa “edad gestacional acorde a semanas de amenorrea y arterias uterinas patológicas con índice de pulsatilidad (IP) por encima del percentil 95” decidiéndose seguimiento estrecho en consulta de Obstetricia con control ecográfico, analítica con función renal y proteínas en orina, y control de tensión arterial (TA) mensuales.

En semana 26 se aprecian indicios de proteinuria y TA 130/86 mmHg, y ecográficamente en semana 28 se constata feto con crecimiento intrauterino retardado (CIR) sin repercusión hemodinámica.

En semana 33+2 acude a consulta de AP, detectándose TA 145/90 mmHg y proteinuria de 300 mg/dl, por lo que se deriva a urgencias de Tocoginecología para valoración con diagnóstico de Preeclampsia, procediéndose al alta dada la normalidad del estudio físico y analítico.

A los cuatro días vuelve a consultar en AP, con TA 166/100 mmHg, iniciamos tratamiento con alfa-metildopa

250 mg/24 horas y volvemos a derivar, quedando ingresada con monitorización feto-materna por CIR moderado y preeclampsia leve.

Finalmente en semana 34+4, se aprecia en analítica elevación de transaminasas, trombopenia y anemia, por lo que ante la sospecha de síndrome de HELLP se realiza cesárea de urgencia con nacimiento de niña sana de 1605 g, APGAR 8/9, la madre evoluciona favorablemente.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analíticas y exploración física según PAI embarazo.
- Proteínas en orina, función renal, ecografía obstétrica y toma de TA mensual desde semana 20.
- Control obstétrico del embarazo.

#### JUICIO CLÍNICO

Preeclampsia complicada con síndrome de Hellp.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertensión arterial (HTA) en embarazo: HTA crónica, transitoria, preeclampsia-eclampsia, nefropatía lúpica.

#### COMENTARIO FINAL

La preeclampsia (TA>140/90mmHg y proteinuria tras semana 20 del embarazo) es una enfermedad propia del embarazo que con un adecuado tratamiento de los síntomas puede no tener complicaciones graves. En España la frecuencia es baja (1-2%) comparando con el 4% de países anglosajones. Entre las posibles complicaciones en la gestante están la eclampsia, el grave síndrome de HELLP, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal... mientras que en el feto se acompaña de CIR.

La medición de la velocimetría doppler de las arterias uterinas en un método diagnóstico no invasivo útil para evaluar la circulación feto-placentaria, y se ha visto que en la preeclampsia precoz (<34semanas), un resultado anormal al inicio del cuadro está asociado a complicaciones materno-fetales como las descritas.

En Andalucía el programa de seguimiento del embarazo se encuentra dentro de la cartera de servicios de AP y resulta gratificante por el fuerte vínculo que se crea con la familia. Esto favorece la longitudinalidad y seguimiento estrecho que en casos como este resulta fundamental para la buena evolución, y evitar complicaciones trágicas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Meler E, Figueras F, Bennasar M, et al. The prognostic role of uterine artery Doppler investigation in patients with severe early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:559.e1-4.
- » 2. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. 2º ed. Madrid: Ergon; 2010. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas>.

## 264/201. UN EMBARAZO “IMPOSIBLE”

#### AUTORES:

(1) R. Parras Calahorra; (2) A. Martínez Moratón; (3) M. Franco Sánchez; (4) A. Serrano Camacho.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.; (2) Centro de Salud Murcia Sur; (3) Centro de Salud Floridablanca; (4) Médico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 48 años portadora de DIU mirena desde enero de 2012 sin otros antecedentes de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por sangrado mayor que regla desde hace 7 días. La paciente refiere que desde la colocación del DIU sus reglas prácticamente habían desaparecido. Última revisión DIU en septiembre de 2016 normal.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Constantes normales. Afebril. Buen estado general. Normocoloreada. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, leve dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, no se palpan masas ni visceromegalias, no presenta signos de irritación peritoneal.

Gravim test: débil positivo

#### JUICIO CLÍNICO

##### EMBARAZO ECTÓPICO

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

hiperplasia endometrial, miomas y pólipos uterinos, aborto espontáneo, cáncer de útero

#### COMENTARIO FINAL

La mujer fue derivada a Urgencias de Ginecología, donde realizaron una ecografía vaginal confirmando el diagnóstico de embarazo ectópico y un análisis de B-HCG (753). Se resolvió con tratamiento médico (metotrexate) sin tener que recurrir a cirugía. Con este caso clínico pretendiendo recalcar que los imposibles no existen y por tanto, es muy importante realizar un test de embarazo a mujeres de edad fértil que acudan a nuestra consulta con metrorragia. El DIU mirena es un método anticonceptivo de larga duración (5 Años) y alta eficacia, además tiene efecto hormonal a nivel local reduciendo la cantidad de sangrado menstrual.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Uptodate. MD Togas Tulandi. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. Marzo 2017. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com/>

## 264/202. SIALORREA EN PACIENTE ANCIANO. A PROPOSITO DE UN CASO.

### AUTORES:

(1) D. Paniagua Urbano; (2) P. Castillo Jiménez; (3) P. Navarro Gallardo; (4) M. Navarro Gallego; (4) G. Sanchez Fernandez; (3) S. Alberola Cebrian.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Antequera; (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Centro. Antequera. Málaga.; (3) Médico residente de atención familiar y comunitaria. Centro de Salud Antequera; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 85 años con AP de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, glucemia basal alterada y portadora de marcapasos. Consulta por sialorrea de predominio nocturno de 6 meses de evolución. No refiere otra clínica de disfagia ni a sólidos ni líquidos como tal. No disnea. No síndrome constitucional.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: BEG. No adenopatías. ACR Tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible. No masas ni megalias. No dolor a la palpación. Ruidos intestinales conservados. Fibroscopia pedido por ORL: Sin hallazgos patológicos, salvo observar reflujo salivar a la deglución desde esófago. Esófago, Estómago y Duodeno con Doble contraste: Se observa una imagen de estenosis en el tercio superior del esófago que coincide con osteofito cervical bajo (C7-D1) y sugiere compresión extrínseca. Pese a ello el paso de contraste por el esófago es bueno y no ha presentado problemas de regurgitación. Inmediatamente proximal a la zonaestenótica se observa una imagen sugestiva de divertículo de pequeño tamaño, alrededor de 1.5 cm. divertículos duodenales múltiples, en la segunda porción. Sin otros hallazgos de interés.

#### JUICIO CLÍNICO

Compresión extrínseca por Osteofito cervical bajo (C7-D1)

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos de hacer diagnóstico diferencial con las diferentes etiologías que pueden cursar con disfagia. Destacamos:

##### A) Disfagia Orofaringea:

- Neuromuscular: ACVA, Enfermedad de Parkinson, Neoplasias, EM, ELA, Neuropatías periféricas, Neuropatía diabética.
- Obstrucción mecánica: Absceso retrofaringeo, Epiglotitis, Faringitis, Divertículo de Zenker, Estenosis cricofaríngea, Bocio, Cuerpo extraño. En esta etiología se incluye al osteofito cervical de este caso.
- Alteraciones músculo-esqueléticas: Poliomiomiositis, Distrofias musculares, Miastenia Gravis, Miopatías metabólicas.
- Miscelánea: Enfermedad de Alzheimer, Depresión, Cirugía Cervical.

##### B) Disfagia Esofágica:

- Obstrucción mecánica: Neoplasias, Membranas y anillos, divertículos, cuerpo extraño, anomalías vasculares.
- Alteraciones de la motilidad: Acalasia, Espasmos de la musculatura, esclerodermia, enfermedad de Chagas.
- Miscelánea: Neuropatía diabética, alcoholismo, RGE, Esogagitis eosinofílica.

### COMENTARIO FINAL

La sialorrea es una característica típica de la disfagia orofaríngea, aunque en este caso no aparecen otras características de disfagia como lentitud en iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos al deglutir, degluciones repetidas, disfonía y disartria. Esto podría deberse al poco tiempo de evolución del cuadro. No obstante, la presencia de compresión extrínseca por osteofito que se da en este caso clínico conlleva unas opciones terapéuticas muy limitadas dada la localización y la edad de la paciente. Es por ello que podría ser interesante el uso de fármacos anticolinérgicos (metantelina, escopolamina) con el objetivo de reducir la secreción salivar.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Guía de Práctica Clínica Fisterra.
- » Guía de Práctica de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMFYC.

## 264/203. VASCULITIS. AFECTACIÓN ORGÁNICA Y AFECTACIÓN CUTÁNEA

### AUTORES:

(1) M. Gutiérrez Jansen; (2) R. Reina González; (3) L. Ginel Mendoza.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años. HTA, DM2, DL. Pielonefritis xantogranulomatosa con nefrectomía completa tras absceso. Consulta por lesiones cutáneas.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración y pruebas complementarias:

Lesiones eritematosas y dolorosas en talones, con progresión ascendente. A la exploración, afectación en miembros inferiores y superiores, con afectación palmo-plantar. Estudiada en Dermatología. Biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica. Derivada a Medicina Interna; tratamiento con prednisona 60mg/24h con mala respuesta al descenso de pauta a 40mg/24h.

Estudio en sangre con crioglobulinas, ANCA y ANA negativos; IgA siempre al alza.

A la exploración, lesiones purpúricas en ambos miembros inferiores hasta raíz de muslo, con afectación plantar, que no desaparecen a la vitropresión. Algunas de ellas en fase necrótica; otras con signos de sobreinfección. A nivel de

talón izquierdo, lesión ulcerada con exposición de tejidos (se visualiza tendón aquileo desvitalizado). Lesiones a nivel palmar y distalmente en miembros superiores, sin placas necróticas.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: anemia normo-normo; deterioro de función renal. No afectación de serie blanca. PCR seriada sin elevación significativa. ANA negativo, crioglobulinas negativas, ausencia de banda monoclonal. Perfil hepático normal.
- Cultivo de exudado de úlcera de talón izquierdo: microbiota mixta aero-anaerobia. *Morganella morganii* (multisensible, resistente a septrim), *enterobacter cloacae* (multisensible), *enterococcus*, *Candida spp.*, *bacteroides fragilis* (multisensible, resistente a clindamicina).
- Anatomía patológica: vasculitis leucocitoclástica.
- Ecografía: nefrectomía izquierda con ocupación de espacio de FRI por asas intestinales de características normales. Resto normal.
- TAC toracoabdominal: leiomioma uterino calcificado de 4,9x4,7 cm. Nefrectomía izquierda, Hernia hiatal axial. Resto normal.

A su ingreso en planta se realiza nueva biopsia cutánea y, dada la importante afectación cutánea se inicia tratamiento con pulsoterapia corticoidea (3 ciclos, continuando posteriormente con corticoides vía oral a 1mg/kg de peso de prednisona), inmunoglobulinas (5 ciclos) y ciclofosfamida iv (500mg/15 días, habiendo recibido dos dosis previas al alta). Se realiza cobertura antibiótica (en un primer momento empírica y, posteriormente, dirigida con augmentine y curas locales con aquacel plata impregnado en gentamicina y cloxacilina a nivel de úlcera en talón izquierdo).

Desde el punto de vista cutáneo, se objetiva desaparición de lesiones vasculíticas, quedando lesiones cicatriciales en donde existían placas necróticas. Herida abierta en talón izquierdo con exposición de tendón de Aquiles que ha sido desbridada por Cirugía Plástica, considerándose subsidiaria de tratamiento y seguimiento ambulatorio.

En estudio, proteinuria en rango nefrótico por la que se plantea biopsia, que se descarta al tratarse de una paciente monorrena, valorando el riesgo de empeoramiento de cifras de creatinina y la posible enfermedad renal terminal como complicación. Se asume afectación vasculítica a nivel renal decidiéndose tratamiento con ARA-II a dosis elevadas y completar (al menos) 3 meses de ciclofosfamida iv.

#### JUICIO CLÍNICO

- Vasculitis leucocitoclástica con mala respuesta a corticoterapia
- Insuficiencia renal crónica reagudizada.
- Anemia normo-normo.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecciones.
- Neoplasias (importante descartar antes de tratamiento inmunosupresor).

#### COMENTARIO FINAL

El caso evidencia la importancia de un correcto diagnóstico diferencial en el abordaje de las lesiones cutáneas,

en tanto que éstas pueden asociar trastornos orgánicos o funcionales relevantes susceptibles de tratamiento (caso de la afectación renal existente asociada a la afectación cutánea referida).

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. *Principios de Medicina Interna Harrison.*
- » 2. *Tratado de Fisiología Humana. Guyton.*
- » 3. *Manual Ackerman de Dermatología.*

## 264/204. DOS MÁS DOS NO SIEMPRE SON CUATRO

#### AUTORES:

(1) M. Gutiérrez Jansen; (2) R. Reina González; (3) L. Ginel Mendoza.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 48 años que acude por sensación distérmica y debilidad en miembro inferior izquierdo. Antecedentes médicos: obeso, fumador de 2.5 paquetes-día, bebedor ocasional. Hepatitis C controlada en Digestivo. Pescador de profesión.

Tras trabajar a pleno sol, se encontró débil. Se acostó y se cayó al levantarse por debilidad en miembro inferior izquierdo, notando también torpeza en mano izquierda. Sensación distérmica en los últimos tres días.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estable hemodinámicamente. FC: 90lpm, TA 134/65, aunque con satO2 91%. T: 39,5°C. Somnolencia, tinte icterico. A la exploración, asterixis, dolor en fosa iliaca derecha. Hemiparesia izquierda, dismetría dedo-nariz con brazo izquierdo. El reflejo cutáneo-plantar izquierdo es extensor. Discreta disartria, Resto normal.

En analítica sanguínea:

Hemograma: 53.000 plaquetas.

Coagulación: IQ 60%, TP21

Bioquímica: Na 130, BiT 6,10, LDH 677, GOT 127, GPT 95, GGT 73 (valores de transaminasas similares a previos), resto normal, incluido ácido láctico.

ECG: sin hallazgos.

Eco abdomen: vesícula muy distendida sin engrosamiento de la pared y sin litiasis. Hígado normal. No líquido libre, no ascitis. No signos de apendicitis aguda en el momento actual.

Se practica punción lumbar: Glu 49 (en sangre 84). Proteínas 26, leucocitos 1.0, hematíes 1.0, aspecto claro, cristalino.

Ingresa para estudio. Durante el ingreso se obtienen los siguientes resultados:

- Hemocultivos: + para E. coli (en aerobios y anaerobios).
- Urocultivo: negativo.



- Cultivo de LCR: negativo.
- Serología de LCR: negativo.
- Coprocultivo y parásitos en heces: negativo.
- Carga viral para VHC: baja.
- En analíticas seriadas durante ingreso destacan.
- + Leucocitos: mantenidos en 9.0 excepto en una determinación de 12,5
- + PCR: 65,5 de máxima
- + BiT: 4,10
- + BiD: 2,96
- + ANAs y estudios de autoinmunidad negativos

TAC de abdomen: engrosamiento de apéndice en localización retroceda de 3,2 cm; líquido libre subyacente en FID. Compatible con apendicitis. Otros hallazgos: hepatopatía crónica, ascitis perihepática y periesplénica. Esplenomegalia. Hipertensión portal. Vesícula biliar alitiásica. El episodio de hemiparesia se cataloga como AIT secundario a alteraciones de la coagulación asociadas a la sepsis y hepatopatía de base.

Se realiza apendectomía por laparoscopia, con mejoría. Durante ingreso, no se repite localización neurológica y permanece apirético. Se produce salida de líquido ascítico a través de orificio quirúrgico; mejoría tras tratamiento quirúrgico y antibiótico.

#### JUICIO CLÍNICO

Diagnósticos principales:

- Sepsis por GRAM (-) de origen abdominal (por peritonitis aguda secundaria a apendicitis aguda retrocecal evolucionada).
  - AIT de origen aterotrombótico secundario a coagulopatía.
- Diagnósticos secundarios:
- Hepatopatía crónica por VHC.
  - Descompensación íctero-ascítica.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- AIT vs ACVA establecido.
- Abdomen agudo: colecistitis vs apendicitis.

#### COMENTARIO FINAL

La ecografía abdominal llevada a cabo en Urgencias no arrojaba signos de apendicitis aguda, ni siquiera se objetivaba ascitis -sí visualizados en TAC de abdomen-. Ello lleva a descartar abdomen agudo, a pesar de la existencia de dolor en FID y peritonismo.

La focalidad neurológica distrae ante el cuadro eminentemente abdominal. La enseñanza que reporta el caso clínico es que las pruebas complementarias nunca pueden llevarnos a olvidar el valor de la anamnesis y la exploración clínica. La clínica manda y ello debe estar siempre presente.

#### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. *Principios de Medicina Interna Harrison*

## 264/206. DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN.

#### AUTORES:

(1) M. Gallardo Ramírez; (2) G. Oualy Ayach Hadra.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de úbeda; (2) Residente de 2º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

#### RESUMEN:

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 39 años, cuyos antecedentes personales destacan: No fumador, bebedor ocasional, deportista, padre fallecido de cáncer de Pulmón, madre fallecida de Cáncer de Mama.

- Acude el día 21 / 03 / 17 a su Centro de Salud por dolor abdominal en ambas parrillas costales, de tipo continuo y que empeora al palparse. No tiene alteraciones del hábito intestinal.

A la exploración: ruidos hidroaéreos conservados, dolor a la palpación en todo el marco cólico con Murphy positivo y Blumberg negativo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le solicita analítica general y radiografía de abdomen y se le receta Cleboprida y Mebeverina; además se le informa al paciente que si continua con dolor acuda a urgencias del Hospital de Referencia.

- El mismo día acude a Urgencias del Hospital donde se le realiza analítica con parámetros normales incluida la orina. Radiografía de abdomen: heces y gases sin otros hallazgos.

- El día 29 / 03 / 17 acude de nuevo a consulta de su Médico de Familia por continuar con molestias abdominales y para recoger la analítica solicitada por su médico. En la analítica lo único a destacar es GGT 90. A la exploración: abdomen globuloso, con Murphy negativo y Blumberg positivo, maniobras de Psoas positivo.

Se realiza hoja de interconsulta con juicio clínico de abdomen agudo y se deriva nuevamente al Hospital de Referencia.

- El día 30/ 03 / 17 va a Urgencias por abdomen agudo. Se le solicita nueva analítica la cual es normal. Se le solicita Ecografía abdominal urgente por persistir el dolor y se le realiza TAC abdominal en lugar de Ecografía.

En TAC sin contraste se visualizan lesiones nodulares bilobares la de mayor tamaño de 7 x 4 cm. Aumento de densidad reticular, de aspecto micro nodular de la grasa del omento mayor de predominio a la altura de flanco izquierdo con engrosamiento peritoneal adyacente. Abundante ascitis peri hepática, peri esplénica, en ambas gotieras parietocólicas, interesas y en pelvis. Adenopatías con criterios radiológicos de sospecha de hilio hepático...Derrame pleural derecho. Es ingresado en planta en Medicina Interna y se le realiza toracocentesis en cuyo análisis se aprecia perfil con celularidad atípica que orienta a metástasis de origen gastrointestinal alto o vía biliar.

JUICIO CLÍNICO

Colangiocarcinoma intrahepático con sateliosis y afectación peritoneal y ganglionar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gastroenteritis aguda, hepatitis aguda, pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis, úlcera péptica, adenitis mesentérica, diverticulitis, EII, anexitis, intestino irritable, aneurisma de aorta, afección nefroureteral, neumonías basales, leucemia aguda.

COMENTARIO FINAL

El dolor abdominal agudo puede aparecer en cualquier edad pero lo más frecuente es una causa aguda no como este caso clínico en el que nos encontramos un cáncer en una persona sin hábitos tóxicos. La conclusión es que pudiera estar relacionado con alguna causa genética por los antecedentes personales de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Jiménez Murillo L. Montero Pérez F.J. Dolor Abdominal Agudo. Medicina de Urgencias y Emergencias. Barcelona; 5ª Ed.; 2015. Pag 295.

**264/208. CRISIS COMICIAL DE DEBUT**AUTORES:

(1) J. Campuzano Toresano; (2) B. Sanchez Castro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medico Residente 3 año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Alboran Almeria; (2) Medico Residente 3 año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bajo Andarax Viator Almeria.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 66 años traída por el 061 por presentar un cuadro de agitación psicomotriz con movimientos clónicos de la cabeza, pérdida de conocimiento de 2 minutos de duración con hemiplejía izquierda y desorientación en las 3 esferas. A su llegada al servicio de urgencias, la paciente se encuentra sedada, se activa Código Ictus y es trasladada a la unidad de radiología para realización de TAC craneal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial 160/66, Saturación O2 98%, desorientada en las 3 esferas. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Neurológico: PINRAL, no alteración de pares craneales, paresia 4/5 en miembros izquierdos, reflejos conservados. Analítica: parámetros dentro de la normalidad.

TAC craneal: formación de densidad líquido cefalorraquídeo extraaxial frontal derecha, sin captación de contraste con efecto masa que produce borramiento de surcos de hemisferio derecho, compresión del ventrículo lateral derecho y desplazamiento de la línea media de 12 mm con herniación subfalciana. Compatible con quiste subaracnoideo.

JUICIO CLÍNICO

Quiste subaracnoideo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quiste epidermoide, Masa tumoral, Ictus

COMENTARIO FINAL

Tras la administración de Flumazenilo a su llegada, la paciente recupera el estado de conciencia y en las exploraciones neurológicas que se realizan a lo largo de su estancia en observación, se constata una mejoría notable recuperando por completo la funcionalidad en miembros. Valorada por Neurocirugía es ingresada para intervención. La paciente había debutado con una crisis comicial como manifestación del quiste cerebral, al preguntas de forma más orientada la paciente refirió cefaleas desde hace 4 meses controladas con analgesia habitual. Con este caso queremos remarcar la utilidad del TAC craneal en pacientes con debut comicial.

BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 5ª ed. Elsevier; 2014

**264/209. TUMORACIÓN EN CUELLO**AUTORES:

(1) G. Oualy Ayach Hadra; (2) V. Correa Gómez; (3) M. Gallardo Ramírez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residente de 2º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén; (2) Residente de Medicina de Familia y Salud Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén; (3) Residente de MFYC: Centro de salud de Úbeda.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 16 años de edad sin antecedentes médicos de interés, acudió a la consulta de atención primaria por presentar tumoración cervical anterior de 4 días de evolución. Refería notarse la zona más caliente y con molestias al tocarse el cuello. No presento fiebre ni ningún proceso infeccioso previo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración de la cavidad oral fue normal. A nivel del cuello, presentaba una tumoración bien delimitada, en zona anterior, de consistencia elástica no adherida a piel ni a planos profundos, dolorosa a la palpación, móvil a la deglución. No se apreciaban adenopatías palpables cervicales ni supraclaviculares. La glándula tiroides era de tamaño y consistencia normal. Ante los hallazgos encontrados y la sospecha clínica, se derivó al servicio de cirugía general para valoración. Se reexploró al paciente y ya no se palpaba dicha tumoración (había transcurrido unos cuantas semanas desde el comienzo de la clínica). Se le solicitó una ecografía cervical para una mejor orientación diagnóstica.

### JUICIO CLÍNICO

Mediante la prueba de imagen realizada, se confirmó la existencia de un quiste tirogloso. Al acudir nuevamente al servicio de cirugía, se volvió a explorar y apenas se palpaba la tumoración. Se recomendó la no realización de intervención quirúrgica y volver a consultar en caso de presentar nuevamente sintomatología.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La localización de la masa nos aporta datos sobre su posible etiología. En este caso, la tumoración se encontraba a nivel de la línea media siendo las masas más frecuentes en esta ubicación, los quistes del conducto tirogloso, los quistes dermoides, las adenopatías submentonianas, y los nódulos tiroideos.

### COMENTARIO FINAL

El conducto tirogloso comunica la glándula tiroides con el hueso hioides, vestigio de su descenso desde el suelo de la faringe hasta el cuello que no involuciona totalmente en el periodo embrionario. El acúmulo de secreciones producido por una alteración en la obliteración del conducto y por la persistencia de su epitelio, puede condicionar la aparición de tumoraciones quísticas en la cara anterior del cuello. El quiste tirogloso es la malformación cervical más frecuente en el niño y la mayoría de los casos se diagnostican antes de los 20 años. Su localización habitual es la línea anterior medial próxima al hueso hioides, pudiéndose ubicar a nivel lingual o supraesternal. En el 7% de la población se encuentran restos del conducto sin dar síntomas. Solo cuando su tamaño la hace evidente o se complica por infección de su contenido se manifiesta como una tumoración que se mueve al tragar o al protruir la lengua, y que a veces puede fistulizar la piel del cuello. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica para evitar infecciones.

### BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Fistera.com, Atención Primaria en la red. La Coruña: Fistera.com; [última revisión el 26 de enero de 2012]. Iglesias Candal E, Patiño Seijas B, López-Cedrún Cembranos JL. Manejo de las masas cervicales.
- » 2. Muñoz-Proto F, Sarria-Echegaray P, Epprecht-González MP, Alba Mesquida J. Malformaciones congénitas del cuello. Diagnóstico y tratamiento Congenital neck mass. Diagnosis and treatment [SEMERGEN - Medicina de familia] mayo - junio 2016. 42(4).www.elsevier.com.

## 264/213. ESTREÑIMIENTO EN PACIENTE DIABÉTICO

### AUTORES:

P. Becerra Esteban.

### CENTRO DE TRABAJO:

Residente Primer año. Centro de Salud Las Delicias. Jerez De La Frontera.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta:

Paciente que acude a consulta de su médico de familia por estreñimiento de cuatro días de evolución.

### Historia clínica

Antecedentes personales: Alergia a betalactámicos. Apendicectomía a los 22 años. DM tipo II en tratamiento actual con Glicazida y Metformina.

### Anamnesis:

Varón de 55 años que consulta por estreñimiento de cuatro días de evolución sin referir otra sintomatología acompañante (no vómitos, no fiebre, no dolor abdominal, no pérdida de peso).

### Enfoque familiar y comunitario/social:

Familia normofuncionante con buena interacción en ámbito social.

### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### Exploración física y pruebas complementarias:

Colaborador, eupneico en reposo, orientado en tiempo y espacio, no signos de focalidad neurológica a la exploración, palidez muco-cutánea leve. Auscultación cardio-pulmonar sin alteraciones en este momento. Exploración abdominal con leve defensa, abdomen globuloso, no doloroso a la palpación, percusión timpánica, ruidos hidroaéreos leves. Se palpa endurecimiento a nivel de hipocondrio izquierdo sin limitar masa. Blumberg y Murphy negativos, puño percusión renal bilateral negativa. Temperatura: 36.8° TA: 112/86 FC. 75 lpm Peso: 85 Kg Sat O2. 95% Se observa placa no descamativa hiperqueratósica color negruzca en borde interno axilar izquierdo no pruriginosa ni dolorosa.

-Analítica: Hemoglobina: 10.8, leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR 286, Hb glicosilada 8, Glucosa 197 mg/dl, sin otras alteraciones.

-Radiografía abdominal: Presencia de niveles hidroaéreos en marco cólico con ausencia de gas distal y dilatación de asas de intestino delgado.

### JUICIO CLÍNICO

#### Juicio clínico:

Estreñimiento

Posible masa abdominal

Lesión dermatológica axilar

Diabetes mellitus tipo II

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnósticos diferenciales:

Obstrucción intestinal

Pseudoobstrucción intestinal

Síndrome de Ogilvie

Neoplasia colorrectal

Acantosis nigricans

### COMENTARIO FINAL

#### Plan de actuación y tratamiento:

Ante los hallazgos nombrados se remite al paciente al hospital donde es valorado por Cirugía que solicita TAC abdominal en el que se visualiza abundante cantidad de aire extraluminal, peritoneal y retroperitoneal con extensión a mediastino por posible Neoplasia sigmoidea. Se indicó cirugía de urgencia. Valorado por Dermatología durante ingreso para estudio de lesión dermatológica axilar.

**CONCLUSIONES:**

La inspección y exploración física del paciente es fundamental en el abordaje diagnóstico en atención primaria. Tenemos que prestar especial atención en realizar una anamnesis detallada y explorar al paciente, no centrándonos solamente en el síntoma por el que consulta. Debemos conocer e identificar las posibles complicaciones del paciente diabético para poder realizar diagnósticos diferenciales, así como tener en cuenta los posibles diagnósticos de prevalencia a la edad de éste y a su enfermedad de base. En este caso el hecho de la realización de una exploración física exhaustiva en consulta junto al hallazgo de una lesión dermatológica significativa es fundamental para plantearnos juicios diagnósticos y realizar pruebas de imagen en el ámbito de Atención Primaria para confirmarlos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Pérez Hernández CA. *Estreñimiento agudo*. En: Espinás Boquet J, Castro Gómez JA, Daza Asumendi P, et al, coordinadores. *Guía de actuación en atención Primaria*. Vol 1. 4a ed. Barcelona: semfyc ediciones; 201. p 355-358.
- » 2. Romero Gómez M. *Cáncer colorrectal: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2004.

**264/225. DOCTORA, ME MAREO...****AUTORES:**

(1) A. Blanco Mora; (1) A. Alcalá Grande; (2) A. Chica Navas.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba; (2) FEA Urgencias en Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

**RESUMEN:****DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 26 años. La mayor de 2 hermanas. Estudiante en Granada. Personalidad con rasgos dependientes con dificultades de interacción con iguales y de concentración. Ansiedad flotante por afrontamiento patológico de ruptura sentimental con labilidad emocional y risa inmotivada ocasional. En tratamiento con bromazepam y en seguimiento por Salud Mental por trastorno adaptativo. NAMC. Sin enfermedades de interés. No hábitos tóxicos. Acude a consulta porque desde hace 3 días presenta cervicalgia y episodios de mareos con sensación de giro de objetos acompañado de náuseas y algún vómito. No diplopía.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

En la exploración destaca contractura muscular en trapecio. Fuerza 4/5 en MSD. Dismetria dedo-nariz y talón-rodilla. Marcha inestable con amplitud de base de sustentación. Resto de exploración neurológica sin alteraciones. ECG en RS a unos 70 lpm. No alteraciones en la repolarización.

Acude a Urgencias por empeoramiento del cuadro con aparición de dificultad para la deambulación.

Rx tórax: ICT normal. No imágenes de condensación o derrame. Analítica con hemograma, bioquímica básica y coagulación dentro de la normalidad

TAC sin alteraciones

Tras sueroterapia glucosada y diazepam presenta mejoría persistiendo inestabilidad en la marcha. Valorada por ORL con diagnóstico de síndrome vertiginoso secundario a contractura cervical. Ante la no mejoría es valorada por Rehabilitación quien realiza RMN: Lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR situadas en sustancia blanca supra e infratentoriales y se deriva a Neurología Angio RM: No dilataciones aneurismáticas, neoformaciones ni estenosis de las principales ramas del polígono de Willis.

Punción lumbar con LCR: citoquímica con eritrocitos0, leucocitos3, glucosa60, ADA0.9 Inicia tratamiento con metilprednisolona 1g intravenoso con mejoría. Actualmente nuevo brote en tratamiento con prednisona via oral

**JUICIO CLÍNICO**

Esclerosis Múltiple

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Periférico: Laberintitis aguda Enfermedad de Menière, Neuritis vestibular, Vértigo posicional paroxístico benigno, Neurinoma acústico
- Central: Infarto/ hemorragia cerebelo- tronco cerebral, AIT vertebrobasilar, Tumor ángulo ponto-cerebeloso, Esclerosis múltiple, Migraña, Intoxicación por tóxicos

**COMENTARIO FINAL**

El síndrome vertiginoso constituye el 2 % de las consultas de Atención Primaria y abarca desde un diagnóstico banal de fácil resolución en pocos días a enfermedades degenerativas con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Hay que realizar un buen diagnóstico diferencial y realizar evolución de la sintomatología

**BIBLIOGRAFÍA**

- » 1. Batuecas Caletrío, A; Yáñez González, R; Sánchez Blanco, C et al. *Vértigo periférico frente a vértigo central. Aplicación del protocolo HINTS*. *Rev Neurol*; 59(8): 349-353, oct. 2014.
- » 2. Cia, F; Parajeles, VA; Panday, A et al. *Esclerosis múltiple en América Central y el Caribe: Estado actual y recomendaciones clínicas*. *Rev Mex Neuro* 2017; 18 (1)
- » 3. Nieto, A; Pulido, N; Rivera, T. *Protocolo diagnóstico del vértigo*. *Medicine* 2015; 11 (91): 5467-5471.
- » Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. *Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria*. *Ann Neurol* 2011; 69: 292-302.
- » 4. Solomon AJ, Klein EP, Bourdette D. *‘Undiagnosing’ multiple sclerosis: the challenge of misdiagnosis in MS*. *Neurology* 2012; 78: 1986-91.
- » 5. Vidal S, Díaz MM, Díaz LF, Claro K, Sánchez A. *Evaluación del paciente con mareo en servicio de urgencias*. *Rev. inf. Cient* 2011; 72(4).

## 264/226. EPIGASTRALGIA EN CINTURÓN

### AUTORES:

(1) A. Blanco Mora; (1) A. Alcalá Grande; (2) A. Chica Navas.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba; (2) FEA Urgencias en Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 57 años sin antecedentes personales de interés. Sin tratamiento habitual.

Acude a consultas de Atención Primaria por epigastralgia y sensación de plenitud gástrica. No náuseas ni vómitos. No pérdida de peso. Afebril

Se inicia tratamiento con omeprazol y domperidona con mejoría. Persistiendo posteriormente la sintomatología junto con fatigabilidad y cansancio.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Abdomen con ligera molestia a la palpación en epigastrio. HP positivo por lo que se realiza tratamiento erradicador con éxito

Análítica: Hemoglobina 7.2, hematocrito 23.8, VCM 78.3. Bioquímica con AST 62, ALT57, FA 239, GGt 248. Coagulación sin alteraciones

Se inicia tratamiento con hierro oral y se deriva a digestivo para completar estudio de síndrome anémico

Ecografía abdominal: Imagen sospechosa de masa gástrica y lesiones hepáticas compatibles con metástasis

TC toraco-abdominal: Hígado con lesiones metastásicas en ambos lóbulos. Engrosamiento parietal del antro gástrico sugestivo de proceso neoplásico. Conglomerado adenopático en hilio hepático, perigástrico y peripancreáticos

EDA: Neoformación estenosante en transición de cuerpo y antro que se biopsia.

Anatomía patológica Adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado

Valorada por Cirugía descartando intervención quirúrgica. En seguimiento con tratamiento paliativo.

### JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma gástrico intestinal estenosante con metástasis hepáticas y adenopatías abdominales

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Reflujo, hernia de hiato, ulcus péptico, esofagitis, gastritis, patología biliar, pancreatitis, cáncer gástrico, IAM.

### COMENTARIO FINAL

La epigastralgia es un síntoma en común para diversas patologías. Hay que estar atento a la evolución y realizar pruebas complementarias para ampliar estudio ante su persistencia.

### BIBLIOGRAFÍA

» 1. Domínguez González, EJ; Piña Prieto, L; Manzano Horta. Factores pronóstico de irresecabilidad en adenocarcinoma gástrico. E. Ars Médica. 2017; 41(2)

» 2. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2017. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2017.

» 3. Rodríguez Lago, I; Cabriada, JL. Protocolo diagnóstico de la epigastralgia aguda. Medicine.2016; 12 (2): 92-95.

## 264/227. PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN ADULTO

### AUTORES:

A. Alcalá Grande; A. Blanco Mora; J. García-Revilla Fernández.

### CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 54 años que acude porque ha presentado dos episodios de rigidez generalizada de varios minutos de duración sin respuesta a estímulos. A la llegada de DCCU se encuentra confuso, con tendencia a la somnolencia y a la llegada al Hospital presenta un episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados con respuesta parcial a diazepam rectal.

NAMC. Sin enfermedades de interés. No hábitos tóxicos.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Glasgow 9-10. En la exploración pupilas mióticas reactivas. Episodios de rigidez con crisis convulsivas tónico-clónicas reiteradas que se establecen como status epiléptico sin respuesta a tratamiento con diazepam, perfusión de valproico y primera dosis de carga de fenitoína

TA: 116/58. Afebril. Saturación 02:94 %

ACP: Rítmico a buena frecuencia sin soplos. MVC

Ante el deterioro neurológico del paciente se procede a su intubación con éxito

Análítica con hemograma, bioquímica (glucosa 145) con transaminasas, LDH y CK y coagulación dentro de la normalidad. pH: 6.89. No tóxicos en orina

ECG: RS a unos 95 lpm. No alteraciones agudas de la repolarización

-TC craneal: LOE frontal parasagital derecha compatible con oligodendroglioma como primera opción

Se deriva a HURS en helicóptero para seguimiento y tratamiento definitivo por Neurocirugía.

El paciente permanece intubado durante 24 horas con vigilancia intensiva y retirada de ventilación invasiva bien tolerada tras control de la sintomatología. Se completa estudio con RMN craneal: Gran masa frontal con edema de 50 mm de diámetro mayor. Es intervenido quirúrgicamente con postoperatorio con alucinaciones auditivas que se resuelven con tratamiento médico

Actualmente sin focalidad neurológica de novo, tolerando vía oral y deambulando por planta. En espera de RMN de control para alta hospitalaria con el siguiente tratamiento: dexametasona 4mg en pauta descendente, pantoprazol20, risperidona1mg, clometiazol1mg /12horas, valproico500mg/8horas y analgesia que precise y revisiones en Neurocirugía para recogida de resultados de biopsia



JUICIO CLÍNICO

LOE frontal compatible con oligodendroglioma, pendiente de anatomía patológica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Epilepsia, Sincope, AIT, trastornos del movimiento, abuso de tóxicos, trastornos psicológicos o del sueño, LOE intracraneal

COMENTARIO FINAL

Ante una crisis convulsiva de novo en paciente adulto se debe descartar causa tóxica metabólica subyacente así como psicógena y realizar TAC craneal para descartar proceso intracraneal. Asimismo iniciar tratamiento para control de la sintomatología. En estado poscrítico se debe valorar nivel de conciencia, situación respiratoria y cardiovascular por si precisa medidas de soporte

BIBLIOGRAFÍA

- » 1. C.A. Espinosa-Jovel CA; Sobrino-Mejía FE *Aproximación clínica a una primera crisis epiéptica en adultos.* *Rev Neurol* 2014; 58:365-374.
- » 2. C. Carrato-Moñino; Ariza A. *Oligodendrogliomas: Características morfológicas y alteraciones moleculares.* *Rev Neurol* 2012; 44:353-359

## 264/228. OJO ROJO DE UN MES DE EVOLUCIÓN

AUTORES:

M. Olivia Márquez; J. Velasco Soto.

CENTRO DE TRABAJO:

Residente. Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital de Riotinto. Huelva.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón 36 años, acude a nuestra consulta de Atención Primaria, por dolor y eritema ocular izquierdo desde hace un mes, ha realizado tratamiento con varios colirios antibióticos, corticoides y antihistamínicos por conjuntivitis sin notar alivio. No refiere fiebre ni otra sintomatología. Antecedentes personales: No refiere alergias medicamentosas conocidas, ni otras patologías previas, no ha sido intervenido quirúrgicamente. Fumador y bebedor ocasional. No realiza tratamiento actual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Bien coloreado. Afebril.

A la exploración no se aprecian lesiones cutáneas, el ojo izquierdo presenta eritema conjuntival, a la tinción con fluoresceína se aprecia úlcera ocular dendrítica que tiñe. Orofaringe normal, y ambos oídos normales.

JUICIO CLÍNICO

Queratitis herpética

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con otras causas de ojo rojo:

NO DOLOROSO:

- Hiposfagma (hemorragia subconjuntival), no precisa tratamiento, descartar crisis hipertensiva.

- Conjuntivitis:

- Infecciosas o virales: las más frecuentes, se aprecian folículos a la exploración. Tratamiento con antibióticos y AINES.

- Alérgica: se aprecian papilas. Tratamiento con antihistamínicos, cromoglicatos o corticoides.

DOLOROSO:

- Queratitis o úlcera corneal: tiñen con fluoresceína, se ven con la luz azul. Tratamiento antibióticos, AINES, Midriáticos.

- Uveítis anterior: pupila en miosis, fenómeno Tyndall. Descartar en adultos espondilitis anquilosantes y artritis juveniles.

- Glaucoma agudo: muy doloroso, con cefalea, síntomas vagales, midriasis media arreactiva. Tratamiento tópico con mióticos, corticoides, hipotensores. Tratamiento sistémico con diuréticos cuando esté indicado como manitol o acetazolamida.

Causticaciones por ácidos o bases, lavar con abundante agua. Salvo la cal, con vinagre.

COMENTARIO FINAL

La queratitis herpética se produce por el herpes simple tipo I o por herpes zoster. La clínica es común a las queratitis, y lo característico es la formación de úlceras epiteliales dendríticas o geográficas, que tiñen con fluoresceína y rosa de Bengala. En el herpes zoster puede haber uveítis, reinitis y afectación cutánea en el territorio de la primera rama del trigémino (típica delimitación hemifacial clara). La afectación corneal del herpes zoster se relaciona con el signo de Hutchinson, que describe la afectación del ala de la nariz ipsilateral cuando se afecta el ojo, ya que comparten inervación de la rama nasociliar del trigémino.

BIBLIOGRAFÍA

- » 1. Al-Dujaili LJ, Clerkin PP, Clement C, McFerrin HE, Bhattacharjee PS, Varnell ED, Kaufman HE, Hill JM. *Ocular herpes simplex virus: how are latency, reactivation, recurrent disease and therapy interrelated? Future Microbiol.* 2011 Aug;6(8):877-907.
- » 2. Chang, E.J., Dreyer, E.B., 1996. *Herpesvirus infections of the anterior segment.* *Int. Ophthalmol. Clin.* 36, 17e28
- » 3. Garcia DD, Farjo Q, Musch DC, Sugar A. *Effect of prophylactic oral acyclovir after penetrating keratoplasty for herpes simplex keratitis.* *Cornea.* Sep 2007;26(8):930-4.
- » 4. Guess S, Stone DU, Chodosh J. *Evidence-based treatment of herpes simplex virus keratitis: a systematic review.* *Ocul Surf.* Jul 2007;5(3):240-50.
- » 5. Kaufman HE, Haw WH. *Ganciclovir ophthalmic gel 0.15%: safety and efficacy of a new treatment for herpes simplex keratitis.* *Curr Eye Res.* Jul 2012;37(7):654-6010.
- » 6. Liu S, Pavan-Langston D, Colby KA. *Pediatric herpes simplex of the anterior segment: characteristics, treatment, and outcomes.* *Ophthalmology.* Oct 2012;119(10):2003-8.

- » 7. Miserocchi E, Modorati G, Galli L, Rama P. Efficacy of valacyclovir vs acyclovir for the prevention of recurrent herpes simplex virus eye disease: a pilot study. *Am J Ophthalmol.* Oct 2007;144(4):547- 51.
- » 8. Saini JS, Agarwala R. Clinical pattern of recurrent herpes simplex keratitis. *Indian J Ophthalmol.* Mar 1999;47(1):11-4.
- » 9. Young, R.C., Hodge, D.O., Liesegang, T.J., Baratz, K.H., 2010. Incidence, recurrence, and outcomes of herpes simplex virus eye disease in Olmsted County, Minnesota, 1976-2007: the effect of oral antiviral prophylaxis. *Arch. Ophthalmol.* 128, 1178-1183.
- » 10. Wilhelmus KR, Gee L, Hauck WW, et al. Herpetic Eye Disease Study. A controlled trial of topical corticosteroids for herpes simplex stromal keratitis. *Ophthalmology.* Dec 1994;101(12):1883-95; discussion 1895- 6.

## 264/229. UNA RUTA POR LA SIERRA DE HUELVA

### AUTORES:

M. Olivia Márquez; J. Velasco Soto.

### CENTRO DE TRABAJO:

Residente. Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital de Riotinto. Huelva.

### RESUMEN:

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años, que acude a urgencias, por vómitos incoercibles y diarreas blanquecinas que comenzaron 10 horas atrás. Escalofríos sin fiebre termometrada.

Antecedentes personales: No refiere alergias medicamentosas conocidas, ni otras patologías previas, intervenido quirúrgicamente de fibroadenoma de mama derecha. No tiene hábitos tóxicos. No realiza tratamiento actual.

Indagando en hábitos dietéticos, refiere haber consumido gran cantidad de gurumelos 24 horas atrás que cogió con su pareja en una ruta que hicieron por el campo.

#### EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Abdomen: blando y depresible, con molestias generalizadas a la palpación, Blumberg y Murphy negativos. RHA +. Presenta vómitos en consulta y sale al baño por la diarrea, recoge muestra de heces líquidas acólicas en un bote que entregamos para coprocultivo.

Análisis: Hemograma con las tres series normales, ligera neutrofilia. Bioquímica con ascenso de LDH: 349, GOT 46, función renal e iones normales, resto de enzimas hepáticas y pancreáticas normales. GSV: PH 7,32. Lactato 3,9.

#### JUICIO CLÍNICO

Sospecha de intoxicación por setas hepatotóxicas

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la sospecha de intoxicación por setas hepatotóxicas avisamos a UCI y comenzamos tratamiento empírico con Penicilina G (4 millones cada 4 horas), Leganon 300mg cada 6 horas, Sueroterapia intensa para forzar diuresis con un objetivo ideal de 200ml/h y lavados con carbon activado con SNG y aspiración continua.

Realizamos control analítico en el cual persiste acidosis compensada con bicarbonato 18 y lactico 2. Avisamos al servicio de intoxicaciones y a unidad de trasplantes por si precisara trasplante hepático dada la rápida evolución del cuadro. La paciente es trasladada a UCI, donde se serían las enzimas hepáticas que aumentan progresivamente hasta alcanzar valores de GOT 4363 y GPT 4851. LDH: 3559. Dado el fallo hepático agudo la paciente se traslada a HUVR por si precisa trasplante hepático, la función renal se mantiene conservada en todo momento. Durante su estancia en HUVR, las enzimas hepáticas comienzan a descender de forma progresiva por lo que no se procede a trasplante hepático, y tras mejoría clínica la paciente es dada de alta a domicilio.

### COMENTARIO FINAL

La intoxicación por Amanita Verna suele darse por confusión con la Amanita Ponderosa, dado que presentan características similares en su aspecto. Produce amantoxinas que no son degradadas por enzima alguna y resisten temperaturas de hasta 100°, altamente tóxicas, con una sola seta, puede producirse la muerte, una vez que llega al estómago los tóxicos son absorbidos, eliminándose por la bilis y reabsorbiéndose de nuevo en intestino, por lo que se establece una circulación enterohepática durante unas 24-48 horas. De ahí que la SNG constituya una medida terapéutica de primera magnitud en el tratamiento hospitalario de la intoxicación aguda.

En su evolución clínica distinguimos tres periodos evolutivos consecutivos:

- INCUBACIÓN: periodo libre de síntomas de 8-13h.

- PERIODO GASTROENTÉRICO: GEA coleiforme de hasta 72 horas con dolores abdominales violentos acompañados de náuseas, vómitos, y diarrea acuosa. Deterioro de la función renal. Y aumento de las enzimas hepáticas. Insuficiencia hepatorenal.

Ante la sospecha debemos iniciar tratamiento empírico inmediato.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Arrillaga P, Laskibar X. Setas tóxicas e intoxicaciones. Sociedad de Ciencias Aranzadi. 2006. Munibe, suplemento 22.
2. Butera R, Locatelli C, Coccini T, Manzo L. Diagnostic accuracy of urinary amanitin in suspected mushroom poisoning: a pilot study. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2004;42(6):901- 12.
3. Catalina MV et al. Toxicidad hepática por ingesta de setas: curso clínico y nuevas perspectivas de tratamiento. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26 (7): 417-420.
4. Diaz J. Evolving global epidemiology, syndromic classification, general management, and prevention of unknown mushroom poisonings. *Crit Care Med* 2005; 33: 419- 426.
5. Diaz J. Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisonings. *Crit Care Med* 2005; 33: 427- 436.
6. Giannini L, Vannacci A, Missanelli A, Mastroianni R, Mannaioni PF, Moroni F. Amatoxin poisoning: a 15-year retrospective analysis and follow-up evaluation of 105 patients. *Clin Toxicol (Phila).* Jun-Aug 2007;45(5):539-42.
7. Hunmayor Yañez, J y Rementería Radigales J. Intoxicaciones por setas en Manual de Intoxicaciones en pediatría,

Grupo de trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2003 (207-21).

8. Litovitz TL, Smilkstein M, Felberg L, Klein-Schwartz W, Berlin R, Morgan JL. 1996 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med*. Sep 1997;15(5):447-500.

9. Pinillos M et als. Intoxicación por alimentos, plantas y setas. *Anales del Servicio Sanitario de Navarra* 2003; 26 (supl 1): 243-260.

10. Saviuc P, Flesch F. Intoxications aigües par les champignons supérieurs et leur traitement. *Presse Medicale* 2003; 32: 1427-1435

# INDICE DE AUTORES

## A

Agrela Torres; S. .... 41-42  
 Agüera Moreno; P. .... 96-97  
 Aguilar Lora; F. .... 33-34  
 Aguilera Montaña; C. .... 67, 121, 123  
 Aguirre Rodríguez; J. .... 2, 35, 82  
 Alarcón Porras; F. .... 86  
 Alberola Cebrian; S. .... 76, 137  
 Alcalá Grande; A. .... 142-143  
 Allés Florit; A. .... 121  
 Alonso Moreno; F. .... 32  
 Andrés Vera; J. .... 37, 82  
 Arconada Pérez; A. .... 32  
 Arenas Puga; M. .... 98, 116  
 Ariza Hernández; E. .... 78, 118  
 Arjona Jiménez; J. .... 78  
 Arrillaga; I. .... 125, 145  
 Atienza Martín; F. .... 2, 10, 13, 45, 133  
 Ávila Ruiz; G. .... 96  
 Azor Martínez; E. .... 50

## B

Baca Osorio; A. .... 28  
 Baena López; M. .... 30, 33-34  
 Ballesteros Muñoz; E. .... 62, 64  
 Barbero Rodríguez; E. .... 105-106, 129, 131  
 Barquilla García; A. .... 32  
 Barrero Martín; M. .... 94, 116, 124, 134  
 Baz Rodríguez; P. .... 32  
 Becerra Esteban; P. .... 141  
 Benítez Rivero; J. .... 96-97  
 Benítez Rodríguez; M. .... 131  
 Bernal Hinojosa; M. .... 56, 81, 110, 113  
 Blanco Mora; A. .... 142-143  
 Bonilla Álvarez; Á. .... 102, 121, 123  
 Borge Hierro; M. .... 66, 117, 121  
 Bosch Racero; M. .... 73, 126, 128  
 Boullosa Pérez; I. .... 66, 121  
 Bueno Gómez; M. .... 125  
 Buller Viqueira; E. .... 116

## C

Cabello Pulido; J. .... 116  
 Cabrera Molina; A. .... 134  
 Calatrava López-Ronco; E. .... 61, 63, 127-128  
 Callejas Romero; A. .... 49  
 Cámara Bravo; I. .... 36  
 Campuzano Toresano; J. .... 140  
 Cañizares Romero; J. .... 55, 61, 65, 68, 110, 128  
 Cano García; E. .... 56, 81, 110, 113  
 Cantalejo Rodríguez; J. .... 31, 44, 47  
 Capparros Crespo; S. .... 24  
 Carbajo Martín; L. .... 31, 44, 47  
 Carmona Rivas; A. .... 28-29, 43-44  
 Castaño Fuentes; M. .... 36-37  
 Castillo Jiménez; P. .... 76-77, 112, 137  
 Castillo Marín; C. .... 66  
 Castillo Martín; C. .... 117

Castro Pérez; P. .... 56  
 Cerezo Molina; R. .... 66, 117, 121  
 Chamorro González-Ripoll; C. .... 36  
 Chavez Sánchez; J. .... 31, 44, 47  
 Chica Navas; A. .... 142-143  
 Compán Medina; M. .... 26, 49, 134-135  
 Cordero de Oses; J. .... 129  
 Cordero Moreno; A. .... 55, 61, 65, 110  
 Corrales Álvarez; I. .... 55, 68, 110, 114  
 Correa Gómez; V. .... 84, 89, 126, 140  
 Cuberos Escobar; A. .... 52, 60, 103, 107-108  
 Cuenca del Moral; R. .... 49

## D

de Castro Momoitio; A. .... 35  
 de Castro Simón; J. .... 35  
 De Cruz Benayas; M. .... 82  
 Delgado Vidarte; E. .... 36  
 de los Riscos Mateos; A. .... 41-42  
 Díaz Caro; M. .... 53  
 Díaz Romero; A. .... 94, 116  
 Domínguez García; A. .... 73-74, 115  
 Duarte González; L. .... 25  
 Dueñas Vargas; R. .... 100, 102  
 Durán Chiappero; M. .... 52, 54

## E

Escamilla Ramos; L. .... 129, 131  
 Escribano Serrano; J. .... 27-28  
 Espada Villarrubia; M. .... 73, 115, 122-123, 126  
 Espigares Fernández; F. .... 29  
 Espinola Coll; E. .... 52, 54, 56, 81, 110, 113  
 Expósito Molinero; C. .... 41-42  
 Expósito Rodríguez; F. .... 70-71, 75, 132

## F

Fernández Arquero; J. .... 39-41  
 Fernández Gervilla; N. .... 66, 117  
 Fernández Martín; Ó. .... 23, 31  
 Fernández Muñoz; M. .... 59  
 Fernández Rodríguez; J. .... 69  
 Ferre Fernández; C. .... 37  
 Ferrer López; I. .... 45  
 Flaquer Antúnez; M. .... 41-42  
 Franco Sánchez; M. .... 93, 136  
 Frutos Hidalgo; E. .... 37, 82  
 Fuentes Jiménez; M. .... 11, 96

## G

Gallardo Martín; A. .... 122-123, 126, 128  
 Gallardo Ramírez; M. .... 139-140  
 Gallego Castillo; E. .... 52, 54, 113  
 Gallego Serrano; I. .... 26, 134-135  
 Gamarro Rueda; S. .... 33-34  
 García Buendía; A. .... 122  
 García Flores; A. .... 47-48  
 García García; C. .... 68, 114  
 García Gollonet; B. .... 56, 81, 110, 113

García González; J. .... 9, 31, 44, 47  
 García Martín; M. .... 53, 57, 59, 62, 64, 72-73, 133  
 García Matarín; L. .... 2, 35  
 García Maturana; C. .... 9  
 García Ramón; M. .... 12, 71, 75  
 García-Revilla Fernández; C. .... 143  
 García Ruiz; M. .... 36  
 García Ventura; J. .... 70, 75, 132, 135  
 Garrido Almazan; M. .... 56  
 Garrido Almazán; L. .... 70  
 Garrido Gonzalez; J. .... 81  
 Garrido González; J. .... 56  
 Garrido Martínez; F. .... 53, 57, 64, 72-73, 133  
 Garrido Pazo; M. .... 25  
 Garrido Redondo; N. .... 38, 65, 130  
 Gil Campoy; J. .... 2  
 Gil Gil; I. .... 32  
 Ginel Mendoza; L. .... 6, 19, 40, 87, 137-138  
 Gómez González; M. .... 32, 35  
 Gómez Montes; C. .... 35  
 Gómez Rodríguez; S. .... 85  
 Gómez Rodríguez; M. .... 25  
 Gómez Sabalet; M. .... 41-42, 80  
 Gómez Sanchez-Lafuente; C. .... 40, 87  
 González Gamarra; A. .... 32  
 González Góngora; A. .... 70-71  
 González Lama; J. .... 6, 24  
 González Márquez; E. .... 42, 94, 116, 124, 134  
 González Navarro; T. .... 50, 90-91  
 González Sanz; J. .... 25  
 González Torres; M. .... 77  
 Gragera Hidalgo; M. .... 42, 94-95, 116, 124, 134  
 Granados; A. 23, 31, 53, 59, 98, 103, 109, 119, 131  
 Granados Bolívar; M. .... 23, 31  
 Granados Gutiérrez; S. .... 53, 59, 109  
 Guardeno Roperio; D. .... 24  
 Guillén Montero; M. .... 12, 49  
 Gutiérrez García; Á. .... 58-59, 99-101, 107, 120  
 Gutiérrez Jansen; M. .... 40, 87, 137-138  
 Guzmán Martínez; M. .... 24  
 Guzmán Quesada; E. .... 80

## H

Hermoso Oballe; P. .... 35  
 Hernández Moratalla; J. .... 2, 11, 96  
 Hernández Rodríguez; D. .... 60  
 Hernández Rodríguez; D. .... 52, 108, 123  
 Herrera Rodríguez; A. .... 73-74  
 Hidalgo Martín; F. .... 39-41  
 Hidalgo Rodríguez; A. .... 82  
 Hipólito Egea; M. .... 53, 57, 59, 64, 72-73, 111, 133  
 Hormigo Pozo; A. .... 2, 14, 27-28, 39-41  
 Hurtado Soriano; R. .... 37, 82

## I

Ignacio Expósito; J. .... 77, 96-97  
 Iturralde Iriso; J. .... 32

## J

Jiménez García; Á. .... 23, 31  
 Jiménez López; R. .... 68, 114

Jiménez Sola; M. .... 79  
 Jurado Ordóñez; J. .... 98, 103, 116, 119, 131

## K

Katarzyna Bernad; A. .... 36

## L

Labrac Aranda; P. .... 57, 59, 64, 72-73, 133  
 Langa Valdivieso; J. .... 26, 135  
 Lara González; J. .... 30  
 Leal Lobato; M. .... 82  
 Loizaga González; M. .... 35  
 Lopez Calderon; M. .... 25  
 López Domínguez; C. .... 6, 24  
 Lopez Lopez; E. .... 26, 134  
 López López; A. .... 24, 49, 75, 135  
 López Mesa; S. .... 49, 73-74, 79, 115, 123  
 López Robles; F. .... 33-34  
 López Romero; V. .... 84-85  
 Lozano Romero; L. .... 98, 103, 116, 119, 121, 131  
 Luciani Huacac; L. .... 47-48  
 Luna Moreno; M. .... 39-41, 86  
 Luna Valero; M. .... 60, 70, 103, 108

## M

Macias Delgado; T. .... 25  
 Mancera Romero; J. .... 2, 14, 27-28, 39-41  
 Marin Sánchez; C. .... 25  
 Martín Acedo; T. .... 84-85  
 Martín Álvarez; M. .... 96  
 Martín Andújar; S. .... 94  
 Martín Fajardo; F. .... 95  
 Martín Jiménez; A. .... 90-91  
 Martín Marcuat; P. .... 55, 61, 65, 110  
 Martín Peñuela; J. .... 50  
 Martín Tarragona; A. .... 93, 136  
 Martínez Amado; L. .... 100  
 Martínez Estévez; J. .... 76, 112  
 Martínez Ibáñez; M. .... 95  
 Martínez Martínez; I. .... 84-85  
 Martínez Quesada; A. .... 76-77, 112  
 Martínez Moratón; A. .... 98  
 Martos Borrego; M. .... 91  
 Mas Babio; R. .... 133  
 Mateos Fajardo; A. .... 87  
 Mateos Montes; C. .... 103  
 Medina Faña; M. .... 78  
 Mellado Fernandez; M. .... 84, 92  
 Mené Llorente; M. .... 82  
 Mínguez Villar; J. .... 32  
 Molina Casado; M. .... 126, 128  
 Molina Terrón; P. .... 69  
 Montañez Perles; M. .... 118  
 Montero López; J. .... 98, 103, 116, 119, 121, 131  
 Montero Romero; A. .... 47  
 Montilla Álvaro; M. .... 36  
 Morales del Águila; M. .... 68  
 Morcillo Jiménez; J. .... 38, 65, 130  
 Moreno Bareas; A. .... 109, 111  
 Moreno Carrasco; S. .... 104-106, 129, 131  
 Moreno Jiménez; A. .... 38, 65, 130



Moya Quesada; N..... 2, 56, 67, 123  
 Muñoz De La Casa; S..... 34  
 Muñoz Fernández; M..... 87  
 Muñoz Troyano; S. .... 30, 33-34  
 Muñoz Vizcaíno; A..... 24

## N

Naranjo Muñoz; J. .... 77  
 Navarro Gallardo; P. .... 77, 112, 137  
 Navarro Gallego; M. .... 137

## O

Ocaña Granados; A..... 98, 119, 131  
 Ocaña Martínez; L. .... 36-37  
 Oliveros Chinchilla; M. .... 119  
 Olivia Márquez; M. .... 144-145  
 Orellana Beltrán; M. .... 56, 67  
 Orta Chino; R. .... 88-89, 92  
 Ortega Carpio; A. .... 25, 36  
 Otero Garrido; M. .... 35  
 Oualy Ayach Hadra; G. .... 84, 89, 126, 139-140

## P

Padial; I..... 107, 125  
 Palomino Cobo; I. .... 49, 79, 107, 125  
 Paniagua; D. .... 28, 39, 77, 137  
 Paniagua Gómez; F..... 28, 39  
 Paniagua Urbano; D..... 137  
 Paños Maturana; E. .... 77, 96-97  
 Pardos Lafarga; M. .... 42, 94, 124, 134  
 Parras Calahorra; R. .... 93, 102, 136  
 Pedraza Bueno; A. .... 37  
 Peláez Gálvez; M. .... 99-100, 107  
 Peláez Pérez; M. .... 52, 103, 108  
 Pena Sánchez; I. .... 88-89, 92  
 Peña Luyo; D. .... 87  
 Peñuela Ruiz; M. .... 76, 112  
 Perea Troyano; M..... 30  
 Perez Aquino; J..... 25  
 Pérez Martín; P. .... 50  
 Pérez Ortiz; E..... 88-89  
 Pérez Rivera; R. .... 117  
 Pérez Sánchez; J. .... 47-48  
 Pérez Talavera; E. .... 37  
 Pérez-Montes Lara; L..... 59  
 Piñeiro Díaz; C..... 32  
 Plata Illescas; A. .... 24  
 Pueyos Rodríguez; S. .... 98, 103, 116, 119, 131  
 Pujazón Rodríguez; R..... 25

## R

Ramblado Minero; M..... 25  
 Ramírez Martín; C..... 49, 73-74, 79, 107, 125  
 Real Campaña; M..... 84-85  
 Reina González; R..... 40, 87, 137-138  
 Reina Martín; M..... 58, 99-101, 107, 120  
 Riesgo Escudero; B..... 32  
 Ríos del Moral; M..... 50, 90-91  
 Rivilla Doce; C..... 82  
 Rodríguez García; C. .... 58, 76  
 Rodríguez Guerrero; E..... 86

Rodríguez López; L. .... 28-29, 43-44  
 Rodríguez Ordóñez; M. .... 70, 80, 109, 111  
 Rodríguez Rodríguez; N. .... 24  
 Rodríguez Ruiz; R. .... 49, 79  
 Rojas Martín; M. .... 55  
 Rojas Martínez; M. .... 53, 59, 61, 63, 65, 68, 70  
 Ruiz Carbajo; F. .... 31, 44, 47  
 Ruiz Peña; M. .... 39-40  
 Ruiz Ruiz; V..... 37  
 Ruiz Torrecillas; F. .... 91  
 Ruíz del Moral; L. .... 30

## S

Salcedo Pelaez; R. .... 43  
 Salmerón Latorre; R. .... 38, 65, 130  
 Sánchez Aranda; C. .... 66, 117  
 Sánchez Galera; A..... 33  
 Sanchez Hernica; E. .... 127-128  
 Sánchez Jordan; R. .... 35  
 Sánchez Pérez; C..... 2-3, 11, 28  
 Sánchez-Praena Sánchez; P..... 30  
 Sánchez Silvestre; A. .... 41-42  
 Sanz Ortega; T. .... 39, 41  
 Sempere Fernández; I..... 107  
 Serrano Camacho; A. .... 93, 100, 102, 121, 136  
 Sicilia Barea; E. .... 55, 61, 63, 110-111, 127-128  
 Sierras Jiménez; M..... 104-106, 129, 131  
 Sow Lanzas; Y. .... 70, 80

## T

Ternero Escudero; D. .... 58, 99-101, 120  
 Terron Sanchez; A..... 127  
 Tijeras Úbeda; M. .... 2, 26, 134-135  
 Toro Toro; M..... 30  
 Torres Alegre; P. .... 50  
 Torres Padilla; F. .... 30  
 Trigos Domínguez; V. .... 24  
 Trillo Fernández; J..... 125

## U

Ureña Aguilera; A. .... 109, 111

## V

Vargas Corzo; M. .... 129, 131  
 Vázquez Bandera; L. .... 59, 62, 64  
 Vega Calvellido; M. .... 84-85  
 Velasco Soto; J. .... 144-145  
 Vélez Molina; P. .... 84  
 Vertedor Pérez; N..... 30  
 Villalobos Millan; I. .... 127-128

## Y

Yañez Bermejo; V. .... 59

## Z

Zapata Martínez; M. .... 90-91  
 Zavala Artacho; L. .... 118