

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 11 · Vol. 11 · Noviembre 2022

ISSN: 2254 - 4410

**17º Congreso
Andaluz de
Médicos de Atención Primaria
2022
SEMERGEN Andalucía**

SEMERGEN
Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria
AP
Andalucía

#SEMERGENANDALUZ22

Sancti Petri
(Cádiz)
Hotel Valentín Sancti Petri
26. 27 y 28 de mayo de 2022

www.semergen.es/congresoandalucia
info@congresosemergenandalucia.com

ap congress
Organiza el 17º Congreso
Andaluz de Médicos de Atención
Primaria (AP) en el Hotel
Valentín Sancti Petri
del 26 al 28 de mayo de 2022
en Sancti Petri (Cádiz)

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Consejo Editorial

> Editora Jefe

Dra. María Rosa Sánchez Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Presidenta de SEMERGEN Andalucía.

> Consejo asesor

Dr. Francisco Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud M^a Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

Dra. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla.

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Jaén.

Dr. Eladio Jiménez Mejías

Universidad de Granada. Granada.

Dr. José Mancera Romero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. Esperanza Romero Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.

Comité Organizador

> Presidenta

Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> Vocales

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los GT de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Vocal del Área de Coordinación de Actividades Provinciales y Congresos SEMERGEN Andalucía.

Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. Responsable del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Congresos. Vicepresidente 3º de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dra. Rosa María Marín Montero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Fuensanta. Córdoba.

Dra. Rosa María Pérez López

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Cádiz. Miembro del GT de Niño y Adolescente de SEMERGEN.

Comité Científico

> Presidente

Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. Coordinador del GT de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> Vocales

Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny- Velutti. Granada. Miembro del GT de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. Raquel Alfaro Greciano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Cádiz. Miembro del GT de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

Dr. Pablo Arjona González

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del GT de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Dr. José Escribano Serrano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los GT de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas del Sur. Almería.

Dra. Carmen Rocío García García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bailén. Jaén.

Dr. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería. Miembro de los GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. José Mancera Romero

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los GT de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN.

Dr. Manuel José Mejías Estévez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Coordinador del GT de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. Agencia de Investigación SEMERGEN.

Junta Directiva SEMERGEN Andalucía

> Presidenta

Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez

> Vicepresidenta

Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

> Secretario y Responsable del Área de Competencias Profesionales

Dr. Francisco Javier Atienza Martín

> Tesorero

Dr. Manuel Jiménez de la Cruz

> Vocal del Área de Desarrollo de Proyectos Científicos y Formación

Dr. D. José Mancera Romero

> Vocal del Área de Coordinación de Actividades Provinciales y Congresos

Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz

> Vocal del Área de Universidad

Dr. Eladio Jiménez Mejías

> Vocales del Área de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia.

Dra. María José Cruz Rodríguez

Dr. Pablo Arjona González

Dra. Dolores Ruíz Granado

> Vocal del Área de Urgencias

Dra. Manuela Sánchez González

> Vocal de Almería

Dra. Luz Inmaculada Galera de Ulierte

> Vocal de Cádiz

Dra. María José Castillo Moraga

> Vocal de Córdoba

Dra. Esperanza Romero Rodríguez

> Vocal de Granada

Dra. Julia Vargas Díez

> Vocal de Huelva

Dr. Tomás Remesal Barrachina

> Vocal de Jaén

Dr. Juan Gabriel García Ballesteros

> Vocal de Málaga

Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

> Vocal de Sevilla

Dr. Enrique José Gamero de Luna



Correspondencia Científica:
secretariaandalucia@semergen.es
Tel. 699 626 586

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 – 4410 Año 10 Vol. 10 Mayo 2022

©Copyright 2021 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 número de la revista electrónica de Semergen-Andalucía está dedicado al 17º Congreso de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN Andalucía, celebrado en Sancti Petri (Cádiz) los días 26 al 29 de mayo de 2022. En él se publican los resúmenes de las mesas, talleres y otras actividades, así como las comunicaciones presentadas al congreso y admitidas por el Comité Científico

Tras la pandemia hemos recuperado las fechas originales de nuestro congreso. Los comités organizador y científico han realizado un gran trabajo elaborando un programa de actividades de excelente calidad científica que ha conseguido una elevada participación de médicos de familia y residentes.

La conferencia inaugural fue realizada por el Dr. D Julio Zarco Rodríguez, que con el título “Un hombre afortunado” nos mostró la necesaria vertiente humanística y humana de nuestra profesión.

Se han llevado a cabo un total de 72 actividades, destacando 33 talleres, 7 mesas, 3 aulas (cirugía menor, ecografía y urgencias) y 20 sesiones de defensas de comunicaciones orales, posters y proyectos de investigación. Como primicia en Andalucía se han impartidos los talleres del Curso de Excelencia para Residentes, que ha incluido formación en dermatoscopia, infiltraciones y vendajes funcionales.

De los talleres, 24 fueron de uso racional del medicamento y recogieron las innovaciones que aportan las nuevas guías de tratamiento impulsadas por la Consejería de Salud y Familias, realizadas con el consenso de diferentes sociedades científicas entre las que se encuentra Semergen Andalucía. Los docentes fueron los autores de nuestra sociedad que han participado en la elaboración de estos documentos.

Se han abordado con profundidad las áreas de enfermedades cardiometabólicas y renal, de dermatología, de neurología, de salud mental, de salud reproductiva, de seguridad del paciente, de cuidados paliativos, de salutogéneis y fisioterapia. Además de estos temas asistenciales se han abordado aspectos relacionados con la atención comunitaria (vacunación) y sociales (ley de eutanasia y la violencia de género).

Se presentó la guía de anticoncepción y salud sexual en AP con participación de las presidentas de las tres sociedades implicadas en su elaboración Semergen Andalucía, Samfyc y SAC.

Realizamos por segundo año una reunión a la que fueron invitadas todas las Unidades Docentes de Andalucía para participar en un foro de análisis para la detección de sus necesidades formativas y plantear líneas de colaboración con SEMERGEN Andalucía.

La mesa institucional abordó el tema “Atención Primaria ahora o nunca” y se entregó el Premio de Atención Primaria al periodista D. Enrique Jesús Moreno director del programa Por tu salud de Canal Sur radio.

Como novedad este año realizamos la actividad “SEMERGEN Andalucía, tu lugar de encuentro” con el objetivo de dar a conocer la sociedad a los nuevos socios y de estimular la participación en los grupos de trabajo de la sociedad de todos los socios interesados, con gran éxito de asistencia.

Por último, agradecer a los comités y de forma destacada a sus presidentes este excelente congreso en el que hemos recibido valoraciones muy positivas por parte de un gran número de congresistas.

Mª Rosa Sánchez Pérez

Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 25 de Noviembre

16.30-18.00h. Taller URM. Revisión de Polimedicados. Sesión 1.

Sala Cantabria

Ponentes:

> **Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Dr. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN. Vocal del área del desarrollo y de proyectos científicos y formación de SEMERGEN Andalucía.

16.30-18.00h. Taller URM. Cervicobraquialgia. Resolviendo el crucigrama. Sesión 1.

Sala Asturias

Ponentes:

> **Dr. Enrique José Gamero de Luna**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> **Sr. Rafael Calvente Marín**

Fisioterapeuta. Clínica Osteosur. Jerez de la Frontera. Cádiz.

16.30-18.00h. Taller URM. Adecuación terapéutica en personas con función renal disminuida. Sesión 1.

Sala Castilla

Ponentes:

> **Dr. Pedro Fernández López**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Huétor Vega. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

> **Dr. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

16.30-18.00h. Taller URM. Insuficiencia cardíaca, fármacos y algo más. Sesión 1.

Sala León

Ponentes:

> **Dr. José Manuel Carvajal Jaén**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla.

> **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.30-17.30h. Curso de Excelencia Residentes. Taller Dermatoscopia.

Sala Gregal

Ponente:

> **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta SEMERGEN Andalucía.

16.30-18.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 1. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 1

16.30-18.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 2. Médico Familia.

Aula Virtual e-Póster 2

16.30-18.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 3. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 3

17.30-18.30h. Curso de Excelencia Residentes. Taller Vendaje funcional de extremidad inferior.

Sala Gregal

Ponentes:

> **Sr. Manuel García Cadenas**

Fisioterapeuta. Coordinador Área de Fisioterapia. Cantera del Cádiz FC. Cádiz.

> **Dr. Leandro Fernández Fernández**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafra I. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

18.00-19.30h. Taller URM. Abordaje de síntomas en cuidados paliativos en Atención Primaria. Sesión 1.

Sala Cantabria

Ponentes:

> **Dr. Manuel José Mejías Estévez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación de SEMERGEN.

> **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**

Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU 061. Ibiza. Islas Baleares. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

18.00-19.30h. Taller URM. Actualización en tratamiento del acné: hazlo nuevo, hazlo diferente. Sesión 1.

Sala Asturias

Ponentes:

> Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta SEMERGEN Andalucía.

> Dra. Cristina Navarro Arco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

18.00-19.30h. Taller URM. Hernia discal lumbar. Derrumbando mitos. Sesión 1.

Sala Castilla

Ponentes:

> Dr. Sergio Capilla Díaz

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> Dr. Miguel Ángel Lérida Ortega

Fisioterapeuta Hospital San Agustín de Linares. Profesor de la Universidad de Jaén. Jaén.

18.00-19.30h. Taller URM. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la Diabetes Tipo 2. Sesión 1.

Sala León

Ponentes:

> Dr. José Escribano Serrano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

> Dra. Ana Guadalupe Olivares Loro

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

18.00-19.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 4. Médico Familia.

Aula Virtual e-Póster 1

18.00-19.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 5. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 2

18.00-19.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 6. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 3

18.30-19.30h. Curso de Excelencia Residentes. Taller Infiltraciones de la extremidad superior: hombro, codo y mano.

Sala Gregal

Ponentes:

> Dr. Pablo Arjona González

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Vocal del área de residentes y jóvenes médicos de familia de SEMERGEN Andalucía.

> Dr. Leandro Fernández Fernández

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zafra I. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

19.00-19.30h. Presentación del proyecto Cronicov.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> Dr. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

> Dr. José Polo García

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casar. Cáceres. Miembro de los GT de Hematología y de Hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular de SEMERGEN. Presidente Nacional de SEMERGEN.

> Dra. María José Castillo Moraga

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

19.45-20.30h. Conferencia Inaugural. Un hombre afortunado.

Sala Levante + Cierzo

Ponente:

> Dr. Julio Zarco Rodríguez

Subdirector Gerente Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Expresidente SEMERGEN Nacional. Presidente Fundación HUMANS.

20.30-21.00h. Acto Inaugural

Sala Levante + Cierzo

21.00h. Cóctel de Bienvenida

Viernes 27 de Mayo

08.00-9.00h. Defensa de Comunicaciones. Orales. Sesión 1. Médico Familia.

Sala Cantabria

08.00-9.00h. Defensa de Comunicaciones. Orales. Sesión 2. Médico Familia.

Sala Asturias

08.00-9.00h. Defensa de Comunicaciones. Orales. Sesión 3. Médico Residente.

Sala Castilla

08.00-9.00h. Defensa de Comunicaciones. Orales. Sesión 4. Médico Residente.

Sala León

08.00-9.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 7. Médico Familia.

Aula Virtual e-Póster 1

08.00-9.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 8. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 2

08.00-9.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 9. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 3

09.00-10.30h. Taller. Ley de Eutanasia

Sala Levante + Cierzo

Ponente:

> **Dra. María Constanza Colchero Calderón**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivares. Sevilla.

09.00-10.30h. Taller URM. Abordaje de síntomas en cuidados paliativos en Atención Primaria. Sesión 2.

Sala Cantabria

Ponentes:

> **Dr. Manuel José Mejías Estévez**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Comunicación de SEMERGEN.

> **Dra. Lina Eugenia Fernández Isla**
Medicina Familiar y Comunitaria. SAMU 061. Ibiza. Islas Baleares. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

09.00-10.30h. Taller URM. Dolor crónico. Abordaje desde la Fisioterapia. Sesión 1.

Sala Asturias

Ponentes:

> **Dr. Pablo Arjona González**
Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Vocal del área de residentes y jóvenes médicos de familia de SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. Mar Flores Cortés**
Fisioterapeuta. Málaga.

09.00-10.30h. Taller URM. Psicoterapia 10, minutos en ansiedad y depresión. Sesión 1.

Sala Castilla

Ponentes:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Con-

tinuo. Secretario y responsable de área de competencias profesionales de SEMERGEN Andalucía.

> **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Distrito Granada Metropolitano. Granada.

09.00-10.30h. Taller URM. Actualización farmacológica en el ictus. Sesión 1.

Sala León

Ponentes:

> **Dr. Enrique Martín Riobóo**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. Miembro del Grupo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dra. Cristina Martín Mañero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

09.00-10.30h. Taller URM. Actualización en tratamiento del acné: hazlo nuevo, hazlo diferente. Sesión 2.

Sala Gregal

Ponentes:

> **Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Dra. Cristina Navarro Arco**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

09.30-11.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 10. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 1

09.30-11.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 11. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 2

09.30-11.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 12. Médico Familia.

Aula Virtual e-Póster 3

Moderador:

> **Dr. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Agua dulce Sur. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

10.45-12.15h. Mesa. Riesgo Cardiovascular

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> **Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dra. Teresa Arrobas Velilla**

Doctora en Farmacia. Especialista en Bioquímica Clínica. FEA Responsable de la Unidad de Lípidos. UGC de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

> **Dra. María Nieves Romero Rodríguez**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

> **Dr. Vicente Pallarés Carratalá**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. Profesor Departamento de Medicina. Universidad Jaime I. Castellón. Coordinador del Grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

10.45-12.15h. Seminario. Ansiedad.

Sala Cantabria

Ponente:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Continuo. Secretario y responsable de área de competencias profesionales de SEMERGEN Andalucía.

10.45-12.15h. Taller URM. Ictus. Fragilidad y ejercicio terapéutico de moderada/alta intensidad. Sesión 1.

Sala Asturias

Ponentes:

> **Dr. Pablo Panero Hidalgo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Sra. Andrea Alberto Maté**

Fisioterapeuta. Nexus Fisioterapia. Málaga.

10.45-12.15h. Simposio. Novedades arGLP1: cambiando el abordaje y el pronóstico del paciente con Diabetes Mellitus 2.

Sala Gregal

Moderador:

> **Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Vocal del área de coordinación de actividades provinciales y congresos SEMERGEN Andalucía.

Ponentes:

> **Dra. Tania Ortiz Puertas**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

> **Dr. José Escribano Serrano**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

12.30-14.00h. Mesa. Nuevo escenario en Diabetes.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> **Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. Antonio Hormigo Pozo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. José Mancera Romero**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN. Vocal del área del desarrollo y de proyectos científicos y formación de SEMERGEN Andalucía.

> **Dr. Felipe Isidro Donate**

Catedrático de Educación Física. Miembro Grupo Ejercicio Físico Sociedad Española de Estudio de la Obesidad (SEEDO). Barcelona.

12.30-14.00h. Taller. Actualización en el manejo del paciente con Enfermedad Renal Crónica.

Sala Cantabria

Ponentes:

> **Dra. María José Castillo Moraga**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. Fernando Vallejo Carrión**

Nefrólogo. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

12.30-14.00h. Taller. Insuficiencia Cardíaca.

Sala Asturias

Ponentes:

> **Dra. M^a Dolores Conde Ros**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

> **Dr. Miguel Turégano Yedro**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Hematología de SEMERGEN.

12.30-14.00h. Taller. Dermatitis Atópica.

Sala Gregal

Ponentes:

> **Dr. David Díaz Sesé**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

> **Dr. Pablo Panero Hidalgo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dra. Alma María Ruíz Vela**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud San Andrés Torcal. Málaga.

14.00-16.00h. Almuerzo de Trabajo

16.00-17.30h. Taller URM. Ictus. Fragilidad y ejercicio terapéutico de moderada/alta intensidad. Sesión 2.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> Dr. Pablo Panero Hidalgo

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión de Valle de Lecrín. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> Sra. Andrea Alberto Maté

Fisioterapeuta. Nexus Fisioterapia. Málaga.

16.00-17.30h. Taller URM. Revisión de Polimedicados. Sesión 2.

Sala Cantabria

Ponentes:

> Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> Dr. José Mancera Romero

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Tutores de SEMERGEN. Vocal del área del desarrollo y de proyectos científicos y formación de SEMERGEN Andalucía.

16.00-17.30h. Taller. Diabetes Mellitus en la mujer.

Sala Asturias

Moderador:

> Dra. Tania Ortiz Puertas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada.

Ponentes:

> Dra. María Dolores García de Lucas

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

> Dra. Ana Isabel Jiménez Millán

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

16.00-17.30h. Taller URM. Insuficiencia cardiaca, fármacos y algo más. Sesión 2.

Sala Castilla

Ponentes:

> Dr. José Manuel Carvajal Jaén

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ana. Dos Hermanas. Sevilla

> Dr. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00-17.30h. Taller URM. Dolor crónico. Abordaje desde la Fisioterapia. Sesión 2.

Sala León

Ponentes:

> Dr. Pablo Arjona González

Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Vocal del área de residentes y jóvenes médicos de familia de SEMERGEN Andalucía.

> Sra. Mar Flores Cortés

Fisioterapeuta. Málaga.

16.00-17.30h. Taller. Actualización en métodos anticonceptivos en Atención Primaria.

Sala Gregal

Ponentes:

> Dra. María del Rosario Blasco Martínez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Archilla- Sebastiana. Distrito Poniente de Almería. Coordinadora del grupo de trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

> Dra. María Jesús Alonso Llamazares

Presidenta Sociedad Andaluza de Contracepción.

16.00-17.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 13. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 1

Moderador:

> Dr. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

16.00-17.30h. Defensa de e-Póster. Sesión 14. Médico Familia.

Aula Virtual e-Póster 2

17.30-19.00h. Mesa. Gripe y Neumococo: a quién vacunar, cómo y por qué.

Sala Levante + Cierzo

Moderadora:

> Dra. Raquel Alfaro Greciano

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Miembro del Grupo de Trabajo de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

Ponentes:

> Dra. Esther Redondo Margüello

Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Sección. Centro de Salud Internacional. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Infecciosas, Migrante, Vacunas y Actividades Preventivas (IMVAP) de SEMERGEN.

> Dr. Daniel Ocaña Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Norte. Algeciras. Cádiz.

17.30-19.00h. Taller URM. Cervicobraquialgia. Resolviendo el crucigrama. Sesión 2.

Sala Cantabria

Ponentes:

> Dr. Enrique José Gamero de Luna

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> **Sr. Rafael Calvente Marín**

Fisioterapeuta. Clínica Osteosur. Jerez de la Frontera. Cádiz.

17.30-19.00h. Taller URM. Psicoterapia 10, minutos en ansiedad y depresión. Sesión 2.

Sala Asturias

Ponentes:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Continuo. Secretario y responsable de área de competencias profesionales de SEMERGEN Andalucía.

> **Dra. Julia Rosario Vargas Díez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Distrito Granada Metropolitano. Granada.

17.30-19.00h. Taller URM. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la Diabetes Tipo 2. Sesión 2.

Sala Castilla

Ponentes:

> **Dr. José Escribano Serrano**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

> **Dra. Ana Guadalupe Olivares Loro**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

17.30-19.00h. Taller URM. Adecuación terapéutica en personas con función renal disminuida. Sesión 2.

Sala León

Ponentes:

> **Dr. Pedro Fernández López**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Huétor Vega. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

> **Dr. Lisardo García Matarín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente y de Respiratorio de SEMERGEN.

17.30-19.00h. Taller URM. Hernia discal lumbar. Derrumbando mitos. Sesión 2.

Sala Gregal

Ponentes:

> **Dr. Sergio Capilla Díaz**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

> **Dr. Miguel Ángel Lérica Ortega**

Fisioterapeuta Hospital San Agustín de Linares. Profesor de la Universidad de Jaén. Jaén.

17.30-19.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 15. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 1

17.30-19.00h. Defensa de e-Póster. Sesión 16. Médico Residente.

Aula Virtual e-Póster 2

19.00-19.30h. Mesa Institucional y Entrega Premio Atención Primaria. Atención Primaria ahora o nunca.

Sala Levante + Cierzo

Moderador:

> **Dr. Juan Sergio Fernández Ruiz**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Armilla. Granada. Vocal del área de coordinación de actividades provinciales y congresos SEMERGEN Andalucía.

Ponentes:

> **Dr. Serafín Romero Agüit**

Viceconsejero. Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

> **Dr. Diego Vargas Ortega**

Director General. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

> **Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Dr. José Polo García**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casar. Cáceres. Miembro de los GT de Hematología y de Hipertensión.

Sábado 28 de Mayo

10.00-11.30h. Taller URM. Actualización farmacológica en el ictus. Sesión 2.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> **Dr. Enrique Martín Riobóo**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. Miembro del Grupo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dra. Cristina Martín Mañero**

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

10.00-13.00h. Aula. Urgencias

Sala Cantabria

Estación 1: Trauma e inmovilización.

Ponentes:

> **Dr. Francisco Manuel Giraldo Abadín**

Medicina Familiar y Comunitaria. SUAP Jerez Costa Noroeste. Cádiz.

> **Dr. Alejo Gallego Montiel**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sanlúcar-Barrio Alto. Cádiz.

Estación 2: Manejo de la vía aérea.

Ponentes:

> **Dr. Francisco Romero Morales**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Salud. Jaén.

> **Dr. Fernando María Pérez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Salud. Cádiz.

Estación 3: Trivial urgency. Atención a las patologías tiempo-dependientes.

Ponentes:

> **Dr. Manuela Sánchez González**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Móviles del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) de Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación, Urgencias y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. Pablo Morocho Malho**

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Urgencias de SEMERGEN.

10.00-13.00h. Aula. Cirugía Menor

Sala León

Ponentes:

> **Dr. Antonio José Baca Osorio**

Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. Leovigildo Ginel Mendoza**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. Carlos Jesús Sánchez Aranda**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Illora. Granada.

10.00-13.00h. Aula. Iniciación a la Ecografía abdominal.

Sala Gregal

Ponentes:

> **Dra. Ana Segura Grau**

Medicina Familiar y Comunitaria. Directora Médica de Centro Diagnóstico Ecográfico. Responsable de la Unidad de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> **Dr. David Martín Enguix**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Otorrinolaringología y Ecografía de SEMERGEN.

> **Dra. María Briones Barreiro**

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Las Lagunas. Mijas. Málaga.

11.30-12.30h. Mesa. Violencia de Género.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> **Dra. María del Rosario Blasco Martínez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Archilla-Sebastiana. Distrito Poniente de Almería. Coordinadora del grupo de trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

> **Dra. M^a del Pilar Rodríguez Martínez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Miembro de los Grupos de trabajo de Nutrición y Atención a la Mujer de SEMERGEN.

12.30-13.00h. Presentación y entrega de la guía de Anticoncepción.

Sala Levante + Cierzo

Ponentes:

> **Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Dra. María Jesús Alonso Llamazares**

Presidenta Sociedad Andaluza de Contracepción.

> **Dra. Pilar Terceño Raposo**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Presidenta de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

13.00-14.00h. Acto de Clausura

Sala Levante + Cierzo

14.00-17.00h. Almuerzo de Clausura

17.00-18.30h. Actividad Postcongresual. SEMERGEN, tu lugar de encuentro.

Sala Levante + Cierzo

17.00-17.15h. Bienvenida. Presentación e introducción.

Ponente:

> **Dra. M^a Rosa Sánchez Pérez**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

17.15-17.30h. Formación.

Ponente:

> **Dr. Francisco Javier Atienza Martín**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Vocal de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. Área de Formación del Desarrollo Profesional Continuo. Secretario y responsable de área de competencias profesionales de SEMERGEN Andalucía.

17.30-17.45h. Investigación y Grupos de Trabajo.

Ponente:

> **Dr. Enrique José Gamero de Luna**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Genómica Personalizada y Enfermedades Raras de SEMERGEN.

17.40-17.50h. SEMERGEN solidaria Pacientes SEMERGEN.**Ponente:****> Dra. María José Castillo Moraga**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

17.50-18.00h. SEMERGEN Andalucía.**Ponente:****> Dra. Ana María Cabrerizo Carvajal**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN. Vicepresidenta SEMERGEN Andalucía.

18.00-18.30h. Turno de discusión.

TALLERES

Revisión de Polimedicados.

> **Dra. Sánchez Pérez, M.**

> **Dr. Mancera Romero, J.**

La polimedicación y el uso inadecuado de fármacos es un problema cada vez más prevalente que se correlaciona con la edad y que se asocia a un incremento del riesgo de morbilidad, deterioro de la movilidad, hospitalizaciones y disminución de la calidad de vida.

En los últimos 10 años los pacientes polimedicados se han triplicado. El 50% de los ingresos causados por eventos adversos a medicamentos se pueden prevenir y el 70% ocurren en mayores de 65 años y con cinco o más fármacos. Se han desarrollado numerosos programas centrados en un abordaje específico con el fin de detectar y mejorar los problemas asociados al uso inadecuado de fármacos.

Es necesario realizar revisiones periódicas de la medicación con el objetivo de mejorar la efectividad de los medicamentos, disminuir los problemas asociados a estos y establecer una correcta adecuación del tratamiento en cada paciente. Las revisiones permitirán decidir si es necesario añadir, retirar o continuar con los tratamientos prescritos.

La sistemática de revisión consiste en asociar los medicamentos a cada problema de salud y establecer los objetivos terapéuticos de cada paciente. La revisión farmacológica se debe realizar medicamento a medicamento, valorando la necesidad, efectividad, la adecuación y la seguridad. Existen una serie de herramientas como los criterios STOPP/START, guías del SNS, MedStopper, etc, que permiten que las decisiones se basen en la mejor evidencia disponible.

En el último año se han publicado una serie de documentos de consenso elaborados por grupos de trabajo de diferentes sociedades científicas, entre las que se encuentra Semergen Andalucía, coordinados por el Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento de Servicio Andaluz de Salud que son un apoyo y unas herramientas actualizadas y útiles para realizar las revisiones.

En ocasiones las revisiones del tratamiento nos llevan a deprescribir ciertos fármacos. La deprescripción se define como la retirada supervisada por un médico de fármacos inapropiados. El acto de deprescribir puede realizarse en cualquier paciente, independientemente del número de fármacos que toman, siendo más relevante en pacientes frágiles y polimedicados.

Cuando detectemos que hay que realizar la deprescripción de uno o varios fármacos las decisiones deben ser compartidas con el paciente. Debe existir una relación de confianza del paciente con el médico y hay que plantear las opciones que pueden ser objeto de deprescripción. Hay que explicar los riesgos y beneficios de cada opción, utilizando siempre un lenguaje sencillo, asegurándonos que el paciente lo comprende y teniendo en cuenta sus preferencias para priorizarlas. Siempre se debe realizar un seguimiento para valorar la aparición de problemas tras la retirada y monitorizar los cambios.

Cervicobraquialgia. Resolviendo el crucigrama.

> **Dr. Gamero de Luna, E.**

> **Sr. Calvente Marín, R.**

Las algias cervicobraquiales constituyen un motivo frecuente de consulta repetida en Atención Primaria, que afectan a las 2/3 partes de la población a lo largo de su vida. Su etiología es variada y compleja, donde los factores ergonómicos, hábitos de vida y factores psicosociales tienen un importante impacto. Si bien hay cuadros clínicos tributarios de tratamientos específicos, que el médico de familia debe saber reconocer, es la sobrecarga mecánica de las estructuras cervicales la causa más frecuente. La fisioterapia supone una importante aportación, tanto en el enfoque diagnóstico como terapéutico de estos pacientes.

En el taller propuesto se va a realizar un repaso de la anatomía y biomecánica de las estructuras implicadas. Tras un encuadre etiológico se estudiarán las señales de alarma y que no hacer. Centrándose en el dolor neurálgico periférico, se repasarán las principales terapias farmacológicas y fisioterápicas.

Adecuación terapéutica en personas con función renal disminuida.

> Dr. Fernández López, P.

> Dr. García Matarín, L.

El médico de familia, es su quehacer clínico diario se enfrenta a diferentes patologías siendo las cardiovasculares (CV) las más frecuentes entre ellas. El riñón es uno de los órganos diana predilectos del daño vascular. La enfermedad renal crónica (ERC) en sus diferentes estadios, es una realidad a la que tiene que enfrentarse el médico de familia, en su quehacer clínico diario, esta, suele evolucionar generalmente de una manera silente e indolora como resultado de un control deficiente de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV), así pues, el paciente raramente nos va demandar atención por un mal funcionamiento renal, siendo el médico de familia con una actitud proactiva, el que en los diferentes controles analíticos rutinarios, debe buscar activamente este déficit, ya que la presencia de ERC oculta es frecuente en todas las series estudiadas^{1,2}. La ERC presenta en España una importante prevalencia en pacientes >60 años atendidos en Atención Primaria (AP), mayor en mujeres que en hombres, y aumentando con la edad. La hipertensión arterial (HTA), más que la diabetes mellitus (DM), fue el principal factor de riesgo cardiovascular asociado³. Así pues, la AP es el medio idóneo para realizar el cribado de ERC, debiéndose enfatizar en todos los pacientes, pero sobre todo en: Mayores de 60 años, HTA, Diabetes mellitus, enfermedad Cardiovascular establecida y antecedentes familiares de ERC.

Kim LG et al, recogen una amplia muestra de profesionales y pacientes en el ámbito de la AP en el Reino Unido, han conseguido aumentar la detección (filtrados inferiores a <60mL/min/1.73 m²) incentivando la codificación en pacientes con ERC. La edad avanzada, el sexo masculino, la diabetes y la hipertensión se asociaron con mayor nivel de codificación, esta y la identificación de pacientes con ERC está asociada con la recepción de intervenciones clave de AP y puede mejorar los resultados en estos pacientes⁴.

Esquemáticamente la formación nefrológica solventa del médico de familia, debería abarcar 4 aspectos.

1. **Control de los FRCV sobre todo presión arterial y niveles de glucemia** (se verán en otros apartados de este consenso).
2. **Seguimiento y monitorización desde atención primaria (AP) de los pacientes con ERC.** Conocer y usar precozmente las fórmulas para calcular el filtrado glomerular y evaluar la presencia de albuminuria en orina, para clasificar el riesgo del paciente. Una de las características más destacables y ventajosas de la AP es la longitudinalidad, haciendo posible el seguimiento y contacto frecuente con el paciente. Así pues, en las situaciones descritas anteriormente (> 60 años, HTA, DM, enfermedad Cardiovascular establecida (ECE) y antecedentes familiares de ERC), en los controles analíticos rutinarios se ha de pedir, creatinemia y solicitar al laboratorio de referencia que nos calculen el filtrado según la fórmula CKD-EPI, por ser esta la más utilizada y precisa en filtrados <60mL/min/1.73 m². Siempre debemos insistir en la utilización de las fórmulas de corrección y nunca por la creatinemia directa para el cálculo de la función renal. En la web de Sociedad Española de Nefrología se pueden encontrar las diferentes fórmulas (<https://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=45>).
3. **Conocer los distintos estadios de la pérdida de función renal (FR) y saber de manera clara, cuando y porqué debe realizar interconsulta con nefrólogo,** desde fases de normalidad hasta predialisis.

La complejidad de la ERC requiere Criterios de derivación y seguimientos claros AP- nefrología. dependiendo del estadio en el que se encuentre la enfermedad (Fig.1).

En el siglo XXI se ha de establecer una comunicación AP-nefrología eficaz, segura (crisis actual de la pandemia por el COVID-19 ocasionado por el SARS-CoV2) y rápida utilizando todos los medios que la tecnología nos brinda, todo ello de manera virtual:

- Vía telefónica. Con unos horarios preestablecidos y N.º de teléfono directo.
- Vía Internet. Consultas puntuales tipo "telenefro", intranefro", etc. El profesional de AP enviaría dudas, consultas sobre pacientes concretos y el ne-

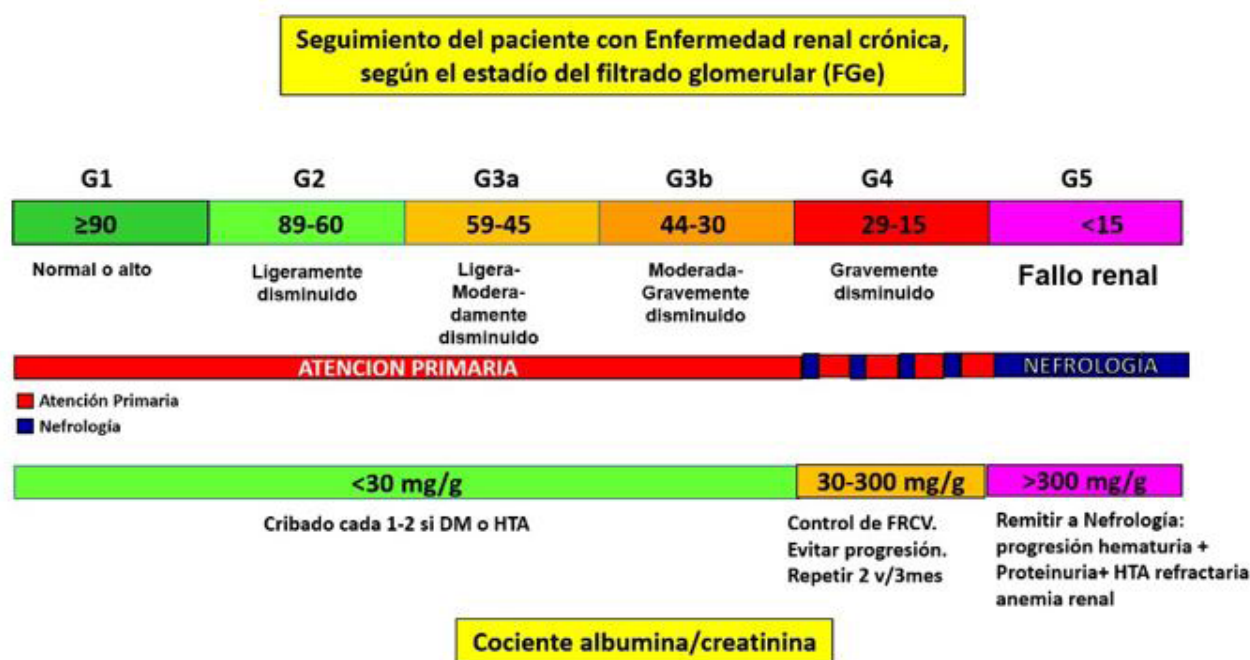
frólogo, respondería en menos de 24 horas sobre la actitud a adoptar.

- Videoconferencias, sobre consultas puntuales o formación on line.

Se recomienda remitir a un especialista en nefrología a todo paciente con ERC, antes de que presente un filtrado glomerular < 30 mL/min/1,73 m². Así como remitir a nefrología a todo paciente a partir del es-

tadio 4 de la enfermedad, aunque sea en una visita aislada, si el paciente está estable y no tiene criterios de criterios predictores de progresión de ERC (Tabla 2). Los criterios de derivación deben individualizarse según el estadio de la enfermedad, la velocidad de la progresión, el grado de albuminuria y las comorbilidades asociadas (Fig.1).

Fig1. Seguimiento coordinado del paciente AP-nefrología, según en nivel de filtrado glomerular.



Indicaciones de solicitud de ecografía desde Atención Primaria

Bien para su seguimiento en AP o para su derivación a Nefrología, se considera pertinente la solicitud de ecografía en el estudio diagnóstico de la ERC. Sus indicaciones son:

- ERC progresiva (disminución del FGe > 5 mL/min/1,73 m² en un año).
- Hematuria macroscópica o albuminuria persistente.
- Sintomatología de obstrucción del tracto urinario.
- Edad > 15 años e historia familiar de riñones poliquísticos.
- Estadio 4 o 5. Valorar previamente comorbilidades asociadas.
- ERC con proteinuria.
- Infecciones urinarias de repetición con participación renal.

Insuficiencia cardíaca, fármacos y algo más.

> Dr. Carvajal Jaén, J.

> Dr. Ginel Mendoza, L.

La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud pública en aumento y que genera una gran carga asistencial. La prevalencia aumenta con la edad y las comorbilidades asociadas. Su incidencia 2,78/1000 sujetos/año según datos del 2019. La prevalencia en personas mayores de 80 años es del 9%.

La IC es una enfermedad progresiva y los pacientes están en riesgo de muerte y hospitalización. Es la principal causa de ingresos hospitalarios en personas mayores de 65 años en España. El 50% de los pacientes con IC muere en un plazo de 5 años tras el diagnóstico. En muchas ocasiones el paciente no es consciente de las repercusiones que este diagnóstico tiene para su

futuro. Tras su diagnóstico, su supervivencia es menor que, por ejemplo, el cáncer de mama.

El médico de Atención Primaria debe entender la IC como un síndrome clínico con sus signos y síntomas y no como un diagnóstico patológico único. Se debe a una anomalía estructural y/o funcional del corazón que provoca presiones intracardíacas elevadas y/o gasto cardíaco inadecuado en reposo y/o durante el ejercicio. La identificación de la etiología de la disfunción cardíaca subyacente es obligatoria en el diagnóstico de IC, ya que la patología específica puede determinar el tratamiento posterior.

Es necesario conocer los diferentes criterios de clasificación de la IC: según la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA), su estadio evolutivo o su etiología. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es la clasificación determinante para el tratamiento farmacológico a plantear. FEVI reducida si es $\leq 40\%$, levemente reducida del 41-49% y preservada si es $> 50\%$.

El diagnóstico de IC suele iniciarlo el médico de familia. Antes su sospecha clínica por síntomas y signos, factores de riesgo y electrocardiograma anormal, desde casi todos los centros de salud de Andalucía podemos realizar la determinación de los péptidos natriuréticos. Si el NT-ProBNP ≥ 125 pg/mL o el BNP ≥ 35 pg/dL hemos de derivar al cardiólogo para la realización de ecocardiografía para confirmar diagnóstico, definir su serotipo y determinar su etiología.

Es necesario conocer el tratamiento no farmacológico de la IC, es fundamental evitar el consumo de tabaco y alcohol, así como realizar ejercicio físico regularmente.

Es muy importante conocer que el tratamiento farmacológico es diferente según la FEVI. En el caso de FEVI reducida y siguiendo las guías de la Sociedad Europea de Cardiología del año 2021, utilizaremos “los cuatro fantásticos”, fármacos de primera línea que han demostrado disminuir la mortalidad y que incluyen cuatro grupos terapéuticos: los bloqueadores beta, el inhibidor dual de neprilisina y angiotensina (sacubitrilo/valsartán), los antagonistas de los receptores mineralcorticoides (ARM) (espironolactona/eppleronona) y los inhibidores del cotranspor-

tador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT-2) (dapagliflozina/empagliflozina). Estos fármacos deben titularse a las máximas dosis tolerables. Actualmente los diuréticos no han demostrado reducir ni la mortalidad ni la progresión de la IC. Su uso se recomienda para mejorar la clínica en pacientes con IC que muestran signos o síntomas de congestión. Aunque hasta ahora ningún tratamiento había demostrado beneficios en la IC con fracción de eyección preservada, dapagliflozina y empagliflozina, recientemente han demostrado su utilidad. Los demás tratamientos se utilizan para las comorbilidades asociadas (HTA, IAM, etc.).

Al tratarse de un taller, tras una primera parte expositiva interactuaremos con los alumnos mediante preguntas sobre los contenidos que se van exponiendo durante el relato de dos casos clínicos.

- McDonagh TA et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Castillo Moraga MJ et al. Posicionamiento SEMERGEN en el abordaje de la insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Med Fam SEMERGEN.2022;48(2):106-23. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.007>

Abordaje de síntomas en cuidados paliativos en Atención Primaria.

> Dr. Mejías Estévez, M.

> Dra. Fernández Isla, L.

La vía subcutánea constituye una herramienta útil en Atención Primaria (AP) para enfermos en situación de últimos días (SUD) y en aquellos que en este u otro proceso, siendo atendidos en domicilio, carezcan de la posibilidad de la vía oral, que siempre es la prioritaria al ser la más fisiológica. Es una técnica sencilla con escasos efectos secundarios, que permite desde una hidratación en domicilio (hipodermoclisis) a la administración de medicaciones para multitud de sín-

tomas. Dentro de ello destacamos el delirium (factor de mal pronóstico y síntoma psiquiátrico más frecuente en SUD) donde son de elección los neurolepticos (haloperidol de elección, levomepromazina si es un síntoma refractario), náuseas y vómitos (eligiendo según el origen: opioide, quimioterapia, oclusión intestinal, hipertensión intracraneal), disnea (morfina de elección, con la precaución necesaria sin olvidar la necesidad de asociar el midazolam como ansiolítico y en caso de ser síntoma refractario utilizar dicha benzodiacepina para sedación paliativa).

En sangrados (hemoptisis, hematemesis), podemos considerar el ácido tranexámico como opción, sin olvidar que si dicha extravasación si es masiva, la muerte será inminente y estará indicada la sedación paliativa de forma inmediata, sin tener que pedir el consentimiento informado, una excepción dado que todo síntoma refractario (aquel que no se puede controlar en tiempo y forma con las medidas oportunas y que por ello precisa una disminución de conciencia según paciente, síntoma y momento evolutivo) debe tener consentimiento del paciente o representante para poder indicar la sedación paliativa (SP).

Los estertores premortem, muy frecuentes en SUD, pueden ser tratados incluso de forma preventiva con N-butil bromuro de hioscina (la escopolamina es de difícil acceso den AP, y, aunque sedante, suelen ser más efectivos).

El dolor, es el síntoma más temido, y el más frecuente en los pacientes terminales en todas sus fases, especialmente en los oncológicos. Un buen manejo de dolor, además de ser un derecho, es patognomónico de cómo debe aplicarse el control de síntomas en Cuidados Paliativos. Con un abordaje multidimensional y multimodal, es posible ayudar al paciente y familia si hacemos una valoración integradora del dolor: reconocer fisiopatología, naturaleza, características, presencia de otros síntomas, conocimiento de tratamientos analgésicos y coanalgésicos previos (motivos de fracaso o éxito terapéutico, causas de abandono...). No debemos olvidar la presencia de factores de mal pronóstico (neuropático, dolor irruptivo incidental, presencia de tóxicos, distrés emocional, deterioro cognitivo, aumento rápido de dosis de opioide), dado que son factores que, al conocer, nos orientaran en la elección

de la terapia que expone la escalera o ascensor analgésico de la OMS. Por lo tanto, el opioide deberá pautarse previniendo los efectos secundarios (especialmente estreñimiento y náuseas/vómitos), monitorizando su uso, adecuándolo a las necesidades del paciente.

Si nos encontramos ante la sospecha de SUD, la escala de Menten nos ayudará a determinarla cuando existan al menos 4 de los 8 factores descritos (nariz fría y afilada, extremidades frías, livideces, labios cianóticos, estertores premortem, apneas de más de 15 segundos por min, oliguria menor de 300 ml al día, somnolencia de más de 15 horas al día).

Actualización en tratamiento del acné: hazlo nuevo, hazlo diferente.

> Dra. Cabrerizo Carvajal, A.

> Dra. Navarro Arco, C.

Objetivo general de la acción formativa:

El acné vulgar es un trastorno cutáneo común que además de caracterizarse por el desarrollo crónico o recurrente de lesiones en la piel, conlleva una serie de efectos psicosociales que pueden afectar en gran medida la calidad de vida del paciente (1) Los tratamientos para el acné vulgar incluyen intervenciones tópicas, orales y basadas en procedimientos médicos que se dirigen a uno o más de los mecanismos patogénicos del acné.

La evaluación del paciente previa al tratamiento deberá incluir los tipos de lesiones de acné presentes, la gravedad del acné, la presencia de complicaciones y los posibles factores contribuyentes ya que serán fundamentales para seleccionar el tipo de abordaje.⁽²⁾

Conocer estos conceptos nos permitirá realizar un manejo correcto del tratamiento en la práctica clínica con el fin de mejorar la seguridad del paciente, evitando problemas de salud pública como son las resistencias a antibióticos por su uso inadecuado.⁽³⁾⁽⁴⁾

Metodología docente:

Conferencia magistral

Los docentes exponen los contenidos en un discurso o conferencia ante el alumnado, el cual tiene una actitud de escucha. Permite presentaciones rápidas y sin interrupciones, ya que la comunicación se produce en un solo sentido.

Discusión y/o debate

Técnica en la que un grupo reducido trata un tema en discusión informal, intercambiando ideas y opiniones, con la ayuda activa y estimulante de un conductor de grupo.

Resolución de casos y práctica simulada

Técnica en la que los docentes describen una situación real o ficticia en la que se plantea un caso sobre el que el alumnado (de forma grupal) debe consensuar una única solución, respondiendo a las preguntas y peticiones que se plantean teniendo como marco de referencia sus conocimientos y experiencia personal. Para ello se diseñan escenarios virtuales que permiten acercar a los alumnos a situaciones reales.

Contenido de la actividad:

1. Fisiopatología del acné
2. Impacto en la calidad de vida 3- Patogénesis
3. Factores asociados
4. Clasificación
5. Tratamiento. Medicamentos a no iniciar y medicamentos a deprescribir.
6. Población especial: niños, personas de color, embarazadas..

Diagnóstico diferencial

1. Casos clínicos

Bibliografía

- Yazici K, Baz K, Yazici AE, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:435.
- Tratamiento del acné: actualización. *Bol Ter Andal*; 2019; 34(4). <https://cadime.es/bta/bta/599-tratamiento-del-acne-actualizacion.html>
- 3-M.T. Leccia, N. Auffret, F. Poli, J.P. Claudel, S. Corvec, B. Dreno. Topical acne treatments in Europe and the issue of antimicrobial resistance. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 29 (2015), pp. 1485-1492
- 4-M. Muhammad, T. Rosen. A controversial proposal: No more antibiotics for acne!. *Skin Therapy Lett.*, 18 (2013), pp. 1-4

Hernia discal lumbar. Derrumbando mitos.

> Dr. Capilla Díaz, S.

> Dr. Lérica Ortega, M.

Temas abordados:

- Incidencia y costes de hernia discal lumbar
- Recuerdo anatómico columna y raíces nerviosas
- Factores que inciden en la fisiopatología H.D.L
- Formas de presentación clínica de H.D.L
- Pruebas diagnósticas: test evaluación fisioterapia y pruebas complementarias
- Criterios de gravedad
- Tratamiento farmacológico
- Abordaje en terapia física

Objetivos:

- Contextualizar con la importancia en costes y morbilidad de la patología discal lumbar
- Ofrecer un recordatorio anatómico
- Explicar los distintos factores que intervienen en la lesión del disco
- Abordar las distintas formas de presentación y correlacionar la lesión con la clínica en la hernia discal lumbar.
- Incidir en aquellos casos que pueden precisar una actuación urgente en H.D.L
- Valorar el distinto uso de test diagnósticos y pruebas complementarias.
- Explicar los distintos abordajes de tratamiento y la importancia de la colaboración entre los distintos profesionales de la salud para ofrecer todas las herramientas posibles (farmacológicas, físicas y/o quirúrgicas) a los pacientes.

Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la Diabetes Tipo 2.

> Dr. Escribano Serrano, J.

> Dr. Olivares Loro, A.

Introducción:

Dada la importante prevalencia de la diabetes mellitus dentro de las patologías crónicas que se abordan en atención primaria, así como sus complicaciones y afectación en la calidad de vida de los pacientes con

diabetes, consideramos fundamental de cara a nuestra práctica asistencial conocer los distintos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de esta patología, para así realizar un enfoque lo más preciso posible en cada caso teniendo en cuenta las particularidades de cada paciente: comorbilidades, edad, tiempo de evolución de la diabetes, preferencias del paciente, expectativa de vida, tratamientos concomitantes, etc.

En el taller se realizará un enfoque práctico de lo anteriormente expuesto.

Objetivos

Los objetivos principales de esta actividad son:

1. Conocer las distintas herramientas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la diabetes mellitus.
2. Aplicar en cada caso el tratamiento más adecuado en función de las características de cada paciente.
3. Conocer cuándo intensificar o desintensificar el tratamiento, de cara a evitar la inercia terapéutica.

Metodología docente:

El taller se expondrá a través de diversos casos clínicos en distintos escenarios, fomentando la participación de los asistentes de manera proactiva, tanto entre ellos como con los docentes, para entre todos decidir cuál sería o podrían ser las mejores estrategias de tratamiento tanto de manera inicial como a través de la evolución de cada paciente.

En función del número de asistentes se podrían realizar varios grupos de 4-5 personas en los cuales se debatirán los casos clínicos y se pondrán en común al final de cada uno de ellos los distintos planteamientos sugeridos, abriendo así debate e intentando llegar a una conclusión común.

De cada caso práctico, realizaremos el abordaje inicial y el hipotético seguimiento a lo largo de los meses y años con la evolución clínica y analítica de los pacientes. De ese modo surgirán posibilidades de modificación terapéutica en caso de ser necesario.

Contenido de la actividad:

Casos clínicos de pacientes con diabetes mellitus que se expondrán a través de una presentación de diapositivas, en cada uno de los cuáles se realizará una revisión del plan de tratamiento y manejo clínico.

Bibliografía:

• *Trabajo G De, Adecuado U. FARMACOLÓGICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. 2020.*

• *Salud SA De. Guía farmacoterapéutica de atención primaria al día. 2022.*

Ambas guías se pueden consultar en la página web del SAS, en el siguiente enlace:

• <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento>

Ley de Eutanasia

> **Dra. Colchero Calderón, M.**

Introducción y contenido

La Ley orgánica de regulación de la Eutanasia vigente en España, ha sido aprobada en el Parlamento a propuesta del grupo del Partido Socialista Obrero Español con D^a M Luisa Carcedo como ponente.

Dispone como establecidos los conceptos de eutanasia y suicidio clínicamente asistido. Los enmarca inequívocamente en lo que denomina contexto eutanásico cuyos límites vienen definidos por una enfermedad incurable con un sufrimiento insoportable en un paciente cuya lucidez mental y emocional le permita expresar su voluntad libre de ser ayudado a morir. Aquí es cuando se define un nuevo derecho a ser ayudado a morir dentro de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La Ley orgánica pasa a detallar los requisitos necesarios para solicitar la prestación de ayuda a morir y el proceso a seguir, donde se deben evaluar la situación de sufrimiento, posibilitar el acceso a recursos que palien esta situación y ser valorados en una Comisión de Garantías. Asimismo, define cada profesional y tarea del proceso hasta el fallecimiento y certificación. Recoge específicamente la posibilidad de la objeción de conciencia por los profesionales.

El Ministerio de Sanidad elaboró una Guía de Buenas prácticas en la ayuda a morir. Cada Comunidad Autónoma a su vez ha traspuesto la legislación al nivel regional.

El final de la vida indudablemente está siendo abordado en los últimos decenios por las profesiones

sanitarias con un gran sentido de humanización y dignificación. Hay leyes de la dignidad en el proceso de muerte que desde hace décadas promueven el acceso a la medicina paliativa, el acompañamiento multiprofesional para promover el control del sufrimiento, sobre todo, el dolor insoportable, y garantizar una buena muerte en las mejores condiciones elegidas por los pacientes y sus familias. Cada vez, se respeta más el derecho al rechazo del tratamiento, se aborda la planificación anticipada del final de la vida, se evita el encarnizamiento terapéutico como deberes deontológicos y se promueve la integración de los cuidados paliativos en la Atención Primaria. El deseo de anticipar la muerte, el sufrimiento global y la inequidad a los accesos a medicina paliativa en España son indudables retos que nos interpelan cuando tenemos que atender a nuestro paciente y su familia.

La Asociación Médica Mundial ha expresado reiteradamente el posicionamiento de la profesión con los fines de la medicina como son salvar vidas, acompañar y cuidar, evitando hacer daño. El Comité de Bioética de España emitió un informe con una valoración unánime sobre la eutanasia y ofrecía una visión del final de la vida abordable desde los cuidados paliativos, careciendo hasta ahora España de legislación específica que garantice el acceso universal a los mismos. El Comité de Bioética de Andalucía publicó un informe específico sobre la LORE y la objeción de conciencia. La Comisión Deontológica del Consejo andaluz de Colegios de Médicos también ha salido al paso de esta legislación en una declaración reciente.

Un breve repaso a algunas experiencias de los pocos países con regulación de la eutanasia puede contextualizar su impacto en las comunidades.

Metodología y objetivos

La sesión será un taller participativo con los objetivos de:

- Conocer el proceso legal
- Actualizar las competencias en el acompañamiento y cuidados al final de la vida en Atención Primaria
- Objeción de conciencia

Breve Bibliografía:

- *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE 72*

- *Manual de buenas prácticas en Eutanasia. Ministerio de Sanidad. 2022*
- *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia; propuestas para la reflexión y la deliberación. CBE. 30 de septiembre de 2020*
- *Objeción de conciencia en eutanasia y suicidio asistido. Comité de Bioética de Andalucía. Abril 2021.*
- *AMA. Declaración sobre el suicidio clínicamente asistido y la eutanasia. 70ª asamblea general. Tbilisi. Georgia. 2019.*
- *Ley de derechos y garantía de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, 2/2010. Parlamento de Andalucía. BOPA núm. 428*
- *Requena-Meana P. ¿Doctor no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Ed. Comares. 2017. ISBN: 978-84-9045-573-9*
- *Errasti-Ibarrondo B et al. Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. Cuadernos de Bioética 2014 (XXV)/2º*
- *García-Sánchez E. Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves. Ed. Astrolabio. 2017. ISBN: 978-84-313-3198-6*
- *Devos T et al. Eutanasia, lo que el decorado esconde. Ed. Sígueme. Salamanca. 2020 ISBN: 978-84-301-2063-5*

Dolor crónico. Abordaje desde la Fisioterapia.

> Dr. Arjona González, P.

> Sra. Flores Cortés, M.

Introducción

Se define dolor crónico como el dolor como aquel dolor con una duración mayor a 6 meses. En España, se estima que cuatro de cada 10 españoles conviven con dolor, cerca de 18 millones; de los cuales casi un 16% refiere el dolor es severo. Como podemos ver, es un problema muy presente en nuestros pacientes; y, en muchas ocasiones, suele ser un motivo de consulta con mala respuesta terapéutica a pesar de altas dosis de tratamiento analgésico. Por ello, es importante hacer un cambio en el enfoque que damos a estos pacientes en nuestras consultas, cambiando la forma que tenemos de entender y tratar el dolor crónico que padecen nuestros pacientes.

Para ello, es importante conocer la fisiología del dolor, para así saber las posibles vías de actuación para abordarlo y tener herramientas con las que dotar a nuestros pacientes para que asuman la responsabilidad individual de su proceso crónico.

Objetivos

Los objetivos de este taller es dotar a médicos de familia y fisioterapeutas de una visión global del dolor crónico, cambiar la posible percepción que tengamos de estos pacientes y aportar nuevas herramientas con las que poder aconsejarles y acompañarlos durante este proceso.

Arrojar un poco de luz en la importancia del papel del fisioterapeuta en el abordaje de los pacientes con dolor crónico, no solo en la terapia manual, si no también en la educación sobre su patología, aportándoles herramientas y conocimientos para mejorar los autocuidados de dichos pacientes.

Metodología docente

El taller irá dividido en una primera parte introductoria sobre epidemiología y fisiología del dolor. Después iremos buscando la aplicación práctica con 4 casos clínicos de las patologías más prevalentes que cursan con dolor crónico, mediante los cuales veremos que actuaciones podemos realizar en nuestros pacientes. Por último, haremos un resumen final con las conclusiones más importantes y mensajes que llevarnos para nuestra práctica diaria.

Introducción: Epidemiología y Fisiología

Casos clínicos (Lumbalgia aguda recurrente, Artrosis rodilla, hombro doloroso, fibromialgia)
Conclusiones y mensajes que llevar a casa

Psicoterapia 10, minutos en ansiedad y depresión.

> Dr. Atienza Martín, F.

Los trastornos por ansiedad y depresión constituyen un volumen importante de la actividad de los médicos de familia que, además, deben asumir por completo los cuadros leves-moderados.

Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, como la del NICE proponen, en estas formas clínicas,

la utilización de intervenciones basadas en la psicoterapia de corte cognitivo-conductual.

Sin embargo, la formación en estas técnicas suele ser muy escasa, lo que repercute en el uso preferente de fármacos que tienen poca indicación, de manera exclusiva, en estos trastornos.

Por otra parte, se pueden realizar, en el ámbito de las consultas de atención primaria, técnicas de psicoterapia breve y utilizar recursos de autoayuda.

Siguiendo el tratamiento escalonado de la guía NICE, se pueden utilizar, en el primer escalón terapéutico, los activos de salud y los grupos socio-educativos (GRUSE), en un segundo escalón se pueden emplear las Guías de Autoayuda del Plan Andaluz de Salud Mental y los grupos de afrontamiento de la ansiedad (GRAFA). En un tercer escalón podemos realizar individual y grupalmente, técnicas de relajación como la respiración profunda, la técnica de relajación muscular progresiva de Jakobson, la relajación autógena de Schultz y algunas técnicas de Mindfulness como el scanner corporal de Kabat-Zinn.

Siguiendo el esquema fisiopatológico de la ansiedad y la depresión de Lazarus donde remarca la importancia en el origen de los trastornos ansiosos y depresivos de las distorsiones cognitivas y las conductas de evitación se proponen técnicas de debate de las creencias irracionales mediante la reestructuración cognitiva y la defusión entre sentimientos y cogniciones. También se pueden utilizar intervenciones que trabajen las conductas de evitación.

Finalmente se proponen intervenciones basadas en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y las técnicas sistémicas de solución de problemas.

Actualización farmacológica en el ictus.

> Dr. Martín Riobóo, E.

> Dra. Martín Mañero, C.

Introducción

Actualmente la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en nuestro país y en todo el mundo occidental. Según causa de muerte por enfermedad, el ictus es la primera causa de muerte en la

mujer y la segunda en el hombre (tras la cardiopatía isquémica). En la última década se ha puesto en funcionamiento numerosas actividades extra e intrahospitalarias para actualizar y mejorar la atención al paciente con ictus. Entre ellas destacan los numerosos planes de trabajo realizado tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde las Comunidades Autónomas; así en Andalucía la puesta en marcha del PAI de ictus, el código ictus, y la reciente creación de las unidades de ictus en los hospitales han sido estrategias cuyo objetivo final es mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Recientemente han sido publicadas varias guías de práctica clínica que pretenden poner al día los conocimientos tanto en el diagnóstico (tanto del AIT como del ictus) así como su tratamiento en fase aguda, intrahospitalario, como en la fase extrahospitalaria que, fundamentalmente es responsabilidad del médico de AP

Objetivos

Objetivo principal: Conocer y actualizar el manejo integral del paciente con ictus, desde la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica y su tratamiento holístico a corto y largo plazo

Objetivos específicos:

- Repasar la correcta activación del código ictus en la atención prehospitalaria en el momento de la sospecha clínica
- Recordar las principales etiologías del ictus, y mostrar las diferencias respecto a su abordaje diagnóstico (isquémico, tromboembólico, criptogénico).
- Conocer la actuación inmediata en la fase aguda del ictus/AIT, intrahospitalaria, respecto a su abordaje diagnóstico y mediante pruebas de imagen para clasificar adecuadamente el mismo
- Conocer la actuación inmediata en la fase aguda del ictus/AIT, intrahospitalaria, acentuando la importancia de su tratamiento precoz mediante la fibrinólisis y/o trombectomía como método resolutivo del proceso isquémico
- Actualizar el manejo posthospitalario y a largo plazo del ictus respecto a su tratamiento farmacológico
- Transmitir la importancia del correcto manejo de los principales factores de riesgo vascular para disminuir la posibilidad de recidiva (HTA, lípidos, antiagregación)

Metodología docente: Participativa mediante la exposición de casos clínicos reales de pacientes, en diferentes situaciones clínicas, incentivando la participación de los docentes mediante preguntas ex-profeso sobre los casos clínicos y la actuación a seguir en cada caso

Contenido de la actividad: Teórico Práctica. Casos clínicos. Pregunta interactivas

Bibliografía o recursos:

- Kleindorfer et al. AHA/ASA GUIDELINE. 2021 Guideline for the Secondary Prevention of Ischemic Stroke. *Stroke*. 2021;52:e364–e467
- Gladstone et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. *Can J Neurol Sci*. 2021;18;1-23
- Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J*. 2021;6(1):I-LXII
- Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management NICE guideline Published: 1 May 2019 www.nice.org.uk/guidance/ng128
- CTUS. PAI. 2015. SSPA. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf
- PROTOCOLOS Protocolo de Neurología Vascular 2021 Hospital Virgen del Rocío y Virgen Macarena de Sevilla. Disponible en: <http://ictus-andalucia.com/protocolos/>
- Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico del ictus 2022. ICTUS ISQUÉMICO: prevención secundaria. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento, Subdirección de Farmacia y Prestaciones Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2022/Ictus_Definitivo_25-03-2022.pdf
- Simal P, Matías J, Hernández T, Aparicio J. Logros y retos en la atención del ictus en España. Desde la estrategia del Sistema Nacional de Salud al plan de acción europeo 2018-2030. Comité Institucional de la Estrategia en ICTUS del SNS. *Revista Española de Salud Pública* 2021;95(1): e1-e5

Ictus. Fragilidad y ejercicio terapéutico de moderada/alta intensidad.

> Dr. Panero Hidalgo, P.

> Sra. Alberto Maté, A.

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades cerebrovasculares suponen la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en varones en España. Además constituye la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia. Un 80 % de los casos de ictus se podrían prevenir actuando sobre factores de riesgo modificables. Por otra parte las secuelas suponen una importante problema tanto para el paciente que sufre una pérdida importante de su funcionalidad requiriendo a menudo personas a su alrededor para actividades básicas como no básicas de salud y por otra parte, supone una importante carga para el sistema sanitario debido a la importante necesidad de recursos para poder atender sus necesidades.

OBJETIVOS:

Se pretende por tanto dotar a los asistentes de los conocimientos básicos para poder realizar prevención primaria y secundaria de ICTUS a través de las intervenciones con más evidencia disponible en la actualidad así como conocer cómo abordar al paciente una vez sufrido el ictus para conseguir recuperar la máxima funcionalidad posible a través de fisioterapia.

METODOLOGÍA.

Se llevará a cabo esta actividad mediante exposición de la evidencia disponible en la actualidad para realizar prevención primaria y secundaria de ictus así como del tratamiento fisioterapéutico más adecuado, apoyándose en videos donde se mejore los conocimientos y las habilidades de los asistentes respecto a cómo mejorar su funcionalidad de nuestro paciente tras haber tenido un ictus

CONTENIDO:

El gran impacto económico, sanitario y social que esta enfermedad genera hace que muchos sean los estudios enfocados a minimizar sus secuelas, así como transmitir la importancia de disminuir los factores de riesgos, pues casi el 80% de los ictus serían evitables

Algunos factores demográficos como la edad, el sexo o el lugar de residencia influyen en la prevalencia y en la incidencia de ictus. En España, la prevalencia estimada de ictus en el año 2006 fue del 6,4% en población de 70 años o más, con diferencias significativas en función del sexo (7,3% en hombres y 5,6% en mujeres) y del territorio (8,7% en zonas urbanas y 3,8% en rurales).

Dos de cada 3 personas que sobreviven a un ictus, se quedan con secuelas, en muchos casos discapacitantes.

Es por ese motivo por lo que cabe destacar la importancia de disminuir el impacto que un ictus genera en la persona que lo sufre, de ahí a que todas las estrategias médicas vayan dirigidas hacia un diagnóstico precoz y hacia una labor indiscutible de prevención primaria y secundaria, con su correspondiente tratamiento y posterior rehabilitación que ayuden a las personas a aminorar las secuelas ocasionadas por esta enfermedad, otorgándoles herramientas que les hagan mejorar su calidad de vida frente a esta nueva situación.

La modalidad HIIT (High Intensity Interval Training) se presenta como una prometedora estrategia en la rehabilitación del Ictus, pues mejora significativamente la marcha, genera lazos terapéuticos más potentes y potencia los efectos de los factores neurotróficos del crecimiento. Un cambio de paradigma donde se están centrando la mayoría de estudios al respecto. Y es que la clave de poder empezar a usar esta modalidad comienza en saber qué pacientes son susceptibles de este tipo de entreno, así como la dosificación de sus programas.

BIBLIOGRAFÍA:

- O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*. 2016;388(10046):761-75, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2
- Christopher P. Mackay, Suzanne S. Kuys and Sandra G. Brauer. The Effect of Aerobic Exercise on Brain-Derived Neurotrophic Factor in People with Neurological disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hindawi Neural Plasticity* Volume 2017

- Crozier¹, M. Roig, J. J. Eng, M. MacKay-Lyons, J. Fung, M. Ploughman, D. M. Bailey, S. N. Sweet, N. Giacomantonio, A. Thiel, M. Trivino and A. Tang. High-Intensity Interval Training After Stroke: An Opportunity to Promote Functional Recovery, Cardiovascular Health, and Neuroplasticity. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2018, Vol. 32(6-7) 543-556
- Boyne P, Meyrose C, Westover J, Whitesel D, Hatter K, Reisman D, Carl D, Khoury J, Gerson M, Kissela B, Dunning K. Effects of exercise intensity on acute circulating molecular responses post-stroke. *Neurorehabilitation Neural Repair*. 2020 March ; 34(3): 222-234
- Boyne P, Scholl V, Doren S, et al. Locomotor training intensity after stroke: Effects of interval type and mode. *Top Stroke Rehabil*. 2020;27(7):483-493. doi:10.1080/10749357.2020.1728953
- Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKeivitt C, Wolfe CD. El impacto del ictus en Europa. Resumen. London: Stroke Alliance for Europe; 2017
- Sociedad Española de Neurología. El Atlas del ictus en Andalucía 2019. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe_ICTUS_Andalucia.pdf
- AHA Stroke Council Scientific Statement Oversight Committee Members. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 2021; 52: 364 - 467
- E.J. Palacio-Portilla et al. DOCUMENTO DE CONSENSO Dislipidemias y prevención del ictus: recomendaciones del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología* 37 (2022) 61-72

Actualización en el manejo del paciente con Enfermedad Renal Crónica.

- > Dra. Castillo Moraga, M.
- > Dr. Vallejo Carrión, F.

Introducción y objetivos; La Enfermedad renal crónica representa un importante problema de salud pública a nivel mundial afectando a más del 10% de la población en España. Se asocia a una elevada morbilidad así como al consumo de importantes recursos del sistema sanitario. Del mismo modo la Diabetes Mellitus tiene una gran prevalencia en la

sociedad occidental, representando actualmente la principal causa de Enfermedad Renal Terminal con necesidad de tratamiento renal sustitutivo (aproximadamente el 25% de los pacientes que inician diálisis en nuestro país la etiología de esta Insuficiencia Renal es la Diabetes Mellitus tipo II). Por este motivo el objetivo en el tratamiento en estos pacientes está encaminado a conseguir un adecuado control glucémico que permita la demora del deterioro de la función renal y hacer que estos pacientes lleguen a diálisis lo más tarde posible e incluso evitar la necesidad de la misma. En los últimos años se han desarrollado nuevos fármacos para el control glucémico en diabéticos que han demostrado además beneficios desde el punto de vista de morbilidad cardiovascular, mejora de la proteinuria y disminución en el ritmo de deterioro de la función renal, como son los i-SGLT2 y los agonistas GLP-1.

Asimismo, en la ERC es necesario el control de otros muchos factores que definen el espectro clínico de la Insuficiencia Renal (alteraciones endocrinas, anemia, metabolismo ácido-base, alteraciones electrolíticas....) y que están presentes en los pacientes que tienen como etiología de la Insuficiencia Renal la Diabetes Mellitus.

El objetivo de esta actividad por tanto es el conocimiento de estos aspectos relacionados con la Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Renal, saber identificar las posibles complicaciones y realizar una actualización de los nuevos fármacos en el tratamiento de estos pacientes.

Insuficiencia Cardíaca.

- > Dra. Condes Ros, M.
- > Dr. Turégano Yedro, M.

- Cómo realizar un correcto diagnóstico del paciente con IC: basándonos en la tríada (anamnesis, exploración física y electrocardiograma) seguido de otras pruebas que pueden ser necesarias, como la determinación de péptidos natriuréticos o el papel del ecocardiograma en el diagnóstico.
- Utilidad de los péptidos natriuréticos en el diagnóstico de IC: se revisa su indicación no solo para el diagnóstico, sino también para la exclusión, su pa-

pel en la estratificación del riesgo, su validez en el seguimiento, así como su nivel de evidencia según las últimas guías publicadas.

- Cómo clasificar la IC: se abordan las distintas formas de clasificar al paciente con IC, prestando especial atención a la FEVI de cara a valorar posibles alternativas terapéuticas.
- Aspectos a abordar en la visita del paciente con IC: se revisan los 5 aspectos claves a abordar en paciente con IC en la consulta de atención primaria: preguntas por sus actividades en el último año, explorar si hay síntomas precoces de IC, revisar si el paciente toma diurético, revisar ingresos previos o visitas a urgencias, y si es posible, monitorizar péptidos natriuréticos.
- Cómo realizar un correcto abordaje terapéutico de la IC: describir las numerosas alternativas terapéuticas, su grado de indicación, sus indicaciones, sus efectos secundarios y posteriormente abordarlo mediante un caso clínico.
- Optimización del tratamiento de la IC y pautas para hacerlo: se revisa la indicación de las distintas alternativas terapéuticas, así como la manera de titular correctamente los fármacos y a las dosis objetivo en función del tipo de paciente.

Diabetes Mellitus en la mujer.

- > Dra. Ortiz Puertas, T.
- > Dr. García de Lucas, M.
- > Dra. Jiménez Millán, A.

Introducción

La ciencia nos permite afirmar que la expresión de la enfermedad es diferente atendiendo al sexo y al género. Es distinta la manera de enfermar entre mujeres y hombres, la evolución de la enfermedad y la forma en la que actúan los medicamentos.

En relación con la Diabetes mellitus, atendiendo a los datos de la Federación Internacional de Diabetes, 200 millones de mujeres viven con esta enfermedad y la progresión continua. Se trata de la novena causa de muerte de mujeres en el mundo. El porcentaje de afectadas se incrementa con la edad, ascendiendo al 30% hasta los 75 años y al 41 % superada esa edad. En un 90% de los casos se trata de una DM tipo 2.

Las mujeres con DM2 presentan peor control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos o tradicionales pero además tienen otros factores de riesgo no clásicos vasculares, sociales y psicológicos, que agravan la DM y empeoran el pronóstico de las complicaciones.

En relación con las complicaciones macrovasculares de la DM2, la enfermedad cardiovascular es más prevalente en la mujer y la principal causa de mortalidad. Así mismo es más frecuente la insuficiencia cardíaca, el ictus isquémico fatal y no fatal y la arteriopatía periférica que es más precoz y extensa.

En relación con las complicaciones microvasculares, el sexo femenino se ha identificado como factor de riesgo independiente en la enfermedad renal crónica diabética. La neuropatía diabética está en el trasfondo de las hipoglucemias repetidas y de la disfunción sexual. No hay diferencias por sexos en cuanto a la retinopatía.

De todo lo expuesto, podemos concluir que en la mujer el perfil de desarrollo de la diabetes tipo 1 y tipo 2 y sus complicaciones es diferente al hombre. Por eso es importante visibilizar dichas diferencias y trabajar en las distintas áreas de mejora tanto en la investigación como en el tratamiento de esta enfermedad, lo que redundará en una mejor prevención y tratamiento de la diabetes.

Objetivos:

- Discriminar los rasgos propios de la mujer en la forma de presentación y tratamiento de la Diabetes Mellitus.
- Considerar los factores de riesgo vascular no clásicos prevalentes en la mujer como son el perfil hormonal, la diabetes gestacional, estudio de glucemia postgestacional, menarquia, menopausia, el ovario poliquístico, trastornos hipertensivos del embarazo, depresión.
- Desarrollo de programas específicos en los centros de salud y especializada para mantener un adecuado estilo de vida dada la mayor prevalencia del sobrepeso, obesidad y sedentarismo.

Metodología docente

Contenido de la actividad

Presentación con diapositivas

Detalle de los 6 artículos más importantes del año 21

Descripción del Grupo de Diabetes y Mujer de Cádiz y Málaga.

Bibliografía

- María Sandín, Albert Espelt, Antonio Escolar-Pujolar, Larraitz Arriola e Isabel Larrañaga, *Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia*. *Av Diabetol*. 2011;27(3):78-87.
- Woodward M, Peters SA, Huxley RR. *Diabetes and the female disadvantage*. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(6):833-839. doi:10.2217/whe.15.67
- García de Lucas MD, Jiménez Millán AI. *Woman and diabetes mellitus*. *Mujer y diabetes mellitus*. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(12):606-608. doi:10.1016/j.medcli.2021.01.008
- Suresh N, Thankappan KR. *Gender differences and barriers women face in relation to accessing type 2 diabetes care: A systematic review*. *Indian J Public Health*. 2019;63:65-72.

Actualización en métodos anticonceptivos en Atención Primaria.

- > Dra. Blasco Martínez, M.
- > Dra. Alonso Llamazares, M.

INTRODUCCIÓN:

Consideramos que la actualización en anticoncepción siempre es necesaria ya que la evidencia científica va haciendo que se modifiquen los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes métodos anticonceptivos.

El largo periodo de vida fértil de las mujeres que acuden a las consultas de atención primaria hace que sea de vital importancia tener una buena formación para poder atender estas necesidades, que si no se hiciera de forma idónea podría acarrearle situaciones como embarazos no planificados, problemas en sus relaciones familiares, del ámbito laboral, ...

OBJETIVOS:

1. Generales:
 - Actualizar nuestros conocimientos en el uso de métodos anticonceptivos.
2. Específicos:
 - Conocer la situación de los embarazos no planificados.

- Describir las características que harían a un método anticonceptivo "ideal".
- Presentar y discutir el Consejo anticonceptivo en diferentes situaciones que son habituales en nuestras consultas.

METODOLOGÍA DOCENTE:

Exposición de una serie de datos sobre la situación de los embarazos no planificados en nuestro país, así como datos de uso de métodos anticonceptivos.

Taller interactivo con la presentación de 4 casos clínicos de anticoncepción en diferentes situaciones de la vida de la mujer.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD:

- Presentación Proyecto en tus manos.
- Presentación Movimiento 0 embarazos no planificados.
- Desarrollo y puesta en común de casos clínicos
- Conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS:

- *Protocolos de anticoncepción de la Sociedad Española de Contracepción*. 2020.
- *Criterios Médicos de elegibilidad de la OMS*. 2015.
- *Guía de práctica clínica Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria*. SAMFYC-SAC-SEMERGEN.
- *Guía de práctica clínica Consumo y Bienestar Social*. 2019.

MESAS

Nuevo escenario en Diabetes.

- > Dr. Aguirre Rodríguez, J.
- > Dr. Hormigo Pozo, A.
- > Dr. Mancera Romero, J.
- > Dr. Isidro Donate, F.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica muy prevalente y que, por desgracia, en muchas ocasiones produce complicaciones. Es fundamental un abordaje integral de los pacientes con esta patología para evitar la aparición de complicaciones, o por lo menos retrasarlas.

La pandemia COVID-19 ha hecho que el seguimiento de los pacientes con patologías crónicas, y especialmente a las personas con diabetes, haya sufrido un importante menoscabo.

Durante la mesa abordaremos qué ha representado la pandemia en el seguimiento de los pacientes con diabetes. Aportaremos datos internacionales, nacionales y locales que nos harán entender la actual situación.

Plantaremos diferentes estrategias para reconectar con estos pacientes y expondremos algunas experiencias que se han demostrado efectivas.

Abordaremos el tratamiento farmacológico de diferentes situaciones clínicas que aparecen en la reciente Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria al Día de Diabetes Mellitus tipo 2 del Servicio Andaluz de Salud y en la que participado Semergen Andalucía. En ella, y basada en la mejor evidencia disponible, se contemplan la mayoría de situaciones a las que puede enfrentarse el médico de familia.

La intervención sobre los estilos de vida se ha demostrado de utilidad en el tratamiento de la diabetes tipo 2. En este contexto hablaremos ampliamente de la importancia del ejercicio físico en el tratamiento de la diabetes, y específicamente de la dosis mínima física eficaz y adherente para prevenir la sarcopenia en las personas mayores con diabetes.

Gripe y Neumococo: a quién vacunar, cómo y por qué.

- > Dra. Alfaro Greciano, R.
- > Dra. Redondo Margüello, E.
- > Dr. Ocaña Rodríguez, D.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes crónicos son un colectivo fundamental en la consulta de Medicina de Familia. Uno de los trabajos más importante del Médico de Familia es hacer que nuestros pacientes crónicos no sufran complicaciones. Las enfermedades infecciosas son una causa importante de morbilidad y mortalidad en adultos y debemos conocer herramientas a nuestro alcance para prevenirlas, como las vacunas.

OBJETIVOS

Concienciar a los Médicos de Familia de la importancia de la vacunación frente a las enfermedades infecciosas más prevalentes y formar en el uso de las vacunas. Explicar las vacunas incluidas en el Calendario Vacunal de Andalucía.

METODOLOGÍA DOCENTE

Debate y presentación power point

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD

Vacunas recomendadas en enfermos crónicos en enfermedades infecciosas inmunoprevenibles. Hablaremos de la enfermedad neumocócica, la gripe, la tos ferina y el herpes zóster y el covid y las vacunas disponibles para su prevención. Asimismo, hablaremos del Calendario vacunal en Andalucía, vacunas incluidas y pautas.

SEMINARIO

Ansiedad.

> Dr. Atienza Martín, F.

La ansiedad patológica se produce, tras la evaluación de una amenaza real o imaginaria percibida, por una incapacidad a afrontar dicha amenaza.

Esta evaluación cognitiva distorsionada suele deberse a unos “moldes cognitivos” distorsionados que se forman en el individuo por influencia de su temperamento (genético) y las influencias de su entorno y el aprendizaje (ambiente). Estas distorsiones cognitivas dan lugar a los dos elementos clave en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad: la fusión cognitiva que hace que se asuma que lo que se siente es la realidad y las conductas de evitación.

Siguiendo la guía NICE, en el manejo de los trastornos de ansiedad de manera escalonada, se puede utilizar, en un primer escalón, autoayuda individual o guiada o grupos socio educativos. En escalones superiores se debe utilizar psicoterapia cognitivo conductual reglada y, en algunos casos fármacos. Los fármacos recomendados son los ansiolíticos que tienen una eficacia limitada y no se deben emplear más de 4 semanas por sus efectos de dependencia y tolerancia y, a largo plazo, de deterioro cognitivo, fracturas de cadera por caídas, accidentes de tráfico o neumonías. También, de manera más prolongada, se pueden utilizar antidepresivos ISRS que también tienen efectos adversos, especialmente en el área sexual.

Tradicionalmente también se ha empleado fitoterapia (pasiflora, valeriana, tila...) que tienen escasos efectos adversos pero una eficacia limitada y, además, tienen una escasa evidencia científica que respalde su uso.

El sillexan es un aceite esencial de lavanda, dosificado en 80 mg que posee evidencias de eficacia clínica de ensayos clínicos controlados frente a paroxetina o Lorazepam lo que le convierte en una alternativa en pacientes con trastornos de ansiedad.

SIMPOSIO

Novedades arGLP1: cambiando el abordaje y el pronóstico del paciente con Diabetes Mellitus 2.

> Dr. Fernández Ruiz, J.

> Dra. Ortiz Puertas, T.

> Dr. Escribano Serrano, J.

En el simposio de arGLP1 visualizaremos el nuevo enfoque y la evolución de una enfermedad tan prevalente como la Diabetes Mellitus tipo II.

Trataremos los nuevos algoritmos de tratamiento de las principales Sociedades Científica, de la Diabetes.O

Hablaremos de semaglutida oral, el único arGLP1 que se administra de forma oral, como tratamiento innovador, su posología gradual, su forma de administración, interacciones, así como los ensayos clínicos realizados hasta el momento, los PIONEER.

Queremos compartir con los compañeros, los nuevos avances y horizontes en el tratamiento de la Diabetes. Mostrar que una actuación temprana con un enfoque multicéntrico nos va a llevar a un mejor control del paciente diabético, aumentando su calidad de vida y disminuyendo sus complicaciones.

AULA

Urgencias

- > Dr. Giraldo Abadín, F.
- > Dr. Gallego Montiel, A.
- > Dr. Romero Morales, F.
- > Dr. Pérez Pérez, F.
- > Dra. Sánchez González, M.
- > Dr. Morocho Malho, P.

Esta formación tratará de aportar los conocimientos y destrezas para poder realizar una primera atención cualificada de la parada cardiorrespiratoria (PCR), arritmias cardíacas y traumatismos graves.

Con la estructura de estaciones de urgencias simultáneas, por las que rotarán todos los alumnos, se realizarán talleres eminentemente prácticos de técnicas de: aislamiento de la vía aérea, manejo de arritmias cardíacas y movilización en inmovilización de pacientes politraumatizados.

Los alumnos al finalizar la formación deben ser capaces de:

1. Identificar una PCR.
2. Conocer y aplicar los fundamentos básicos y avanzados de la resucitación cardio-pulmonar (RCP).
3. Realizar la intubación orotraqueal (IOT)
4. Conocer las alternativas a la intubación endotraqueal (mascarilla laríngea)
5. Identificar y tratar las arritmias graves.
6. Aprender técnicas de movilización e inmovilización en politraumatizados (PLT).

INTRODUCCIÓN:

- La patología traumática es un grave problema de salud pública en todo el mundo, que provoca casi 14.000 muertes diarias, estando entre las cinco causas principales de muerte.
- El Instituto Nacional de Estadísticas incluye a las muertes de causa traumática en las denominadas "Muertes por causas externas" que supuso en 2020 un total de 16.078 muertes del total de muertes de ese año, un descenso del 0,4% con respecto al 2019. Es la primera causa de muerte

en las edades de 15 a 39 años y la segunda en las edades 1 a 14 años.

- Pero la enfermedad traumática no sólo genera muertes si no una alta comorbilidad asociada a secuelas permanentes invalidantes como pueden ser las relacionadas con las lesiones espinales y medulares. Así podríamos destacar a los accidentes de tráfico como la causa del 90% de las lesiones medulares traumáticas, sobre todo a nivel cervical. El manejo del paciente con trauma grave incluye mantener constantemente un alto nivel de alerta ante la posibilidad de que existan lesiones espinales y medulares.
- Actualmente se prefiere el término Restricción de Movimientos Espinales (RME) para definir las técnicas y dispositivos utilizados para minimizar el movimiento de la columna vertebral y tratar de prevenir lesiones espinales o medulares.

OBJETIVOS:

Conocer y manejar las distintas técnicas y materiales para la restricción de los movimientos espinales y posterior movilización de accidentados, obteniendo así, un mejor transporte sanitario y una adecuada transferencia al hospital de referencia.

METODOLOGÍA DOCENTE:

Se empleará una metodología demostrativa práctica integrando a los alumnos como accidentado y equipo asistencial, mostrando técnicas de movilización y de restricción de la movilidad espinal, prestando especial atención a los elementos críticos en cada maniobra.

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD:

- Técnicas y dispositivos de RME: Collarín cervical; RM espinal cervical; férulas neumáticas; férulas de vacío; férulas de tracción; colchón de vacío; inmovilización tetracameral; body espinal; tabla larga.
- Técnicas de movilización en bloque: Camilla tijeras; Maniobra de Routek; Retirada de casco.

BIBLIOGRAFÍA O RECURSOS:

- *ATENCIÓN al trauma grave: proceso asistencial integrado /Guerrero López, Francisco (coordinador)...et al.]. -- 2ª ed. -- [Sevilla]: Consejería de Salud y Familias, 2020. Texto electrónico (pdf), 128 p. ISBN 978-84-120550-4-7 1. Consejería de Salud y Familias.*

WF 700 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_ATG.pdf

- Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de defunciones según la causa de la muerte. Últimos datos 2020. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDato&idp=1254735573175.
- John Campbell Antonio Requena López. Traumatismo raquímedular. I.T.L.S. International Trauma Life Support para proveedores de los servicios de emergencias médicas. Editorial Paramericana. Edición 3ª. 2019. (193-217).
- Ronald M. Stewart, MD, FACS. Columna vertebral y trauma de la médula espinal. Michael F. Rotondo, MD, FACS. Advance Trauma Life Support. 10ª edición. Libélula Medicine Group. 2018. (128-146).
- Steven C. Ludwig, MD et al. Capítulo 9. Trauma vertebral. Spanish PHTLS9e. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. Novena edición. Burlington, MA 01803. Jones-Bartlett Learning. 2020. (293-344).

Cirugía Menor

- > Dr. Baca Osorio, A.
- > Dr. Ginel Mendoza, L.
- > Dr. Sánchez Aranda, C.

En los últimos años existe un intento por parte de la Administración, pero también motivado por el deseo de los profesionales de Atención Primaria de prestar una atención más integral a los usuarios, de crear equipos con interés especial por el desarrollo de la cirugía menor en Atención Primaria, como de hecho ya está ocurriendo en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) donde ya está siendo incluido en el Contrato Programa de algunos Centros de Salud.

El presente Taller tiene como objetivo el facilitar a los médicos de Atención Primaria los conocimientos teórico-prácticos básicos y las habilidades mínimas para iniciarse en la práctica de técnicas de cirugía menor, lo que les permitirá efectuar suturas tanto en el plano cutáneo como en el plano subcutáneo tras una correcta valoración de las heridas, conocimiento de las zonas anatómicas de riesgo y de las técnicas de anestesia.

El programa teórico constará de unas breves pinceladas sobre el diagnóstico de las lesiones cutáneas,

principalmente benignas, susceptibles de tratamiento con técnicas de cirugía menor en Atención Primaria. Así, por ejemplo, se estudiarán en este apartado los quistes dermoides, los fibromas blandos, la queratosis actínica y seborreica, las verrugas vulgares, los nevus y los queloides. Dentro de este mismo apartado, se hablará de una patología bastante frecuente y fácil de resolver en este nivel asistencial, como es la patología ungueal, y a nivel de Urgencias, el tratamiento de heridas y abscesos.

Es esencial que el médico de Atención Primaria que va a realizar cirugía menor, tenga conocimiento del instrumental básico a manejar, así como del material de sutura (tipos de hilo, calibre, agujas...etc). Un capítulo aparte merece la anestesia local, como uno de los pilares de la cirugía menor. Se estudiarán los anestésicos locales más frecuentes, así como sus presentaciones farmacológicas, dosis tóxicas y técnicas de aplicación.

Por último, y enlazando ya con el programa práctico, que será, como no puede ser de otra forma, al que dediquemos la mayor parte del tiempo, aplicaremos sobre modelo tisular las principales técnicas de sutura, así como de realizar nudos y las soluciones a pequeños problemas (heridas anfractuadas, irregulares, orejas de perro, tensión...etc).

Iniciación a la Ecografía abdominal

- > Dra. Segura Grau, A.
- > Dr. Martín Enguix, D.
- > Dr. Briones Barreiro, M.

La importancia de la ecografía en cualquier especialidad médica es actualmente indiscutible. En los últimos años se está implantando en atención primaria otorgando a la especialidad una herramienta fundamental para mejorar la asistencia a los pacientes. Para un médico de atención primaria, la incorporación de la ecografía a su actividad diaria supone un complemento perfecto a la anamnesis y la exploración física y también permite avanzar en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Además, en el ámbito de la medicina rural puede, en muchos casos, evitar desplazamientos innecesarios, orientar mejor al paciente y mejorar la capacidad resolutoria del mé-

dico. Es por esto por lo que la formación en esta técnica es imprescindible para hacer un adecuado uso de la misma, conocer sus indicaciones, su utilidad en las distintas patologías y, en el caso del taller que se va a impartir en el congreso de Semergen Andalucía, obtener algunas habilidades necesarias para realizar una ecografía abdominal básica.

RESULTADOS DE TRABAJOS ORIGINALES

MÉDICO DE FAMILIA

644/32. USO SEGURO Y EFECTIVO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CRÓNICOS MAYORES

Autores:

Carmona Rivas, A.¹, Rodríguez López, M.², Vinuesa Acosta, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peligros. Peligros. Granada, (2) Enfermera. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (3) Médico de Familia. UGC Peligros. Distrito de Granada Metropolitano. Granada.

Objetivos

El uso correcto de los medicamentos es uno de los objetivos prioritarios del médico de atención primaria por las repercusiones sanitarias y económicas que conlleva. El objetivo de este trabajo es analizar la idoneidad de la prescripción farmacéutica realizada a pacientes de 65 años o más e identificar los errores de prescripción más frecuentes.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal realizado en un centro de salud del distrito metropolitano de Granada. Se incluyeron 471 pacientes de 65 años o más de una muestra seleccionada. El tamaño muestral se calculó para una precisión 3,5%-5% y nivel de confianza 95%. Las variables de medida fueron los criterios STOPP/START. Se calculó media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias relativas para cualitativas.

Resultados

Los criterios STOPP más frecuentes fueron: duplicidad de medicamentos (9,76% IC95% 7,40-12,78), uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga (7,22% IC95% 5,21-9,92) y utilización de ácido acetilsalicílico en pacientes sin necesidad de prevención cardiovascular secundaria (7% IC95% 5,03- 9,68). Los criterios START más frecuentes fueron: omisión de antiagregantes y es-

tatinas en diabetes coexistiendo uno o más factores de riesgo (9,34% IC95% 7,03-12,31 y 4,46% IC95% 2,93-6,72), calcio y vitamina D en osteoporosis (5,31% IC95% 3,61- 7,72) y metformina en diabetes tipo 2 ± síndrome metabólico (4,46% IC95% 2,93- 6,72).

Conclusiones

La prescripción inadecuada más importante se presenta con tratamientos prescritos que se deberían suspender o modificar. Las duplicidades fueron la causa más frecuente de prescripción inadecuada, siendo los fármacos implicados más frecuentemente las benzodiazepinas, los antiinflamatorios no esteroideos y los principios que se duplican al estar prescritos en asociaciones de fármacos. La segunda causa de inadecuación más prevalente fue la prescripción de benzodiazepinas de vida media larga. El ácido acetilsalicílico fue la tercera causa más frecuente, tanto por sobreutilización como por omisión.

644/33. DOCTOR, ¿ME FALTA VITAMINA D?

Autores:

Carmona Rivas, A.¹, Rodríguez López, M.², Vinuesa Acosta, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peligros. Peligros. Granada, (2) Enfermera. Centro de Salud Mirasierra. Granada, (3) Médico de Familia. UGC Peligros. Distrito de Granada Metropolitano. Granada.

Objetivos

En los últimos años se ha producido un creciente interés por la vitamina D, con notable incremento en el número de determinaciones en todo el mundo. Sin embargo, en el momento actual hay controversia acerca de si realmente son necesarias estas determinaciones y acerca de cuál es el punto de corte para definir deficiencia de vitamina D. Con este estudio se pretende evaluar la adecuada prescripción de vitamina D en un centro de salud del área metropolitana de Granada, la indicación y el cribado de este problema de salud.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Centro de salud. Pacientes mayores de 14 años con prescripción de vitamina D. Variable principal fue la adecuación terapéutica con compuestos de vitamina D (se consideró adecuación cuando había indicación clínica de tratamiento y niveles séricos de vitamina D < 20 ng/ml). Se recogieron otras variables clínicas. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y asociación. Se consideró un nivel de significación < 0,05.

Resultados

Cuatrocientos treinta pacientes, 346 mujeres (80,5%, IC-95% = 77-84). Registro de valores de vitamina D en 216 (50,2%, IC-95% = 45-55). Indicaciones para realizar cribado/tratamiento en 219 pacientes (50,9%, IC-95% = 46-56), de los que en 150 (68,5%, IC-95% = 62-75) constaban valores de vitamina D, media (\pm DE) de 21,22 \pm 12 ng/ml, criterios de deficiencia en 86 (57,3%, IC-95% = 51-64), insuficiencia en 37 (24,7%, IC-95% = 19-30) y suficiencia en 27 (18%, IC-95% = 13-23). En 86 pacientes (20%, IC-95% = 16-24) había adecuación de tratamiento (indicación de tratamiento sumado a un déficit de vitamina D), sin diferencias entre sexos.

Conclusiones

Solo uno de cada cinco de los pacientes tratados con vitamina D tenían una buena adecuación terapéutica (indicación para tratamiento junto con un déficit de vitamina D). Había más mujeres con tratamiento. Poco más de la mitad presentaron indicación para cribado analítico de valores serológicos de vitamina D y/o para iniciar tratamiento con fármacos con compuestos de vitamina D. La mitad de los pacientes tenían registro de vitamina D.

644/60. ANALISIS DE LA TELECONSULTA EN DOS CENTROS DE SALUD DE UN DISTRITO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:

León Dugo, A.¹, Castro Martín, E.², Lázaro Mármol, J.³, Gascón Jiménez, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba,* (3) *Enfermero. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba,* (4) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba*

Objetivos

Analizar los resultados de teleconsulta (Tc) en 2 centros de salud del Distrito.

Metodología

A partir del módulo estadístico de la aplicación de Tc, se obtuvieron datos de este estudio observacional descriptivo de casos derivados entre septiembre 2021 y marzo 2022.

Resultados

Se realizaron 1,190 derivaciones a Tc entre las 2 unidades, que se desglosaron en 627 el centro 1 y 563 el centro 2.

El tiempo medio de respuesta fue 4 días y 21 horas con rango de 20 segundos a 153 días, destacó dermatología con un rango de 20 segundos a 10 h 30 minutos.

El 46,47 % se derivaron a dermatología y el 53,53 % al resto de especialidades con un 10,04 % aparato digestivo, 9,19 % aparato locomotor, 7,35 % neumología, 6,01 % nefrología, 5,68 % medicina interna, 4,65 % endocrinología, 4,34 % oftalmología, 4,17 % cardiología y 4,10 % urología.

El 49,33 % se resolvieron siendo dadas de alta por el especialista.

El 50,67 % se derivaron a consulta para completar estudio.

En cuanto a los diagnósticos, el más habitual en cada una de las especialidades fue el de queratosis seborreica en dermatología, adenomas de colon y enfermedad por reflujo gastroesofágico en aparato digestivo, gonartrosis y raquialgias en aparato locomotor, apnea del sueño en neumología, enfermedad renal crónica en nefrología, disnea post Covid en medicina

interna, hipotiroidismo en endocrinología, lesiones de párpado en oftalmología, disnea sugestiva de origen cardiogénico en cardiología y aumento de antígeno específico prostático en urología.

La distribución por centros de salud es similar al reflejado para el conjunto de las dos.

Conclusiones

El programa de Tc se ha implementado de forma eficiente como alternativa a las derivaciones tradicionales a especialidades hospitalarias.

Es accesible a profesionales y pacientes, evitando desplazamientos innecesarios, obteniendo respuestas rápidas a las consultas.

La demora para ser atendidos en consulta disminuye al descender el número de derivaciones desde atención primaria, fundamentalmente en dermatología.

644/110. ¿SON FRÁGILES NUESTROS PACIENTES? ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Autores:

Ruiz Andrés, C.¹, Pedrosa Arias, M.², Dabán López, B.³, López López, A.⁴, Escudero Sanchez, C.⁵, Rojas García, E.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bélmez de la Moraleda. Bélmez de la Moraleda. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Granada, (5) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cádiz. Granada

Objetivos

Conocer el grado de dependencia/fragilidad mediante un modelo multidimensional que integra dimensión afectiva, cognitiva, funcional, nutricional y pruebas objetivas de movilidad física, resistencia y equilibrio.

Estudiar la potencial relación entre el grado de dependencia/fragilidad y el perfil de comorbilidad, polimedicación, socio-demográfico y apoyo social de los mayores.

Evaluar la validez de contenido del modelo de valoración de fragilidad mediante análisis factorial de componentes principales identificando un indicador sintético de fragilidad

Metodología

Diseño descriptivo transversal. Se estudió a mayores de 75 años no institucionalizados adscritos a una consulta de un centro de salud de Atención primaria(n=101).

Se valoró la edad, el sexo, polimedicación, comorbilidad, IMC y vivir solo. La valoración se realizó mediante índice de Barthel, Lawton, escala de Yesavage, T. Pfeiffer, Mini Nutricional test (MNA). Las pruebas utilizadas fueron: test de "levántate y anda" y el SPPB (Short Physical Performance Battery). La estrategia de análisis fue descriptiva, analítica bivalente y multivalente

Resultados

De los 101 pacientes 59% eran mujeres y 41% varones. La media de edad fue 83 años. Viven solos un 33% de los pacientes. El 67% es polimedicado y el 81% presenta comorbilidad, el 38% malnutrición/riesgo, el 27% déficit cognitivo, el 47% ánimo depresivo, el 43% alguna/total dependencia AVD.

La nutrición (MNA) y el índice de Barthel presentan correlación positiva (0,69) con la independencia y el menor deterioro cognitivo. El test levántate y anda presenta una correlación positiva con Yesavage. (0,48). Se han observado correlaciones positivas entre Barthel, MNA Lawton (0,84) y SSPB (0,79) en relación a la independencia y el equilibrio. La asociación nutrición y sexo o deterioro cognitivo y sexo no ha sido encontrada. Sin embargo, hay una asociación positiva entre vivir solo y mejores resultados en el índice de Barthel, SSPB, MNA. A mayor polimedicación, mayores problemas cognitivos (Pfeiffer 0,48) y mayor depresión (Yesavage 0,01)

Conclusiones

La fragilidad en los mayores se observa debida a la polifarmacia, la comorbilidad, nutrición y deterioro

cognitivo. Este trabajo llama la atención sobre un subgrupo de mayores especialmente vulnerables con una alta prevalencia de polifarmacia. Así pues, se determina mayor fragilidad en mujeres, polimedicados, pacientes con comorbilidades y menor fragilidad en aquellos pacientes que viven solos.

644/182. ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICA (EHGNA) EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Atienza Martín, F.¹, García Rey, S.², Roque Cuéllar, M.², Ruíz Granado, D.³, Asensio Sánchez, C.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla, (4) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Porvenir. Sevilla

Objetivos

Analizar la prevalencia de EHGNA en personas con diabetes tipo 2 atendidos en atención primaria.

Metodología

Captación oportunista de los integrantes de la muestra. Tamaño muestral para un límite de confianza del 5% y una frecuencia esperada de 15%: 119 sujetos.

Tras firma de consentimiento informado de los sujetos se realiza elastografía transitoria controlada por vibración (fibroscan) para evaluar esteatosis mediante el parámetro de atenuación controlada (CAP) y fibrosis en kilopascalaes (Kp) y se determina índice de masa corporal (IMC) y hemoglobina glicada (HbA1c)

Resultados

120 sujetos, 46,7% mujeres con edad media de 56,1 años, IMC promedio de 39,4 y HbA1c promedio de 7.

El 80% de los sujetos presentaron esteatosis, que fue de grado intenso en el 57,5%.

El 34,2% presentaron fibrosis, que fue intensa en el 10% del total de los sujetos.

La HbA1c fue significativamente menor en las mujeres que en los hombres ($p=0,018$, D DE Cohen: 1,3).

No hubo diferencias significativas en la presencia de fibrosis ni de esteatosis en relación a la edad, el sexo, el IMC o la HbA1c.

Conclusiones

La EHGNA es una complicación crónica de la diabetes tipo 2 muy frecuente y con un potencial evolutivo a hepatopatía grave.

Parece necesario incrementar los esfuerzos para detectar esta complicación en las personas con diabetes tipo 2.

La elastografía transitoria controlada por vibración es una técnica de fácil aplicación e interpretación y habría que evaluar el coste/efectividad de su aplicación en atención primaria.

644/210. EVOLUCION DE LA LETALIDAD POR SARS-COV2 SEGUN LA VARIANTE PREDOMINANTE EN LA PROVINCIA DE CORDOBA

Autores:

Viana Miranda, F.¹, Viana Miranda, M.², Fernández Rojas, D.², Hueso Heredia, A.², Iborra Ronco, B.², Rodríguez Torronteras, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Investigador. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba, (2) Investigadora. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba

Objetivos

Analizar la evolución de la letalidad en función de la edad, el sexo y la variante SARS-CoV-2, en la provincia de Córdoba.

Metodología

Analizamos los datos de los casos de Covid19 registrados en RedAlerta desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de abril de 2022. Utilizamos las variables

Edad, Sexo, Fecha de declaración del Caso y Fallecimiento (Sí/No). La secuenciación de los casos nos permite establecer periodos de predominio del virus: Inicial, Variante Alfa, Variante Delta y Omicron. Modelizamos la letalidad (Defunciones / Infectados, en porcentaje) como variable dependiente, la edad, sexo y Periodo de Variante como variables independientes, mediante regresión de Poisson. Utilizamos el software R (R Core Team (2022)).

Resultados

El periodo Inicial abarcó desde 8/03/2020 a 5/01/2021. El periodo Alfa desde 6/01/2021 a 5/07/2021. El periodo Delta desde 6/07/2021 a 21/12/2021. El periodo Omicron desde 22/12/2021 a 30/04/2022. La letalidad global ha sido de 0,98 %. Respecto del primer periodo, la variante Alfa supuso una reducción de la letalidad del 16 % (Coeficiente periodo Alfa = -0,15, $p < 0,001$). En el periodo Delta cayó a la mitad (Coeficiente periodo Delta = -0,78, $p < 0,001$) y en el periodo Omicron cayó al 25% de la inicial (Coeficiente periodo Omicron = -1,55, $p < 0,001$). La letalidad en las mujeres es la mitad que en los hombres (Coeficiente Sexo = -0,67, $p < 0,001$). La letalidad es prácticamente 0 hasta los 60 años. Alcanza el máximo en los mayores de 90 años (27,1 % Periodo inicial, 20,7 % en periodo Alfa, 18,5 % en periodo Delta, 4,6 % en Periodo Omicron).

Conclusiones

La letalidad en nuestra provincia es similar a la registrada en nuestro país. La edad es factor determinante de la misma. Las diferentes variantes han estado asociadas a sucesivas disminuciones de la letalidad, siendo especialmente importante en el periodo Omicron. Con respecto al factor sociodemográfico el componente de letalidad en la infección por covid-19, en la variante referente al sexo de los infectados, ha resultado ser el doble de letal en hombres, frente al registro de fallecimientos de sexo femenino.

MÉDICO RESIDENTE

644/2. EVOLUCIÓN DEL PESO, HBA1C Y C-LDL EN UNA COHORTE DE PERSONAS CON DIABETES SEGUIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Autores:

Abril Rubio, A.¹, Arjona González, P.¹, Salmerón Portela, P.², Bermejo Cotillo, P.², Castillo Fernández, N.¹, Paniagua Gómez, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Nuestro objetivo fue analizar la evolución del peso y de la hemoglobina A1c en una cohorte de personas con diabetes seguidas en un centro de salud durante el estado de pandemia COVID-19.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes diabetes seguidos durante los años 2019, 2020 y 2021 (año previo y dos años de pandemia). Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 2663. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 216 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Centro de salud urbano. Variables: demográficas, peso, hemoglobina A1c y c-LDL. Medidas de frecuencia y de comparación de medias. Se consideró un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 216 pacientes. Varones 113 (52%, IC95%: 45-58). Media de edad de 68±13 años

(más en mujeres 71 vs 66, $p=0,014$). Duración media de 12 ± 7 años. El peso estaba registrado en 2019 en 108 pacientes (media $81,4\pm 21$ kg), en 2020 en 56 ($82,8\pm 18$ kg) y 53 en 2021 ($81,1\pm 18$ kg). En 17 pacientes el peso constaba en los tres años y pasó de 91 ± 3 a $87,57\pm 22$ (reducción de 2,43 kg). La A1c estaba registrada en 2019 en 168 personas (media $7,15\pm 1,1\%$), en 2020 en 148 ($7,15\pm 1,2\%$) y 106 en 2021 ($7,36\pm 1,5\%$). En 63 pacientes la A1c constaba en los tres años y pasó de $7,1\pm 1\%$ a $7,28\pm 1,4\%$ (aumento de 0,18%). El cLDL estaba registrado en 2019 en 171 pacientes (media $90,5\pm 33$ mg/dl), en 2020 en 152 ($91,1\pm 30$ mg/dl) y 115 en 2021 ($88,8\pm 31$ mg/dl). En 80 pacientes el cLDL constaba en los tres años y pasó de $92,29\pm 35$ mg/dl a $87,46\pm 31$ mg/dl (disminución de 4,83 mg/dl). En ninguna de las variables las diferencias antes y durante la pandemia fueron estadísticamente significativas

Conclusiones

Durante la pandemia descendieron los registros de las variables analizadas. No hubo diferencias significativas en los valores antes y durante la pandemia.

644/51. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 POR PERSONAS CON DIABETES SEGUIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Abril Rubio, A.¹, Arjona González, P.¹, Salmerón Portela, P.², Castillo Fernández, N.¹, Sanuy Perdriz, I.³, Sanz Ortega, T.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga

Objetivos

Nuestro objetivo fue analizar la influencia del estado de pandemia COVID-19 en la utilización de los servicios sanitarios por personas con diabetes seguídas en un centro de salud.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes con diabetes en los años 2019, 2020 y 2021 (año previo y dos años de pandemia). Datos recogidos de la historia clínica digital. Población de 2.663. Se calculó un tamaño muestral (nivel de confianza del 95%, precisión 3%, proporción 0,5, nivel de pérdidas del 15%) de 216 pacientes. Muestreo aleatorio sistemático. Centro de salud urbano. Variables: demográficas, número de visitas anuales al médico de familia (MF) y a la enfermera (presenciales y telefónicas) y a los servicios de urgencia. Medidas de frecuencia y de comparación de medias. Se consideró un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Los análisis se ejecutaron en el paquete SSPB-20. Estudio aprobado por el CEI provincial.

Resultados

Se obtuvieron datos de 216 pacientes. Varones 113 (52%, IC95%: 45-58). Media de edad 68 ± 13 años (más en mujeres 71 vs 66, $p=0,014$). Visitas MF. En el año 2019, 208 pacientes (96%, IC95%: 92-98) media visitas $6,16\pm 4$. En 2020, 202 (93%, IC95%: 89-96) media $6,29\pm 5$ y en 2021, 208 (96%, IC95%: 92-98) media $6,23$. Las mujeres tuvieron más visitas que los varones en 2019 (7 vs 5,39, $p=0,006$) y 2020 (7 vs 5,59, $p=0,037$). Visitas enfermera. En 2019 fueron vistos 108 (50%, IC95%: 43-56), media visitas $1,9\pm 4$. En 2020, 81 (37%, IC95%: 31-44) media $1,73\pm 4$ y en 2021, 76 (35%, IC95%: 29-41) media $1,2\pm 3$. Visitas urgencia. En 2019 fueron 88 (41%, IC95%: 34-4) media de $0,87\pm 1,4$. En 2020, 69 (32%, IC95%: 26-38), media $0,88\pm 1,4$ y en 2021, 72 (33%, IC95%: 27-39) media $0,61\pm 1$.

Conclusiones

Antes y durante la pandemia los MF visitaron a la mayoría de los pacientes. La media de visitas fue similar en los tres años. Las visitas de las enfermeras se

redujeron durante la pandemia. Discreta disminución en la utilización de las urgencias.

644/133. CONSECUENCIAS DE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES Y DISLIPEMIA DE ALTO RIESGO

Autores:

Eliche Mozas, M.¹, Cubillas Quero, A.², Cruz Romero, L.¹, Díaz Caler, A.³, Huertas Escribano, M.⁴, Martínez Perona, E.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Madrid. Andújar. Jaén, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén

Objetivos

Analizar si la asociación de dislipemia de alto (DAR) (LDL-c máximo histórico ≥ 190 mg/dL sin causa secundaria) y diabetes, se asocia con mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV).

Metodología

Estudio retrospectivo y observacional en 153 pacientes con LDL-c máximo histórico ≥ 190 mg/dL. Se comparó a 35 pacientes diabéticos (G1) vs 118 no diabéticos (G2), se analizaron características clínicas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tasa de ECV, lipidograma en analítica con LDL-c máximo (AS1), lipidograma en la última analítica (AS2) y el efecto del tratamiento hipolipemiente.

Resultados

No existieron diferencias en la proporción de sexos. Los pacientes del G1 eran mayores ($69,2 \pm 12,8$ vs $56,8 \pm 12,5$ años, $p=0,001$), tenían un mayor índice de masa corporal ($31,4 \pm 5,9$ vs $28,9 \pm 4,4$ kg/m², $p=0,018$), más FRCV asociados (3 FRCV, 54,3% vs 10,2%, $p<0,0001$ y 4 FRCV 37,1% vs 0%, $p<0,0001$)

y el 80% desarrolló ECV vs 38,1% ($p<0,0001$). En la AS1, el G1 presentó un lipidograma más aterogénico, con HDL-c <40 -45mg/dL más bajo (22,9% vs 9,3%, $p=0,033$), mayor porcentaje de triglicéridos >150 mg/dL (74,3% vs 46,6%, $p=0,001$), mayor proporción de LDL pequeñas y densas (88,6% vs 62,7%, $p=0,004$) y mayor proporción de VLDL-c >30 mg/dL (74,3% vs 45,8%, $p=0,003$). No existieron diferencias en el tratamiento hipolipemiente (estatinas 88,6% vs 86,4%, $p=0,7$; ezetimibe 68,6% vs 53,4%, $p=0,1$) ni en la potencia hipolipemiente de reducción de LDL $>50\%$ (77,1% vs 70,3%, $p=0,4$), excepto una mayor prescripción de fibratos en el G1 (11,4% vs 1,7%, $p=0,027$). En la AS2, en el G1 persistieron tasas más bajas de HDL-c <40 -45mg/dL (34,3% vs 16,1%, $p=0,019$) y LDL-c pequeñas y densas (80% vs 50,9%, $p=0,002$) y un mayor porcentaje de pacientes con insuficiencia renal (25,8% vs 2,6%, $p<0,0001$).

Conclusiones

Los pacientes con DAR y diabetes reúnen mayor FRCV, un lipidograma más aterogénico que persiste a pesar del tratamiento hipolipemiente y duplican la tasa de ECV, motivo por el cual hay que ser más agresivo en la prevención y tratamiento de todos los FRCV.

644/150. CARÁCTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MENORES DE 45 AÑOS

Autores:

Arjona González, P.¹, Abril Rubio, A.¹, Salmerón Portela, P.², Sanuy Perdrix, I.³, Sanz Ortega, T.⁴, Hidalgo Martín, F.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Al-

haurín el Grande. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga

Objetivos

A pesar de la baja prevalencia de la diabetes en las personas jóvenes, conocer las características de este grupo etario puede aportar información relevante para una mejor atención sanitaria. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas de las personas con diabetes menores de 45 años de una zona básica de salud (ZBS).

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Población personas con edades comprendidas entre 14 y 45 años de la ZBS incluidas en la Base de Datos de Personas Usuarias de los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía (BDU). Se consideró persona con diabetes a las incluidas en el Proceso Asistencial Diabetes. Centro de salud urbano. Año 2022. Debido a las características del estudio no se requirió muestra. Variables: demográficas, clínicas y de tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y asociación dependiendo del tipo de variable. El análisis se ejecutó sobre el programa SPSS 20. Aprobado por el CEIS local.

Resultados

Había 2.581 personas con diabetes de las que 132 (5,1%) estaban incluidas en el grupo de edad estudiado. Media por cupo de 6,6 (2-10). Hombres 79 (59,8%, IC95%: 51-67). Mediana edad 40±8,3. DM1: 74 (56,1%, IC95%: 47-64). Seguimiento por especialista hospitalario en 84 (63,6%, IC95%: 55-71) y por el médico de familia 47 (35,6%, IC95%: 27-44). La duración media de la diabetes fue de 12±9 años. Estaba registrado el IMC en 94 pacientes (71,2%, IC95%: 62-78), con una media de 29,4±7. La A1c constaba en 111 (84%, IC95%: 76-89) y su valor medio fue de 7,5±1,7. Estaban en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos (ADNIS) 54 pacientes (40,9%, IC95%: 32-49), de los que 45 tomaban metformina, 16 iSGLT2, 10 arGLP1 Y 11 iDPP4. Se administraban insulinas 85 (64,4%, IC95%: 55-72): basales 82, rápidas 78 y mezclas 2. El régimen bolo-basal era usado en 76 pacientes (89%, IC95%: 81-94).

Conclusiones

Baja prevalencia de diabetes en el grupo etario analizado (posible infrarregistro). Más de la mitad son DM1 y el seguimiento es mayoritariamente por especialistas hospitalarios. La metformina es el ADNI más usado y el régimen bolo-basal con insulinas el más habitual.

644/158. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LAS PERSONAS CON DIABETES EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Autores:

Salmerón Portela, P.¹, Abril Rubio, A.², Arjona González, P.², Sanuy Perdrix, I.³, Bermejo Cotillo, P.¹, Cervantes Soler, S.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Objetivos

Conocer las características de las personas que padecen una cierta patología ayuda a planificar la gestión de los recursos y prestar una mejor atención sanitaria. Nuestro objetivo fue analizar algunas características demográficas (edad y sexo) de las personas con diabetes de una zona básica de salud (ZBS).

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Población personas mayores de 14 años de la ZBS incluidas en la Base de Datos de Personas Usuarias de los Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía (BDU). Se consideró persona con diabetes a las incluidas en el Proceso Asistencial Diabetes. Centro de salud urbano. Año 2022. Debido a las características del estudio no se requirió muestra. Variables: sexo y edad. Se diferenciaron cuatro grupos etarios: 14-40, 41-65, 66-80 y mayo-

res de 80 años. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y asociación dependiendo del tipo de variable. El análisis se ejecutó sobre el programa SPSS 20. Aprobado por el CEIS local.

Resultados

Estaban incluidas en la BDU 30.425 personas mayores de 14 años, de las que 15.869 (52 %) eran mujeres. 2.581 personas con diabetes, 1.355 (52 %) varones. La edad media fue de 68 ± 13 años (mayor en las mujeres: $69,6$ vs $66,9$, $p < 0,001$). El percentil 50 estaba situado en los 69 años y el percentil 75 en 77 años. La prevalencia de la diabetes en toda la población fue de 8,48% (mayor en los varones: 9,3% vs 7,7%). En el grupo etario de 14-40 años la prevalencia fue del 0,7 % (sin diferencias entre sexos); en el grupo de 41-65 años prevalencia del 6,6% (mayor en los varones: 9,7% vs 6,8%); en el grupo de 66-80 prevalencia de 25,6% (mayor en varones: 29,7 vs 21,8) y en el grupo de mayores de 80 años prevalencia de 27% (más en varones: 28,1% vs 26,3%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos en los diferentes grupos et.

Conclusiones

La prevalencia de la diabetes en nuestra zona es similar a la reflejada en la bibliografía. Elevada edad media. Más prevalente en varones y en personas mayores.

644/162. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN UNA MUESTRA DE HOM- BRES INFECTADOS CON SARS-COV2

Autores:

Coca Domínguez, M.¹, Bastidas Perez, G.², Ruiz, S.¹, García Torres, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdebernardo. Madrid, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdebernardo. Madrid

Objetivos

analizar la función sexual en una muestra de hombres infectados con SARS-CoV2

Metodología

Se trata de un estudio observacional descriptivo, con un diseño transversal y

prospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y de voluntarios, conformada por 179 pacientes masculinos entre 20 y 70 años, con PCR positiva para SARS-CoV2 que fueron atendidos en la comunidad de Madrid. La técnica para recolectar la información fue la encuesta telefónica. Se diseñó una ficha de registro con aspectos de los pacientes tales como la edad, la situación de pareja y la Brief Sexual Function Inventory (BSFI; O'Leary et al., 1995). Sus 11 ítems, contestados en una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta variable. Proporciona puntuaciones en cinco dimensiones teóricas de la sexualidad humana: Impulso sexual, Erección, Eyaculación, Problemas sexuales y Satisfacción. Puntuaciones elevadas indican un mejor funcionamiento sexual.

Resultados

De los 179 pacientes masculinos portadores de COVID-19 incluidos en la muestra de estudio se registró un promedio de edad de $46,85$ años $\pm 0,94$, con una mediana de 47 años, una edad mínima de 23 años, una edad máxima de 69 años y un coeficiente de variación de 27% (serie homogénea). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 36 y 50 años con un 43,02% (77 casos). En el Inventario de Funciones Sexuales (BSFI) se registró un promedio de $14,72 \pm 1,05$, con una mediana de 8 ptos, un puntaje mínimo de 0 ptos y un puntaje máximo de 44 ptos. Cuando se compararon los promedios del (BSFI) con características de los pacientes se evidencio que con la edad el menor promedio lo registraron aquellos pacientes con más de 65 años; el mayor promedio lo registraron aquellos más jóvenes ($P < 0,05$). Según la situación de pareja el menor promedio fue registrado por aquellos que refirieron tener pareja ($P < 0,05$). Según la frecuencia de erecciones matutinas en los últimos 15 días, el menor promedio lo tuvieron aquellos que nunca han tenido erecciones matutinas, mientras que el mayor lo registraron aquellos que las experimentan casi siempre ($P < 0,05$).

Conclusiones

La función sexual de los pacientes infectados con SARS-CoV2 esta disminuida

644/218. RIESGO RENAL EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CON DIABETES EN EL ESTUDIO IBERICAN

Autores:

Sanuy Perdrix, I.¹, Lavado López, F.¹, Gárriz Aguirre, A.², González Ibañez, E.³, Prieto Díaz, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector III. Getafe. Madrid, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Viejo Vitoria. Vitoria. Álava, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vallobín. Oviedo. Asturias

Objetivos

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en España, así como de los eventos cardiovasculares (ECV). El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de riesgo renal en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM) incluidos en el estudio.

Metodología

IBERICAN fue un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se incluyeron a pacientes de 18 a 85 años atendidos en consultas de Atención Primaria en España. Se ha alcanzado el tamaño muestral con 8.066 sujetos incluidos, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se calculó el riesgo renal (RR) según las guías KDIGO 2012 para la evaluación y el manejo de la enfermedad renal crónica. El riesgo renal mide el riesgo relativo de eventos (mortalidad global, mortalidad CV, fracaso renal en diálisis o trasplante, FRA y progresión renal).

Resultados

3.860 pacientes eran HTA (48%), con prevalencia superior en hombres respecto a mujeres 53,2% vs 43,6%, $p < 0,001$. Edad media de 65,1 \pm 11 años, 49,6% mujeres, antigüedad de HTA 9,2 \pm 7 años. 1.633 eran

DM (20,2%), edad media de 65,93 \pm 10,14 años, sexo masculino (54,5%) y antigüedad media 8,9 \pm 7,1 años.

Los pacientes sin FRCV ni lesión de órgano subclínica (LOS) ni ECV (N=1.277), tienen un riesgo renal: bajo 97,8%; moderado 1,4%; alto 0,2% y muy alto 0,6%. El riesgo renal alto o muy alto en los pacientes sin FRCV ni LOS, ni ECV es del 0,8%. Los pacientes con HTA tienen un riesgo renal: bajo 78,2%; moderado 14,9%; alto 4,2% y muy alto 2,7%. El RR alto o muy alto en los pacientes con HTA es del 6,9%. Los pacientes con DM tienen un RR: bajo 73,2%; moderado 17,9%; alto 5,2% y muy alto 3,8%. El RR alto o muy alto en los pacientes con HTA es del 9%.

Conclusiones

Los pacientes del estudio IBERICAN con HTA o con DM tienen un riesgo renal incrementado, respecto a los pacientes sin FRCV, ni LOS ni ECV. Los pacientes con DM tienen un riesgo renal más elevado que los pacientes con HTA.

644/231. MICROALBUMINURIA, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ESTUDIO IBERICAN

Autores:

Lavado López, F.¹, Sanuy Perdrix, I.¹, Ginel Mendoza, L.², Paradis Bueso, M.³, Moreno González, A.⁴, López Uriarte, B.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Ponça. Islas Baleares, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Humanes. Humanes de Madrid. Madrid

Objetivos

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de microalbuminuria en pacientes hipertensos (HTA) incluidos en el estudio, y su relación con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y enfermedad cardiovascular establecida (ECV).

Metodología

IBERICAN fue un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se incluyeron a pacientes de 18 a 85 años atendidos en consultas de Atención Primaria en España. Se ha alcanzado el tamaño muestral con 8.066 sujetos incluidos, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se considero microalbuminuria por cociente albumina/creatinina entre 30-299 mg/g, según las Guías ESH 2013. Como FRCV se han analizado: diabetes, obesidad, dislipemia, hábito tabáquico, y ECV se ha analizado: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica y fibrilación auricular.

Resultados

3.860 pacientes eran HTA (48%), con una prevalencia superior en hombres respecto a mujeres 53,2% vs 43,6%, $p < 0,001$. Su edad media fue de 65,1 ± 11 años, 49,6% mujeres, antigüedad de HTA 9,2 ± 7 años, IMC 29,5 ± 9,1 kg/m². La prevalencia de microalbuminuria en esta población de hipertensos fue: 10%. Los varones tenían más microalbuminuria respecto a las mujeres: 12,2% vs 8%, $p < 0,001$. La prevalencia de FRCV en relación a la presencia de microalbuminuria respecto a su ausencia fue de: dislipemia 76,4% vs 64,4%, $p < 0,001$; diabetes 50,3% vs 29,1%, $p < 0,001$; obesidad 52,3% vs 46,1%, $p < 0,05$, fumador 14% vs 13,6%, $p = NS$. La prevalencia de ECV en relación a la presencia de microalbuminuria respecto a su ausencia fue de: 36% vs 22,3%, $p < 0,001$, siendo cardiopatía isquémica 15,8% vs 10,4%, $p < 0,01$; ictus 9,3% vs 5,7%, $p < 0,01$; insuficiencia cardiaca 7,8% vs 4,8%, $p < 0,05$; enfermedad arterial periférica 13,2% vs 5,7%, $p < 0,001$; fibrilación auricular 15,5% vs 8,3%, $p < 0,001$.

Conclusiones

En la población de pacientes con HTA del estudio IBERICAN tienen microalbuminuria 10 de cada 100

pacientes. La prevalencia de FRCV (dislipemia, diabetes, obesidad) y de ECV (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica, fibrilación auricular), en estos pacientes con HTA y microalbuminuria, es superior.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MÉDICO DE FAMILIA

644/53. ABORDAJE DE LA PERSONA OBESA CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Hormigo Pozo, A.¹, Ruíz Vela, A.², Arjona González, P.³, Abril Rubio, A.³, García Pomares, M.⁴, Escribano Serrano, J.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (4) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. San Roque. Cádiz

Introducción

Las personas con diabetes tipo 2 (DM2) y obesidad, además del tratamiento farmacológico, precisan mantener una alimentación y actividad física adecuadas siendo una de las partes más difíciles del tratamiento. Las intervenciones individuales o grupales para la modificación del estilo de vida son esenciales como estrategia de la Atención Primaria (AP).

Objetivos

1. Conocer la adherencia a los estilos de vida saludables (EVS) de los pacientes con DM2 y obesidad en AP en Andalucía. 2. Valorar la efectividad de las intervenciones en años previos con consejo sanitario y recomendaciones de EVS sobre la adherencia a estilos de vida saludables.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, multicéntrico.

Emplazamiento

AP. Centros de salud (CS) de Andalucía.

Material y métodos

Población: Pacientes con DM2 y obesidad atendidos en AP en Andalucía durante los últimos 60 meses. Criterios de exclusión: demencias, patología terminal y barrera idiomática. Tamaño muestral de 286 (calculado con GRANMO 7.12), nivel de confianza 95%, precisión 5%, y otorgando a la proporción del parámetro estudiado el valor del objetivo cuya prevalencia es menos frecuente ($p=0.4$), previsión pérdidas 15%, Muestreo consecutivo de las personas que acudan a la consulta del CS por cualquier motivo. Previamente a la inclusión en el estudio, se informará sobre el mismo y a los que acepten participar firmarán el consentimiento informado. Las variables se recogerán en un cuaderno de recogida de datos y se volcarán a un cuestionario online. El cuestionario consta de 33 variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas y analíticas y la cumplimentación de los test para valorar el seguimiento de EVS y el grado de cumplimiento farmacológico. Estos datos se obtendrán a partir de la historia clínica informatizada y de la entrevista. En todos los pacientes se realizará una intervención educativa con consejo sanitario breve (tríptico y visita enfermera). Se realizará un análisis descriptivo de las variables, las cuantitativas se expresarán con medidas de centralización y dispersión, en media \pm desviación estándar, y las cualitativas mediante distribución de frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizará el test de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas. En la relación entre variables cuantitativas para 2 grupos de muestras independientes se aplicarán el test de la t de Student, ANOVA o Kruskal-Wallis dependiendo de las circunstancias. Nivel de significación estadística $<0,05$, Análisis de los resultados en el programa SPSS 24. Limitaciones: infrarregistro que puede solucionarse en la visita presencial y probable sesgo de selección.

Aplicabilidad

Conocer la adherencia a EVS y valorar la efectividad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en los últimos 5 años y realizar una interven-

ción de educación para la salud susceptible de ser evaluada posteriormente.

Aspectos ético-legales

Para preservar el anonimato del paciente se asignará un número de identificación que solo conocerá el médico que realice la entrevista y recogida de datos y el equipo de profesionales coordinadores del estudio. Se seguirán las normas de la Agencia de Protección de Datos y las normas éticas a las que se adscriben las instituciones de salud participantes en el estudio. Estudio aprobado por el CEI provincial.

644/58. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE STEINERT EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE UNA ENCUESTA

Autores:

Gamero de Luna, E.¹, Rosado Bartolomé, A.², Arrieta Antón, E.³, Baz Rodríguez, P.⁴, Yanes Rodríguez, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla, (2) Médico Jubilado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Ciudad Rodrigo. Salamanca, (5) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Bartolomé. San Bartolomé. Las Palmas.

Introducción

La enfermedad de Steinert (distrofia miotónica tipo 1 ó DM1) es la miopatía más prevalente del adulto. Está presente en todo el mundo, con prevalencia variable, que en nuestro medio es de 1/5-10.000 nacidos vivos. Es una enfermedad neurológica minoritaria o rara.

Su origen es genético y se debe a una ampliación de tripletes en la región no codificante del gen DMPK en el cromosoma 19. Presenta un patrón autosómico dominante, con una penetrancia próxima al 100% a los 50 años. La gravedad clínica depende del tamaño de la ampliación y suele aumentar de una generación a otra (fenómeno de anticipación).

Es una enfermedad multisistémica con gran variabilidad fenotípica y varias formas de presentación (congénita, infantil, juvenil, del adulto o clásica y tardía) de naturaleza progresiva. Carece de tratamiento específico. La aplicación temprana de medidas dirigidas a prevenir las complicaciones tratables determina su evolución. Una vez diagnosticada en Atención Hospitalaria, el médico de familia debe saber reconocer esta enfermedad, y además de sus necesidades de seguimiento, su contexto familiar y psicosocial.

Objetivos

1. Determinar los conocimientos sobre la enfermedad de Steinert de los profesionales de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN.
2. Identificar la existencia de necesidades formativas sobre esta enfermedad entre los profesionales de SEMERGEN.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo mediante un cuestionario anónimo auto-administrado.

Emplazamiento

Centros de Salud y Consultorios Locales de Atención Primaria. Ámbito nacional. Marco temporal: febrero-julio 2022.

Material y métodos

Sobre la población de referencia compuesta por el total de socios de SEMERGEN, se estima una población accesible, de 10.000 individuos. Se calcula un tamaño muestral de 370 individuos, para una frecuencia del 50%, un intervalo de confianza del 95% y un límite del 5% con un efecto de diseño de 1.

La encuesta tiene 20 ítems (variables sociodemográficas (5), conocimiento de la enfermedad (7), seguimiento de la enfermedad (4) y necesidades formativas (4). Será distribuida por correo electrónico a los socios de SEMERGEN, a través de la Secretaría de la Sociedad, mediante una aplicación de encuesta anonimizada con registro automático de las respuestas. Con objeto de disminuir el sesgo de no respuesta, se realizarán tres envíos recordatorios mientras la encuesta permanecerá abierta. La encuesta será publicitada a través de

las Newsletter de SEMERGEN y a través del chat de coordinadores de grupos de trabajo.

Para su análisis se utilizarán estadísticas descriptivas y análisis multivariante mediante el paquete estadístico R.

Aplicabilidad

Difusión de las pautas de seguimiento de la DM1 en Atención Primaria.

Aspectos ético-legales

- Trabajo no financiado.
- Sin conflictos de intereses que puedan influir en este trabajo.
- No se realiza experimentación sobre personas ni animales.
- Toda la recogida de información se encuentra anonimizada.
- Este estudio cuenta con el Aval Institucional por la Comisión de Validación de SEMERGEN (Ref. 006/2022).

644/148. RIESGO DE PROGRESIÓN A DIABETES EN PACIENTES CON PRE-DIABETES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA: ESTUDIO PRODICAN

Autores:

Martín Enguix, D.¹, Hidalgo Rodríguez, A.², Aguirre Rodríguez, J.³, Generoso Torres, M.⁴, Sánchez Cambro-nero, M.⁵, Guisasaola Cardenas, M.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Realejo. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (5) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada, (6) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Introducción

La prediabetes es un estado intermedio de hiperglucemia en el que se observan niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal, pero inferiores a los umbrales establecidos para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, la historia natural de la prediabetes en población andaluza no está bien caracterizada.

Objetivos

Comparar los diferentes criterios diagnósticos de prediabetes, describir las características de los pacientes que la padecen y determinar el riesgo de progresión a diabetes en un entorno de Atención Primaria (AP).

Diseño

Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico de una muestra de pacientes con prediabetes, seleccionados por muestreo de conveniencia. Recogidas de datos al inicio y a los dos años del estudio.

Emplazamiento

Centros de Atención primaria del Distrito Metropolitano de Granada.

Material y métodos

Como criterio de inclusión, se captarán pacientes que cumplan al menos un criterio diagnóstico de prediabetes: hemoglobina glicosilada (HbA1c) 5,7-6,4%, glucemia plasmática en ayunas (GPA) 100-125 mg/dl y/o prueba de tolerancia oral a glucosa (PTOG) 140-199 mg/dl. Se solicitarán el resto de pruebas diagnósticas de prediabetes no realizadas. Se realizará un cuestionario basado en la escala FINDRISC: realización de más de 30 minutos de actividad física diaria, consumo diario de verdura, tratamiento antihipertensivo, antecedentes de cifras elevadas de glucosa y antecedentes familiares de 1º o 2º grado de DM2. Otras variables: edad, sexo, índice de masa corporal, perímetro abdominal, antecedentes familiares de DM2, comorbilidades, tabaquismo, presión arterial, nivel de lípidos.

Aplicabilidad

La DM2 genera un profundo impacto socioeconómico relacionado con las complicaciones a corto y largo plazo, afectando tanto a la duración como a la cali-

dad de vida. Conocer a fondo la situación que precede a esta entidad en nuestro medio nos permitirá implementar estrategias destinadas a la prevención como objetivo fundamental.

Aspectos ético-legales

Aprobación por parte de Distrito de Granada-Metropolitano y por el CEIC de Granada. Se ajustará a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE), a la protección de datos personales (Reglamento Europeo de protección de datos, y de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). Se tendrá en consideración la Declaración de Helsinki, la Ley de Autonomía del paciente 41/2002, y la Ley de Investigación biomédica 14/2007.

CASOS CLÍNICOS

MÉDICO DE FAMILIA

644/9. EXTRAPIRAMIDALISMO POR LORATADINA

Autores:

García González, J.¹, Carbajo Martín, L.², Ruiz Carbajo, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Dispositivos Cuidados Paliativos y urgencias. AGS Sevilla Sur., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Técnico de Transporte de Emergencias Sanitarias.

Descripción del caso

Paciente de 68 años que consulta por presentar desde ayer mioclonias miembro superior izq y movimientos peribucales involuntarios. Nula conciencia de enfermedad, no alteración de conciencia, sólo refiere sequedad de boca.

Al interrogar sus antecedentes nos cuenta que lleva una semana con lesiones cutáneas eritematosas en tratamiento por su médico con metilprednisolona 80 mg intramuscular dosis única y loratadina cada 24 h.

Antecedentes personales: HTA, osteoporosis, obesidad. Niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y profunda, eupneica. Auscultación cardiopulmonar; rítmico sin soplos, mvc sin ruidos añadidos. Abdomen normal. No edemas en miembros inferiores, lesiones eritematosas en piel.

No signos de focalidad, pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales conservados, sensibilidad y fuerza sin alteraciones, no alteración del equilibrio ni de la marcha. Mioclonias peribucales y MSI.

Constantes normales.

Hemograma, serie roja, blanca, coagulación y plaquetas normales. Bioquímica normal. Tóxicos negativos.

TAC cráneo: lesiones isquémicas crónicas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Extrapiridalismo por loratadina.

Se descarta lesión ocupante de espacio y proceso agudo cerebral.

Tratamiento: Suspender loratadina. la paciente evoluciona favorablemente con desaparición de la clínica progresivamente.

Diagnóstico diferencial

Temblores psicógenos, temblores inducidos por drogas y tóxicos, temblores por enfermedades sistémicas o anomalías estructurales, temblor neuropático, enfermedad de Parkinson.

Comentario final

Como médicos de familia es muy importante hacer una anamnesis detallada que incluya medicación activa, nuevos fármacos, conocer las posibles interacciones entre ellos y efectos secundarios y tener siempre en cuenta la edad, función hepática y renal de nuestros pacientes para ajustar dosis y evitar efectos indeseables de la medicación. Existen casos descritos de extrapiridalismo por dosis excesivas de loratadina aunque se trata de un efecto secundario muy poco frecuente. No existen los fármacos inocuos y por ello se debe realizar una prescripción racional.

Bibliografía

- Ibáñez - Navarro et al. Extrapiridalismo secundario to clobopride/simeticone combination therapy. A case report. 16 de Abril. 2020; 59 (278): e816.
- Tibaduiza A, Miranda AJ. Extrapiridal Side Effects of Antiemetics. Revista Med. 2019; 27(2): 63-72.

644/10. DOCTORA.. MI BRAZO..!!

Autores:

García González, J.¹, Carbajo Martín, L.², Ruiz Carbajo, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Dispositivos Cuidados Paliativos y urgencias. AGS Sevilla Sur., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Técnico de Transporte de emergencias Sanitarias

Casos clínicos Índice de autores**Descripción del caso**

Varón 80 años, con antecedentes de miocardiopatía dilatada, marcapasos, HTA, DLP, SAHOS, talasemia menor, DM, insuficiencia renal crónica.

Consulta por dolor e impotencia funcional de brazo dcho de forma brusca sin traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico. ACP: buen murmullo vesicular conservado, corazón rítmico a 70 lpm.

Abdomen sin hallazgos. Sin signos de focalidad neurológica. No edemas ni signos de TVP. Deformidad y crepitación en tercio proximal de humero dcho.

TA: 115/71. Saturación O₂: 98%. Glucemia: 152 mg/dl.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Con el juicio clínico de sospecha de fractura patológica de humero se traslada a hospital de referencia.

Se confirma con Rx la presencia de fractura diafisaria de humero. El paciente ingresa para intervención (reducción cerrada + enclavado medular)

Pruebas complementarias:

- Proteinograma: elevación betaglobulinas con fracción gamma 0.24 g/dl, componente M 5.07 g/dl con doble banda monoclonal IgA lambda y Kappa.
- PTH normal
- Mapa oseó: lesiones en sacabocados en cráneo y fémur.
- Medula ósea: hiper celular, 38% células plasmáticas de las cuales 99% presentan fenotipo
- CD138++CD38+CD27+CD117+CD45-CD56+CD19-compatible con mieloma múltiple
- DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Fractura patológica en paciente con mieloma múltiple
- En seguimiento por Hematología inicia tratamiento con ciclofosfamida y prednisona a días alternos.

Diagnóstico diferencial

- Diagnóstico diferencial fractura patológica:
- Hiperparatiroidismo

- Osteomalacia, osteomielitis, osteoporosis
- Procesos tumorales primarios o metastásicos
- Lesiones neoplásicas benignas
- Tratamiento prolongado corticoides

Comentario final

Las fracturas patológicas ocurren durante actividad normal o un trauma menor debido a debilidad del hueso por la enfermedad. No debemos olvidar que la condición más común asociada con las fracturas patológicas es la osteoporosis seguida de la causa tumoral primaria o metastásica. Las neoplasias de próstata, mama y pulmón son la causa de aproximadamente el 80% de las metástasis óseas. Nuestro paciente tiene antecedentes de adenocarcinoma de próstata y gammapatía por lo que la sospecha inicial es fractura patológica por lesiones tumoral. El resultado del proteinograma y el análisis de medula ósea confirman progresión del mieloma múltiple como causa de la fractura.

Bibliografía

- Subón, P.M. Mieloma Múltiple. *Scielo*. 2011; Vol.54 (6): 1-7.
- Vasquez S, y col. Mujer de 70 años con dolor óseo, alteración del sensorio e hipercalcemia. *Rev Med Hered*. 2017; 28:268-275.

644/11. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA**Autores:**

Gamero de Luna, E.¹, Cruz Cánovas, M.², Capilla Díaz, S.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente del Maestre. Fuente del Maestre. Badajoz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 55 años, con antecedentes de hiperparatiroidismo primario, resuelto con cirugía, obesidad

Casos clínicos

Índice de autores

central, hipertrigliceridemia e hiperuricemia. Consultó por tumoración de 8 meses de evolución sobre la cara dorsal de la articulación metacarpofalángia del 4º dedo, indolora y con crecimiento lento.

Exploración y pruebas complementarias

Tumoración de 2,3x1 cm, de borde circunscrito, al tacto dura y apariencia lobulada, fija a planos profundos que se desplazaba sobre la articulación con la vaina del tendón extensor.

Ecografía: Lesión ovalada 195/5 mm paralela a la superficie cutánea con ecogenicidad homogénea y límites bien definidos, sin vascularización interna evidente. No afectación de estructuras adyacentes. Con el diagnóstico de sospecha de tumor de células gigantes se derivó para completar estudio y opción de tratamiento.

La TAC mostró una captación uniforme del contraste, relación con la vaina tendinosa y ausencia de infiltración local.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT).

Diagnóstico diferencial

Osteosarcoma, Tofo gotoso, artritis reumatoide, artropatía hemofílica, sinovitis, otros tumores de la mano.

La localización extrarticular, focal y relacionada con el tendón hacían menos probable las artropatías y sinovitis.

La falta de vascularización, invasión y erosión ósea, alejaban la sospecha de tofo gotoso y malignidad

Comentario final

El TCGVT es la segunda tumoración en frecuencia de la vaina tendinosa de los dedos de la mano, generalmente afecta al tendón flexor de los tres primeros dedos. La localización atípica y los antecedentes del paciente dificultaron el diagnóstico que, aunque pudo enfocarse con las pruebas radiográficas, precisó del estudio anatomopatológico para su confirmación.

La importancia de saber reconocer estos tumores es que casi el 50% recidivan tras la cirugía. La presentación multifocal, la recidiva y la presencia del gen nm23 son predictivos de una evolución adversa. También es importante diferenciarlos de los TCG óseos donde el potencial de malignización y metástasis es mayor.

Bibliografía

Piango-Morales AJ, Ferrer-Marrero D, Arzuaga-Anderson I, Chávez-Jiménez D, Palma-Machado L. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Arch méd Camagüey. 2021;25(2):e6896

Baldini EH. Treatment for tenosynovial giant cell tumor and other benign neoplasms affecting soft tissue and bone. <https://www.uptodate.com>. Review Feb 2022. Access 3 Mar 2022.

644/15. PRURITO CUTÁNEO EN ANCIANO, DEL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO A LA PIEZA CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA SUBYACENTE**Autores:**

Ruiz Andrés, C.¹, Pedrosa Arias, M.², Dabán López, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bélmez de la Moraleda. Bélmez de la Moraleda. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Monachil. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Monachil. Granada

Descripción del caso

Paciente de 90 años con AP de HTA. DM de larga evolución con lesión de órgano diana y amputación de falanges en pies. DLP. FA permanente. Cardiopatía isquémica crónica (SCASEST en 2013) FEVI normal y Aterosclerosis generalizada. En tratamiento con Apixaban, Alopurinol, Pregabalina, Carvedilol, Losartan, Atorvastatina/ezetimiba, Pantoprazol, Furosemina y Toujeo.

EA Paciente de 90 años que consulta por prurito generalizado de predominio en extremidades y lesión

Casos clínicos

Índice de autores

eritematosa en pierna derecha. Su MAP prescribe tratamiento con polaramine y corticoide tópico. Consulta una semana después por empeoramiento del prurito junto con síndrome confusional e ictericia. Niega síntomas abdominales, Niega coluria o acolia. Refiere modificación de tratamiento hipolipemiente hace un mes.

Exploración y pruebas complementarias

Tinte subictérico, lenguaje parco, poco fluido, no disfasia, eupneica en reposo. ACR tonos arrítmicos MVC simétricos. No ruidos sobreañadidos. ABDOMEN blando, depresible, no doloroso. RHA presentes. No signos de irritación peritoneal MMII : No signos de TVP. Eccema de estasis en MMII. Fóvea +/+++. Ante paciente con síndrome confusional se optan por derivación a urgencias realizándose

TAC CRANEAL: enfermedad aterosclerótica de pequeño vaso. Atrofia cortico-subcortical. Se descarta lesión isquémica o hemorrágica aguda.

ANALITICA: BRT 3,46 GOT 246 GPT 225 GGT2785, Creatinina 2,56(no presente en previas). Excreción de Na normal.

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Esteatosis hepática en parchado. Probable vesícula escleroatrófica con algunas microlitiasis. No dilatación de la vía biliar

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

JUICIO CLÍNICO: ICTERICIA PARENQUIMATOSA: HEPATITIS MEDICAMENTOSA POR ESTATINAS. INSUFICIENCIA RENAL. PRERRENAL

Diagnóstico diferencial

Causas hepáticas (ictericia obstructiva, ictericia parenquimatosa) Causas renales (Fracaso renal agudo, uremia) Causas tumorales, Mieloma múltiple, Linfoma. Causas cutáneas (xerosis, linfoma de células T)

Comentario final

La paciente finalmente precisó ingreso y retirada del tratamiento hipolipemiente con mejoría clínica y analítica. Tras la suspensión del hipolipemiente, la paciente presentó mejoría clínica y analítica. Debemos estar atentos a síntomas que, a priori, son aparentemente leves, como es el prurito. Ya que si presenta otros

signos, debe hacernos sospechar organicidad y/o lesión tumoral.

Bibliografía

- 1. Docampo-Simón A, Sánchez-Pujol MJ, Silvestre-Salvador JF. Prurigo crónico: actualización. *Actas Dermosifiliogr (Internet)*; Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-prurigo-cronico-actualizacion-articulo-50001731021004257>
- 2. Vera Navarro L. PRURITO COMO MANIFESTACIÓN DE MÚLTIPLES PROCESOS, SU ENFOQUE Y TERAPÉUTICA. *Rev médica- Col Méd Paz (internet)* Disponible en : http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200011
- 644/16. AIT NO TAN TRANSITORIO...

Autores:

García González, J.¹, Carbajo Martín, L.², Ruiz Carbajo, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Dispositivos Cuidados Paliativos y urgencias. AGS Sevilla Sur., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva, (3) Técnico de Transporte de emergencias Sanitarias.

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años con antecedentes personales de: HTA, DLP. Fumador de 1 paquete/día.

Avisan al servicio de urgencias extrahospitalario por episodio de mareo con inestabilidad sin pérdida de consciencia ni desviación de comisura bucal acompañado de pérdida de fuerza en mano y pierna derecha, que impide la deambulación. El episodio ha durado aproximadamente 10-15 minutos, y a nuestra llegada el paciente se encuentra asintomático. Niega dolor torácico ni sensación disneica, no alteraciones visuales, no convulsión, no cefalea.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado, colaborador.

ACP: tonos rítmicos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, ruidos+, no defensa abdominal. MII: normal

Casos clínicos Índice de autores

Exploración neurológica: Glasgow 15, PINLA, MOEC, pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad conservadas, no disimetrías ni diadococinesias. Romberg negativo.

TA: 135/78. Glucemia: 123 mg/dL. Tª: 35.2 °C

ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización.

El paciente es derivado a Servicio de Urgencias Hospitalario para completar el estudio.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Sospecha de Accidente Isquémico Transitorio (AIT)

Diagnóstico diferencial

Migraña, metástasis cerebral, vértigo periférico/central, crisis parciales, lesiones tumorales

En urgencias:

Análítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal, incluidas encimas cardíacas.

Rx torax: masa pulmonar en lóbulo superior sin derrame pleural.

TC craneal sin contraste: Lesión en tálamo izquierdo a filiar. No hemorragia ni efecto masa intracraneal.

Se decide ingreso en Medicina Interna para estudio.

Durante su ingreso, el paciente es diagnosticado de un carcinoma de pulmón con metástasis a distancia (metástasis cerebrales). En el momento actual se encuentra en tratamiento paliativo.

Comentario final

Nuestro papel fundamental fue identificar un síntoma de alarma de lo que podía ser un AIT y tras completar estudio vemos que se trata de otro diagnóstico más grave y con más repercusión, sobre todo en la vida de nuestro paciente y su círculo familiar. El paciente pasó de ser autónomo a ser una persona totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Bibliografía

- Gaspar LE et al. *Small-cell lung cancer: prognostic factors and changing treatment over 15 years. Clin Lung Cancer* 2012; 13: 115-122.

- Torre LA, Bray F, Siegel RL, y col. *Estadísticas globales de cáncer, 2012. CA Cancer J Clin* 2015; 65:87.

644/17. CARCINOMA EPIDERMÓIDE, REPORTE DE UN CASO**Autores:**

Maestre Moreno, M.¹, Rodríguez Buza, C.², García Páez, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia y Tutor de Residentes. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. La Carlota. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 74 años, agricultor de profesión, con antecedentes personales de hipertensión arterial. Inicia proceso actual hace 3 años con presencia de lesión de bordes elevados en región parietal izquierda, la cual presenta crecimiento gradual y en ocasiones se le cae dejándole ulceración residual que sangra al contacto.

Exploración y pruebas complementarias

Tumoración parietal izquierda de 5 cm, con bordes irregulares, no adherida a planos profundos. Cuello sin adenomegalias palpables. Estudio analítico con todos los parámetros dentro de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Teniendo en cuenta el tiempo evolutivo de la lesión y sus características, así como la prolongada exposición del paciente a carcinógenos ambientales como las radiaciones ultravioletas, se realiza diagnóstico presuntivo de carcinoma epidermoide, lo cual fue confirmado tras la biopsia incisional del tumor, en su ulterior estudio histológico, demostrándose que se trataba de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, sin datos de invasión linfovascular ni perineural

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial varía en función de la apariencia de la lesión. Las úlceras que no cicarizan de-

Casos clínicos

Índice de autores

ben diferenciarse del pioderma gangrenoso, las lesiones hiperqueratósicas deben diferenciarse de los queratoacantomas y las placas escamosas deben ser diferenciadas del carcinoma basocelular.

Comentario final

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno de los queratinocitos epidérmicos, suele aparecer en zonas expuestas a la radiación solar. Su diagnóstico se realiza mediante biopsia y el tratamiento puede incluir resección quirúrgica y en ocasiones radioterapia. Actualmente nuestro paciente se encuentra pendiente de cirugía. Consideramos que en este caso se brindó un abordaje diagnóstico correcto y temprano, lo que permitirá un manejo quirúrgico oportuno, tratando de preservar estructuras importantes, lo que se reflejará en resultados funcionales y estéticos satisfactorios para el paciente.

Bibliografía

- T. Chen, D.L. Bertenth, A. Sahay. Predictors of skin-related quality of life after treatment of cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2007;143:1386-1392

644/31. LA TOS Y SU TRATAMIENTO TELEFÓNICO**Autores:**

Fernández Ortega, S.¹, Agüera Moreno, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ubrique. Ubrique. Cádiz

Descripción del caso

Varón 55 años sin alergias medicamentosas conocidas. Trabaja como autónomo, fumador desde los 14 años (IPA 40-50 paq/año). Con antecedentes personales de HTA, dislipemia, nefrolitiasis, hiperuricemia, hepatitis crónica VHB positiva en tratamiento. Intervenido de sinusopatía. Realiza tratamiento habitual con ramipril/hidroclorotiazida y tenofovir. Consulta telefónicamente con su Médico de Atención Primaria, por referir tos de un mes y medio de evolución, con aislados esputos hemoptoicos, que no cede a pesar de múltiples tratamientos, con antitusivos, antihista-

mínicos y corticoides orales, sin valoración presencial previa. Tras imagen sospechosa en Rx tórax, realizada en Centro de salud, se contacta telefónicamente con Neumólogo de Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BHYP, eupneico en reposo. ACP: anodina. Rx tórax: lesión nodular en lóbulo superior derecho, con dudosa atelectasia acompañante. Cultivo de esputo: negativo. Mantoux: negativo. Analítica normal. TAC tórax: lesión sólida polilobulada, de contornos espiculados de 68x45x45 mm, en lóbulo superior derecho, con signos de proceso inflamatorio/infeccioso, sin poder descartar neoplasia. Broncoscopia: negativa para malignidad, con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos. Biopsia pulmonar BAG guiada por TC: sin evidencia de malignidad. PET TAC: masa pulmonar en LSD metabólicamente positiva con adenopatías hiliomediastínicas ipsilaterales, T3N2M0. Lesión metabólicamente positiva en cámara gástrica, a valorar mediante gastroscopia. Se expone el caso en comité de tumores, decidiéndose intervención por Cirugía torácica, con resección pulmonar, lobectomía superior derecha + linfadenectomía.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

neumonía en resolución y absceso de 1.5cm, con adenopatías negativas para malignidad.

Diagnóstico diferencial

cáncer de pulmón, neumonía, TBC

Comentario final

Evolución favorable del paciente, con desaparición de la tos. No debemos olvidar la importancia de la exploración presencial de un paciente, a pesar de los tiempos que vivimos, sobre todo cuando el paciente vuelve a consultar por el mismo motivo. Apoyarnos en las pruebas complementarias de las que disponemos. Cuando la clínica no es muy clara, nos pueden ayudar a dar el diagnóstico.

Bibliografía

- Benavides-Villalobos, J. D., & Casares-Fallas, D. A. (2020). Absceso pulmonar con presentación atípica: reporte de caso. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud*, 6(3), 143-147. Zapata-González

Casos clínicos**Índice de autores**

lez R, Naranjo-Salazar C, Méndez-Giraldo M, Vélez-Castaño P, Montoya-Medina C, Roncancio-Villamil G, et al. Secuestro pulmonar en adultos: reporte de tres casos y revisión de la literatura. *CES Medicina*. 2018;32[2]:150-8.

644/34. UN ANDAR DISTINTO AL HABITUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Calderón Rodríguez, A.¹, Jiménez del Marco, N.², Ruf Sánchez, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 61 años con antecedentes de dislipemia en tratamiento con rosuvastatina 10mg que presenta desde hace varias semanas cuadro de inestabilidad para la marcha, y que en los últimos días ha presentado además episodios de incontinencia urinaria y de un leve deterioro cognitivo según nos cuenta la familia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos. En la exploración neurológica presenta pupilas normales, con fuerza y sensibilidad conservada. A la marcha se objetiva una inestabilidad en los giros y un aumento de la base de sustentación. Se realiza analítica donde solo se objetiva un colesterol total de 246mg/dl. TAC craneal con dilatación del sistema ventricular. Punción lumbar sin hallazgos relevantes. Test de infusión 27mmHg/ml/h.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Hidrocefalia crónica del adulto.

Diagnóstico diferencial

Como diagnóstico diferencia se planteó la hidrocefalia crónica del adulto, demencia vascular, neoplasia y enfermedad de Parkinson.

Comentario final

La hidrocefalia crónica del adulto presenta una incidencia de entre 0.2-5.5 casos por cada 100000 habitantes al año y una prevalencia de 0.003% en <65 años, representando aproximadamente el 6% de todos los casos de demencia. La clínica más frecuente consta de alteraciones de la marcha, incontinencia de esfínteres y deterioro cognitivo y se conoce como la tríada de Hakim. Es importante la realización de un TAC craneal y posteriormente de una medición de la presión del líquido cefalorraquídeo, así como realizar el test de infusión que será fundamental para alcanzar el diagnóstico. El tratamiento consiste en la colocación de válvulas para el drenaje de líquido cefalorraquídeo.

Es importante sospechar dicha patología ya que es una de las pocas causas de demencia tratable y potencialmente reversible, y que debemos sospechar en pacientes con síntomas de inestabilidad y demencia.

Bibliografía

- E. Solana, J. Sahuquillo, C. Junqué, M. Quintana i M.A. Poca. Cognitive disturbances and neuropsychological changes after surgical treatment in a cohort of 185 patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Ach Clin Neuropsychol* 2012; 27:304-317
- D. Shprecher, J. Schwalb, R. Kurlan, D. Shprecher, J. Schwalb, R. Kurlan.
- Normal pressure hydrocephalus: Diagnosis and treatment.
- Curr Neurol Neurosci Rep., 8 (2008), pp. 371-376

644/35. UNA VARICELA DIFERENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Calderón Rodríguez, A.¹, Ruf Sánchez, P.¹, Jiménez del Marco, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 28 años con antecedentes personales de migraña que presenta desde hace 3 días fiebre de hasta 39.6°C acompañado de mialgias y malestar general. Tras este cuadro, aparecen lesiones maculares y vesiculosas en diseminadas por tronco y miembros inferiores. Refiere el paciente haber estado en contacto con familiar que fue diagnosticado de varicela. No otra sintomatología acompañante ni antecedente epidemiológico de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, febril, taquicárdica y taquipneica en reposo. En la auscultación cardiaca se objetiva taquicardia a 125 latidos por minuto y en la auscultación pulmonar se objetivan crepitantes bibasales sin otros hallazgos relevantes. Se observan lesiones vesiculosas en región superior de tronco y ambos miembros inferiores compatibles con varicela. Analítica con leucocitosis a expensas de monocitos y aumento de proteína C reactiva. Radiografía de tórax con infiltrados difusos en ambas bases.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Neumonía secundaria a varicela

Diagnóstico diferencial

Como diagnóstico diferencial se planteó la posibilidad de neumonía por varicela, así como neumonía adquirida en la comunidad.

Comentario final

De todas las complicaciones que puede presentar la varicela, la neumonía se considera la más grave de todas, así como la más frecuente. Tiene una incidencia entre el 10-50% de todos los casos aumentando considerablemente en los pacientes inmunodeprimidos. Tiene un comienzo insidioso entre 1 y 6 días tras la aparición de las lesiones cutáneas y cursa con tos, fiebre y disnea habitualmente siendo los hallazgos semiológicos escasos. El patrón radiológico suele ser una neumonitis nodular o intersticial con mejoría varios días después. El tratamiento se basa en Aciclovir intravenoso a dosis de 10-15mg/kg cada 8 horas durante 7-10 días.

Es importante tener siempre presente los signos de alarma más importantes para evitar que patologías

menos importantes, desarrollen grandes complicaciones como en este caso.

Bibliografía

- 1. Golpe Gómez R, García Aranguena L, García Pérez MM, de la Roza Fernández CO, Fernández Rozas SM, et al. Varicella pneumonia in the previously healthy adult. *An Med Interna*. 1999;16(2):83-6.
- 2. Paytubi C, Negredo E, Ferrer S, Monmany J, Barrio JL. Varicella pneumonia in the adult. Study of 9 cases. *An Med Interna*. 2001;18(6):312-6.

644/37. ABORTOS DE REPETICIÓN Y MUTACIÓN DEL GEN DE PROTROMBINA. LA IMPORTANCIA DEL GENOGRAMA Y LA ALTA PREVALENCIA DE TROMBOFILIAS HEREDITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Capilla Díaz, S.¹, Yanes Rodríguez, M.², Cruz Cánovas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Bartolomé. San Bartolomé. Las Palmas, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente del Maestre. Fuente del Maestre. Badajoz

Descripción del caso

Mujer, 24 años, asma intermitente. Dos abortos precoces tras gestación previa normal. Tras batería básica de coagulación en Atención Primaria normal, realizamos genograma encontrando alta incidencia familiar de eventos trombóticos por lo que derivamos para estudio de trombofilia hereditaria. Se informa que "es portadora de trombofilia de bajo riesgo trombótico aconsejándose profilaxis con heparina en situaciones como inmovilizaciones, cirugías, viajes prolongados, gestaciones..."

Exploración y pruebas complementarias

Genograma, estudio de plaquetas y coagulación básica normal en Atención Primaria. Negativo para mu-

Casos clínicos Índice de autores

taciones del gen factor V Leiden, factor XII y MTHFR. Proteínas C, S, ATIII, factor VIII y dímero D normales. Mutación heterocigota para gen de protrombina

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Trombofilia hereditaria

Diagnóstico diferencial

Mutación gen protrombina, Factor V Leiden, Déficit de Antitrombina III

Comentario final

Las trombofilias hereditarias (TH) son condiciones genéticas que incrementan el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE). La prevalencia en la población se estima en el 10% y el embarazo potencia su poder trombogénico. El factor V Leiden (FVL) y la mutación del gen de protrombina G20210A (PGM) representan aproximadamente el 50%. La PGM es la segunda trombofilia hereditaria (2% población) mas frecuente tras la mutación Factor V Leiden. Se produce al sustituir adenina por guanina en la posición 20210, en una región no codificante del gen. Transmisión por herencia autosómica dominante (HAD), la mayoría de los individuos son heterocigotos y tienen un riesgo entre 3 y 4 veces mayor de ETE. Ampliamente documentado el mayor riesgo de ETE, la asociación con abortos recurrentes o pérdidas fetales es controvertida. Metaanálisis y estudios retrospectivos encuentran asociación entre TH y abortos del primer trimestre, estudios prospectivos no encuentran dicha asociación. Además los metaanálisis no demuestran disminución de abortos tras tratamiento profiláctico en mujeres con TH. Dada la alta prevalencia de trombofilias hereditarias consideramos importante su conocimiento en Atención Primaria, la realización de genograma en casos de eventos trombóticos sin desencadenante claro y abortos de repetición para poder así ofrecer consejo genético y medidas profilácticas adecuadas.

Bibliografía

- Charles J Lockwood, MD. *Inherited thrombophilias in pregnancy*. En: *UpToDate Post TW* (ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 28 de marzo de 2022).
- 2.-Kenneth A Bauer, MD. *Protrombin G20210A*. En *UpToDate Post TW* (ed), UpToDate, Waltham, MA.

(accedido el 21 de marzo de 2022). 3.-ACOG Practice Bulletin No. 197 Summary: *Inherited Thrombophilias in Pregnancy*. *Obstetrics and gynecology [Internet]*. 2018 Jul [cited 2022 Apr 7];132(1):249–51 doi:10.1097/AOG.0000000000002705

644/40. DE LA IMPOTENCIA A LA ANESTESIA, UNA MALA COINCIDENCIA**Autores:**

Sánchez-Agosta Sánchez, C.¹, Martín Enguix, D.², Jiménez Jiménez, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada

Descripción del caso

Varón de 31 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por impotencia sexual de 2-3 meses de evolución. Niega hábitos tóxicos y contactos sexuales de riesgo. Al mes consulta por empeoramiento de la sintomatología inicial y aparición de retención urinaria, espasmos, hipoestesia y hormigueo desde la pelvis hasta los pies. Además, debilidad en miembros inferiores y torpeza (que había ocasionado varias caídas).

Exploración y pruebas complementarias

En la primera visita las constantes, exploración genital, neurológica y vascular era normal. La analítica general con hormonas y perfil lipídico sin alteraciones. En la segunda visita destacó la pérdida de fuerza en el miembro inferior izquierdo (MII)(4/5) con respecto a la derecha (MID)(5/5). Los reflejos estaban exaltados con respuesta clonóide en MII (4/++++) con respecto al MID (3/++++). Babinski positivo bilateral. Hipoestesia nivel sensitivo T9 y vibratoria disminuida desde cresta iliaca hacia distal. La marcha en tándem fue dificultosa.

Se amplió el estudio con una RMN urgente, objetivándose una malformación vascular arteriovenosa procedente de la aorta torácica descendente con componente vascular de vasos muy dilatados en

Casos clínicos**Índice de autores**

mediastino superior y en raquis, con compresión medular en segmento dorsal alto y cervical, con compresión medular mayor a nivel D1 y D2.

Dados los hallazgos se deriva a Urgencias Hospitalarias donde ingresó para realización de arteriografía diagnóstica. Se procedió a la embolización de la malformación quedando el paciente asintomático hasta el momento actual.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Mielopatía cervical-dorsal secundaria a malformación vascular (MAV)

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente con un cuadro de neuropatía de predominio sensitivo dorsal y piramidalismo asociado debemos pensar en afectación a nivel medular de causa mecánica (lesión medular), compresiva (tumores, malformaciones vasculares) o inflamatoria (esclerosis múltiple, infecciones del SNC).

Comentario final

Resulta fundamental realizar una adecuada exploración neurológica minuciosa en Atención Primaria para orientar un cuadro clínico y solicitar pruebas complementarias para un diagnóstico y tratamiento precoz.

Las MAV son raras, las más frecuentes localizadas a nivel craneal y cervical. Suelen presentarse con sintomatología a nivel de miembros inferiores.

Bibliografía

- Patchana T, Savla P, Taka TM. Spinal Arteriovenous Malformation: Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2020;12(11):e11614. doi:10.7759/cureus.11614

644/47. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMATURIA**Autores:**

Jiménez del Marco, N.¹, Calderón Rodríguez, A.², Ruf Sánchez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialis-

ta en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 29 años, que acude a la consulta refiriendo molestias en hipogastrio que se intensifica con la bipedestación, acompañado de dismenorrea, dispareunia y disuria intermitente, dicha sintomatología le ocurre desde hace un año, toma ibuprofeno y paracetamol a veces y refiere mejoría parcial. En la última semana refiere aumento de disuria acompañada de polaquiuria y orinas más oscuras. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

buen estado general, afebril, constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen: blando, depresible, con molestias a la palpación de hipogastrio y flanco izquierdo, no se palpan masas ni megalias, puñopercusión renal negativa. Se realiza combur test donde se objetiva hematíes, leucocitos y proteínas, por lo tanto se pauta antibioterapia por sospecha de ITU. A las dos semanas acude nuevamente por aumento de hematuria por lo que se solicita analítica con sistemático de orina y urocultivo. Analítica sin hallazgos relevantes y sistemático orina con hematuria (20-25 hematíes por campo) y urocultivo normal. Se solicita ecografía abdominal que se completa con TAC abdominopélvico donde se objetiva estenosis de la vena renal izquierda a su paso por la pinza aortomesentérica.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Síndrome de cascanueces

Diagnóstico diferencial

ITU, TBC renal y neoplasia vesical

Comentario final

El síndrome de cascanueces consiste en la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, lo que provoca un aumento en el gradiente de presión. Más frecuente en mujeres. Pueden manifestarse asintomáticos o generar síntomas urológicos (disuria, dolor abdominal, hematuria o varicocele) o ginecológicos (dispareunia, dismenorrea, varices pélvicas o vulvares). En la mayoría de los casos el tratamiento es vigilancia de

Casos clínicos

Índice de autores

síntomas, pero otros casos precisan cirugía. Dado el escalón que ocupa la atención primaria en el escalón asistencial nos obliga a enfrentarnos al reto diario de convivir con toda clase de enfermedades poco frecuentes pero que también tenemos que tener en cuenta en nuestra práctica clínica

Bibliografía

- E.D. Avgerinos, R. McEnaney, R.A. Chaer.
- *Surgical and endovascular interventions for nutcracker syndrome.*
- *Semin Vasc Surg*, 26 (2013), pp. 170-177
- L. Hai, Z. Muchun, J. Yang, Z. Zhuo, N. Wanli.
- *Microsurgical spermatic-inferior epigastric vein anastomosis for treating nutcracker syndrome-associated varicocele in infertile men: A preliminary experience.*
- *Urology*, 83 (2014), pp. 94-99

644/48. NO TODO ES ANSIEDAD O DEPRESIÓN**Autores:**

Jiménez del Marco, N.¹, Ruf Sánchez, P.², Calderón Rodríguez, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 37 años, trabaja como enfermera en UCI, que acude por parte de confirmación de incapacidad temporal por trastorno ansioso-depresivo debido a estrés postraumático dado pandemia SARS- CoV-2. Refiere que continúa con ansiedad, palpitaciones y sudoración, a pesar del tratamiento ansiolítico y antidepresivo. Además desde hace 4-5 días tiene dolor en cuello que se intensifica con la deglución, males general y ayer se palpó una nodulación dolorosa

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, FC 91, Tensión 130/65. Auscultación normal. Orofaringe sin hallazgos. Neu-

rológico normal. En el cuello se palpa nodulación blanda de 1.2 cm de diámetro, dolorosa, que moviliza con la deglución, no adherida a planos. ECG sin alteraciones. En analítica destaca VSG 25, TSH 0.015, T4 L 6.2, resto de los valores normales. PCR SARS- CoV-2 positiva. Ecografía tiroidea presenta inflamación difusa glandular y se visualizan dos nódulos tiroideos en hemisferio derecho de 10 y 8 mm de morfología benigna. Se solicita teleconsulta con endocrinología y se pauta propranolol y AINEs. Se repite control en 4-6 semanas donde se objetiva TSH 12.3 y T4L normal por lo que se pauta levotiroxina normalizando los datos analíticos.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Tiroiditis subaguda tras infección por SARS- CoV-2

Diagnóstico diferencial

Graves- Basedow, trastorno ansioso-depresivo persistente y estrés postraumático

Comentario final

La tiroiditis subaguda es un proceso inflamatorio normalmente tras una infección viral, normalmente autolimitada. Suelen presentar tres fases: hipertiroidea, hipotiroidea y eutiroidea. Es más frecuente en mujeres. Varios países han declarado tiroiditis subaguda tras infección por SARS- CoV2 cursando con mismo cuadro clínico que cualquier otra infección vírica. Aún nos queda mucho por aprender sobre las manifestaciones clínicas producidas por SARS-CoV-2, por lo que la importancia de este caso es que también debemos de tener en cuenta dicha infección vírica como los posible agente causante de las tiroiditis subaguda y que puede pasar desapercibida por la alta demanda en atención primaria

Bibliografía

- Brancatella A., Ricci D., Viola N., Sgrò D., Santini F., Latrofa F. Subacute Thyroiditis After Sars-COV-2 Infection. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105:dgoa276.
- Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708-1720

644/50. LO QUE HAY DETRAS DE UN EDEMA

Autores:

Pedrosa Arias, M.¹, Dabán López, B.², Ruiz Andrés, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Monachil. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Monachil. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bélmez de la Moraleda. Bélmez de la Moraleda. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 52 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta porque ha notado que se le hinchan las piernas por las tardes, sensación de vuelco en corazón y disnea al esfuerzo. No ortopnea ni DPN. No hematuria, no síndrome miccional, no antecedente de ingesta de AINES salvo condrosan de forma intermitente. Pérdida de 9 kg peso voluntaria con tratamiento de Liraglutide (Saxenda). Se deriva a cardiología descartando proceso cardiológico y solicitan holter por taquicardia. Se pauta furosemida una semana. Se cita a revisión con analítica. En la misma se aprecia urea 40 y creatinina 1.04 y en orina una proteinuria en rango nefrótico. La paciente no ha encontrado mejoría, sigue con edematización generalizada por lo que ante la sospecha de síndrome nefrótico se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Constantes: TA 146/94; FC 71 SatO2 99%. ACR normal. Abdomen blando depresible sin signos de peritonismo. No edema de pared

Edemas blandos generalizados en MMII, área genital, facial y sacro

Analítica: glucosa 95, urea 40, creatinina 1.04, albumina 2.4 GOT 39, GPT 50, Na 140, K 4.5, pronBNP 782. Orina: hematías + proteinuria ++++

Bioquímica en orina: creatinina 153, albumina 447, albumina/cre 2921.

Ecografía: hígado, páncreas y bazo sin alteraciones. Ambos riñones aumentados de tamaño con leve hiperecogenicidad difusa a correlacionar con glomerulonefritis.

Con sospecha de síndrome nefrótico ingresa en nefrología. Se solicita PET-TC sin hallazgos y ANCA, antiMBG y anti-PLA2R siendo negativos

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Posible síndrome nefrótico clínico y bioquímico. Posible GFYS (glomeruloesclerosis focal y segmentaria se confirmó mediante anatomía patológica (Glomeruloesclerosis segmentaria y focal tipo TIP)

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia renal. Enfermedades autoinmunes con lesión renal.

Comentario final

Este caso nos enseña que no debemos banalizar los edemas y estar atentos a los síntomas añadidos que cuenta el paciente. Edemas con cansancio y sensación de taquicardia nos obliga a realizar una anamnesis y un estudio completo para orientar el diagnóstico. Habría que hacer estudio de fármacos que podrían estar implicados en el proceso

Bibliografía

- Gaínza de los Ríos FJ. Insuficiencia renal aguda. Nefrología. 2012;7(1).
- Cruz Vela, M. C. (2020). SÍNDROME NEFRÓTICO. Coordinadores: Carmen Asencio Sánchez. Paula Batalla Caetano. Miguel Ángel Pérez Valdivia, 15.

644/59. ME FALTA LA VIDA

Autores:

Hita Rodríguez, M.¹, Reyes Álvarez, M.¹, Castillo Lorente, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 63 años con los antecedentes de:

- Asma persistente moderada.
- No fumadora.

Acude a cita programada de Atención Primaria.

Refiere disnea al subir escaleras o cargar peso, por lo que tiene que pararse. Asocia tos seca de predominio matutino, con expectoración ocasional.

No clínica de insuficiencia cardíaca.

Exploración y pruebas complementarias

Colaboradora, consciente y orientada en las tres esferas.

Normocoloreada y normoperfundida.

Saturación (Sat O₂) basal 96%. Tensión arterial 140/85 mmHg, frecuencia cardíaca 105 lpm. Afebril.

Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sibilancias espiratorias dispersas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Se orienta como reagudización asmática y se pauta tratamiento con corticoides orales, indacaterol, budesonida inhalada y salbutamol de rescate.

Tras 10 días, la paciente consulta de nuevo, por empeoramiento clínico.

Nueva auscultación con crepitantes “tipo velcro” bilaterales bibasales, sibilantes dispersos y Sat O₂ del 90%, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Se realizan como pruebas complementarias:

- Analítica: aumento lactato deshidrogenasa.
- Radiografía tórax: patrón intersticial bibasal de novo.
- Gasometría arterial basal con pO₂ 60 mmHg y Sat A O₂ 90%.
- Se procede a ingreso en Medicina Interna dado el patrón intersticial no conocido y la insuficiencia respiratoria aguda, realizándose:
- Perfil autoinmunidad: negativo.
- IGRA: negativo.
- Serologías: negativas.
- TAC tórax: afectación intersticial pulmonar central, con engrosamiento de septos, zonas con densidad en vidrio deslustrado y bronquiectasias cilíndricas.

- Espirometría: patrón restrictivo.
- Ecocardiograma: sin alteraciones.
- Biopsia pulmonar: macroscópica → parénquima con expansión septal por densa celularidad por infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario con eosinófilos. Áreas con proliferación fibroblástica. Patrón de neumonía organizada. Anatomopatológico → signos de inflamación crónica intersticial con componente eosinofílico. Focos de neumonía organizada. Reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño.

Se llega al diagnóstico de FIBROSIS PULMONAR (FPI).

Diagnóstico diferencial

Edema pulmonar de causa cardíaca.

Neumonía.

Tuberculosis miliar.

Comentario final

La FPI es la más frecuente y de peor pronóstico de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID).

Nuestra paciente se presentó en Comité de Trasplante, estando fuera de la ventana de oportunidad.

Fue de vital importancia poder realizar visitas domiciliarias.

Bibliografía

- *Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre*. 8ª edición. Madrid: MSD, 2016. p.541-549.
- *Medicina de urgencia y emergencias. Guía diagnóstica y de protocolos de actuación*. 3ª edición. Madrid: Elsevier. 2006 p 367-371.

644/61. ALGO LE PASA A MI TATUAJE

Autores:

Ruf Sánchez, P.¹, Jiménez del Marco, N.², Calderón Rodríguez, A.¹

Centro de Trabajo:

- (1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba,*
- (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba*

Descripción del caso

Mujer de 46 años diagnosticada hace varios años de pioderma gangrenoso en mama izquierda sin datos de enfermedad sistémica, por el que estuvo en tto por ciclosporina y corticoides varios meses hasta finalizar el cuadro. Acude tras varias semanas de tatuarse la muñeca izquierda presenta dolor, inflamación y eccema supurativo en dicha localización. No hay artralgias ni fiebre, no uveítis, no sequedad oral ni ocular, no aftas orales ni bucales pero si refiere disestesia en la mano izquierda a raíz de la aparición de la lesión. Como AP destaca: haber pasado el covid 3 meses atrás y ser asmática mal controlada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen aspecto general, afebril, TA 132/81. Auscultación cardiopulmonar normal, resto de exploración por órgano y aparatos sin hallazgos. Lesión en cara interna de muñeca izquierda de unos 2x4 cm, sobre tatuaje, con esfacelo por lo que remitimos a enfermería para cura local y valoración por su parte, no presentando secreción purulenta. No otras zonas afectas. Se realizó cultivo de herida sin evidenciarse colonias. Tras cura se realizó teleconsulta con dermatología para valoración.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Pioderma gangrenoso

Diagnóstico diferencial

Úlcera sobreinfectada, neoplasia, picadura de artrópodos, vasculitis, necrosis por warfarina, síndrome de sweet.

Comentario final

El pioderma gangrenoso, generalmente, comienza con una nodulación eritematosa pequeña en la piel, el cual puede parecerse a una picadura de araña. En pocos días, esta protuberancia puede convertirse en una gran llaga dolorosa y abierta. Generalmente, la úlcera aparece en las piernas, pero puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. En ocasiones, aparece alrededor de las heridas quirúrgicas. Pueden crecer y fusionarse en una úlcera más grande. Se desconoce la causa específica del pioderma gangrenoso. Esta afección no es infecciosa ni contagiosa. A

menudo se asocia con enfermedades autoinmunes. Debemos hacer hincapié en los pacientes que padecen dicha patología dado que con cualquier tipo de herida o lesión puede desencadenar en una nueva úlcera. La principal complicación es la sobreinfección.

Bibliografía

- Laguna C, Villata JJ, Martín B. Dermatitis neutrofílica del dorso de manos. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:102-104.
- Gómez EC, Mazuecos J, Rodríguez PA, Camacho F. Estudio retrospectivo de una serie de 15 casos de pioderma gangrenoso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2002;30(4):162-166.

644/63. DOCTORA, QUE PIERNA TAN GORDA TENGO

Autores:

Ruf Sánchez, P.¹, Calderón Rodríguez, A.¹, Jiménez del Marco, N.²

Centro de Trabajo:

- (1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte de Córdoba. Córdoba,
- (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 63 años que acude a consulta por aumento de diámetro de miembro inferior izquierdo, desde hace varios días. No disnea, no dolor torácico, no palpitaciones, no fiebre, no otra clínica acompañante. Refiere que ha estado estas dos últimas semanas sin poder salir a caminar (como suele hacer con frecuencia) por una gonalgia debido a una gonartrosis. Como AP es hipertenso y presenta dislipemia mixta, ambas patologías en tto con ibersartan y fenofibrato/pitavastatina respectivamente, fumador ocasional. No antecedente traumático previo.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico en reposo, TA 127/78, saturación de oxígeno 99%, FC65lpm. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes, no adenopatías cervicales. Abdomen normal, sin dolor a la palpación, sin palpase masas ni megalias. Pulsos femo-

Casos clínicos

Índice de autores

rales conservados. En la pierna izquierda se objetiva aumento de diámetro respecto a contralateral acompañado de dolor, eritema piel y aumento de temperatura respecto a piel circundante. RX DE TORAX índice cardiorádico normal, no ensanchamiento mediastínico y ángulos costofrénicos libres. ECG ritmo sinusal 60 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no bloqueos ni alteración de repolarización. ANALÍTICA, hb 13,6 g/dl, plaquetas 28.700, Dímero D 5,900. ECODOPLER DE MII, vena femoral común izda aumentada de calibre con material ecogénico en su interior

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Trombosis venosa profunda

Diagnóstico diferencial

Celulitis y trombosis venosa superficial

Comentario final

La trombosis venosa profunda se produce cuando se forma un coágulo de sangre (trombo), en una o más venas profundas del cuerpo, generalmente en piernas, produciendo dolor y aumento de tamaño del miembro afecto. Puede estar producido por varias enfermedades, algunas con alteración de coagulabilidad como las neoplasias, el embarazo o puerperio y otras por inmovilizaciones prolongadas. Es importante promover los estilos de hábito de vida saludable entre los que se encuentra la actividad física diaria para evitar este tipo de patologías.

Bibliografía

- Lapner, S., & Kearon, C. *Diagnosis and management of pulmonary embolism*. *BMJ* 2013; 346:f757 9. Miller, M., Chalhoub, M. & Bourjeily, G. *Peripartum Pulmonary Embolism*. *Clin Chest Med* 32; 2011, 147-164 10.

644/65. ME ESTÁN APARECIENDO UNAS MANCHAS EN LA PIEL.**Autores:**

Linares Ramírez, M.¹, López Moreno, A.², Marín González, S.³

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba*, (2) *Residente*

de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) *Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba*

Descripción del caso

Antecedentes Personales: Hipotiroidismo, adenoma folicular, nódulo tiroideo, hipertrigliceridemia, hiperplasia prostática, glaucoma, hipertensión.

Motivo de consulta: Paciente de 76 años que acude a consulta por aparición de hematomas espontáneos desde hace unas semanas, sin traumatismo previo. No antecedentes de enfermedades hepáticas ni infecciosas. Desde hace un mes comenzó con hematomas espontáneos en tronco y en extremidades sin traumatismo previo. No fiebre, no pérdida de peso ni alteración del tránsito intestinal. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Hematomas en tronco y en extremidades en diferente estadio de resolución de unos 3-4 cm de tamaño.

Hemograma: Plaquetas 15000, Volumen plaquetario 14.3, resto de valores en rango de la normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Trombocitopenia inmune primaria

Diagnóstico diferencial

Virus hepatotrópos, medicamentos o vacunas, enfermedades autoinmunes, síndromes de inmunodeficiencia y linfomas.

Comentario final

Es una trombocitopenia adquirida causada por autoanticuerpos contra antígenos plaquetarios (PTI). Es una de las causas más comunes de trombocitopenia en adultos asintomáticos.

Existe una clasificación de PTI en función de su etiología:

-PTI primaria, PTI secundaria, Trombocitopenia inmunitaria inducida por fármacos.

Casos clínicos**Índice de autores**

Muchos pacientes con PTI son asintomáticos. En el caso de los que tienen síntomas, éstos están relacionados principalmente con la trombocitopenia y las hemorragias.

El tratamiento de este cuadro es variado, pudiendo oscilar entre transfusiones de plaquetas si fuera necesario, glucocorticoides, anticuerpos monoclonales como Rituximab, inmunoglobulinas intravenosas, mifephenolato y esplenectomía.

Ante la sospecha de PTI se debe realizar una exploración minuciosa y solicitar analítica para valorar el hemograma. Una vez instaurado el tratamiento es importante continuar con controles analíticos y valorar niveles de glucemia en el caso de uso de corticoides.

En el caso de nuestro paciente se derivó a hematólogía donde se continuaron controles y tratamiento corticoideo. En las revisiones posteriores en nuestra consulta también se valoró la afectación del paciente en cuanto a su percepción sobre calidad de vida y limitaciones que creía tener a causa de la enfermedad.

Bibliografía

- 1. Chong BH. Primary immune thrombocytopenia: understanding pathogenesis is the key to better treatments. *J Thromb Haemost* 2009; 7:319.
- 2. Cooper N, Bussell J. The pathogenesis of immune thrombocytopenic purpura. *Br J Haematol* 2006; 133:364.

644/78. MONOARTRITIS AGUDA**Autores:**

Barrera Martínez, Y.¹, García Medero, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Varón de 67 años que acude al centro de salud por tumefacción de rodilla izquierda con impotencia funcional de 4 días de evolución. No traumatismo previo.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, DM tipo 2 y dislipemia. Hepatopatía de etiología enólica, refiere ingerir 2 copas de whisky diarias.

En última analítica del centro de salud ácido úrico en 9,5, en tratamiento con alopurinol, con poca adherencia.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: rodilla izquierda en flexo con aumento de tumefacción y leve rubor y calor generalizado con respecto a rodilla contralateral. Impotencia funcional, imposibilidad de extensión de rodilla. Imposibilidad de deambulación.

Se deriva a servicio de Urgencias para descartar artritis séptica.

Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre: no se observa leucocitosis ni neutrofilia. PCR 84.
- Radiografía de rodilla: signos degenerativos
- En artrocentesis se obtuvo 30 ml de líquido articular opaco blanquecino con 44.000 leucocitos/ml y 25% neutrófilos. Concentración de glucosa normal. Tinción de Gram negativa. Pendiente de cultivo del líquido articular
- Se pauta amoxicilina/ clavulánico de forma profiláctica y revisión semana siguiente por parte de traumatología con resultado del cultivo.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Posible monoartritis por microcristales.

Diagnóstico diferencial

Debemos diferenciar entre una causa mecánica, inflamatoria o infecciosa siendo fundamental el análisis del líquido sinovial.

El líquido no inflamatorio presenta un color claro sin presencia de polimorfonucleares. El líquido sinovial inflamatorio tiene un aspecto turbio amarillo con presencia de polimorfonucleares 3000-50000, mientras que el infeccioso suele ser turbio opaco con presencia de > 50000 polimorfonucleares con un porcentaje alto de neutrófilos, además el GRAM y el cultivo son positivo.

Dentro de las mecánicas destacan: artrosis, traumatismo, osteonecrosis, osteocondritis

Casos clínicos

Índice de autores

Dentro de las inflamatorias destacan: microcristales (urato monosódico, pirofosfato de calcio, hidroxipatita). También encontramos por Artritis reumatoide, artritis psoriásica, lupus...

Dentro de las infecciosas: bacterianas, gonocócicas, brucella o tuberculosis

Comentario final

Ante una monoartritis aguda es imprescindible realización de artrocentesis y análisis del líquido sinovial, importante para el diagnóstico diferencial, en especial descartar artritis séptica que requiere un tratamiento temprano por su elevada morbilidad.

Bibliografía

- Garrote Corral S, Zegarra Mondragón S, Guillen Astete C, Bachiller Corral FJ. Protocolo diagnóstico de la monoartritis aguda. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 2017 Mar 1;12(27):1604-8.

644/85. ¿DISPEPSIA O TRISTEZA?**Autores:**

Sánchez Bonilla, E.¹, Fernández Mercado, F.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 39 años que refiere dolores abdominales de larga data, que aumenta con las comidas copiosas, aunque también aparece cuando come poco y sano, no los asocia a ningún momento del día concreto, aunque refiere que suele aparecer más el dolor por la noche al acostarse.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, CYO, NH, NC, eupneica. A la exploración, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, RHA conservados.

No fumadora, bebedora social.

Citamos para analítica, examen de heces para Helicobacter Pylori y revisión.

Tras revisión, derivación a digestivo por normalidad en los resultados de las pruebas realizadas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Analítica normal, Helicobacter Pilory positivo que se trata pero continua con dolor abdominal, por lo que se deriva a digestivo, que tras endoscopia refiere que todo está dentro de la normalidad, diagnosticando a la paciente de dispepsia. Por lo que citamos a la paciente para reevaluar. Es en esta reevaluación, donde manifiesta que no duerme bien, que sufre crisis de ansiedad y que cuando peor se siente anímicamente, mayor es el dolor abdominal.

Se diagnostica de dispepsia asociado a síndrome ansioso.

Diagnóstico diferencial

Gastritis, úlcera gástrica o duodenal, gastropatía hipertrófica hipersecretora, síndrome de Zollinger-Ellison, consumo excesivo de AINEs, dispepsia, celiaquía del adulto y cólico biliar.

Comentario final

Tras descartar las patologías físicas, se pasa a descartar que el dolor y la clínica digestiva se deban a una somatización por una causa psicológica. Realizamos los cuestionarios GAD-7 de ansiedad y PHQ-9 de depresión dando positivos.

Aunque salud mental es la encargada del seguimiento de la paciente, nosotros desde AP también se lo realizamos, y la vamos citando periódicamente para hacer un seguimiento de la medicación pautada y de su evolución tanto psíquica como física

Bibliografía

- Capitulo 153. Kasper. Braunwald. Fauci. Hauser. Longo. Jameson. Enfermedades digestivas. Harrison Manual de medicina. 16ª edición. Madrid. McGraw-Hill; 2005. p. 783-800
- Peptic ulcer disease among dyspeptic patients at endoscopy unit, University of Gondar hospital, Northwest Ethiopia.
- Assefa, Belete; Tadesse, Abilo; Abay, Zenahebezu; Abebe, Alula; Tesfaye, Tsebaot; Tadesse, Melaku; Molla, Ayenew.
- BMC Gastroenterol ; 22(1): 164, 2022 Apr 05.

644/99. DOCTORA, ME DUELE EL CUERPO

Autores:

Sanz Ortega, T.¹, Hidalgo Martín, F.², Villalba Cortés, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 54 años. RCV SCORE 0%. Exfumadora. Problemas: escoliosis. Consulta por poliartralgias en manos, rodillas y tobillos desde hace dos meses. Tos crónica sin expectoración con astenia.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, destaca aumento de partes blandas con discreta tumefacción en interfalángicas distales. La clínica sugiere poliartritis/poliartrosis, por lo que, se solicita analítica con reactantes de fase aguda y radiografía siendo normales. Acude de nuevo a consulta refiriendo empeoramiento junto con prurito generalizado. A la exploración, destacan lesiones urticariales y aumento de tumefacción junto con acropaquias en dedos de las manos. Ante la persistencia del cuadro y los antecedentes de tabaquismo, se cambia la sospecha diagnóstica y se solicita radiografía de tórax. Se pauta tratamiento analgésico y antihistamínico. En la radiografía destaca dudosa ocupación del hilio derecho. Con la sospecha de cáncer de pulmón se deriva a Neumología diagnosticando a la paciente de adenocarcinoma de pulmón.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Osteoartropatía hipertrófica (OH) en el contexto de carcinoma de pulmón

Diagnóstico diferencial

Ante un cuadro de artralgias, debemos realizar un diagnóstico diferencial con artrosis, fibromialgia, artritis, enfermedades autoinmunes, síndromes para-neoplásicos, etcétera.

Comentario final

En la consulta es esencial realizar una correcta anamnesis y exploración física. La OH produce proliferación perióstica y artralgias, así como, acropaquias distales. La osteoartritis es una complicación rara del cáncer de pulmón. En pacientes con antecedentes de tabaquismo y clínica inflamatoria articular hay que realizar despistaje de cáncer de pulmón con petición de radiografía de tórax. El caso de nuestra paciente nos resalta la importancia de valorar los antecedentes tóxicos junto con la clínica acompañante.

Bibliografía

- Sugimoto H, Nakata K. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy: an unusual manifestation of lung cancer. *QJM*. 2020 Dec 1; 113 (12):895-896.
- Osorio Aira S, Cartón Sánchez P, López Pedreira MR, Gil Guerra AB. Hypertrophic osteoarthropathy. *Med Clin (Barc)*. 2018 Dec 21;151 (12):509.

644/101. HIPERPARATIROIDISMO EN PACIENTE CON PANCREATITIS DE REPETICIÓN

Autores:

Gracia Muro, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Acude a consulta un varón de 35 años, nuevo en cupo, con pancreatitis de repetición en 2014 y 2015 de supuesto origen enólico estudiadas por digestivo. Al comenzar la anamnesis para actualizar la lista de problemas se objetiva que el usuario no ha tenido hábitos enólicos. Por lo que se decide investigar el posible origen de esas pancreatitis. En 2015 no se detectaron litiasis biliares que explicaran el cuadro. Únicamente se diagnosticó de barro biliar por ecografía y se calificó de origen enólico. Sin otros antecedentes personales de interés, sin antecedentes familiares. Actualmente no toma tratamiento. Se realiza ecografía en centro

Casos clínicos**Índice de autores**

de salud y analítica, con los resultados, y ante la sospecha de un hiperparatiroidismo sin filiar se deriva al endocrino donde se completa el estudio con análisis de orina en 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Análisis de sangre en centro de salud. PTH: 105,2 pg/mL; 25 Hidroxi Vitamina D: 15,4 ng/mL; Calcio: 10,1 mg/dL Ecografía en centro de salud: - Hígado sin alteraciones, ecogenicidad homogénea, sin esteatosis hepática. Vía biliar principal sin alteraciones, vesícula de tamaño normal sin contenido. Resto de abdomen normal. - Glándula paratiroides y tiroides sin alteraciones.

Análisis complementario en endocrinología: Calcio (orina) 11.3 mg/dL; Calcio / Creatinina: 0.12 mg/mg Crea

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Pancreatitis aguda secundaria a Hiperparatiroidismo hipercalcémico.

Diagnóstico diferencial

Hiperparatiroidismo primario. Hipercalcemia hipocalciuria familiar.

Comentario final

Diagnóstico final en endocrinología de Hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D. Inició tratamiento con calcifediol mensual.

La pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia es poco común, no obstante, se ha observado en la literatura algunos casos y el proceso se ha intentado explicar en diferentes artículos.

Bibliografía

- López-Ramiro E., Rubert M, Mahillo I, de la Piedra C. Hiperparatiroidismo secundario al déficit de vitamina D. *Rev Osteoporos Metab Miner [Internet]*. 2016 Jun [citado 2022 Abr 12] ; 8(2): 55-60. - Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil J. M. Acute pancreatitis. *Rev. esp. enferm. dig. [Internet]*. 2010 Sep [citado 2022 Abr 12] ; 102(9): 560-560. - T.R. Kelly. Relationship of hyperparathyroidism to pancreatitis. *Arch Surg*, 108 (1968), pp. 267-274.

644/106. ACTITUD Y ACTUACIÓN**Autores:**

Alcalá Lara, M.¹, Moreno Navarro, B.², Gil Miranda, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gines Dr. Juan Antonio González Caraballo. Gines. Sevilla, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Bollullos de la Mitación. Bollullos de la Mitación. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 68 años, independiente, exconsumidor crónico de alcohol e hipertenso. Diagnosticado hace tres meses de miastenia ocular seronegativa por parte de neurología. Recibimos en nuestra consulta a su hermana (residente fuera del país), demandándonos ayuda; refiere haber notado a su familiar muy deteriorado: no come, esta mas delgado y se encuentra demasiado cansado. Revisando su historia clínica, comprobamos que no ha acudido a las múltiples citaciones para seguimiento y recogida de resultados por parte de neurología. Tampoco nos ha visitado a nosotros. Decidimos contactar telefónicamente, consiguiendo hablar con nuestro paciente al segundo intento: se encuentra bien tras el inicio de tratamiento con inhibidores de la colinesterasa y rechaza cualquier valoración médica presencial.

Observamos los resultados no recepcionados por parte del paciente y decidimos insistir, mediante una visita domiciliar que nos permita valorar al paciente.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada a su domicilio observamos cierto deterioro físico en nuestro paciente, con apariencia de abandono. Algo bradipsíquico y asténico durante la exploración, con leve ptosis bilateral; sin otros hallazgos. Domicilio de aspecto descuidado, sucio y desordenado. En TAC abdominopélvico realizado al inicio del diagnóstico neurológico (con el fin de valorar etiología secundaria de la miastenia ocular) se observa masa de partes blandas en el ligamento gastrohepático sugestivo de conglomerado adenopático,

Casos clínicos

Índice de autores

así como masas adenopáticas en tronco celíaco y adenopatías en hilo hepático.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Miastenia ocular seronegativa de probable etiología paraneoplásica.

Diagnóstico diferencial

Podemos establecer el diagnóstico diferencial con una recaída en la ingesta abusiva de alcohol o una patología mental.

Comentario final

Tras la visita domiciliar y ante nuestra sospecha diagnóstica (basada en la clínica, exploración y resultados de pruebas complementarias) conseguimos que nuestro paciente se percate de la posible gravedad del cuadro e importancia de un tratamiento precoz, aceptando su traslado urgente a planta de Medicina Interna de su hospital de referencia. La actitud, actuación e insistencia del médico de familia en la valoración y abordaje del paciente, es fundamental para conseguir soluciones precoces, que pueden salvar, a largo plazo, la vida del paciente.

Bibliografía

- Sánchez Sánchez JG, Pérez Padilla CA. *Análisis de caso sobre miastenia gravis de predominio ocular [Tesis].* Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2016.

644/112. "DOCTOR, ME HE PUESTO SIETE INFILTRACIONES"**Autores:**

López Gómez, J.¹, Borrego Goncer, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 58 años que consulta por edema cérvico-facial y de hemicuerpo superior, exantema en zona de fotoexposición cervical anterior. Presenta hiper-

tensión arterial de nueva aparición, cefalea, astenia intensa y aumento del vello facial. Se realizó siete infiltraciones corticoideas de trocanteritis derecha y rodilla derecha durante el mes de julio y unos días de tratamiento con Prednisona 30 mg a final de agosto. Tratamiento: enalapril 10 mg, furosemida 40 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 82.8 kg. Talla 163 cm. IMC 31.1. Ligero edema malar de predominio en lado derecho, que ha descendido francamente según la paciente. No tiene una obesidad abdominal marcada. No acantosis nigricans. No giba cervical, panículo graso que ha disminuido de tamaño. No estrías rojo-vinosas, atrofia muscular proximal en miembros ni fragilidad capilar. Bioquímica: glucosa 102, colesterol 323, LDL 231, triglicéridos 163. Gamma glutamiltransferasa 50. Cortisol 6,4. Cortisol urinario (orina 24h) 1.5 ng/ml. Cortisol-excreción (orina 24h) 3.68 µg/24h

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Síndrome de Cushing iatrogénico.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de pseudocushing (depresión, alcoholismo), síndrome de Cushing endógeno, síndrome de Cushing independiente de ACTH (tumores suprarrenales, hiperplasia suprarrenal), síndrome de Cushing dependiente de ACTH.

Comentario final

El uso de corticoides intralesionales es muy habitual en la práctica clínica. Así, conseguimos una mayor concentración del fármaco en la zona con un mejor perfil de seguridad, evitando algunos de los efectos secundarios sistémicos característicos, como la supresión del eje hipotálamo-hipofisario y el síndrome de Cushing iatrogénico. En este caso, se han administrado varias infiltraciones en un breve período. La historia clínica desempeña un papel fundamental que evalúa el impacto del hipercortisolismo en órganos y sistemas junto con el antecedente iatrogénico, puede dirigir la sospecha hacia cuadros más agresivos, como los derivados del síndrome florido de secreción ectópica de corticotropina (ACTH), o detectar una causa iatrogénica del síndrome.

Bibliografía

- Santos S, Santos E, Gaztambide S, Salvador J. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing. *Endocrinol Nutr.* 2009;56(2):71-84
- Romero JC, Catalán P. Patología suprarrenal. En: Suárez D et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª ed.* Madrid: SBL Maqueta; 2016. p. 1209-14.

644/113. LOS TATUAJES GUARDAN HISTORIAS Y A VECES ESCONDEN ENFERMEDADES

Autores:

Martín Enguix, D.¹, Gil Villalba, A.², Ruiz Villaverde, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. La Zubia. Granada, (2) Residente de 1er año de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (3) Especialista en Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Descripción del caso

Varón de 35 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por aparición de nódulos en áreas de tatuaje realizado 2 meses atrás. Además, refiere aparición simultánea de otros nódulos similares en otros tatuajes previos y en la cicatriz antigua de una artroscopia.

El paciente negaba hábitos tóxicos, relaciones sexuales de riesgo y clínica sistémica como la fiebre o la pérdida de ponderal.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetivaron múltiples nódulos subcutáneos de 3 mm de diámetro en tatuajes y cicatriz descrita. Se exploró el resto de la superficie cutánea y no se observaron otros nódulos. No se palparon adenopatías cervicales, axilares, supraclaviculares ni axilares. Ante la aparición simultánea de las lesiones se realizó un estudio analítico con que incluía: hemograma, bioquímica, enzima convertidora de angiotensina, autoinmunidad, proteinograma, calcio en sangre y en orina sin hallazgos de interés. Tam-

bién se realizó una tomografía axial computarizada toracoabdominal que resultaron normales.

Dada la normalidad de las pruebas complementarias, se remite al paciente al servicio de dermatología donde se decide realización de biopsia. La presencia de cuerpos asteroides en la biopsia confirmó histológicamente nuestra sospecha: granuloma sarcoide.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Sarcoidosis de las cicatrices

Diagnóstico diferencial

Ante la aparición de una relación granulomatosa en un tatuaje nos enfrentamos dos posibles diagnósticos: la sarcoidosis y reacción a cuerpo extraño por tinta de tatuaje que se da sobre todo por la utilización de tinta roja.

Comentario final

La sarcoidosis de las cicatrices consiste en la infiltración granulomatosa de cicatrices antiguas y tatuajes; constituye el 14% de las lesiones específicas y uno de los signos clínicos más característicos de la enfermedad. Puede ser la única manifestación cutánea de la sarcoidosis y siempre que se plantee su diagnóstico debe buscarse sus manifestaciones a nivel extracutáneo mediante técnicas de imagen. Es importante que en atención primaria se sospeche esta patología lo que nos permitirá un diagnóstico y tratamiento precoz para actuar sobre el curso natural de la enfermedad.

Bibliografía

- Ramírez Huaranga MA, Ramos Rodríguez CC, de la Rocha Vedia IV. Sarcoidosis cutánea: el preámbulo de una enfermedad sistémica paucisintomática, *Reumatología Clínica*, 2015;11: 395-397.

644/117. SÍNDROME DE BRUGADA: UN HALLAZGO CASUAL

Autores:

López Gómez, J.¹, Borrego Goncer, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lebrija Ntra. Sra. del Castillo. Lebrija. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 51 años que consulta de urgencias por dolor en epigastrio de horas de evolución, sin irradiación, de carácter intermitente pero que llega a ser intenso, sin náuseas ni vómitos. Una deposición normal. No fiebre.

AP: HTA. Intolerancia a la codeína. Tratamiento: valsartan 160 mg/24 horas, amlodipino 10 mg/24 horas. No hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/85. FC 60. Saturación O₂ 99%. ACP: normal. Abdomen: peristalsis normal, blando y depresible con dolor en epigastrio sin datos de irritación peritoneal, Murphy negativo. Blumberg negativo.

Rx AP abdomen en bipedestación: aire y heces intestinales sin datos de obstrucción ni de líquido libre.

ECG: RS a 60 lpm, eje QRS normal, elevación punto J en V1 y V2, descenso gradual del ST con T negativa en V1 y V2.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Síndrome de Brugada.

Diagnóstico diferencial

Taquicardias ventriculares, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, ritmo idioventricular acelerado, fibrilación ventricular.

Comentario final

En este caso se trata de un hallazgo casual en un paciente que acude a urgencias por dolor abdominal. El síndrome de Brugada es una enfermedad genética más frecuente en varones del sudeste asiático, que ocurre en ausencia de cardiopatía estructural y que se debe a una pérdida de los canales de sodio de la membrana celular. Existen tres patrones clásicos, siendo sólo diagnóstico el primero, que consiste en una imagen de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST > 2 mm en forma de "lomo de delfín" con una onda T negativa en las derivaciones V1 y V2 (pudiendo ser este patrón espontáneo o tras un test de provocación farmacológico). Se asocia a un riesgo aumentado de taquicardias ventriculares polimorfos y muerte súbita. El único tratamiento eficaz

para la prevención de la muerte súbita en estos pacientes es el implante de un DAI.

Bibliografía

- Retana-Puigmartí M et al. Diagnosticar el síndrome de Brugada: el papel de la atención primaria. *Medicina de familia. SEMERGEN*. 2011; 37; 10; 569-572.
- Miguel A, Vargas JC. En: Suárez D et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre*. 8ª ed. Madrid: SBL Maqueta; 2016. p. 319-353.

644/119. COLITIS EOSINOFÍLICA, UN CASO DE DIARREA CRÓNICA

Autores:

López López, A.¹, Castillo Bueno, H.¹, Padial Rodríguez, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - Centro. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 57 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) bien controlada y fumadora activa que consulta en Atención Primaria (AP) por cuadro de diarrea de ocho semanas de evolución. Presenta más de 10 deposiciones al día, líquidas, sin productos patológicos y asocia dolor abdominal de tipo cólico y urgencia defecatoria. No pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general, leve deshidratación de mucosa oral, buena perfusión distal. Exploración abdominal: abdomen depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: no doloroso, esfínter normotónico, hemorroides internas, no se palpan tumoraciones, dedil limpio. En analítica destaca: Proteína C Reactiva (PCR) 27,8 mg/L, leucocitos 13,38 x10³/μL con recuento absoluto de neutrófilos 11,33 x10³/μL, resto de la analítica dentro de la

Casos clínicos**Índice de autores**

normalidad. En colonoscopia: hemorroides internas, diverticulosis colónica y desde los 30 centímetros hasta recto se observan áreas parcheadas de hemorragia submucosa, rodeadas de mucosa de aspecto normal. Se realiza biopsia que informa de inflamación moderada con aumento significativo de eosinófilos en lámina propia.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Colitis eosinofílica.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria intestinal, alergia a alimentos, intolerancia a alimentos, cáncer de colon, enfermedad celiaca.

Comentario final

La colitis eosinofílica es una causa poco habitual de diarrea, de etiología desconocida y que se ha relacionado con diversa patología, entre ellas, parasitosis intestinal, conectivopatías, vasculitis y neoplasias. Se define por la presencia de un número anormal de eosinófilos en la mucosa colónica junto con síntomas de disfunción intestinal, que dependerán del sitio y la capa intestinal afectada. Los corticoides suponen la línea principal de tratamiento de esta patología y, aunque la duración del tratamiento aún no está bien establecida, a menudo es necesario terapia a largo plazo. En nuestro caso, la paciente inició corticoterapia oral con mejoría completa de la sintomatología y actualmente se está realizando descenso progresivo de dosis.

Bibliografía

- Ingle SB, Hinge Ingle CR. Eosinophilic gastroenteritis: An unusual type of gastroenteritis. *World J Gastroenterol.* 2013;19(31):5061-6.

644/126. UN CASO DE DIABETES MELLITUS SECUNDARIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**Autores:**

Castillo Bueno, H.¹, López López, A.¹, Rodríguez Soriano, B.²

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peligros. Peligros. Granada*

Descripción del caso

Mujer de 67 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia que consulta en servicio de urgencias por cuadro de astenia y pérdida de 7 kilogramos de peso en el último mes. Se realiza analítica general en la que destaca glucemia de 373 mg/dL. Se diagnostica de diabetes mellitus (DM) y se inicia tratamiento con insulina basal y acude a revisión en nuestra consulta. Se trata de una paciente no obesa, no bebedora y con analíticas previas con glucemias dentro de la normalidad, la última hace 7 meses.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta regular estado general, tinte terroso, deshidratación de mucosa oral. La exploración física cardiorrespiratoria se encuentra dentro de la normalidad. En la exploración abdominal destaca dolor a la palpación en zona de epigastrio junto con sensación de masa a la palpación. Se realiza nueva analítica en la que destaca glucemia en ayunas 301 mg/dL, hemoglobina glicosilada 12,3% y CA 19,9 2365 U/mL. Se realiza ecografía en Atención Primaria que informa de lesión hipoeoica en cola pancreática de aproximadamente 73x58x52 milímetros y 2 lesiones hepáticas sugerentes de metástasis. La paciente es ingresada en hospital para estudio, la tomografía axial computarizada (TAC) y la biopsia realizada confirman el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Diabetes Mellitus secundaria a adenocarcinoma de páncreas.

Diagnóstico diferencial

Pancreatitis aguda o crónica localizadas, metástasis pancreática, lesiones quísticas pancreáticas.

Comentario final

Se estima que alrededor de un 50% de los pacientes con neoplasia de páncreas desarrolla DM. Los

Casos clínicos

Índice de autores

principales factores de riesgo conocidos del cáncer de páncreas son el consumo de tabaco, la dieta rica en grasas, consumo de alcohol, factores genéticos y enfermedades propias del páncreas como la pancreatitis crónica. El diagnóstico precoz del cáncer de páncreas sigue siendo clave para aumentar la supervivencia, sin embargo, no existen criterios establecidos para el cribado con ecografía y biomarcadores. El pronóstico sigue siendo malo, con una escasa supervivencia a los 5 años.

Bibliografía

- Maza C, González M, Ovalle N, Alonso H. Diabetes mellitus y cáncer de páncreas. SEMERGEN. 2011;37(7):384-6.

644/147. HIPOPALESTESIA: LA IMPORTANCIA DE LO QUE NOS NARRA UN PACIENTE

Autores:

Cortes Valverde, A.¹, López Cintas, R.², Gómez-Guillamón Revilla, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

Paciente de 35 años, sin antecedentes de interés refiere que desde hace dos años comenzó a notar en miembros superiores sensación de descarga eléctrica que se irradiaba desde región proximal hasta ambas manos con carácter fluctuantes y cambiante, semanas o meses después comenzó a notar dicha sensación también en ambos MMII. Con el paso del tiempo comenzó a aumentar en frecuencia hasta ser constante en las cuatro extremidades. Asociado comenzó a notar importante astenia generalizada, y sensación también de "cansancio" en extremidades. De hecho, en este contexto presentó una caída casual sin un tropiezo y sobre un terreno llano.

Acudió por este motivo a su médico, donde se realizó analítica, presentando mejoría clínica, a lo meses posteriores volvió el cuadro. Se deriva a neurología

En consulta tras comentar que tuvo un viaje con mochila a marruecos (hasta ahora no comunicado) tras el cual comenzó con dicha sintomatología, se realiza serología de borrelia IgG que es positiva.

Persiste astenia generalizada que le limita en algunas actividades; no ha perdido peso en el último año. No otra sintomatología descrita incluyendo ausencia de lesiones dérmicas.

Exploración y pruebas complementarias

Pares craneales normales.

Únicamente destaca hipopalestesia distal hasta rodillas y codos. Dudosa artrocinética disminuida a nivel distal en MMII. No se objetiva alteración de termoalérgica (a diferencia de exploración previa). Tandem y Romberg negativos.

Resumen pruebas complementarias

- Hemograma y bioquímica completa normal. ANA positivos, ENAs: negativos
- Proteinograma elG normales
- EMG: Conclusión: Estudio de conducciones motoras y sensitivas en MMII y MSD con hallazgos dentro de la normalidad. En la actualidad no se evidencian alteraciones sugerentes de afectación polineuropática

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Alteraciones sensitivas distales que podrían ser compatibles con posible PNP sensitiva en paciente con serología positiva a borrelia: enfermedad de Lyme

Diagnóstico diferencial

Malaria, artritis, espondiloartropatías

Comentario final

Ante paciente con clínica aberrante que no encontramos en un principio la causa, nos tenemos que centrar en anamnesis para poder hallar y pedir pruebas adecuadas.

Bibliografía

- 1. Guerrero A. Borreliosis de Lyme en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2001;19:244-6.

Casos clínicos Índice de autores

- 2. Escudero-Nieto R, Guerrero-Espejo A. Enfermedades producidas por *Borrelia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:232-40.

644/151. VARÓN CON PRESENCIA DE KNUCKLES PADS**Autores:**

Agüera Moreno, P.¹, Fernández Ortega, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ubrique. Ubrique. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 60 años con antecedentes de Diabetes Mellitus II, HTA, Dislipemia y portador de DAI por bloqueo AV completo que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por presentar desde hace 3 meses lesiones nodulares en mano derecha. El paciente vive en el campo y manipula casi a diario cabras y ovejas, aunque refiere no ordeñarlas.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta lesiones nodulares hiperqueratósicas no dolorosas en dorso de mano derecha a nivel de articulaciones metacarpofalángicas. Se realiza analítica sanguínea con hemograma, bioquímica con reactantes de fase aguda, serología para *Coxiella*, Brucelosis, Virus del Papiloma Humano (HPV), con resultados dentro de la normalidad. Contactamos con el Servicio de Dermatología mediante teleconsulta adjuntando imágenes siendo diagnosticado de knuckles pads.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Nódulos de Garrod o knuckles pads

Diagnóstico diferencial

Nódulo de Orf o nódulo del ordeñador, nódulos de Bouchard, sinovitis, verrugas vulgares, granuloma anular.

Comentario final

Los nódulos de Garrod, también llamados knuckle pads (almohadillas de los nudillos), son lesiones

benignas asintomáticas pápulo-nodulares que en la mayoría de casos asientan sobre las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de las manos. Pueden ser idiopáticos o secundarios a traumatismos repetidos, enfermedades autosómicas dominantes y enfermedades fibrosas, tales como la enfermedad de Dupuytren. El tratamiento se basa en la aplicación tópica de glucocorticoides y/o queratolíticos, como el ácido salicílico o la urea, obteniéndose también buenos resultados con la aplicación de 5-fluorouracilo¹⁷, aunque su recurrencia es alta.

Bibliografía

- Rodríguez-Muguruza S, Riveros A, Sanint J, Olivé A. Nódulos de Garrod. *Semin.Fund.Esp.Reumatol*. 2013;14(3):91-93.

644/154. "DOCTORA, EN MI CASA SOMOS MUY LIMPIOS"**Autores:**

Montoro Ortiz, M.¹, Fernández García, F.², Moya Moreno, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Cortes de la Frontera. Cortes de la Frontera. Málaga

Descripción del caso

Varón de 18 años, sin antecedentes de interés, acude acompañado por su madre, presentando desde hace tres meses lesiones nodulares en pene. Al principio pruriginosas, pero ahora las describe como ligeramente dolorosas. Sin otro síntoma de interés, no mantiene relaciones sexuales de riesgo, no contacto con animales ni viajes últimamente.

Dos semanas después de atender al paciente, acude su hermano de 16 años refiriendo lesiones muy pruriginosas, de predominio nocturno, en manos, tronco y región inguinal, además de nódulos en pene similares

Casos clínicos

Índice de autores

a los del hermano, pero con pequeño punto costroso central.

Exploración y pruebas complementarias

En el examen físico destacan múltiples lesiones nodulares eritematosas de 1 cm de diámetro en pene. Adenopatía inguinal, rodadera y no dolorosa que afirma tener desde hace años. En su hermano observamos surcos acarinos, pequeñas pápulas urticariformes y lesiones por rascado, además de los nódulos descritos.

Solicitamos serología para lues y pruebas para ETS, siendo negativas. Tras la aparición, en el hermano, de síntomas compatibles con escabiosis, valoramos dermatoscopia con luz polarizada, observando ácaros *Sarcoptes scabiei* con signo del ala delta y surcos acarinos. Descartamos la realización de la prueba de Müller.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Escabiosis nodular.

Diagnóstico diferencial

Lo planteamos con el prurigo nodular, eccema numular, pediculosis pubis y también con ETS por la descripción inicial del caso. Sin duda la dermatoscopia y la clínica familiar determinaron el diagnóstico definitivo.

Comentario final

La escabiosis, infección producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, se transmite por contacto directo con afectados, fómites o ropa contaminada. Aparece en cualquier edad o estado socioeconómico. Actualmente, en nuestra población, estamos experimentando una alarmante subida de casos, quizás relacionada con el confinamiento padecido en la pandemia por COVID-19. Sus síntomas principales son el prurito de predominio nocturno y los "surcos acarinos". Las lesiones son máculo-papulares, eritematosas y con excoriaciones por rascado. La escabiosis nodular es infrecuente y se presenta como nódulos pruriginosos, eritematosos que suelen localizarse en el área genital, glúteos y axilas y que pueden persistir semanas o meses después de un correcto tratamiento, como se hizo en este caso con Permetrina 5%

en dos dosis para pacientes y convivientes e Ivermectina 200mcg/kg/día en dos dosis para los pacientes.

Bibliografía

- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Escabiosis_18022019_cast.pdf
- <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012994>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51131-57682002000700004
- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sarna-humana-14223>

644/171. DOLOR NEUROPÁTICO... ¿LE PONEMOS EL PARCHÉ?"**Autores:**

Fernández García, F.¹, Montoro Ortiz, M.², Barrero Luque, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez La Milagrosa. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Arroyo. Chipiona. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 75 años, HTA, diabética, artrosis generalizada y neoplasia de mama intervenida en 2011 tratada con quimioterapia y radioterapia en zona axilar derecha. Desde hace 5 años presenta dolor de tipo neuropático localizado (DNL) en mano derecha de predominio en falanges proximales y distales, con EVA 9 e irruptivo de 10. En tratamiento con pregabalina 150mg/8h, duloxetina 60mg/24h, tapentadol 150mg/12h y pendiente de valoración por Unidad del Dolor. Le planteamos aplicación de parche de Capsaicina 179mg (8%) al que accede y tras la primera sesión presenta EVA 7 con irruptivo de 8/9. En la segunda sesión presenta EVA 5 con irruptivo de 7 y en el mapeo de la zona dolorosa apreciamos reducción del área un 10%. Programamos sesiones cada dos meses y tras seis sesiones la paciente presenta EVA 3 con irruptivo de 6 reduciéndose un 40% el área

Casos clínicos

Índice de autores

dolorosa, precisa de menos rescates y pudimos disminuir la pauta de tapentadol a 75mg/12h.

Exploración y pruebas complementarias

Pasamos cuestionario ID-Pain de Portenoy para DN en consulta de AP. En analítica descartamos alteraciones metabólicas, déficit de vitamina B12, patología tiroidea, etc. El diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico. No es preciso realizar estudios electrofisiológicos cuando la historia y hallazgos clínicos se correlacionan con el diagnóstico. En Traumatología se solicita RNM cervical con resultado de protusión discal leve en C3-C4.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Dolor Neuropático Localizado post radioterapia.

Diagnóstico diferencial

Debemos diferenciar la etiología del DNL en esta paciente con la neuropatía diabética, metabólica, por déficit B12, la neuritis vasculítica o el hipotiroidismo.

Comentario final

Actualmente se aboga por hacer tratamiento del mecanismo específico del dolor en lugar de tratar el síntoma y en el caso del DNP la primera línea terapéutica son los antidepresivos, antiepilépticos y el tratamiento tópico con parches de capsaicina o lidocaína. El tratamiento tópico además nos permite aumentar el perfil de seguridad y está especialmente indicado en pacientes frágiles, polimedicados, de edad avanzada o cuando no se toleran los fármacos por vía oral. Este tipo de tratamientos son fácilmente aplicables en Atención Primaria y mejoran la calidad de vida de nuestros pacientes sin necesidad de tener que realizarlos en el ámbito hospitalario.

Bibliografía

- <https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/dolor-neurop%C3%A1tico>
- <https://mgyf.org/actualizacion-en-el-abordaje-diagnostico-y-terapeutico-del-dolor-neuropatico-desde-atencion-primaria-ii/>

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-avance-resumen-el-parche-capsaicina-una-nueva-50214158220300724>

644/184. ESO SON GASES**Autores:**

Simao Aiex, L.¹, Daryani Lachhman, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Varón de 52 años, no fumador, sin alergias medicamentosas y antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 con buen control metabólico y Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (SCASEST) con implantación de 2 stents farmacológicos hace 4 meses, que consulta por aerofagia intensa y epigastralgia leve de varias horas de evolución. Niega vómitos o diarrea. Afebril. No disnea ni dolor torácico.

Tras la exploración se canaliza vía venosa con escolamina con mejoría parcial de epigastralgia. Llama la atención la intensa aerofagia, por lo que se decide traslado a urgencias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Eupneico.

Tensión Arterial: 120/75mmHg.

Saturación oxígeno: 98%.

Glucemia capilar 154 mg/dl.

Auscultación rítmica sin soplos, con murmullo vesicular conservado.

Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. No peritonismo. Ruidos conservados.

Casos clínicos Índice de autores

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75lpm sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia.

Ecografía abdominal anodina.

Troponinas seriadas elevadas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Dados los antecedentes del paciente y los hallazgos analíticos, se le diagnostica de SCASEST, se realiza cateterismo con stent farmacológico y posterior rehabilitación cardiaca, seguimiento y reajuste de tratamiento por su médico de familia.

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis, otros procesos digestivos.

Comentario final

Los pacientes diabéticos sufren una disminución en la percepción del dolor isquémico, por lo que en el 32% de los infartos en diabéticos el episodio puede ser silente o presentarse únicamente con síntomas atípicos como decaimiento, sudoración, vómitos, disnea o confusión mental. Es por ello que los pacientes diabéticos que sufren un infarto de miocardio agudo deben ser considerados como de alto riesgo.

La prevalencia de la diabetes mellitus está en ascenso como consecuencia directa del progresivo envejecimiento de la población y de los cambios en el estilo de vida, que favorecen la obesidad y el sedentarismo. Es considerada un factor de riesgo independiente de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Es fundamental un buen control metabólico, así como no subestimar ningún síntoma.

Bibliografía

- Hita JJF, et al. *Influencia de la diabetes mellitus en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST*. Rev Esp Cardiol. 2006;59(4):383-386.
- Reyes HLM, et al. *Enfoque clínico y epidemiológico del síndrome coronario agudo, una experiencia*. Acta Med Cent. 2019;13(1):3-11

644/185. OTRAS PATOLOGÍAS PULMONARES EN ÉPOCA DE PANDEMIA**Autores:**

López Cintas, R.¹, Cortes Valverde, A.², López Torres, G.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Góngora. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

76 años. Ap de HTA, glaucoma y artrosis. Desde hace varios meses, tras infección respiratoria, presenta disnea de esfuerzo. No sibilantes autoescuchados. Por las mañanas secreción espesa y al inspirar profundamente le provoca la tos. A veces dolor centrotorácico con esfuerzos, y posteriormente palpitations. No náuseas ni sudoración fría. Contantes normales. Nicturia de una vez, no ortopnea, no edemas mmii, no dpn.

No pérdida de peso. Resto normal. Se deriva a urgencias para estudio. Ingreso y evaluación por neumología, cardiología y reumatología.

Exploración y pruebas complementarias

Expl: AR: Hipofonesis y crepitantes finos inspiratorios bilaterales hasta campos medios. AC y abdomen: normal. No edemas ni signos de TVP.

Rx torax: patrón congestivo

TAC: patrón típico de NIU (neumonía intersticial usual)

- Estudio hemodinámico derecho normal sin hipertensión pulmonar. Implante de Stent Farmacológico en CD media.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA:
- ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO (CD MEDIA) IMPLANTE DE STENT FARMACOACTIVO EN CD MEDIA

Diagnóstico diferencial

- hipertensión pulmonar
- secuelas post- covid

Casos clínicos

Índice de autores

- tuberculosis
- sarcoidosis

Comentario final

Evolución: Actualmente la paciente ha iniciado tto con leflunomida, mejoría sintomatológica, desde Atención primaria se realizan controles analíticos mensuales (función hepatorenal).

En plena pandemia Covid-19 acude a Atención Primaria para evaluar síntomas que padece desde hace meses y que achaca a una infección respiratoria, probablemente covid. Ante la clínica, se deriva a urgencias para rápida intervención multidisciplinar. Es muy importante la coordinación entre estas entidades para mejora de la atención al paciente.

Bibliografía

- DOI: <http://dx.doi.org/10.30789/rcneumologia.v31.n1.2019.330>

644/187. HEMATURIA DE REPETICIÓN. CUANDO LO FRECUENTE EN "RARO"**Autores:**

Lemos Pena, A.¹, García Gallego, A.², Brata, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Niño de 7 años con múltiples consultas desde los 13 meses, en urgencias y primaria, por hematuria. En estudio por fallo de medro a los 15 meses se detectó microhematuria y se derivó a nefrología. Seguimiento por microhematuria persistente con crisis de macrohematuria en procesos febriles. No antecedentes

familiares nefrourológicos. Catalogado como hematuria familiar benigna.

Exploración y pruebas complementarias

Combustor test con hematuria sin nitritos. Analítica de sangre y orina normal salvo hematuria y discreta proteinuria. Ecografía normal. Se indica seguimiento en primaria. Tras 6 años con hematuria se aconseja estudio genético para descartar enfermedades hereditarias. Presencia en homocigosis de variante patogénica en gen COL4A4. Refuerza la hipótesis de síndrome de Alport. Ambos progenitores presentan en heterocigosis la variante patogénica.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Hematuria persistente en la infancia en paciente asintomático sin antecedentes familiares, que tras estudio genético orienta a Síndrome de Alport: ORPHA:63. Enfermedad rara caracterizada por nefropatía glomerular con hematuria. Evoluciona a enfermedad renal terminal (ERT). Asocia pérdida auditiva neurosensorial y, ocasionalmente, anomalías oculares.

Diagnóstico diferencial

Hematuria renal (glomerular o extraglomerular) o extrarrenal (vías urinarias, hematológicas y no filia-das). Causas más frecuentes: en lactantes trombosis de la vena renal, en edad media las ITUs, litiasis y tumores. Con menor frecuencia: nefropatías.

Comentario final

La hematuria es muy frecuente en consulta y generalmente benigna, pero el Síndrome de Alport es una enfermedad rara con mal pronóstico. El diagnóstico de certeza es el estudio genético; además permite asesorar a los progenitores sobre futuras concepciones y encontrar donantes de riñón compatibles, pues no hay tratamiento específico y la evolución es a ERT. En nuestro caso los padres eran jóvenes, éste era su primer hijo y deseaban más descendencia, por lo que tras el estudio genético se derivó a reproducción asistida. El paciente sigue asintomático, habiendo mejorado la curva de medro tras IECA y rica baja en sal. Además fue derivado para estudio y seguimiento por otorrino y oftalmología debido a las frecuentes asociaciones de patologías relacionadas.

Casos clínicos

Índice de autores

Bibliografía

- C. Del Río, E. Sánchez. Una hematuria en atención primaria. *Med Integral* 2002; 40(7): 298-304
- Mónica Furlano, Marc Pybus, Elisabet Ars, M.^a Roser Torra. *NefroPlus* 2021; 13(1): 1-9

644/191. DIPLOPIA BINOCULAR INTERMITENTE**Autores:**García Gallego, A.¹, Lemos Pena, A.², Brata, C.³**Centro de Trabajo:**

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 76 años, diabético e hipertenso, consulta por visión doble binocular en el plano horizontal de minutos de duración pero repetido en varias ocasiones. Sin claro predominio horario o en relación con esfuerzos físicos o con la fijación de la mirada mantenida.

No cefalea, cervicalgia, fatigabilidad u otra sintomatología acompañante. No disminución de AV, discromatopsia u otros síntomas visuales.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, consciente, orientado y colaborador.

Obedece órdenes. No alteraciones en la nominación, repetición, tono, tasa o contenido del lenguaje.

Pupilas isocóricas y normoreactivas, no paresia de oculomotores ni de orbiculares. Facial centrado. En alguna ocasión diplopía binocular horizontal en la mirada extrema hacia D o I, de segundos. Cuenta hasta 100 sin cambio en la voz. Flexores y extensores del cuello 5/5. Fuerza en miembros normal, sin fatigabilidad.

No signos de claudicación en maniobras de Barré y Mingazzini. No alteraciones de la sensibilidad. No dismetrías. Marcha cautelosa, utiliza bastón.

EcoDoppler TSA y TC de cráneo: sin hallazgos

Analítica con Ac (IgG) anti receptor de acetilcolina positivos (>20)

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Episodios de diplopía fluctuante en relación con Miastenia Gravis Ocular (Ac antiR de Ach positivo)

Diagnóstico diferencial

Parálisis de nervios intracraneales

Alteraciones del sistema nervioso central

Enfermedad de Graves

Comentario final

Se trata de una clínica que nos podemos encontrar con relativa frecuencia en nuestra consulta o en un servicio de urgencias, por lo que es importante conocer el diagnóstico diferencial así como la clínica asociada a cada una de las patologías, además de la referida por nuestro paciente. Es importante que el paciente nos pueda indicar si se trata de una diplopía monocular o binocular, ya que es imprescindible para nuestra orientación diagnóstica.

Bibliografía

- Santiago Cortés E., Cortés Durán P., Bedoya M., Terrón Barbosa R., Innerarity J.; Miastenia gravis de rápida instauración. *Rev Clin Med Fam* vol.14 no.1 Barcelona eb.2021.
- Martínez Torre S., Gómez Molinero I., Martínez Giron R.; Puesta al día en la miastenia gravis. *Medicina de Familia SEMERGEN*. Volume 44, Issue, July-August 2018, pages 351-354.
- Morís G., Miastenia gravis y trastornos relacionados con la unión neuromuscular; *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. Volume 12, Issue 76, April 2019, pages 4469-4477

644/192. TUMORACIÓN CERVICAL**Autores:**

Casos clínicos Índice de autores

Martín Castaño, B.¹, Martín Castaño, B.¹, Palacios López, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gabia La Grande. Las Gabias. Granada

Descripción del caso

Joven de 30 años, sin alergias, no hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hipotiroidismo primario y Covid persistente. En tratamiento con eutirox 25 mcgr/24h.

Acude a su médico de familia, por adenopatía en cuello. Recientemente sufre una amigdalitis en la que realiza tratamiento antibiótico de forma correcta. En la exploración destaca, adenopatía de 2cmx2cm en cadena laterocervical derecha bien delimitada, móvil y no adherida. Se le realiza analítica con resultado normal. Acude seis meses después, por notar crecimiento del "bulto" y astenia. Es diagnosticado de virus de Epstein-Barr.

Exploración y pruebas complementarias

Adenopatía 2,5cmx2,5cm, dura, adherida, además se palpan varias adenopatías de 0.3 mm rodaderas, no adheridas. Resto de cadenas ganglionares normales. No sintomatología en cabeza o cuello, no disfonía no problemas de deglución. Se solicita ecografía de cuello. El servicio de radiología diagnostica adenopatías reactivas, una de ellas de tres centímetros y citan para rmn. Un mes después se realiza rmn con resultado de masa heterogénea en espacio vasculonervioso derecho que desplaza arteria carotídea con intenso realce compatible con adenopatía metastásica. Derivan a su médico de familia. Desde atención primaria nos ponemos en contacto con medicina interna donde se procede a ingreso y estudio.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Paraganglioma

Diagnóstico diferencial

Paragangliomas Tumores glándulas salivares. Adenopatías Virus Epstein-Barr. Tumores tiroideos.

Comentario final

El diagnóstico final tras biopsia es paraganglioma. Podemos observar la posibilidad de confundir diferentes patologías cuando estas se dan o se suceden el tiempo, con la gravedad y responsabilidad que puede suponer. De ahí la importancia de la accesibilidad y seguimiento de pacientes desde atención primaria.

Bibliografía

- R.J. Obholzer, R. Hornigold, S. Connor, M.J. Gleeson. Classification and management of cervical paragangliomas. *Ann R Coll Surg Engl*, 93 (2011), pp. 596-602
- R.W. Hinerman, R.J. Amdur, C.G. Morris, J. Kirwan, W.M. Mendenhall. Definitive radiotherapy in the management of paragangliomas arising in the head and neck: A 35-year experience. *Head Neck*, 30 (2008), pp. 1431-1438

644/193. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UNA LEUCEMIA**Autores:**

Ruiz Carrasco, P.¹, Muñoz Galiano, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belén. Jaén

Descripción del caso

Paciente varón de 76 años que acude a consulta porque se palpa bultomas no dolorosos en ambos lados del cuello de 2-3 días de evolución. No refiere disfagia, disnea ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador, normocoloreado y normohidratado. Orofaringe normal: no hiperemia, no placas ni hipertrofia amigdalina ni exudados. Cuello: se palpan dos bultomas en región paracervical y uno central, submentoniano, que parecen adenopatías. Solicito analítica de sangre y Rx cervical. Analítica: Leucocitos 121.000/ μ L, Hemoglobina 16,4 g/dL, plaquetas 99.000/ μ L, neutrófilos 12.970/ μ L (10,7%), linfocitos 80.230/ μ L

Casos clínicos

Índice de autores

(66,20%), monocitos 27.630/ μ L (22,80%). Hemostasia: TP 27,1 s (31%), INR 2,51, TTPa 38,3 s. PCR 2,2 mg/L. Bioquímica normal. Rx: se aprecian imágenes redondeadas a ambos lados del cuello en región submandibular. Se deriva a urgencias hospitalarias y, allí, se interconsulta con hematología, que decide solicitar frotis de sangre periférica e ingreso para estudio.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Leucosis aguda vs síndrome linfoproliferativo.

Diagnóstico diferencial

Síndrome linfoproliferativo, leucemia aguda linfoblástica, HTLV-1, linfoma, mononucleosis infecciosa.

Comentario final

Tras el estudio del paciente por el servicio de hematología, se diagnostica de leucemia linfoblástica aguda-T. Comienza tratamiento quimioterápico, pero con mala respuesta. Se encuentra en seguimiento tanto por parte de Hematología como por Atención Primaria, ofreciéndole desde éste último todos los cuidados que necesite, tanto por parte del médico como de enfermería o de la trabajadora social. Hablamos con sus familiares más cercanos y con él mismo, abarcando también las preocupaciones y estados emocionales por los que están pasando.

Bibliografía

- Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. *Medicina de Urgencias Y Emergencias*. 6a ed. Elsevier; 2018. p.24-32
- Terwilliger T, Abdul-Hay M. Acute lymphoblastic leukemia: a comprehensive review and 2017 update. *Blood Cancer J [Internet]*. 2017 [citado el 28 de abril de 2022];7(6):e577-e577. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28665419/>

644/197. ORINA DULCE, Y ¿ROSA?**Autores:**

Trillo Díaz, E.¹, Soto Castro, C.², Silva Molina, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Almedinilla. Almedinilla. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 72 años, antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2 y adenoma prostático intervenido (2018). Tratamiento habitual: metformina 850 mg/24h, dapagliflozina 10 mg/24h, enalapril 20mg/24h, doxazosina 2 mg/24h. Independiente para todas las actividades. Vive solo.

Acude para resultado de analítica: Hb 11,2, VCM normal, glucosa 196, creatinina 1,72, FG 39, LDL 97, glicosilada 10,1%, ferritina 5, PSA 11,37. Analítica previa

Casos clínicos

Índice de autores

tres meses antes: glucosa 134, glicosilada 6.8%, PSA 8.08.

Además refiere manchado sonrosado al terminar micción desde hace un mes, no dolor. Asocia nicturia de 2 -3 ocasiones. No ha cambiado dieta ni ejercicio (camina diariamente). No aumento ni pérdida de peso.

Revisando historia: Aumento progresivo de PSA de 4 a 11,37, en 21 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Complexión delgada. Buen estado general. Normocoloreado. Eupneico.

ACP normal.

Abdomen sin hallazgos.

Tacto rectal próstata grande. Lóbulo izq nódulo duro de aprox 1.5 cm, irregular, mal definido.

Ecografía abdominal: Riñones con pequeños quistes corticales con ectasia grado I/IV del izquierdo. Cambios postRTU.

Se deriva preferente a urología donde tras preoperatorio realizan biopsia prostática:

Adenocarcinoma acinar grado 8 gleason (4+4).

Gammagrafía rastreo negativo. Pendiente TC abdominal para tratamiento definitivo.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Cáncer prostático

Descompensación diabética secundaria a proceso tumoral

Diagnóstico diferencial

Tumor vesical, prostatitis, infección urinaria.

Comentario final

Es importante no olvidar el abordaje integral del paciente y la continuidad asistencial. Por ello, al encontrarnos diferentes valores analíticos alterados debemos realizar una comparativa con los valores previos y por supuesto indagar bien, con una buena anamnesis, en las causas posibles de alteración.

No siempre la descompensación de la diabetes es por falta de ejercicio, mal control de dieta y/o medicación insuficiente. Cuando hay elevación tan alta de la glicosilada sin causa aparente, hay que buscar otras causas secundarias e investigar síntomas menos frecuentes... que en este caso nos ha llevado a un proceso tumoral subyacente.

Según las guías actuales estaría indicado iniciar insulización pero el paciente es rehacio, por lo que se añade gliclazida, presentando a los dos meses glicosilada 8.9%; y añadiéndose entonces linagliptina (sigue rechazando insulización).

Bibliografía

• *Hiperplasia y carcinoma prostáticos. En: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, et al. Harrison manual de medicina. Ed 19. México: McGraw Hill; 2017. P. 342 -345*

644/198. DISNEA EN PLENA PANDEMIA**Autores:**

Daryani Lachhman, P.¹, Simao Aiex, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga, (2) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 78 años independiente para ABVD, sin antecedentes personales de interés, que a través de consulta telefónica(en año 2020) refiere que presenta desde hace 2 días fiebre de 39°C junto a tos seca, se le pauta tratamiento antibiotico con levofloxacino. Se contacta telefonicamente con paciente a las 24 y 48h persistiendo la misma clínica. Al 8º día acude hijo a la consulta de Atención Primaria(AP) y refiere inicio de disnea, por lo que Dispositivo de Urgencias (DCCU) acude al domicilio del paciente para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, taquipnea, T° 37.5°C, saturación basal 77%. ACP: rítmico, crepitantes bibasales. MMII: no edemas, pulso pedio conservado, no signos de TVP.

Se pauta oxigenoterapia ventimask a 5 litros/min, se canaliza vía venosa periférica pautándose actocortin, remontando saturación a 88%, y se procede a traslado a urgencias hospitalarias. Análisis de sangre: leucocitos 7300 con linfopenia, dímero D 3853, LDH 495, CPK 1294, ferritina 1460, PCR 139,74. Orina: sin alteraciones. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de repolarización. Exudado nasofaríngeo para PCR COVID 19 cursado: con resultado positivo para Covid.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

COVID-19.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar; Neumonía bacteriana.

Comentario final

Paciente que requirió de VMNI pero con tórpida evolución: anuria, hipotenso, nula respuesta a VMNI, produciéndose exitus al día siguiente.

Se describe caso típico de COVID-19 al inicio de la pandemia, con síntomas cardinales tales como fiebre, tos y disnea con mala evolución. Esto nos permite comparar el coronavirus más virulento al inicio, y el actual que por norma general da sintomatología muy leve.

Bibliografía

- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study*. *The Lancet* 2020;395:1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
- Wu Z, McGoogan JM. *Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention*. *JAMA* 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.

• [jama.2020.2648](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648).

644/200. DIPLOPIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MULTINEURITIS CRANEAL EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV2

Autores:

Vinuesa Acosta, F.¹, Cerón Machado, J.², Carmona Rivas, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. UGC Peligros. Distrito de Granada Metropolitano. Granada., (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peligros. Peligros. Granada

Descripción del caso

Varón de 52 años sin antecedentes de interés, que consulta por malestar general, febrícula, cefalea leve y mialgias. No síntomas respiratorios. No otra sintomatología COVID. Se le realiza test de ag de SARS-COV2 que es positivo, se confirma con PCR. A las 24 h se despierta con visión doble a la mirada lateral izquierda. Es evaluado en consulta y derivado a urgencias para valoración y tratamiento por neurología. Queda ingresado

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, orientado y colaborador. Lenguaje y habla normal. No déficit campimétrico. No alteración reflejos pupilares. Paresia en abducción en ojo derecho (OD). Y en aducción de ojo izquierdo (OI). No nistagmo. Leve asimetría palpebral OD caído. Resto de pares craneales normales. Resto exploración neurológica normal. Tres días después, parálisis facial periférica izquierda, desviación lengua hacia derecha a la protusión con leve hemiatrósia, hiposmia y disgeusia. A la semana, mejoría de diplopia, menor ptosis palpebral, persiste leve facial izquierdo. No desviación lingual a protusión

Pruebas complementarias: En urgencias destacan: Proteína C reactiva: 11.1 mg/dl. Resto normal. TAC

Casos clínicos**Índice de autores**

craneal: No lesiones hemorrágicas, isquémicas agudas establecidas ni expansivas intracraneales. RM cerebral: Distensión de las vainas de los nervios ópticos que podría estar relacionado con cierto grado de hipertensión craneal. Dilatación del espacio perivascular en zona de los núcleos de la base derechos. Analítica autoinmunidad negativas. Líquido cefalorraquídeo: normalidad.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Oftalmoparesia compleja, paresia de VII par izquierdo y XII derecho. Multineuritis craneal en paciente con infección por SARS-CoV2

Diagnóstico diferencial

Lesión estructural. Isquémica. Hemorrágica. Infecciosa. Inflamatoria. Autoinmune.

Comentario final

El paciente evoluciona favorablemente sin tratamiento específico. Se realiza electroneurograma-electromiograma con resultado de polirradiculopatía motora inflamatoria leve/moderada en fase de resolución. La aparición de afectación de diferentes pares craneales ha sido documentada escasamente como manifestación neurológica de COVID 19.

Bibliografía

- Szewczyk AK, Skrobas U, Jamroz-Wiśniewska A, Mitosek-Szewczyk K, Rejdak K. Facial Diplegia-Complication or Manifestation of SARS-CoV-2 Infection? A Case Report and Systemic Literature Review. *Healthcare (Basel)*. 2021 Nov 2;9(11):1492.
- Prajwal S, Ikechukwu A, Bharosa S, Benjamin M. Superior Divisional Palsy of the Oculomotor Nerve as a Presenting Sign of SARS-CoV-2 (COVID-19). *J Invest Med High Impact Case Rep*. 2022;10:23247096211058490.

644/206. FOTOPSIA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTE DIABÉTICO**Autores:**

Hidalgo Martín, F.¹, Guerrero Durán, E.², Ramírez Aliaga, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colmenar. Colmenar. Málaga*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga*

Descripción del caso

Varón de 53 años. AP: no hábitos tóxicos, DM2 de 6 años de evolución, hipercolesterolemia, obesidad tipo 2, enfermedad hepática no alcohólica. Score 5%. Destaca buen control glucémico con HbA1c 6.8%, LDL 122mg/dl. En tratamiento con metformina, AAS, simvastatina y ácido ursodexocólico. Acude a la consulta refiriendo fotopsias y visión borrosa desde hace 10 días en ojo derecho, sin otra sintomatología acompañante. Se deriva para valoración oftalmológica urgente.

Exploración y pruebas complementarias

EF: Consciente y orientado, buen estado general, estable hemodinámicamente, ACR sin alteraciones y sin focalidad neurológica. A nivel oftalmológico polo anterior sin alteraciones, sin dolor, con movimientos oculares conservados. Fondo de ojo izquierdo sin alteraciones, derecho con hemorragias en los 4 cuadrantes, ingurgitación venosa generalizada, junto con hemorragia en llama a nivel de papila, sin edema. Destaca retinografía hace seis meses sin hallazgos significativos, ecodoppler carotídeo normal, ECG con ritmo sinusal sin alteraciones. Tras valoración por oftalmología se remite de nuevo a su MAP con ajuste de tratamiento, se aumentó la dosis de simvastatina de 20mg a 40 mg, y control estricto de los FRCV. Se derivó a consulta de RCV para completar estudio y se citó en consulta de Oftalmología para revisión con normalización en fondo de ojo a los 6 meses descartándose trombosis.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Pretrombosis vena central de la retina ojo derecho.

Diagnóstico diferencial

Retinopatía diabética, oclusión arteria retiniana, desprendimiento de retina.

Comentario final

Casos clínicos

Índice de autores

La diabetes es una enfermedad crónica que tiene, como media, el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular, motivo por el cual debemos optimizar en estos pacientes el control glucémico y de la presión arterial por parte de AP. En este paciente gracias al óptimo control de los FRCV y la atención a los síntomas de forma precoz se ha evitado el desarrollo de una trombosis venosa retiniana.

Bibliografía

- Ip M, Hendrick A. *Retinal Vein Occlusion Review. Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2018 Jan-Feb;7(1):40-45. doi: 10.22608/APO.2017442. Epub 2017 Dec 27. PMID: 29280368.
- Jonas JB, Monés J, Glacet-Bernard A, Coscas G. *Retinal Vein Occlusions. Dev Ophthalmol*. 2017;58:139-167. doi: 10.1159/000455278. Epub 2017 28 de marzo. PMID: 28351046.

644/208. POLIARTRALGIAS EN JOVEN DE 18 AÑOS**Autores:**

Borralló Herrero, M.¹, Ruíz Ruíz, M.¹, Ruiz Torres, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén

Descripción del caso

Varón de 18 años, natural de Paraguay. Residente en España desde hace 4 meses. Desde hace un año poliartalgias de ritmo inflamatorio y rigidez matutina. Mejora con la movilización y toma de AINES. No ha tenido relaciones sexuales de riesgo, no consumo de tóxicos. No toma ningún tratamiento habitualmente.

Mientras espera resultados analíticos consulta por aparición en manos tronco de máculas ovaladas no pruriginosas, no descamativas.

Exploración y pruebas complementarias

No edema, no eritema, no rigidez. No lesiones dérmicas. Se solicita analítica con perfil de LUES, enfermedades autoinmunes y reumatológicas apare-

ciendo en ésta anticuerpos para *treponema pallidum*, RPR 1/2 y TTPa 1280.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Sífilis secundaria o de duración indeterminada.

Diagnóstico diferencial

Fiebre reumatoide.

Comentario final

La sífilis secundaria aparece por diseminación de *Treponema pallidum* en sangre. Las artralgias no suelen ser manifestaciones clínicas tan frecuentes como pueden serlo las cutáneas. El reto consiste en diagnosticar esta patología para evitar la diseminación y consecuentes complicaciones neurológicas y cardíacas.

Bibliografía

- www.ada.com/es/conditions/secondary-syphilis/

644/209. LESIONES DÉRMICAS EN ESPALDA**Autores:**

Lujano Arenas, C.¹, Ruíz Ruíz, M.², Borralló Herrero, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 73 años con AP de HTA, DM, fumador, bebedor, hepatopatía alcohólica. No suele acudir a consulta de medicina de familia

Solicita cita de forma urgente por lesiones dérmicas en espalda, dolorosas, con secreción y mal olor de larga data que han empeorado las últimas 4 semanas.

Brote similar en junio de 2020 que mejoró tras tratamiento con corticoterapia.

Casos clínicos**Índice de autores**

El paciente vive solo, está divorciado aunque tiene buena relación con su ex mujer. Es bebedor y fumador habitual y se alimenta mal.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta múltiples lesiones hiperpigmentadas, en diferentes estadios evolutivos (costrosas-ampollosas), con secreción purulenta y signos de sobreinfección. No tiene fiebre ni otra sintomatología infecciosa. Ha perdido unos 10 kg de peso.

En analítica destaca leucocitosis 13530, con neutrofilia 10850, hb 11.6, hto 36.5, VCM 78.2; glucosa 108, creatinina 1.24, urea 56, GGT 82, AST 41, ALT 51, PCR 97, HbA1c 9.7

Ecografía abdominal: signos de probable cirrosis hepática con hipertensión portal. Riñón derecho con posible aumento de ecogenicidad que sugiere nefropatía. Vejiga con meato izquierdo aumentado de tamaño vs lesión sólida intraluminal.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Penfigoide ampolloso sobreinfectado.

Diagnóstico diferencial

Pénfigo ampolloso

Impétigo

Comentario final

Tratamiento: amoxicilina 875mg /clavulánico 125mg y prednisona 60mg que va reduciendo progresivamente. Además, son imprescindibles curas locales por parte de enfermería.

Evolución: el paciente tras terminar el tratamiento oral, continua unos días más acudiendo para curas locales y tratamiento tópico con buena evolución. Realizamos un seguimiento estricto tanto para el tratamiento de dicha enfermedad como para una captación activa en consulta para el control de sus FRCV. Además, de forma incidental, se observa una lesión en vejiga, por lo cual es derivado a urología.

Conclusiones: el paciente precisaba tratamiento urgente de dicha enfermedad pero el médico de familia tiene que tener una visión global e intentar una captación para control tanto de sus FRCV como de su

problema social. El paciente se encuentra en riesgo social y sin recursos familiares por lo que también se deriva a la trabajadora social

Bibliografía

- Arenas R. En: *Dermatología: Atlas diagnóstico y tratamiento*. 1ª ed. México: Mc Graw Hill, 1987; 179-8

644/211. CISTOADENOMA OVARICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Geara Joyed, P.¹, Cañas Tornero, F.¹, Japon Cabello, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Serrana. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Enfermera. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 38 años si. Antecedentes personales de interés ni tratamiento médico actual que acude a consulta refiriendo aumento de peso progresivo, resaltando que ha apreciado aumento de talla de ropa progresiva desde hace 5 meses y sensación de plenitud abdominal y digestión pesada progresiva en últimos 2 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general y coloración de piel y mucosas, auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones relevantes. Destaca abdomen a tensión con masa que lo ocupa prácticamente en su totalidad y oleada ascítica. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza ecografía abdominal donde se aprecia imagen ecolúcida de paredes finas de más de 30cm que ocupa toda la capacidad abdominal dependiente de ovario izquierdo, con tabiques en su interior y alta celularidad, no se puede precisar de qué depende ni extensión total por escapar al campo de visión de la prueba. Se solicita RMN urgente para valorar extensión de la lesión y se decide intervenir quirúrgicamente con extirpación de masa tumoral y anexectomía. Tras estudio anatomopatológico se Confirma el diagnóstico de sospecha

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Cistoadenoma mucinoso

Diagnóstico diferencial

quiste mesentérico, linfocele, linfangioma quístico, mesotelioma quístico, teratoma quístico

Comentario final

Independientemente del envejecimiento de sus funciones, el ovario no pierde la capacidad de formar tumores de múltiples variedades histológicas. La clínica la determina su volumen y compresión de estructuras a nivel abdominal, siendo primordial su sospecha y una exploración adecuada en consulta atención primaria

Bibliografía

- 1. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. *Rev Ciencias Médicas*. 2012 [citado 18 feb 2017]; 16(5): 188-196.
- 2. González Rivera A, Jiménez Puñales S, Luna Alonso MC. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. *Medicent Electrón*. 2015 [citado 20 mar 2017]; 19(1): 49-52.

644/212. NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD EN CUIDADOR DE AVES

Autores:

Lujano Arenas, C.¹, Orihuela Martín, J.², Ruiz Torres, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (2) Médico Desempleado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 64 años con AP de HTA, DM II, dislipemia, con buen control, exfumador 30 paq /año hace 10 años. Soltero, vive solo, tiene aves (periquito y canarios).

Casos clínicos

Índice de autores

Acude a consulta por mucosidad permanente todo el año, estornudos, y disnea de esfuerzo moderado en las últimas 3 semanas que ha empeorado en los últimos días. Se asocia episodios recurrentes de palpitaciones. No ortopnea, tos, fiebre ni cianosis. Se solicita rx tórax, analítica, espirometría y ecg preferente. En consulta de revisión y recogida de resultados presenta incremento de la disnea a mínimos esfuerzos

Exploración y pruebas complementarias

Primera consulta: crepitantes secos bibasales, 94%O₂

Segunda consulta: SatO₂84%, taquipnea, taquicardia 110 lpm y crepitantes secos. ecg: ritmo sinusal, 110lpm, onda t aplanada en v1. Ta:140/70.

Test de ag covid19 negativo

Rx tórax : aumento densidad bibasal sugestivo de imagen consolidativa/patrón fibrótico.

Analítica hb17,2 g/dl, htco 50%, VCM 92,6, leucocitosis 13420, neutrofilia 10280; glucosa 152, HbA1c 9.7, LDH 296, PCR 18

Se deriva a urgencias hospitalarias donde lo ingresan en Neumología para completar estudio.

Gasometría pH7.43, pCo₂ 29.5, pO₂ 55, sat O₂ 86,7%

ESPIROMETRIA : FVC74.6%, FEV₁ 83%, FEV₁/FVC 87,7% T6MM: total m recorridos 475m.Sin paradas. Sat 91% O₂,fc 130. Final: sat 71% O₂,140 lpm

Cultivo de esputo flora saprófita

Phadiatop positivo olivo, epitelio gato y perro

Precipitinas positivas Aspergillus Níger, excremento canario y periquito

TACAR: patrón pulmonar fibrótico muy sugestivo de neumonitis por hipersensibilidad.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis miliar, fibrosis pulmonar idiopática, sarcoidosis , enfermedades intersticiales pulmonares asociadas a conectivopatías o fármacos.

Comentario final

Tratamiento. Corticoide en pauta descendente, O₂ domicilio , inhalador LABA/CTC, con buena evolución. Desde AP se sigue al paciente ajustando tratamiento hta y diabetes añadiendo insulina basal y rápida en función de controles.

Conclusiones: En AP es fundamental la accesibilidad a consulta y pruebas así como el abordaje integral del paciente para resolución de problemas.

En la NH en cuidadores de aves influye el tiempo de exposición, edad, intensidad de la exposición; y revisiten peor pronóstico los que han sufrido exposiciones leves repetidas que los que han sufrido una y aguda.

Bibliografía

- Carrillo T. Manifestaciones Clínicas de la Neumonitis por Hipersensibilidad. *Alergol Inmunol Clin* 2000;15:1-15.

644/213. LA IMPORTANCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMADAS: A PROPÓSITO DE UN CASO**Autores:**

García Jiménez, J.¹, García Jiménez, A.², Martín Sánchez, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén

Descripción del caso

Mujer, 74 años. Hipertensión arterial, osteoartritis, colecistectomía, histerectomía y anexectomía. Trastorno ansioso-depresivo secundario a accidente vital estresante: dos hijos fallecidos en accidente de tráfico. Tratamiento: enalapril 20 mg/ 24h, venlafaxina 150 mg/ 24h, mirtazapina 30 mg/ 24h, tramadol 37.5 mg/ paracetamol 325 mg/ 8h. Solicita cita

Casos clínicos**Índice de autores**

telefónica para recetas y detecto que lleva años sin revisarse, por lo que programo un aviso domiciliario. Al llegar, paciente sola, escaso cuidado del hogar. No apoyo social evidenciado. Refiere algas inespecíficas y astenia. Vómitos intermitentes desde hace un año, pérdida ponderal no cuantificada. Estreñimiento, no sangrados. Realizo exploración física básica en domicilio y pido analítica, detectando anemia severa con 3.7 g/dl de hemoglobina (Hb). Derivo a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

En domicilio: tensión arterial 125/83 mmHg, glucemia 136 mg/dl. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. En urgencias: analítica con Hb 4.4 g/dl, 17% hematocrito, volumen corpuscular medio 62 fl, 8400 leucocitos (con fórmula normal), 421000 plaquetas, coagulación normal. Bioquímica: glucosa, función renal, transaminasas, iones y PCR normales, ferritina 3 ng/ml. Tacto rectal normal. Se le transfunden 2 concentrados de hematíes y se ingresa en Medicina Interna. Endoscopia digestiva alta: pólipos gástricos pendiente de biopsia. Colonoscopia, TC abdomino-pélvico y tránsito intestinal normales. Mamografía BI-RADS 3. Tras 4 transfusiones, alta con Hb 9.7 g/dl y petición de cápsula endoscópica para estudio de intestino delgado. Sulfato ferroso/12h y esomeprazol 40 mg/24h de tratamiento.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Anemia severa en estudio.

Diagnóstico diferencial

Astenia secundaria a episodio depresivo; hipotiroidismo; anemias por discrasias sanguíneas.

Comentario final

Este caso recalca la importancia de programar avisos domiciliarios, especialmente en aquellas personas pluripatológicas o añosas que, por no disponer de soporte sociofamiliar, no consultan con su médico de Atención Primaria. Es nuestra obligación "captar" a estos pacientes. A raíz del alta, hemos trabajado en colaboración médico, enfermera y enfermera de enlace y se contacta con trabajador social para solicitar ayuda a domicilio para el soporte de la paciente.

Bibliografía

- 1. Gómez JM. Organización de la visita médica domiciliaria en atención primaria. JANO 2008; 1695:29-31
- 2. Gómez Almaguer D. Capítulo 3: Anemia: consideraciones generales y clasificación. Hematología. La sangre y sus enfermedades, 4ta edición. 2016

644/216. DISNEA**Autores:**

Borrallo Herrero, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre del Campo. Torre del Campo. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 79 años, casada, con hijos. Antecedentes personales de diabetes, poliartrosis y síndrome ansioso-depresivo. Acude a consulta por cuadro de disnea de dos meses que ha ido evolucionando hasta hacerse de reposo.

Exploración y pruebas complementarias

Edemas en miembros inferiores, saturación 93%, frecuencia cardíaca de 120 lpm, tensión arterial de 140/85mmHg.

Auscultación: rítmica, sin soplos. disminución murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.

Se realiza una ecocardiografía en consulta en la que se observa un espacio anecogénico que en modo M da lugar al signo del sinusoides sospechándose derrame pleural y en las ventanas cardíacas se aprecia una banda anecoica entre hoja parietal y visceral del pericardio que nos lleva a pensar en derrame pericárdico. Se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio en cuya analítica destaca PCR 67.7. Al analizar líquido pericárdico se aprecia ADA de 536 y en el pleural ADA de 30.

Ecocardiografía transtorácica: colapso de cavidades derechas.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Casos clínicos Índice de autores

Pericarditis tuberculosa.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada.

Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

En los últimos años se está introduciendo en Atención Primaria diferentes pruebas diagnósticas, como en este caso es el ECOFAST, las cuales nos permiten orientar nuestras sospechas clínicas así como confirmar algunos diagnósticos. tenemos herramientas muy potentes en nuestras manos, el gran reto está en no olvidar lo básico y sobre todo, en ser capaces de combinar la limitación de tiempo en consulta con un diagnóstico certero y la inclusión de estas nuevas técnicas de imagen.

Bibliografía

- Ecografía en atención primaria (SAMFYC)

644/220. APLICACIONES INFORMÁTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA, UNA RESPUESTA RÁPIDA. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:

Alcalde Molina, M.¹, Ortega Morales, P.², Cózar García, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Mujer 62 años con Hipertensión arterial

(Losartan 50 /24) , Diabetes Mellitus tipo 2(Metformina 850/12h)

Consulta por “ vuelco en el corazón” de unas semanas sin otros síntomas.

Lo refiere a situación estresante en el ámbito laboral (no va bien la empresa) y familiar (diagnóstico de neoplasia hermana)

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiaca arrítmica, saturación 98 %, Tensión arterial 120/80.

Exploración cuello , abdomen y neurológica sin alteraciones

Abordaje biopsicosocial con Escala GAD7- Ansiedad de 9 (síntomas leves)

ECG urgente : Fibrilación auricular de Novo a 120 lpm

Analítica normal

Ecografía carótideas : normal

Escala CHADS-VAS mayor de 2, indicación antiagregación

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Prescribo Betabloqueante cardioselectivo 2.5/24h, Benzodiazepina /24h y anticoagulante de nueva generación.

Trámite proceso de incapacidad temporal (IT) e indico valoración telefónica, para renovación de IT a través de aplicación MERCURIO.

Realizo TELECONSULTA A CARDIOLOGIA con aportación de ECG mediante CAPPTURA, con respuesta en 24 horas de continuar con el tratamiento prescrito, citación a los 20 días para realización de Ecocardiografía , siendo éste normal y control por Medico de Familia.

Diagnóstico diferencial

Ansiedad. Alteraciones en Electrocardiograma. Fibrilación Auricular

Comentario final

La Tecnología informática, ha irrumpido en Atención Primaria, sobre todo en periodo Pandemia COVID19.

Dan respuesta rápida a los problemas de salud y/o burocráticos de los pacientes y también a los Médicos de Familia para consultas sobre diagnósticos, tratamientos o derivaciones ,evitando desplazamientos.

Casos clínicos

Índice de autores

tos del paciente a hospital de referencia, sobre todo en zonas rurales y mejorando la satisfacción a la respuesta a su demanda.

Bibliografía

- 1.- *La relación medico-paciente a la luz de la telemedicina.*
- *Publicación académica*
- / THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN THE LIGHT OF TELEMEDICINE. (English). By: Castellano Arroyo, María. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 2021, Vol. 138 Issue 2, p143-149, 7p. Publisher: Real Academia Nacional de Medicina de España., Base de datos: Complementary Index
- 2.- *Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia*
- *Publicación académica*
- By: Marta Jiménez Carrillo; Unai Martín Roncero; Elena Aldasoro Unamuno; Maite Morteruel Arizcuren; Mikel Baza Bueno. In: *Atención Primaria*, Vol 54, Iss 4, Pp 102263- (2022); Elsevier, 2022. Base de datos: Directory of Open Access Journals

644/224. ¡DOCTORA, A MI LA ANALGESIA NO ME HACE NADA

Autores:

Andrade Almecija, A.¹, García Martín, E.¹, Rodríguez Pérez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Varón de 53 años. IABVD. Trabaja como frutero. NAMC. Fumador de 15 cigarrillos diarios. Niega otros hábitos tóxicos. AP: HTA, DL. I. Quirúrgicas: apendicectomizado. Tratamiento domiciliario habitual: Enalapril 5 mg.

Solicita consulta por lumbalgia de 2 meses de evolución desencadenada tras sobreesfuerzo físico. Lo

define como un dolor sordo y continuo, de características mecánicas que no irradia a miembros inferiores. Comenta no mejora con analgesia habitual y fisioterapeuta, que ha realizado por su cuenta.

Ha consultado por este mismo motivo en varias ocasiones tanto en consulta no demorable como en Urgencias, realizando Radiografía dorsolumbar sin alteraciones y pautando medicación IM, mejorando especialmente con toma de corticoterapia.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración Columna Vertebral: dorsiflexión y laterización conservada aunque algo limitada por dolor. Apofisalgia. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral dorsal. Lasegue positivo. Bragard negativo.

- PPCC:

1º (Febrero/22): Rx dorso-lumbar: sin hallazgos patológicos.

2º (Abril/22): Rx dorso-lumbar: aplastamiento en L3

TC vertebral (Marzo/22): lesiones osteolíticas vertebrales L2-L3-L4.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Lesiones osteolíticas vertebrales.

Diagnóstico diferencial

Lumbalgia subaguda: afectación de vértebras lumbares predominantemente. Dolor intermitente que empeora con los movimientos, mejora con reposo y analgesia y puede irradiar a miembros inferiores.

Lesiones osteolíticas vertebrales: afectación de vértebras dorsales más frecuentemente. Dolor sordo continuo que empeora con el reposo, incluso despertando durante el descanso nocturno.

Comentario final

Finalmente, el paciente fue diagnosticado de cáncer de próstata con metástasis vertebrales.

El dolor lumbar es un patología muy frecuente tanto en Atención Primaria como en Urgencias, y aunque en la mayoría de las ocasiones suele tratarse de un proceso benigno, debemos tener conocimientos só-

Casos clínicos

Índice de autores

lidos y tener presente la totalidad de etiologías que puede esconder, especialmente en nuestro campo, ya que somos la puerta de entrada a los pacientes.

Bibliografía

- *Asensi Roldos E, et al, editores. La columna vertebral. Conceptos anatómicos y funcionales. Lumbalgias y otros síndromes dolorosos vertebrales. Plan de perfeccionamiento en reumatología para médicos generales. Madrid: Acción Médica, 1992;17-34.*

644/226. ASISTENCIA POR ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS AVANZADAS RESUELTA SATISFACTORIAMENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Ortega Morales, P.¹, Alcalde Molina, M.², Ortega Morales, M.³

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén,* (3) *Residencia de Graves afectados José López Barneo*

Descripción del caso

Paciente de 78 años de edad que avisa a 061 por cuadro de mareo. Refería tener la TA a 120/35.

El Centro Coordinador activa Enfermero de Prácticas Avanzadas (EPA) para valoración de la paciente con una orden de priorización 3.

A la llegada al domicilio, la paciente se encuentra tumbada en un sillón manifestando mareo y Tensión arterial baja.

20 días antes estuvo ingresada por disnea de origen cardiogénico con ajuste de dosis de diuréticos basales.

Antecedentes de HTA, DM tipo II, TEP, FA y dolor de cadera crónico en tratamiento con Amlodipino 5mg/24h, Bisoprolol 2.5mg/24h, Irbesartán 300mg/24h, Omeprazol 20mg/24h, Aldactone 50mg/24h, Furo-

semida 40mg/12h, Ácido acetilsalicílico 100mg/24h, Metformina 850mg/12h, Atorvastatina 20mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general.

Auscultación cardiaca arrítmica, Saturación 92%, TA 90/60, FC 72, Glucemia 145.

Exploración neurológica básica normal.

ECG: FA con ritmo conservado.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

Hipotensión por uso de diuréticos.

Se canaliza vía periférica para remontar cifras tensionales administrando suero fisiológico y consiguiendo estabilización clínica al cabo de 30 minutos.

Se contacta con su Médico de referencia en Centro Coordinador de 061 que indica traslado al Hospital Universitario de Jaén para valoración, que la paciente rechaza.

Se contacta con su MAP que le modifica tratamiento diurético y control diario de TA por enfermera de Unidad de atención Familiar (UAF). Se le recomienda volver a consultar si nueva sintomatología o empeoramiento

Diagnóstico diferencial

Ansiedad vs Alteración del ritmo (BAV) en ECG vs Hipotensión por diuréticos.

Comentario final

La paciente 3 meses después fue subsidiaria de Implantación de Marcapasos definitivo monocameral por Bloqueo Auriculo-ventricular (BAV) de 3º grado.

En el momento de la asistencia, la actuación por parte del Enfermero en prácticas avanzadas dejó resuelta la urgencia en coordinación con los recursos sanitarios disponibles tanto en Servicio de Emergencias sanitarias como con su MAP, lo que pone de manifiesto la irrupción positiva de este recurso (EPA) en las Asistencias en Atención Primaria, lo que supone un hito en la organización estructural postpandemia.

Bibliografía

Casos clínicos

Índice de autores

- 1- M. Del Barrio-Linares. *Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. Enferm Intensiva.*, 25 (2014), pp. 52-57
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005> | Medline
- 2- Benedicto Subirá C, Escartín Lasierra P. *Guía Clínica de bradiarritmias [Internet]. Fistera. 2015 [consultado 24 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www-fisterracom.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/bradiarritmias/>*

644/232. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A APALUTAMIDA: LA IMPORTANCIA DE COMUNICARSE ENTRE EL CENTRO DE SALUD Y EL HOSPITAL

Autores:

García Jiménez, J.¹, García Jiménez, A.², Martín Sánchez, S.²

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén*, (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengibar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengibar. Jaén*

Descripción del caso

Varón, 67 años. Diagnosticado en 2017 de adenocarcinoma de próstata de alto riesgo Gleason 9 (5+4). Realiza tratamiento con intención radical con radioterapia externa y deprivación androgénica con Decapeptyl. Desde 2019 en seguimiento por Oncología Radioterápica. En Atención Primaria consulta reiteradamente por dorsalgia y coxalgia bilateral, tratada con antiinflamatorios, tramadol y, finalmente, tapentadol. Asimismo, PSA nadir aumenta paulatinamente. Ante el fallo bioquímico al tratamiento y los dolores óseos frecuentes, se sospecha recaída de enfermedad y aparición de metástasis óseas, consultando el caso con Oncología Radioterápica que solicitan PET TAC, confirmando las sospechas. Comienza tratamiento con Decapaptyl semestral + apalutamida 240 mg/24 horas como primera línea de tratamiento ante un cáncer prostático metastásico hormonosensible. En dicho contexto, reconsulta desde entonces por cefa-

leas continuas y cifras tensionales de 190/100 mmHg de media. Se opta por suspender los antiinflamatorios, pero persisten en torno a 170/100 mmHg. Se revisa medicación y se consulta nuevamente con Oncología Radioterápica y, conjuntamente, realizamos revisión bibliográfica que evidencia la hipertensión arterial como efecto secundario de la apalutamida. Se suspende inicialmente la apalutamida, se llevan a cabo controles tensionales reglados desde Primaria hasta control de cifras. Posteriormente se reinicia el fármaco, comprobando tolerancia, titulándolo hasta dosis plenas, con buen control tensional.

Exploración y pruebas complementarias

1. Analítica con incremento del PSA Nadir de 0.34 ng/dL (enero 2019) a 8.9 ng/dL (enero 2022); 2. RX dorsolumbar y de caderas con imágenes sugerentes que se confirman en PET TAC: metástasis en columna dorsal, fémur derecho y acetábulo izquierdo; 3. Medición ambulatoria de presión arterial (MAPA) hasta regulación de cifras tensionales.

Orientación diagnóstica / Juicio clínico

1. Adenocarcinoma de próstata metastásico; 2. Hipertensión arterial secundaria a apalutamida.

Diagnóstico diferencial

1. Dorsalgia y coxalgia mecánicas. 2. Hipertensión arterial (HTA) esencial. 3. HTA secundaria al abuso de antiinflamatorios.

Comentario final

Este caso recalca la capital importancia de una buena comunicación entre el ámbito hospitalario, en este caso Oncología Radioterápica, y Atención Primaria. Debemos reivindicar la creación de reuniones o comités entre los distintos servicios hospitalarios y Atención Primaria como parte fundamental del seguimiento y tratamiento holístico del paciente.

Bibliografía

- Erleada. *European Medicines Agency Commission*
- https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/erleada-eparproduct-information_es.pdf

644/3. DISNEA EN PACIENTE OBESA

Autores:

de Cos Maestre, E.¹, Linares Canalejo, A.², Santos Estudillo, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 37 años, obesa, fumadora, roncadora, hipertensa y con síndrome ovario poliquístico. En tratamiento con enalapril y metformina. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por disnea de un mes de evolución en decúbito supino. Niega disnea a mínimos esfuerzos, edemas de miembros inferiores, pausas de apnea o sueño no reparador. Comenta ronquera tras pasar Covid hace dos semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial 134/85 y saturación 99%. Buen estado general. Normocoloreada. Sin tiraje. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos audibles. Crepitantes finos bibasales. Gran masa adiposa en cuello sin palpar, nódulos ni adenopatías. Resto de exploración normal. Al realizar electrocardiograma (EKG) comienza con disnea y tiraje supraclavicular en decúbito supino manteniendo saturación 99%. Al interrogarla, comenta misma disnea con la ingesta de la cena (sólidos). Se autolimitó con la ingesta de líquidos.

EKG: Taquicardia sinusal a 104 latidos por minuto.

Radiografía de tórax: masa mediastínica con lateralización traqueal

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Probable bocio intratorácico.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de apnea obstructiva del sueño, bocio tiroideo, patología esofágica o respiratoria.

Comentario final

Al tratarse de una paciente con obesidad, con cuello corto y disnea, nos centramos en un síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), obviando sintomatología de disfagia a sólidos, ronquera y taquicardia que nos daba el diagnóstico claro de bocio. Es de importancia valorar toda la clínica en conjunto y no realizar prejuicios que nos pueden llevar a diagnósticos erróneos.

Bibliografía:

- Aguiar-Quevedo K, Cerón-Navarro J, Jordá-Aragón C, et al. Bocio intratorácico. Revisión de la literatura médica. *Cir. Esp. May 2010;88(3):142-145* DOI: 10.1016/j.ciresp.2010.03.020
- McNicholas W.T. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. *Proc Am Thorac Soc*, 5 (2008), pp. 154-160 <http://dx.doi.org/10.1513/pats.200708-118M>

644/4. ESCABIOSIS ATÍPICA

Autores:

Linares Canalejo, A.¹, Santos Estudillo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva

Descripción del caso

Niña de 6 meses, bien vacunada, sin patologías ni tratamiento. Acude por lesiones en la espalda:

Dos superiores: Papulacostrosas sobreelevadas no dolorosas.

Una central: Aplanada violácea con vesículas, dolorosa, compatible con impétigo ampolloso.

Tratamos con mupirocina y citamos en 4 días, las cuales no presentaron cambios. Cambiamos trata-

Casos clínicos

Índice de autores

miento con curas con septimicina + cloxacilina oral + mupirocina tópica.

Exploración y pruebas complementarias

Nueva revisión a los 7 días. Desaparición de la lesión central, persistiendo el resto y apareciendo nuevas en tórax y hombro. No fiebre. Reinterrogamos a la madre, nos indica que no son pruriginosas ni dolorosas. Tienen un perro desde hace años (correctamente vacunado). Niega otros familiares afectos (4 meses atrás, abuelos con escabiosis). Suspendemos tratamiento, añadimos metilprednisolona tópica 7 días.

Contacto con Dermatología general: "Lesiones papulonodulares costrosas no supurativas en espalda y lesión pseudopustulosas en brazo". Sospecha de Histiocitosis céfálica benigna. Derivación a Dermatología infantil.

Valorada con 11 meses, sin cambios de las lesiones descritas ("pápulas y lesiones lineales con signo del ala delta"). Se diagnóstica de escabiosis atípica con tratamiento con vaselina azufrada 6% tópica 3 días y repetir otros 3 días, a la semana. Se indica lavados a 90° de juguetes, ropa, sábanas...

Revisamos a las 2 semanas telefónicamente, indicando desaparición completa de las lesiones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

JUICIO CLÍNICA: ESCABIOSIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Picaduras, impetigo, histiocitosis.

644/7. DOCTOR ME CANSO Y ME MA-REO AL CAMINAR**Autores:**

Sánchez Alba, J.¹, Gómez Sánchez, L.², Nuez Ramos, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 73 años con HTA, DM tipo 2 y dislipemia en tratamiento, que acude a la consulta de urgencias del Centro de Salud refiriendo disnea de esfuerzo progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de una semana de evolución. Afebril. No síncope ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

Neurológico sin focalidad, AC rítmico con extrasístoles y soplo sistólico III/VI. AP: crepitantes finos bibasales. No edemas en MMII. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, BIRDHH, extrasístoles ventriculares en bigeminismo sin signos de isquemia aguda. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para ampliar estudio. A su llegada a urgencias tiraje subcostal con Sat O2 94% que requiere oxigenoterapia (CPAP), perfusión de solinitrina y furosemda. Rx tórax sin derrames ni condensaciones. Redistribución vascular. Analítica a destacar NT-proBNP 3848pg/mL, PO2 64 mmHg, PCO2 33 mmHg, HCO3- 20.9 mmol/L, Sat O2 93,2%, Hb 10.6 g/dL, resto no significativo. Presenta buena evolución en urgencias y se ingresa por descompensación cardiaca. Durante su ingreso se realiza ecocardiografía transtorácica con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática, FEVI conservada e HVI moderada. Se propone tratamiento mediante TAVI (implante percutáneo de válvula aórtica).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Insuficiencia cardiaca congestiva secundaria a estenosis aórtica severa.

Bibliografía:

- 1. Vilacosta I, Vivas D, López J, San román J. Implante transcáteter de la válvula aórtica. Una revolución en la cardiología. Estenosis aórtica grave sintomática: ¿qué es grave, ¿qué es sintomática y qué dicen las guías de práctica clínica sobre su manejo? Revista Española de Cardiología [Internet]. 2015 [citado el 24 de marzo de 2022];(Volumen 15. Suplemento 3):3-9. Disponible en: <https://www.revespcardiologia.org/es-estenosis-aortica-grave-sintomatica-que-articulo-S1131358715300182>

Casos clínicos[Índice de autores](#)

- 2. *Estenosis aórtica - Trastornos cardiovasculares - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-valvulares/estenosis-a%C3%B3rtica>*

644/8. DOCTOR ME DUELE EL PECHO**Autores:**

Sánchez Alba, J.¹, Gómez Sánchez, L.², Villanueva Gil, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 27 años sin antecedentes personales de interés, valorado en urgencias hospitalarias al referir cuadro de dolor torácico errático y mal definido de 1 mes de evolución, asociado a estreñimiento en los últimos 4 días y empeoramiento del dolor. Valorado previamente en el mismo servicio con diagnóstico de osteocondritis y dolor por gases sin mejoría con tratamiento pautado. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, BHyP. Eupnéica en reposo. Afebril. ACP normal. Abdomen: RHA aumentados con abdomen tenso y poco depresible a la palpación. No timpanizado. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativo. Rx tórax sin hallazgos significativos. Rx abdomen: abundante meteorismo sin dilatación de asas. Ecografía abdomen (conclusión): esplenomegalia de 15 cm, hemangiomas hepáticos y abundante meteorismo. Analítica: LDH 3.092 U/L, PCR 59.2 mg/L, plaquetas 78.000/mcL, 14% Granulocitos inmaduros con desviación izquierda en frotis. Resto no significativo.

Ante hallazgos clínicos y persistencia del dolor a pesar de analgesia administrada, se decide ingreso hospitalario para estudio.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Dolor torácico a estudio & sospecha Síndrome linfoproliferativo

Diagnóstico diferencial:

Osteocondritis, meteorismo, contractura muscular, Sdme linfoproliferativo

Comentario final: durante el ingreso se amplía estudio con TAC de cuello, tórax y abdomen sin hallazgos reseñables, excepto esplenomegalia homogénea de 17 cm. Se realiza PAMO con diagnóstico de Leucemia aguda mieloblástica de estirpe monocítica pendiente de estudio citogenético y molecular, actualmente permanece ingresado en aislamiento y en tratamiento de inducción.

Bibliografía:

- *Leucemia mieloide aguda (LMA) - Hematología y oncología - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucemias/leucemia-mieloide-aguda-lma>*

Palabras Clave:

Dolor, esplenomegalia, síndrome linfoproliferativo.

644/13. HEMOGLOBINOPATÍA FANNIN-LUBBOCK: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Hervás Jerez, J.¹, Trigueros Guerra, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente. Córdoba

Descripción del caso

Paciente varón de 52 años con antecedentes de interés de: Hipertensión arterial en tratamiento con losartan 50mg/ hidroclorotiazida 12,5 mg cada 24 horas. Hiperlipemia en tratamiento con simvastatina 20 mg cada 24 horas. Síndrome de la apnea del sueño obstructiva.

Acude al Centro de Salud para control analítico de rutina. El paciente se encuentra asintomático, sin poliuria ni polifagia ni pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias

- ANALÍTICA (en ayunas 8 horas confirmada por el paciente): Glucemia 250 mg/dl, resto de hematimetría, bioquímica y coagulación con parámetros dentro de los valores normales. HbA1c 4.9%. Repetimos glucemia en una semana, insistiendo en las recomendaciones previas a la extracción de analítica. Glucosa: 252 mg/dl. HbA1c 5%. Cumple criterios diagnósticos de DM2: Dos glucemias separadas en ayunas > 126 mg/dl. Pero no concuerda los valores de HbA1c con las glucemias del paciente. En revisiones posteriores a pesar de tratamiento con metformina (mal cumplimiento): Glucosa 246 mg/dl. HbA1c 4.8%.

- ESTUDIO MOLECULAR: Sustitución de 2 aminoácidos en la misma cadena beta de globina. - Mutación GTC → CTC en el codón 111 (cambio de valina por leucina)- Mutación GGC → GAC en el codón 119 (cambio de glicina por aspártico) Ambas en estado heterocigoto.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hemoglobinopatía Fannin-Lubbock II

644/14. ¡DOCTOR SE ME VA ROMPER LA VEJIGA!

Autores:

Hervás Jerez, J.¹, Trigueros Guerra, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 57 años. Como antecedentes personales: Cardiopatía isquémica con 7 stents. Hematoma subdural en 2013. HTA en tratamiento con candesartan 16mg /24horas, bisoprolol 2.5 mg/24horas, torsemida 10 mg/24horas, eplerenona 25mg/24horas. DM2 con sitagliptina 50 mg/ 1000 mg metformina /24horas, insulina lantus de 30 años de evolución. Hiperlipemia con atorvastatina 10 mg/24horas y ezetimiba 10mg/24horas. Consulta en atención primaria por vómitos bilioalimenticios de 6 horas de evolución junto con dolor abdominal generalizado desde hace 3 días que ha empeorado en las últimas horas. Disuria y polaquiuria.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 158/93. T 36°C. SatO2 100% con FIO2 0.21. ABDOMEN: distendido con diástasis de rectos. Dolor a la palpación de forma generalizada. PR bilateral negativa. - GSV: pH 7.59, HCO3 25.6, Lac 6.5. - ECG: ritmo sinusal a 98 lpm. - ORINA: glucosa, metilcetona +, resto negativo - HEMATIMETRIA:Hb 15.2, Hto 44.7,VCM 78.1,Plaquetas 299.000,Leucocitos 11.640 (N 80 %) - BIOQUIMICA: Glucosa 362,U 60,Cr 1.58, iones y enzimas hepáticas normales,B 0.7, Amilasa 75, TROPONINAS 3 - COAGULACION: normal - Rx tórax: no imágenes de condensación ni derrame - Rx abdomen: presencia de gas distal. No niveles hidroaéreos - 1º TAC abdomen: normal. 2º informe de TAC abdomen: burbujas en pared vesical.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

CISTITIS ENFISEMATOSA

644/19. EL DEBUT DE UNA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: LA IMPORTANCIA DE LA BANALIDAD

Autores:

Martín Aguilera, A.¹, Gómez-Guillamón Revilla, M.², de Pablos Florido, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

Paciente varón de 58 años, de profesión funcionario, con los siguientes antecedentes: faringitis crónica y síndrome ansioso-depresivo, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, en tratamiento con fluorzepam. Antecedentes familiares: hermana fallecida de Linfoma de Hodgkin.

Acude a nuestra consulta por odinofagia, congestión nasal, fiebre de 38,5°C de dos días de evolución, disnea de esfuerzos, sin tos, clínica digestiva ni síndrome miccional. Covid19 pasado en octubre de 2020, vacunado con una dosis en abril de 2021.

Exploración y pruebas complementarias

Faringe hiperémica, amígdalas palatinas aumentadas de tamaño, sin placas pultáceas, úvula centrada, sin edema.

Auscultación cardiorrespiratoria (ACR): rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado.

SatO2 97%

Test Ag Covid19 negativo.

Pautamos Azitromicina y analgesia durante 3 días y posteriormente revisión en nuestra consulta.

El paciente no refiere mejoría, continúa sintomático, con fiebre, palpándose una adenopatía laterocervical derecha mayor de 1cm no adherida a planos profun-

dos, en la ACR se aprecian crepitantes bibasales y SatO2 87%.

Remitimos al paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración. Allí se realizan:

Rx de tórax: normal.

Análítica: leucocitos 166,33 x10³/μL (PMN 1 x10³/μL, monocitos 140 x10³/μL), hemoglobina 9,4 g/dL, plaquetas 128 x10³/ML, LDH 1272 U/L, sodio 147 mEq/L, potasio 2,8 mEq/L, ferritina 2405 ng/mL, PCR 169 mg/L, INR 1,01, TTPA 27,3 s, fibrinógeno 807 mg/dL

PCR COVID 19 negativa.

Frotis de sangre periférica: 94% de células de aspecto inmaduro, de mediano-gran tamaño, con núcleo grande con cromatina laxa con ocasional nucleolo, citoplasma basófilo agranular sin astillas. Compatible con leucosis aguda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se sospecha una Leucemia Mieloide Aguda. Se interconsulta con Hematología e ingresan al paciente para estudio y diagnóstico diferencial con aplasia medular, síndrome mielodisplásico o infiltración de la médula ósea por metástasis. Se realiza punción aspirativa de la médula ósea encontrando infiltración masiva por población blástica, confirmándose el diagnóstico de sospecha y se inicia tratamiento quimioterápico de inducción.

644/20. DOCTORA, ¿ME HE INTOXICADO?

Autores:

Gómez-Guillamón Revilla, M.¹, de Pablos Florido, V.², Martín Aguilera, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Casos clínicos

Índice de autores

Descripción del caso

Paciente de 25 años exalcohólico sin alergias medicamentosas conocidas que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por diaforesis, inquietud, somnolencia y ansiedad tras la toma horas antes de más de 30 mililitros de dextrometorfano. Tras una exploración normal, el paciente es dado de alta. A las dos horas vuelve al mismo servicio de urgencias por persistencia de sintomatología junto de midriasis y taquicardia en la exploración por lo que el paciente es derivado a urgencias hospitalarias en donde además de la sintomatología anterior, ahora presenta náuseas, epigastralgia y confusión.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Frecuencia cardíaca 105 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, afebril, tensión arterial 128/85mmHg. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmico, taquicárdico, sin soplos con murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino, con molestias a la palpación epigástrica. Neurológico: Glasgow 15/15. Pupilas midriáticas. Resto de exploración rigurosamente normal. Se le realiza analítica con bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría venosa sin alteraciones significativas, un ECG con taquicardia sinusal y test de tóxicos en orina con resultado de antidepresivos tricíclicos, aunque el paciente niega la toma de estos. Tras administración vía intravenosa de 1ml de solución inyectable de hidrocóloro de naloxona, 1000 mililitros de suero glucosado al 5% y un periodo de observación, el paciente es dado de alta debido a la mejoría clínica y buena evolución.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Posibles efectos adversos de dextrometorfano. Diagnóstico diferencial: Intoxicación por agentes serotoninérgicos, anticolinérgicos, simpaticomiméticos, alucinógenos, ingestión alcohólica, síndromes abstinéticos, trastornos psicóticos, consumo de otras drogas de abuso.

Comentario final

A veces en la práctica clínica se nos olvida de que hasta la medicación aparentemente más inocua puede conllevar desde leves a graves efectos secundarios. Por otro lado, la prioridad de adecuar cada fármaco

según el perfil del paciente y sus antecedentes, ya que, por ejemplo, el hecho de ser exalcohólico contraindica medicaciones como la de dextrometorfano.

Bibliografía:

- Rosenbaum, MD. Dextromethorphan abuse and poisoning: Clinical features and diagnosis. En: UpToDate, Post Ganetsky, MD (Ed) UpToDate, Waltham, MA. (Accedido el 30 de marzo de 2022).
- Yin S. Over-the-counter cough and cold preparations: Approach to pediatric poisoning. En: UpToDate. Post Ganetsky, MD (Ed) UpToDate, Waltham, MA. (Accedido el 30 de marzo de 2022).

644/21. UNA ENFERMEDAD MISTERIOSA**Autores:**

Marín González, S.¹, López Moreno, A.², Linares Ramírez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Antecedentes Personales: epirocleítis derecha y Herpes Zóster

Paciente de 36 años que acude a consulta por lesiones en el dorso de las manos de una semana de evolución acompañado de dolor, prurito y dificultad para mover la articulación en la zona de las lesiones. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones múltiples en forma de pápulas eritematosas y edematosas en 2º y 3º dedo de la mano derecha.

Analítica: leucos 5990 con fórmula normal. VSG 16. Ácido úrico 2,9. FR 3,7. TSH 2,5.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Casos clínicos

Índice de autores

Eritema Pernio

644/23. GONALGIA ≠ GONARTROSIS**Autores:***Fernández Ocaña, F.¹, Alaminos Tenorio, E.², Gamero de Luna, E.³***Centro de Trabajo:***(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla***Descripción del caso**

***ANTECEDENTES PERSONALES:

- No RAM
- HTA
- Obesidad
- SAOS

***MOTIVO DE CONSULTA:

Hombre de 61 años, que acude a consulta de Atención Primaria por gonalgia izquierda y dolor en hueso popliteo de semanas evolución. Niega traumatismo. No había tomado medicación analgésica alguna.

Exploración y pruebas complementarias

Rodilla izquierda: Mínimo edema. No hematoma. No empastamiento. Pulso popliteo mantenido. Ruidos articulares a la movilización, con buen balance articular. No choque rotuliano, aunque dolor a la palpación bursa subrotuliana. Molestias en interlínea interna con stress negativos. Signos meniscales positivos. Cajón negativo.

***Rx rodilla: Signos degenerativos con pinzamiento del espacio interarticular.

***RMN rodilla: Condropatía de bajo grado en tróclea femoral. Gonartrosis grado II femorotibial. Rotura amplia del menisco interno. Derrame articular. Lesión

ocupante de espacio en la región poplíteica, convendría valorar la posibilidad de lesión de estirpe vascular.

***Eco doppler rodilla: Dilatación aneurismática fusiforme de la arteria poplitea, de aprox. 27x30mm de diámetro transversal. Dicho aneurisma se visualiza parcialmente trombosado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Orientación diagnóstica: Gonartrosis VS Fx menisco

***Juicio Clínico final: Fx menisco interno de rodilla izquierda con aneurisma arteria poplitea izq parcialmente trombosada.

Bibliografía:

- Imigo G. F, Fonfach Z. C, Massri E. D, Sánchez C. G, Sánchez H. A. Aneurisma de arteria poplíteica. *Cuad cir.* 2009; 23(1):39-43.
- Vilalta C, Moyá J, Segura M, Ramón R. Condropatía degenerativa de la rótula: revisión de 75 casos. *Rev Orthop Traumatol* 1978; 22:213-26.

644/24. DOCTORA MIRE QUE ME HA SALIDO EN LA FRENTE**Autores:***Marín Peralta, Á.¹, Reina Rodríguez, M.²***Centro de Trabajo:***(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla***Descripción del caso**

Paciente de 56 años. Entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento médico. Consulta por lesión dolorosa, eritematosa con edema localización en región frontal y raíz nasal asociándose a edema palpebral bilateral. Niega toma de nuevos fármacos ni cambio en productos cosméticos.

Exploración y pruebas complementarias

Casos clínicos Índice de autores

A la exploración, se aprecia placa hiperémica de 4 por 3 cm de diámetro en región frontal extendiéndose a raíz nasal con vesículas con exudado claro en su interior. Edema parpebral bilateral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Rosácea vs herpes zoster

Comentario final

Finalmente, tras comentar el caso con compañeros de Dermatología, se diagnostica a la paciente de herpes zóster iniciando tratamiento con valaciclovir 1 g cada 8 horas durante una semana, asociada a analgesia para control del dolor. En sucesivas revisiones, buena evolución de la lesión, leve neuralgia postherpética residual con buen control con gabapentin oral.

Bibliografía

- Suarez R, Campos M. FAES Farma. Manual de Dermatología. 15 diagnósticos básicos en atención primaria. Madrid: Medical and marketing communications; 2018.
- Uscategui T, Doree C, Chamberlain IJ, Burton MJ. Corticosteroids as adjuvant to antiviral treatment in Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008;(3):CD006852. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006852.pub2>
- Nally FF, Ross IH. Herpes zoster of the oral and facial structures. Report of five cases and discussion. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1971;32(2):221-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030422071902258>

644/25. A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE HORNER**Autores:**

Marín Peralta, Á.¹, Reina Rodríguez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Fa-

miliar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 53 años que consulta por tos crónica y disfonía junto con ptosis unilateral de al menos 2 meses de evolución. Refiere además pérdida de unos 10 kg. Entre sus antecedentes destaca que es fumador, no presenta factores de riesgo cardiovascular conocidos ni realiza tratamiento de forma habitual. Entre sus antecedentes familiares padre fallecido por neoplasia pulmonar a los 64 años.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración destaca miosis y ptosis de ojo derecho, se aprecia anhidrosis hemifacial. La auscultación pulmonar es normal con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos.

Se realiza radiografía de tórax donde se aprecia masa en mediastino y se decide derivar a urgencias.

En Urgencias Hospitalarias se realiza una analítica que presenta hemograma y bioquímica dentro de la normalidad, sin leucocitos, PCR 0.7.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante estos hallazgos se decide ingreso en medicina interna para completar el estudio. Se solicita TC de tórax que muestra proceso neoformativo pulmonar derecho estadio T4N1, y trombosis de vena cava superior. La broncoscopia, muestra parálisis de cuerda vocal derecha y compresión extrínseca del tercio proximal de la cava.

644/26. ANCIANOS Y SOBREDOSIFICACIÓN DE BENZODIACEPINAS**Autores:**

Fernández Ocaña, F.¹, Oviedo López, L.², Alaminos Tenorio, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla, (3) Residente

Casos clínicos

Índice de autores

de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla

Descripción del caso*****ANTECEDENTES PERSONALES:**

- No alergias a medicamentos conocidas.
- DLP. DM.
- EPOC en estadio II GOLD
- Alzheimer
- Vive con un hijo, dependiente para sus ABVD

*****MOTIVO DE CONSULTA:**

Contacta vía telefónica su hijo y me indica que su padre "está muy dormido y con sensaciones disnea desde hace dos días", por lo que decido realizar visita domiciliaria.

Cuando llego al domicilio, el paciente se encuentra somnoliento. El hijo me dice que últimamente el paciente estaba muy agitado y que por mutuo propio había aumentado la dosis de lorazepam 1mg, que antes usaba en desayuno y cena y ahora le daba 1 comprimido en desayuno y comida y 2 en la cena.

Exploración y pruebas complementarias

- REG. Disneico sin O2 suplementario (SatO2 94%). Bien coloreado y perfundido. 37.8°C.
- AP: Crepitantes y roncus en lóbulos superiores, sobre todo en derecho.
- AC: Taquicárdico.
- Expl. neurológica: Glasgow 10. Somnoliento, no responde a la llamada, pero sí al dolor. Pronuncia sonidos incompresibles y respuesta ocular verbal. No colabora en resto de exploración.

Ante la anamnesis y tras la exploración física se administra ampolla de flumazenilo, presentando buena respuesta y se decide traslado a hospital de referencia.

*****ANALÍTICA:**

- HG: Leucocitos 28800; Neutrófilos 26820; Plaquetas 570000. Hb 10.6 g/dL.

- BQ: PCR 333. Función renal e iones normales.

***PCR COVID-19 negativo.

***Rx tórax: Opacidades alodonomas con morfología pseudonodular bilateral con predominio central en ambos parénquimas pulmonares, más llamativos en pulmón derecho. No derrame pleural.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumonía por broncoaspiración en probable relación a abuso de benzodicepinas.

644/27. LA IMPORTANCIA DE DISPONER DE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**Autores:**

Lobo Fernández, P.¹, Ruiz Ruiz, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gines Dr. Juan Antonio González Caraballo. Gines. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 77 años exfumador y bebedor en activo de dos copas de vino al día que consulta en su centro de salud por dolor en hipocondrio derecho (HD) y síndrome constitucional de varios meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presentaba abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en HD sin otros datos clínicos relevantes.

Se extrajo analítica de sangre donde se encontró una anemia microcítica hipocrómica (hemoglobina 96 g/L; volumen corpuscular medio 75,5 fL; hemoglobina corpuscular media 24,7 pg) y ligero aumento de GGT (82 u/L).

Se realizó ecografía clínica en el centro de salud observándose un hígado aumentado de tamaño, de bordes irregulares y desestructuración de su parénquima, en relación con hepatopatía crónica. Además,

Casos clínicos

Índice de autores

se apreció una lesión hipoecogénica de unos 20 milímetros en segmento VI

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se tramitó derivación al servicio de medicina interna donde se le realizó TAC, RMN y biopsia hepática diagnosticándose finalmente de hepatocarcinoma de unos 30 milímetros en segmento VI.

Dentro del diagnóstico diferencial de una lesión hepática podemos dividir en lesiones quísticas (quiste simple, quiste hidatídico, absceso hepático), lesiones sólidas de características benignas (hemangioma hepático, hiperplasia nodular focal) o malignas (carcinoma hepático o metástasis).

644/28. ME QUITA EL SUEÑO, NO IR A MI MÉDICO DE FAMILIA**Autores:**

Delgado Soto, E.¹, Adame Herrojo, M.², Guerra Falcón, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibralfaró. Gibralfaró. Huelva

Descripción del caso

Varón de 65 años que por teleconsulta refiere “insomnio de conciliación” de una semana. Le recetan zolpidem oral, con empeoramiento progresivo, disnea paroxística nocturna, intolerancia al decúbito con tos y sibilantes, ortopnea de dos almohadas e intolerancia progresiva a mínimos esfuerzos. Acude a Servicio de Urgencias Hospitalario. Índice Paquetes Años: 33,75. No comenta ni tiene registrados FRCV. Sin seguimiento por Atención Primaria. Sin analítica previas. No toma medicación.

Exploración y pruebas complementarias

Saturando al 94%. Frecuencia 115 lpm. TA 158/92. Tonos rítmicos, con soplo sistólico II/IV en foco aór-

tico. Sibilantes espiratorios difusos, con hipoventilación en bases. Edema maleolar bilateral.

Radiografía con infiltrados bilaterales, derrame en bases y pinzamiento de senos, índice cardiotorácico aumentado con cardiomegalia franca.

ECG: sinusal a 110 lpm, eje desplazado a izquierda, bloqueo incompleto de rama izquierda, datos de hipertrofia ventricular izquierda, ondas P mitrales. pro-BNP de 6539. Troponina T de 70. Hb 16,6. CC 1,26. PCR 37,68.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Insuficiencia cardíaca crónica descompensada

644/29. DOCTOR, NO S EME QUITAN LAS “AGUJETAS”**Autores:**

Román De Sola, B.¹, Caballero de la Campa, A.², Sánchez Alba, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 18 años de edad que acude a urgencias por dolor en músculo tensor de la fascia lata del miembro inferior derecho tras un partido de fútbol el día anterior, tratado con antiinflamatorios. Tres semanas después, debido a persistencia del dolor solicita cita con su Médico de Familia de su Centro de Salud, quien pide radiografía simple de la pierna derecha donde no se observan lesiones patológicas. Ante la persistencia de la clínica, solicita resonancia magnética.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta dolor en cadera derecha que se irradia a muslo derecho, sin crepitación, sin signos de impotencia funcional. No dolor abdominal. Resto sin hallazgos significativos. Se realiza hemograma, bioquímica, y coagulación, donde únicamente destaca

Casos clínicos

Índice de autores

proteína C reactiva en 40 mg/L. Radiografía de tórax, abdomen y pelvis anodinas. Resultado de resonancia: Se visualiza patrón mixto escleroso y permeativo a nivel de la rama iliopubiana derecha, acompañada de reacción cortical tipo sol naciente y gran masa de partes blandas parcialmente necrosada que desplaza a la vejiga en sentido contralateral y mide 88 x 73 mm. También se observa engrosamiento de los músculos obturador interno y pectíneo derechos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Como diagnósticos diferenciales, a la espera de la Biopsia con Aguja Gruesa y resultado de Anatomía Patológica: - Osteosarcoma, - Rhabdomyosarcoma, - Linfoma No Hodgkin.

644/30. DOCTOR, NO SE ME QUITA ESTA TOS**Autores:**

Román De Sola, B.¹, Caballero de la Campa, A.², Sánchez Alba, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 54 años (con los siguientes antecedentes personales: diabetes tipo II, hipertensión arterial, dislipémico, ictus ateroembólico carotideo sin secuelas, enfisema pulmonar, pancreatitis crónica, fumador de 18 paquetes/año, consumidor ocasional de alcohol) que acude a la consulta de su Médico de Familia por disnea y tos desde hace 3-4 semanas, sin empeoramiento desde los últimos días, acompañado de diarreas sin productos patológicos desde hace dos semanas, junto molestias en pie derecho igualmente desde hace semanas en el contexto de cambios tróficos isquémicos subagudos/crónicos. Afebril. Pide analítica y prueba de imagen, además de administrarle antibioterapia empírica con Amoxicilina 875 mg-Ácido Clavulánico 125 mg cada 8 h vía oral durante diez días.

Exploración y pruebas complementarias

En la auscultación, se aprecian tonos taquicárdicos y rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con roncus y sibilantes dispersos. No dolor abdominal. Presenta hipoperfusión distal con dolor a la palpación en ambos miembros inferiores, sin palparse pulsos pedios, retraso en relleno capilar y frialdad distal junto con cambios tróficos instaurados. Hemograma: Hemoglobina 12.7, Leucocitos 14.630 (Neutrófilos 12.330, Linfocitos 1.080), Plaquetas 674.000. Coagulación: Fibrinógeno 1.242, Dímero D 1.868. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 110 latidos por minutos, eje normal, Bloqueo completo de rama derecha, patrón S1Q3T3. Sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: Lesión cavitada con nivel hidroaéreo en su interior en región parahiliar izquierda. No derrame pleural asociado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

- Neumonía cavitada, - Tuberculosis pulmonar, - Neoplasia de pulmón, - Diabetes mal controlada.

644/36. COMO ENGAÑAN LAS PRIMERAS IMPRESIONES**Autores:**

Díaz-Crespo Mora, B.¹, Cabrera Utrera, M.², Carrillo García, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 60 años. AF: DM, HTA, DL, IC y miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa. En tratamiento actual con: Adiro, Atorvastatina, Bisoprolol, Metformina/Empaglifozina, sertralina, amlodipino, furosemida, pantoprazol

Varón de 60 años que acude a urgencias por presentar dolor y contracción involuntaria de miembros superiores e inferiores desde hace dos meses a raíz de una pancreatitis, los cuales son autolimitados y se resuelven espontáneamente. Se acompaña de dolor torácico opresivo y epigastralgia con reflujo. Debido a los síntomas del paciente se solicita ECG y por sus resultados se pauta Nitroglicerina sublingual con oxigenoterapia. Al tomarle las constantes se descubrió el signo de Trousseau³. Tras este hallazgo se solicita analítica de sangre con iones. Finalmente se descubrió que se trataba de una hipocalcemia e hipomagnesemia severa que se trató con Gluconato cálcico.

Al regularse los valores de los iones y mejorar el estado general del paciente se decidió el alta del mismo con suspensión de pantoprazol y furosemida, ingesta de alimentos ricos en calcio. Suplementos de magnesio y calcio y control por su MAP con repetición de analíticas.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente COC, REG

Sat O2 94%

AC: Tonos rítmicos sin soplos

AP: MVC

Abdomen: Blando y depresible, dolor en epigastrio y centrotorácico no irradiado.

Miembros superiores: Manos en comadrón, contractura carpopalanga bilateral

ECG: Presenta ritmo sinusal a 60 lat/min. Eje desviado a la izquierda. Segmento PR Corto con QRS estrecho. Infradesnivelación de ST V4-V6. Ondas T negativas en cara Inferolateral

TA: 115/77.

AS: Leucos 12360. HB 15,8. Plaquetas 26.000. Coagulación en rango

Bioquímica: Glu 96. Creat 0,88. FG >90. Iones en rango excepto Mg 3,1 y Ca 6,5. Troponina I 22,20.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipocalcemia e hipomagnesemia severa con tetania asociada. Causa carencial exacerbada por consumo de IBP+ Diurético.

644/38. ABORDAJE EN DOMICILIO DE ANCIANA FRÁGIL Y PLURIPATOLÓGICA CON ASTENIA, DECAIMIENTO Y EMPEORAMIENTO DEL ESTADO DEL ÁNIMO JUNTO CON CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS MESES.

Autores:

Sillero Ureña, M.¹, Barquero Padilla, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 82 años pluripatológica y polimedicada, valorada en domicilio por petición de familiares por astenia generalizada de semanas de evolución y por alteración del comportamiento y empeoramiento del estado del ánimo que le había llevado a realizar ingesta de lejía con fines autolíticos (por la que requirió traslado a urgencias y valoración por Salud Mental).

Situación de desesperanza en la familia (marido e hijos) que refieren que relacionan cuadro (abandono tareas, problemas para conciliar sueño) con mala evolución de deterioro cognitivo diagnosticado recientemente.

Casos clínicos

Índice de autores

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente. Eupneica. Bien perfundida. Afebril y normotensa.

Neurológicamente: Glasgow 15/15. Sin signos de focalidad. Fuerza y sensibilidad conservadas.

ACR: mvc, no ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos.

Abdomen: Blando y depresible. No se palpan ni percuten organomegalias.

Extremidades: No edemas. Pulsos periféricos normales.

Analítica: Hb 12,8 g/dl, leucocitos $5,19 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrófilos $3,16 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $123 \times 10^3/\mu\text{L}$, glucosa 179 mg/dl, creatinina 0,81 mg/dl, FG 72 ml/min, col LDL 198 mg/dl, GGT 53 U/L, sodio 141 mEq/L, potasio 4,4 mEq/L, Hb (A1c) 7%, ferritina 28,3 ng/mL, TSH 1,25 $\mu\text{UI/mL}$, b12 422 pg/mL, ac fólico 7 ng/mL.

Urianálisis: negativo

Miniexamen cognitivo o MEC (de Lobo et al, 1979) con puntuación de 21

TAC CRANEAL (URGENCIAS 10/08/21, Acude por nerviosismo e inquietud con cuadro de agitación): Enfermedad aterosclerótica de pequeño vaso sustancia blanca bilateral.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

JC: Agitación en el contexto de un cuadro de demencia en el anciano

Dx diferencial: los tipos de demencia, primarias o secundarias (según etiología) y corticales o subcorticales (según síndrome clínico) / otros tipos de trastornos mentales que cursan con alteración del comportamiento y del estado del ánimo.

644/39. NO MIRE ARRIBA**Autores:**

Galián Ordóñez, A.¹, Alberich Cea, R.², Ruiz Ponte, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 42 años con AP de HTA e hipercolesterolemia en tratamiento con ramipril 5mg y simvastatina 40mg que acude a consulta de urgencias de su centro de salud por cuadro de aparición brusca consistente en desviación de la mirada hacia arriba. Refiere comienzo de la clínica hace menos de 30 minutos, mientras en encontraba en casa viendo la televisión. Niega pérdida de agudeza visual, tampoco de fuerza o sensibilidad. Niega cualquier otra sintomatología. Como antecedente cuadro de gastroenteritis aguda los días previos. Niega consumo de tóxicos.

Ante intenso nerviosismo del paciente y ausencia de otra focalidad neurológica, se le administra alprazolam 0.5 sublingual y diazepam 5mg im sin cambios en el proceso. Posteriormente, el paciente admite haber tomado metoclopramida por sensación nauseosa, en este momento se pauta biperideno 5mg iv con resolución completa del cuadro a los 30 minutos.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente nervioso, consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, eupneico.

Exploración neurológica: PINLA, MOEC con tendencia tras escasos segundos a la verticalización bilateral de la mirada tras realizar movimientos extraoculares. Sin alteraciones a la exploración campimétrica, ausencia de asimetría facial, pares craneales conservados, no afasias ni disartrias, ausencia de dismetría, fuerza 5/5 en los cuatro miembros, sensibilidad conservada sin alteraciones.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

ECG: Ritmo sinusal a 88lpm, PR 140ms, QRS estrecho, eje normal, ausencia de alteraciones agudas de la repolarización.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Reacción extrapiramidal por fármaco antiemético

644/42. TUBERCULOSIS PULMONAR: DIAGNÓSTICO PRECOZ, TRATAMIENTO Y ESTUDIO DE CONTACTOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores:

Montilla López, A.¹, Casas Sola, L.², Blanca Moral, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba

Descripción del caso

Mujer 52 años. Antecedentes: No fumadora. Migrañas. Mioma uterino. Bronquiectasias. Tratamiento habitual: Zolmitriptan y nolitil.

Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por disnea de esfuerzo progresiva, sin clínica infecciosa. En radiografía de tórax se detecta derrame pleural derecho. Se deriva a Neumología. Tras refractariedad a tratamiento médico, precisa decorticación pleuropulmonar derecha.

Meses después, presenta empeoramiento con fiebre intermitente, tos, disnea y rinorrea, sin respuesta a antitérmicos, antibiótico y corticoides. Se repite radiografía hallando en Lóbulo inferior izquierdo (LII) imagen de condensación versus nódulo pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Eupneica en reposo. SpO2 97% basal. No adenopatías palpables. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos. MMII sin edemas.

- Analítica dentro de la normalidad.
- Rx tórax: Consolidación vs nódulo LII.

- TC tórax: Bronquiectasias, impactaciones mucoides, afectación bilateral por nódulos de aspecto inflamatorio, mayor en hemitórax izquierdo. Masa a estudio en LII.

- PET: Masa/condensación en LII con nódulos adyacentes y dilataciones bronquiales, con metabolismo elevado. Probable neoplasia pulmonar primaria.

- Broncofibroscopia: Estenosis bronquial LII por mucosa inflamatoria. No masas ni aspecto infiltrativo.

- Ecobroncoscopia: Punción adenopatía.

- Anatomía patológica: Linfadenitis granulomatosa no necrotizante. Negativo para malignidad.

- Citología broncoaspirado: Negativa para malignidad.

- Microbiología: Mycobacterium tuberculosis positivo. Aspergillus negativo.

- Espirometría: Restricción moderada.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tuberculosis pulmonar.

644/43. TUMORES POCO FRECUENTES RELACIONADOS CON TABACO

Autores:

Ruiz Ponte, M.¹, Salguero Quirantes, R.², Alberich Cea, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Centro de Salud Rota, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 56 años, con hábitos tóxicos de fumador activo (IPA de 45) y AP de HTA y DLP en tto con enalapril 20/HCTZ 12.5 y simvastatina 20 mg, que acude a su MAP para valoración de lesión espontánea en entrada de fosa nasal derecha tras depilación ma-

Casos clínicos

Índice de autores

nual con pinzas desde hace 2 meses, que no mejora a pesar de curas local diarias con distintas soluciones tópicas. Niega fiebre, pérdida de peso, anorexia ni afectación en otro lugar.

Ante sospecha de probable lesión maligna incipiente, se cometa caso con ORL en consulta del centro de salud para valoración y pruebas complementarias si corresponde, donde se le realiza toma de biopsia y se solicita de manera muy preferente TC de senos paranasales y cuellos. Dado los resultados histopatológicos, se decide extirpación de la lesión con márgenes de seguridad y posterior reconstrucción por alteración estética de la zona y cervicotomía con exéresis de adenopatía para descartar malignidad, quedando pendiente la valoración de tratamiento local o sistémico posterior.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. COC. Bien hidratado y perfundido, normocolorado. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. No focalidad neurológica. No adenopatías palpables.

- Exploración nasal con rinoscopia: lesión ulcerada, excrecente y friable en vestíbulo nasal derecho de 1,3 cm de diámetro que afecta a cartílago de punta nasal, columela y región inferior de narina.
- Biopsia: compatible con carcinoma de células escamosas queratinizante.
- TC de senos paranasales y cuello: lesión en vestíbulo de fosa nasal derecha.

Ganglio de tamaño en límites altos de normalidad en nivel Ib derecho.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Carcinoma epidermoide del septum nasal

644/44. NO TE FIES DE LOS CÓLICOS NEFRÍTICO**Autores:**

Delgado Zamorano, A.¹, Cruz Terrón, H.², González Martínez, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Paciente de 61 años que acude a consulta de urgencias de centro de salud de pueblo a las 19:00h, refiere que por la mañana había acudido a la consulta de su médico con extracción de analítica esa misma mañana, por dolor en fosa renal derecha, fiebre de hasta 38º, náuseas y vómitos desde el día de ayer, nos cuenta que ha padecido varios cuadros de cólico nefrítico derecho con anterioridad, con buena respuesta a tratamiento farmacológico. Su médico le había avisado de que si no mejoraba con analgesia acudiera a urgencias del centro de salud para nueva valoración.

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/70mmhg, FC 110lpm, Sat O2 99%, Temperatura corporal 38.1ºC.

EF:

ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando depresible. Doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y vacío derecho, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal derecha dolorosa. Murphy positivo.

MMII: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en ambos miembros inferiores. Pulsos radiales simétricos.

Analítica de esa misma mañana: Leucocitos 18.400 Neutrófilos 12560. Cr 2.1 (previas normales), Billirrubina total 1.5, AST 75, ALT 89, FA 150.

Combur test: leve microhematuria.

Ecoscopia realizada en consulta de centro de salud: No se visualiza ninguna litiasis en riñón derecho, ni signos de ureterohidronefrosis. Vesícula biliar dis-

Casos clínicos

Índice de autores

tendida con aumento de grosor de la pared de 6mm, colelitiasis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante este cuadro nos planteamos derivar a hospital para valoración por Cirugía general de cuadro de colecistitis aguda, el paciente además presentaba leucocitosis con neutrofilia en analítica con una insuficiencia renal aguda probablemente en el contexto de los vómitos.

644/45. EL PROBLEMA DE LA AUTO-MEDICACIÓN**Autores:**

Delgado Zamorano, A.¹, Cruz Terrón, H.², González Martínez, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 19 años que acudió a consulta de centro de salud por presentar dos deposiciones oscuras y pastosas en las últimas 24h. Refería astenia marcada y sensación de mareo asociado. Nauseas con vómitos de coloración oscura, en posos de café. No dolor abdominal. No fiebre. Como antecedente de interés refería toma continua de naproxeno 550 cada 4 horas en las últimas 2 semanas por cuadro de amigdalitis. Se extrajo analítica urgente en centro de salud, para valoración al final de la mañana.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. TA 114/77 mmHg. FC 130 lpm. SatO2 100 %.

ACR: tonos cardíacos rítmicos con taquicardia. Sin soplos ni extratonos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de peritonismo. No palpo masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP.

Analítica: Hemograma: hb 7.5 (previa 12), hcto 26.2%, VCM 75 y plaquetas 267000.

- Bioquímica: glu 104, urea 70, cr 0.43, iones normales.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante el cuadro de ingesta continua de AINE durante dos semanas sin posología adecuada ni protección gástrica, nuestra principal sospecha es que esté presentando una hemorragia digestiva alta ya que ha presentado vómitos en posos de café y deposiciones de características melénicas por lo que derivamos a hospital para valoración por aparato digestivo, y valoración de transfusión sanguínea.

644/46. TRATAMIENTO DEL ABSCESO DE BARTOLINO EN MUJER POSTMENOPÁUSICA**Autores:**

de Pablos Florido, V.¹, Martín Aguilera, A.², Gómez-Guillamón Revilla, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada

Descripción del caso

Mujer de 67 años menopáusica desde hace diez años, hipertensa y alérgica a Tramadol. Acude a Urgencias por sensación de cuerpo extraño doloroso en vulva de veinticuatro horas de evolución. Es derivada a Urgencias de Ginecología por sospecha de absceso de Bartolino

Exploración y pruebas complementarias

Casos clínicos

Índice de autores

Apirética, sin supuración ni metrorragia. Tras una exploración minuciosa de genitales externos, se confirma el diagnóstico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se realizó incisión y drenaje con salida abundante de pus y alivio instantáneo del dolor. Como tratamiento a largo plazo se decidió cierre por segunda intención. No hubo complicaciones agudas. La paciente volvió veinticuatro horas después por sangrado abundante, que fue tratado con hemostasia local y antibioterapia, tras descartar anemia analítica. Después de diez días no ha precisado más visitas.

644/54. NO TODO ES LO QUE PARECE**Autores:**

Salguero Quirantes, R.¹, Robledo Casal, C.², Galán Ordóñez, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Centro de Salud Rota, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 80 años, fumador desde la infancia, que acude a consulta en varias ocasiones por síndrome miccional. Se solicita analítica que muestra Antígeno prostático específico (PSA) 4.50 ng/mL, PSAlibre 0.95ng/mL, PSAlibre/PSAO.21. Al no ser cociente <19%, se inicia tratamiento sintomático con Tamsulosina. Meses después presenta una retención aguda de orina, acude a urgencias, es sondado y derivado a Urología. Semanas más tarde los intentos de retirar sondaje son fallidos.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza ecografía y posteriormente resección transuretral de próstata que confirma Adenocarcinoma. Se solicita gammagrafía y TAC. En revisión meses más tarde se observa incremento de PSA7.9, junto a lesión hepática. Se solicita RM (que no pudo realizar-

se por claustrofobia) y Gammagrafía donde se observa dudosa lesión iliaca derecha. Urología solicita Radiografía e informe de esta.

Durante los siguientes meses el paciente presenta lumbalgia que inicialmente se controla con tratamiento intramuscular. Más tarde aumenta dolor en zona inguinal llegando a impedir la correcta deambulación. Su médico de atención primaria solicita nueva Radiografía que muestra lesión de rama pubiana. Se realiza derivación urgente a Urología, que realiza estudio de extensión confirmándose afectación ósea lítica en ambas ramas ileo-isquiopúbicas y en cuello femoral izquierdo con rotura de la cortical. Realiza tratamiento con radioterapia ósea con mejoría de la clínica y entra en programa de Cuidados Paliativos. Meses más tarde, comienza con deterioro brusco de estado general, disnea, astenia... es ingresado y se confirma progresión pulmonar, hepática y suprarrenal y ósea. El paciente fallece días después por fallo multiorgánico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Adenocarcinoma de próstata Gleason 9(4+5) hormonosensible estadio IV

644/55. A TODA VELOCIDAD HACIA LA PATOLOGÍA AÓRTICA**Autores:**

Rodríguez Palacios, M.¹, Montoro Domínguez, R.², Quilez Cutillas, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Écija Virgen del Valle. Écija. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 72 años, sin antecedentes de interés, solicita aviso domiciliario tras episodio de desvanecimiento, mientras daba un paseo, con pérdida de conciencia de unos minutos de duración. Tras la recuperación,

Casos clínicos

Índice de autores

aqueja dolor en brazo izquierdo y epigastralgia intensa. Refiere varios episodios presincoales en la última semana con dolor abdominal acompañante. Niega dolor torácico y disnea.

Exploración y pruebas complementarias

TA 85/45 mmHg, FC 80 lpm, FR 12 rpm, Tª 32 C. Mal estado general. Palidez mucocutánea, con sudoración profusa y frialdad de miembros. Relajación de esfínteres. ACP: rítmica sin soplos. MVC. Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio, sin irritación peritoneal. SNC: Glasgow 15/15. PINLA. PPCC normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. Romberg negativo. ECG: RS a 60 lpm. QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización. Tras anamnesis y exploración física se decide trasladar paciente a Servicio de Urgencias. Se realizan: Rx tórax y abdomen sin hallazgos reseñables. Analítica: hemograma y bioquímica normal, TnT 36 ng/mL (1ª determinación) TnT 125 ng/mL (2ª determinación). Ante persistencia de hipotensión que no remonta pese a fluidoterapia junto con marcadores cardíacos elevados, se solicita Angio TAC de tórax donde se observa disección de aorta ascendente aneurismática. Se contacta con Cirugía Cardiovascular para traslado urgente. Tras la cirugía e ingreso hospitalario, es dada de alta con una evolución muy favorable. Actualmente, en seguimiento en consultas de Atención Primaria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico**Diagnóstico diferencial: AIT / SCA / Disección aórtica**

Juicio clínico: Disección de aorta ascendente

644/56. MÁS ALLÁ DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**Autores:**

Rodríguez Palacios, M.¹, Montoro Domínguez, R.², Castro Torres, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Casariche. Casariche. Sevilla, (3)

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Fuentes de Andalucía. Fuentes de Andalucía. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 76 años con antecedentes personales de HTA, DM2, DL y cardiopatía isquémica acude a consulta de AP por epigastralgia de dos semanas de evolución. En la exploración, normal. A la semana, consulta en el Servicio de Urgencias por el mismo motivo, siendo dado de alta sin pruebas complementarias. Al día siguiente decide reconsultar con su MAP al que le comenta también pérdida de peso por lo que le solicita una analítica con colesterol, transaminasas, amilasa y marcadores tumorales, donde se objetiva elevación de enzimas hepáticas (resto normal, no se pidieron otros marcadores de perfil abdominal). A los cuatro días, ante persistencia de dolor, decide volver a consultar en Servicio de Urgencias donde reinterrogando al paciente, refiere además acolia y coluria.

Exploración y pruebas complementarias

FC a 52 lpm. TA 191/82 mmHg. Afebril. BEG. Tinte ictérico. ACP: rítmico sin soplos. MVC. Abdomen: no doloroso. Se palpa masa en hipocondrio derecho. Murphy negativo. Ante la exploración y anamnesis, se decide realizar analítica donde destaca bilirrubina total en 6,7 mg/dL (directa 6.57 mg/dL), PCR 41 mg/dL y bilirrubina 6 en orina. Se realiza una ecografía abdominal urgente donde se observa una dilatación biliar intra y extrahepática en relación con lesión en cabeza pancreática (neoplasia como primera opción). Tras los resultados, se decide ingresar al paciente en planta. Evolución desfavorable. Aumento de creatinina a 2,74 mg/dL, bilirrubina total 14,3 mg/dL y PCR a 282 mg/dL. El paciente ingresa en la UCI por desarrollo de shock séptico y fallo multiorgánico. Finalmente, fallece.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Diagnóstico diferencial: coledocolitiasis, colangitis, carcinoma vía biliar.

JC: Ampuloma vs colangiocarcinoma

Casos clínicos

Índice de autores

644/57. URTICARIA DE CAUSA INUSUAL**Autores:**

Lozano Kolesnikov, V.¹, Muriel Moya, A.², Vivo Lima, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 33 años, sin alergias medicamentosas o alimentarias conocidas y sin antecedentes personales de interés. Negó consumo de fármacos. Acudió al Servicio Hospitalario de Urgencias por la aparición de lesiones habonosas pruriginosas diseminadas de más 24 horas de evolución, habiendo presentado numerosos episodios previos similares y autolimitados en el último año, con escasa respuesta a corticoterapia y sin relación causal aparente. Negó otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, destacó la presencia de lesiones habonosas diseminadas. La analítica urgente resultó anodina mientras que se evidenció una taquicardia sinusal a 150 lpm en el electrocardiograma. Tras ello, se administraron bisoprolol oral y dexclorfeniramina y metilprednisolonas intramusculares con discreta mejoría del cuadro.

Finalmente, la paciente fue derivada a su Médico de Atención Primaria (MAP) quien le realizó analítica que evidenció un hipertiroidismo autoinmune (TSH <0,01 UI/mL, T4L 1,4 ng/dL, anticuerpos antiperoxidasa >1000 UI/mL). Debido a ello, se inició tratamiento con carbimazol 5 mg/día y fue derivada a consultas externas de endocrinología. En revisión por MAP seis meses después, la paciente refirió no haber presentado nuevos episodios de urticaria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Urticaria crónica secundaria a hipertiroidismo autoinmune

644/66. ¿SE HA AUTOEXPLORADO LA MAMA?**Autores:**

Gallego Iglesias, M.¹, Salguero Quirantes, R.², Ruiz Ponte, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Centro de Salud Rota, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 39 años, con antecedente personal de psoriasis en gota, no hábitos tóxicos, no realiza tratamiento médico habitualmente y antecedente familiar de madre con cáncer de mama. Acude a su MAP por llevar tres semanas con astenia y pérdida de peso no cuantificada.

Exploración y pruebas complementarias

Discreta palidez mucocutánea. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos taquicárdicos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores y abdomen: sin hallazgos. Mama derecha indurada con varios nódulos de consistencia pétrea y placa supurativa en pezón, ulcerada, indurada, de bordes irregulares de unos 6 cm de diámetro y adenopatías en región axilar derecha.

ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm.

Ante la clínica y los hallazgos en la exploración, se decide derivar a Urgencias para realización de pruebas complementarias.

Análisis:

- Bioquímica: glucemia 98, creatinina 0.67, GOT 42, GGT 251, LDH 383, Ca 10.6.
- Hemograma: Hemoglobina 14.1, leucocitos 6300 (neutrófilos 4420), plaquetas 258000.

Casos clínicos

Índice de autores

- Coagulación: normal.

BAG: carcinoma ductal infiltrante grado 2, RE 95%, RP 60%, Her2-, Ki67 60%, CK19%.

TAC de extensión: Neoplasia de mama derecha con infiltración cutánea-areolar y de la pared torácica, con imagen nodular satélite en cuadrantes externos. Adenopatías axilares derechas de 11 mm. Lesiones metastásicas pulmonares en suelta de globos, óseas vertebrales, esternal, escapular izquierda, en huesos de la cintura pélvica y femoral bilateral).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE BILATERAL CON MAMA DERECHA ULCERADA ESTADIO IV (afectación pulmonar en suelta de globos, adenopatías axilares derechas, óseas).

644/67. ¿MIOPERICARDITIS O ANSIEDAD?**Autores:**

Rengel Gómez, M.¹, Prada Rica, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba,
(2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena. Lucena. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 22 años, sin antecedentes personales de interés salvo episodios puntuales de crisis de ansiedad. Fumador de 4-5 cigarrillos diarios. Valorado hace una semana por cuadro catarral con odinofagia y fiebre de 38.5º. En tratamiento desde entonces con antibioterapia y AINES. Vuelve a consultar por dolor tipo punzante en hemitórax izquierdo desde hace dos días, sin irradiación ni cortejo vegetativo. Explica el dolor como continuo, sin exacerbaciones con la respiración ni modificación con los cambios posturales. Comenta que el dolor no se parece al que ha sentido en otras ocasiones cuando ha sufrido alguna crisis de ansiedad. No sensación de disnea ni otra sintomatología. En consulta de atención primaria, se realiza exploración física, toma de constantes y ECG. Tras

valorar resultados del mismo, se deriva a hospital de referencia para ampliar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física en consulta de AP: BEG, eupneico y sin trabajo respiratorio, SatO2 98% basal. ACR: tonos rítmicos sin soplos. No roce pericárdico. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. MMII: sin edemas ni signos de TVP. TA: 110/70mmHg. Afebril. FC: 52 lpm. ECG: Ritmo sinusal a unos 50 lpm, elevación del ST en II, III y AVF.

Pruebas complementarias en hospital de referencia:

- Analítica seriada en urgencias: hemograma y coagulación normal, LDH 534-->255, CK 900-->473, K 6, PCR 94, TnI 21817-->11340.
- Rx tórax: sin alteraciones patológicas.
- Ecocardio: Sin alteraciones patológicas. Pericardio sin derrame ni engrosamiento del mismo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Miopericarditis

644/68. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA TRATADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**Autores:**

Medina Cobos, A.¹, Muñoz Gámez, A.¹, Ortiz Puertas, T.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 75 años con AP de hipercolesterolemia e HTA sin alergias ni hábitos tóxicos en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, simvastatina y lorazepam. Acude sin cita por edematización de MID tras despertarse, signos de inflamación, empastamiento y dolor sin clínica sistémica acompañante. Tras exploración, ante la sospecha de TVP, se explica la

Casos clínicos

Índice de autores

necesidad de acudir a urgencias para diagnóstico y tratamiento pertinentes; la paciente por motivos personales se niega a acudir. Se intentan diversos abordajes haciendo hincapié en la posible gravedad; plenamente consciente de sus actos decide rechazarlos, pero, sí acepta tratamiento desde AP. Por ende, se pautó heparina a dosis terapéuticas (enoxaparina 60mg/12h sc) y vendaje compresivo. Se inicia seguimiento estricto con exploración física y controles analíticos. No se realiza eco-doppler en el centro de salud por problemas técnicos. Finalmente, accede a valorarse en consultas de medicina interna, continuando su seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

En primer contacto, buen estado general, colaboradora, consciente y orientada. Acude cojeando. Talla: 150 cm; peso: 56 kg; IMC: 25. Auscultación cardiorespiratoria anodina con saturaciones del 98% basales. Miembros inferiores con signos de insuficiencia venosa crónica, apreciándose en pantorrilla derecha edema, eritema y calor local con pulso pedio ausente y signo de Homans positivo. En primera analítica: creatinina 1.1 mg/dL, urea 76 mg/dL y dímero D 12.41 mg/L (normalización posterior), resto sin alteraciones. Eco-doppler realizado en medicina interna: trombosis parcialmente recanalizada de las venas femoral superficial y poplítea derechas; se amplía con angio-TC que descarta afectación pulmonar.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Trombosis venosa profunda

644/69. DOCTORA, ME TIEMBLAN LAS MANOS Y HE PERDIDO PESO**Autores:**

Prieto Romero, N.¹, Arostegui Plaza, C.¹, Arjona Carpio, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén

Descripción del caso

Varón de 59 años sin AP de interés que acude a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo llevar un mes encontrándose más nervioso de lo habitual, con temblor de manos, insomnio y pérdida de unos 5 kilos de peso.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, nerviosismo. Saturación de oxígeno: 98%. Frecuencia cardíaca: 89 lpm. Temblor visible de ambas manos. Palpación cervical: glándula tiroidea con ambos lóbulos simétricos sin palparse bocio ni nódulos. ACP: rítmico. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos sobreañadidos. Pruebas complementarias: Analítica: TSH 0,005 µUI/mL, T4 2,24 ng/dL, Anti-TPO 333,0 UI/mL, Anti-TSI 958,0 UI/mL y Ecografía tiroidea: tiroides de captación homogénea sin apreciarse nódulos ni aumento de vascularización en estudio Doppler.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipertiroidismo a filiar. Probable Tiroiditis subaguda o de De Quervain

644/70. PRIMUM NON NOCERE: IA-TROGENIA Y SUS CONSECUENCIAS**Autores:**

Benítez Bermúdez, C.¹, Roda Gómez, M.², Ballesteros Lechuga, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 66 años, con antecedentes patológicos de dislipemia y síndrome ansioso-depresivo, en tratamiento con Lorazepam 1 mg, Pravastatina 10 mg y Pregabalina 75 mg, que acude a consulta de Atención Primaria por sensación de quemazón en boca de semanas de evolución. En urgencias se le prescribió Miconazol 20 mg gel dos días antes. Refiere ausencia de mejoría y seguidamente, comienza a llorar y confiesa que ha abandonado su tratamiento farmacológico ansiolítico e hipolipemiante por temor a un empeoramiento clínico secundario a los efectos adversos de los mismos. Se muestra desanimada, con sentimientos de desesperanza e inutilidad.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente afebril con buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Labilidad emocional. Pliegues en paladar superior, aftas gingivales y labios agrietados.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Xerostomía. Dislipemia. Síndrome ansioso-depresivo.

Diagnóstico diferencial

latrogenia. Síndrome ansioso-depresivo. Senescencia. Deshidratación.

Comentario final

Se revisan los efectos adversos de la medicación y se objetiva que la xerostomía podría deberse al tratamiento con Pregabalina, no siendo así en el caso de la Pravastatina. A continuación, se recomienda colutorio y se prescribe Vortioxetina 10 mg, por tratarse de un fármaco con rápido inicio de la acción antidepresiva y ansiolítica y con menos efectos adversos y se insiste en reiniciar la Pravastatina. Se concerta nueva cita y en caso de no mejoría, se valora derivación a Salud Mental y/o realización de pruebas complementarias. Es importante destacar cómo la preocupación principal de la paciente ha acabado resultando en otro motivo de consulta: el abandono del tratamiento de dos comorbilidades cruciales en el pronóstico de la misma. Como médicos de familia, es esencial realizar un abordaje integral del enfermo y no cen-

trarnos exclusivamente en la causa de la demanda asistencial.

Bibliografía

- Rosas-Gómez de Salazar J, Ramos-Casals M, Ena-Muñoz J, Verdú-Rico J, García-Carrasco M, Caballero-Carpena O, et al. Un paciente con xerostomía. *Elsevier*. 2001;37(7):297-307.
- Salagre E, Grande I, Solé B, Sánchez-Moreno J, Vieta E. Vortioxetina: una nueva alternativa en el trastorno depresivo mayor. *Elsevier*. 2018;11(1):48-59.
- Baldwin DS, Florea I, Jacobsen PL, Zhong W, Normikos GG. A meta-analysis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 206:140-150.

644/71. ¿CÓLICO NEFRÍTICO? A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Burrahay - Anano Tenorio, M.¹, García Sánchez, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Descripción del caso

Varón de 59 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y psoriasis derivada a urgencias hospitalarias desde Atención Primaria por dolor en fosa renal derecha irradiado a zona inguinal que no cede con analgesia habitual. Afebril. No otra sintomatología acompañante. Se procede a administración de analgesia y presenta en sala de sueros, disminución de nivel de conciencia con crisis tónico-clónica pasándose al paciente a sala de observación, donde se inicia carga de volumen y noradrenalina. El paciente fallece debido a shock hipovolémico severo con caída de hemoglobina a 6 mg/dL.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen distendido. Doloroso a la palpación de flanco derecho. Se palpa masa pulsátil hipogástrica.

Casos clínicos

Índice de autores

Puño-percusión renal derecha positiva. Ausencia de pulsos distales en miembros inferiores. En analítica destaca Hb: 11,7 mg/dL y Dímero D: 14.779 ng/mL. En sistemático de orina: proteínas ++ y hematíes ++. Angio – TC de aorta urgente: Aneurisma de aorta infrarrenal roto con hematoma retroperitoneal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome aórtico agudo.

644/72. CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE: MALAS NOTICIAS EN URGENCIAS**Autores:**

Benítez Bermúdez, C.¹, Roda Gómez, M.², Ballesteros Lechuga, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 44 años, con antecedentes patológicos de migraña, que consulta por cefalea holocraneal opresiva y constante, con empeoramiento nocturno, que se inició dos semanas antes, tras vacunación de COVID-19. Se encuentra en tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, con escasa mejoría clínica. Acude a urgencias por episodio de mareo con náuseas, escalofríos e inestabilidad. Presenta además rinorrea y sensación de acorchamiento en miembro inferior izquierdo de varias semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente afebril con buen estado general, consciente y orientada. Dolor a la palpación de senos etmoidales. Hipoestesia en miembro inferior izquierdo. Romberg con lateralización a lado derecho. Se solicitan analítica sanguínea y radiografía de senos paranasales, que son normales, por lo que se decide realizar TAC craneal sin contraste, objetivándose una masa expansiva en región selar de 3 x 2 x 2 cm.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia craneal en región selar pendiente de estudio.

Comentario final:

Se consulta con neurocirujano de guardia, que recomienda traslado a hospital de referencia para valoración. A continuación, se procede a comunicar a la paciente los resultados, siguiendo paso a paso el protocolo SPIKES de malas noticias.

Es crucial destacar la importancia de la realización de una prueba de imagen ante una cefalea persistente acompañada de signos de alarma. En cuanto a la hipoestesia, deberían plantearse otras etiologías posibles, como la isquemia, un trastorno desmielinizante o la compresión mecánica del nervio. Por otra parte, las urgencias hospitalarias no son el lugar más apropiado para comunicar malas noticias, pero en muchas ocasiones debemos desempeñar esta tarea en las mismas. Es por ello que debemos tratar de formarnos debidamente en este ámbito que, aunque desagradable, constituye uno de nuestros deberes como médicos y repercute significativamente en la vida del paciente y de sus familiares.

Palabras clave:

Cefalea; Neoplasias Encefálicas; Comunicación

Bibliografía:

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- Rojas D. Manejo de los tumores de hipófisis. Elsevier. 2017;28(3):409-419.
- Molina T, Jiménez L, Montero FJ. Otras urgencias neurológicas. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª edición. Barcelona: Elsevier; 2018. p.441-450.

Diagnóstico diferencial:

- Macroadenoma. Meningioma. Craneofaringioma. Glioma óptico.

644/73. DERMATITIS DISECANTE DE CUERO CABELLUDO

Casos clínicos

Índice de autores

Autores:Casas Sola, L.¹, Blanca Moral, A.², Montilla López, A.³**Centro de Trabajo:**

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Varón, 35 años. AP: acné severo, fumador de 10 paquetes/año.

Consulta en AP por aparición de varias lesiones dolorosas en cuero cabelludo de larga evolución. Estas lesiones aparecen y desaparecen de manera intermitente, pero en los últimos días han ido aumentando de tamaño y número, incluso alguna de ellas ha drenado de manera espontánea un material sanguinolento, asociando caída del cabello en dicha zona. Ha realizado múltiples tratamientos (antibióticos y anti-sépticos tópicos) sin obtener mejoría.

Exploración y pruebas complementarias**Exploración y pruebas complementarias:**

Múltiples lesiones nodulares en cuero cabelludo acompañadas de placas alopécicas, fluctuantes y conectadas entre sí por trayectos fistulosos, eritematosas, sin signos de sobreinfección y con secreción sanguinolenta a la compresión.

Realizamos analítica en la que observamos ligera leucocitosis con neutrofilia, y resto de parámetros dentro de la normalidad.

Biopsia: dilatación y obstrucción de los infundíbulos por tapones córneos, con numerosos neutrófilos en su interior. Perforación del epitelio folicular con abscesos dérmicos y subcutáneos, conectados entre sí por trayectos fistulosos recubiertos de epitelio escamoso estratificado.

Cultivo y serología: negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Habría que realizar el diagnóstico diferencial con:

- Lupus eritematoso cutáneo crónico
- Liquen plano folicular
- Foliculitis decalvante
- Pseudopelada de Brocq

Se inició tratamiento con isotretinoína 0,5mg/kg/día + AINES durante 7 meses y se observó una evolución favorable, con áreas de repoblación y sin aparición de nuevas lesiones.

La foliculitis disecante es una dermatosis supurativa crónica, poco frecuente, pero con múltiples posibilidades de evolución, desde la remisión parcial hasta cuadros que dejan una gran alopecia cicatricial; lo que afecta en gran medida la calidad de vida del paciente. El retraso en el diagnóstico es frecuente y motivo de escasa respuesta a tratamiento, llegando la mayoría de las veces, a una fase irreversible con un gran impacto en la esfera psíquica y emocional del paciente.

1. Ross EK, Tan E y Shapiro J. Update on primary cicatricial alopecias. J Am Acad Dermatol 2005; 53 (1): 1-27.
2. Abal-Díaz L, Soria X y Casanova-Seuma JM. Alopecias Cicatrizales. Actas Dermosifiliogr 2012; 103 (5): 376-387. 3. Wolff H, Fischer TW y Blume-Peytavi U. The diagnosis and treatment of hair and scalp diseases. Dtsch Arztebl Int 2016; 113 (21): 377-386.

644/74. DOCTOR A VECES ME FALTA EL AIRE

Autores:

González Martínez, F.¹, Delgado Zamorano, A.², Cruz Terrón, H.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Mujer de 86 años en cuyos antecedentes personales figuran hipertensión arterial (Losartán 50mg/24h), hiperlipemia (Simvastatina 20mg/24h), obesidad y bocio multinodular; que consulta por sensación disnea al esfuerzo, progresando a esfuerzos mínimos, de una semana de evolución junto a ortopnea que mejora con 2 almohadas y discreto aumento de perímetro de ambos miembros inferiores. Niega recorte de diuresis, tos, expectoración u otra patología asociada. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

* Exploración física:

Inspección: buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo, aunque, a mínimos esfuerzos la paciente comienza con trabajo respiratorio y polipnea no proporcional a la actividad física explorada. Ingurgitación yugular.

ACR: tonos taquicárdicos sin soplos ni ruidos respiratorios asociados.

MMII: edema distal bilateral sin fovea. No signos de TVP.

TA 86/62mmHg.

FC 112lpm.

Afebril.

Pulsioximetría monitorizada: basal 94-96% / esfuerzo 88-90%.

* Pruebas complementarias:

Solicito EKG: ritmo sinusal a 112lpm. Eje normal. PR alargado compatible con BAV 1º. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

Solicito Rx. Tórax: ICT levemente aumento. Pinzamiento de seno costofrénico derecho. Infiltrado bibasal sugestivo de IC descompensada.

** Derivo a Urgencias para solicitar las siguientes pruebas:

Análítica (con Dímero-D y NT-ProBNP): Dímero D 1800, NT-ProBNP 5000

AngioTAC de arterias pulmonares: defectos de repleción en la arteria interlobar derecha y en la arteria lingular, en relación con tromboembolismo pulmonar agudo. Consolidación alveolar en lóbulo medio derecho compatible con infarto pulmonar. Discreta rectificación del septo interventricular y reflujo de contraste a vena cava inferior, por sobrecarga de cavidades cardíacas derechas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Insuficiencia cardíaca de novo con compromiso de cavidades derechas, secundaria a tromboembolismo pulmonar agudo (TEP).

644/75. DISMINUCIÓN BRUSCA DE VISIÓN EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS MAL CONTROLADA

Autores:

Padilla Restoy, R.¹, Bueno Navarrete, P.², Castro Sosa, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 52 años que acude a urgencias por pérdida brusca e indolora de visión en ojo izquierdo, de 4 horas de evolución. Como antecedentes de interés encontramos una Diabetes Mellitus tipo 2 con mal control glucémico desde hace 8 años.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta una agudeza visual de 3/10 en el ojo afectado, con pupila izquierda más perezosa al reflejo fotomotor directo y consensuado, tinción de fluoresceína negativa y medios macroscópicamente transparentes. En el fondo de ojo mediante oftalmoscopia directa, hallamos una papila óptica engrosada con bordes sobreelevados y hemorragias en llama peripapilares. En el servicio de Urgencias se solicita una analítica completa con hemograma, bioquímica y coagulación, destacando una glucemia en ayunas de 362mg/dL, sin otros hallazgos de interés. También se le realiza TC craneal, sin ningún hallazgo patológico de interés. Se decide el ingreso del paciente con estudio de VSG, PCR, doppler carotídeo, RMN craneal y serología infecciosa, siendo todo normal. Sí destaca una hemoglobina glicosilada de 11,26, llegando al diagnóstico de Neuritis Óptica Isquémica Anterior no arterítica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neuritis Óptica Isquémica Anterior no arterítica en ojo derecho.

644/76. ABORDAJE PSICOSOCIAL DE UNA PACIENTE CON DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Autores:

Jiménez Jara, J.¹, Macanas Benavides, A.², Romo Remigio, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico Castillo. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengí-

bar. Jaén, (3) Residente de 2º año de Endocrinología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Descripción del caso

Se presenta el caso de una paciente de 57 años que vive socialmente aislada con su madre, dependiente para actividades de la vida diaria. Su vínculo familiar es estrecho pero nefasto. En este contexto y tras una ruptura de pareja recae en una depresión y aparece sintomatología psicótica que la obliga a darse de baja en su trabajo.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente solamente pide citas telefónicas, tiene clinofilia, anorexia, no sale de casa, no conserva biorritmos ni se asea a diario. Refiere escucha voces que la culpan de las desgracias acaecidas en su familia. Se realiza un geneograma y se indaga en la historia clínica, buscando posibles factores precipitantes de la enfermedad, además de los antecedentes personales que ya sufre la paciente (trastorno ansioso-depresivo y trastorno esquizoide) Nos refiere relación problemática con su madre. Aqueja baja autoestima e ideas delirios de culpa.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se subió dosis de medicación antidepresivo y antipsicótico que tenía la paciente, ya que orientamos el diagnóstico hacía una recaída de su depresión con síntomas psicóticos. Se propuso el diagnóstico diferencial con una infección, alteración tiroidea o trastorno neurológico para lo cual se realizó una analítica, siendo esta normal. El CS le consiguió un terapeuta. Se le sugirió la entrada a un grupo GRUSE y se le animó a acudir a una cita presencial de revisión. Un grupo GRUSE consiste en una estrategia de promoción de la salud tipo grupal socio-educativa para potenciar los talentos de los pacientes que tienen autoestima baja y malestar psicosocial.

El abordaje psicosocial hizo que la paciente adquiriera una mayor asertividad y estrategias de afrontamiento mediante el programa GRUSE llevado a cabo en la Unidad de Atención Primaria, permitiendo la mejoría clínica de su trastorno mental. Llegó a solicitar el alta laboral de forma temprana, adquiriendo así una mayor autonomía y autoestima. El especialista

Casos clínicos

Índice de autores

de Atención Primaria es esencial para el tratamiento integral de la salud mental del paciente, utilizando todos los recursos posibles a su alcance, no solamente mediante farmacología.

1. McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, Demyttenaere K, Falkai P, Gorwood P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2020 Apr 15; 267:264–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32217227>
2. Henrique MG, de Paula Couto MCP, Araya R, Mendes AV, Nakamura CA, Hollingworth W, et al. Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1)

644/77. DERMATITIS ESPONGIÓTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Ruano Mayo, A.¹, González González, A.¹, Torres Aguilera, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 58 años sin antecedentes personales de interés, que acude a cura con enfermería por presentar úlcera en región pretibial izquierda traumática de un mes de evolución. El paciente presenta nuevas lesiones cutáneas por lo que se avisa al médico de Atención Primaria (MAP).

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta “erupciones con lesiones costrosas en ambos miembros inferiores (MMII)” de 24 horas de evolución, por lo que se prescribe Dexclorfeniramina. El próximo día es reevaluado, presenta “maculas violáceas eritematosas en ambos MMII que no desaparecen a la digitopresión que im-

presiona de síndrome purpúrico versus posible reacción adversa medicamentosa” por lo que es derivado al servicio de urgencias hospitalario (SUH). En SUH informan “lesiones dérmicas eritemato-violáceas sobre elevadas que no blanquean con vitreopresión, respetando cara, más acusadas en MMII”, se realiza analítica sanguínea donde destaca Proteína C reactiva de 69.8 mg/L, Hemograma, Sistemático de orina y coagulación normal, se tomaron cultivo de lesiones y serología. Se orienta el caso como posible Vasculitis Leucocitoclástica. En la anamnesis detallada niega fiebre o síntomas sistémicos, refiere introducción de antibiótico y antiinflamatorio hace 6 días por mala evolución de la úlcera, por lo que se retiran. Se deriva a Dermatología donde describen las lesiones como “lesiones purpúricas, algunas con zona central con ampollas hemorrágicas”, la microbiología y serologías fueron negativas, realizan biopsia cutánea, dan juicio clínico de púrpura palpable, probable origen farmacológico y tratan con pomada de Metilprednisolona y remiten al servicio de alergología para descartar alergias a Betalactámicos u otros fármacos implicados.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Diagnóstico Histológico: DERMATITIS ESPONGIOTICA (Se debe realizar correlación clínico patológica, siendo los hallazgos descritos compatibles con reacción cutánea adversa a fármacos).

Diagnóstico diferencial:

Vasculitis Leucocitoclástica, Púrpura Trombocitopénica.

644/80. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

González González, A.¹, Ruano Mayo, A.¹, Torres Aguilera, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 78 años que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor e inflamación en gemelo derecho de 3 días de evolución, acompañado de aumento de su disnea habitual hasta hacerse de leves esfuerzos, tos con expectoración verdosa y febrícula de 37.2°C. Como antecedentes a destacar presenta EPOC grado II de la GOLD, Insuficiencia cardíaca con FEVI conservada e ingreso reciente en neumología por NAC clase III FINE con reagudización de EPOC.

Exploración y pruebas complementarias

* Exploración: Destaca auscultación con MVC con roncus y sibilantes en ambos campos medios y superiores con crepitantes finos en base derecha. Miembro inferior derecho tumefactado en región gemelar, con eritema y aumento de temperatura respecto al contralateral.

*EKG: Ritmo sinusal a 97 lpm, PR normal, QRS estrecho, ST isoelectrico, sin alteraciones agudas de la repolarización.

*Analítica: CK 111, NT-proBNP 483.7, Troponina I 7.80, PCR 53.1, Hb 13.6, leucocitos 6280, Dímero D 16802.

* Rx de Tórax: ICT normal. Imagen de condensación basal derecha sugestiva de atelectasia laminar, aumento de diámetro de la Arteria Pulmonar derecha.

*AngioTAC: Defectos de repleción a nivel de arteria lobar inferior derecha y ramas segmentarias.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tromboembolismo Pulmonar lobar y segmentario.

Posible Tromboembolismo venoso en Miembro inferior derecho.

644/81. DOLOR TORÁCICO SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:

Alberich Cea, R.¹, Robledo Casal, C.², Gallego Iglesias, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barca. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 23 años sin AP de interés, fumador habitual y consumidor ocasional de cannabis y cocaína, que acude al centro de salud por haber presentado un episodio de dolor opresivo en hemitórax derecho tras esfuerzo físico el día anterior, sin cortejo vegetativo y que no se modifica con los movimientos. Además, refería infección de vías respiratorias altas la semana previa.

Tras constatarse anomalías en el ECG, su MAP lo deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Afebril. SatO2 basal 100%

Auscultación cardiopulmonar. Tonos rítmicos, a buena frecuencia, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

ECG: Ritmo sinusal a 106lpm. PR normal, QRS estrecho. Eje normal. Elevación segmento ST en II, III y aVF, descenso en V1 y V2.

Rx tórax: Sin alteraciones

Analítica urgencias: Troponina-I 15232. Resto sin alteraciones.

Coronariografía urgente: sin lesiones coronarias.

Ecocardiografía transtorácica: Hipokinesia lateral en segmentos lateral medio y lateral basal de ventrículo izquierdo (FEVI 47%).

RM de corazón: posible foco de miocarditis en segmento lateral medial de ventrículo izquierdo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Miocarditis.

644/83. VISIÓN BORROSA UNILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Muñoz Gámez, A.¹, Medina Gámez, J.¹, Girón Prieto, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada.
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Acude a nuestra consulta un varón de 42 años ya conocido de nuestro cupo refiriendo disminución de agudeza visual descrita como visión borrosa en ojo izquierdo. Esto le lleva ocurriendo desde hace un año, de forma no progresiva, sin dolor ocular ni traumatismo previo. No cuenta metamorfopsias ni fotopsias. A nuestra exploración visualizamos leve leucocoria del ojo izquierdo. No refiere alergias medicamentosas. Como antecedentes personales padece dislipemia, daltonismo, poliposis vesicular y un hemangioma hepático. Es independiente para sus actividades y vive con su mujer. Sin tratamiento habitualmente.

Decidimos derivarlo a Oftalmología, donde visualizan proliferación y alteración de los vasos retinianos, compatible con la Enfermedad de Coats. Realizando panfotocoagulación y tratamiento con colirio de dexametasona y dorzolamida. Hace poco se ha realizado tratamiento con AntiVEGF por no mejoría del edema macular.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 124/79 FC: 72 lpm SATO2: 96. Afebril. Tira glucemia: 109.

Exploración de pares craneales oculares: Reflejo fotomotor y consensado conservados. III, IV y VI conservados.

Exploración ocular: No eritema conjuntival. Leve leucocoria de ojo izquierdo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Leucocoria a filiar.

Diagnóstico diferencial:

Catarata, Membrana epirretiniana, Cicatrices post-traumáticas o postinfecciosas, DMAE, Retinitis infecciosa, Retinopatía asociada a enfermedad sistémica (DM, HTA, VIH, LES, Mieloma múltiple), Oclusión vena retiniana, Neuritis óptica, Errores de refracción.

644/84. DATOS DE ALARMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Robledo Casal, C.¹, Galián Ordóñez, A.¹, Gallego Iglesias, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente de 71 años con AP de HTA en tratamiento con enalapril.

Acude a consulta con su MAP por presentar desde hace 40 días dispepsia e inestabilidad de la marcha junto con pérdida de peso no cuantificada. Se solicitan de forma programada analítica y ecografía abdominal.

Recibimos alerta por parte de laboratorio al objetivar anemia en rango transfusional, motivo por el que se deriva a urgencias hospitalarias

Exploración y pruebas complementarias

Palidez mucocutánea.

Neurológicamente únicamente se objetiva aumento de la base de sustentación.

A nivel abdominal, palpamos hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático izquierdo y esplenomegalia. El tacto rectal se objetiva sin restos hemáticos.

Casos clínicos

Índice de autores

Analítica del centro de salud: Hb 7ng/mL, con discreta leucocitosis y fórmula normal y alteración del perfil hepático.

TAC cráneo urgencias: Sin alteraciones

TAC con contraste abdomen: Hígado metastásico. Engrosamiento irregular de la pared de cuerpo gástrico. Adenopatías en hilio hepático y ligamento gastrohépatico. Esplenomegalia con infartos esplénicos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neoplasia digestiva con metástasis a distancia.

644/86. PÉRDIDA DE PESO: ¿ENFERMEDAD NEOPLÁSICA O AUTOINMUNE?**Autores:**

Castillo Rodríguez, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén

Descripción del caso

Varón de 79 años, exfumador desde hace 30 años, con antecedentes personales de HTA, DM y dislipemia en tratamiento con enalapril 10mg/12h, metformina 1g/24h y simvastatina 20mg/24h. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por presentar pérdida de peso de 14 Kg en 4 meses que asocia a estrés por enfermedad de su esposa. Recientemente ha comenzado con escalofríos, artralgias, disnea y tos con expectoración. No refiere otros síntomas y no ha visualizado lesiones dérmicas ni aftas orales o genitales. Tras realizar exploración física solicitamos radiografía de tórax y analítica para descartar cuadro infeccioso, sistémico o neoplásico.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales, febrícula 37,5 °C. Palidez cutánea, eupneico. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, crepitantes finos bibasales. Abdomen: Blando, sin palpar visceromegalias.

Extremidades inferiores sin edemas ni lesiones dérmicas.

En radiografía se aprecia patrón intersticial subpleural bilateral y en analítica se observa anemia normocítica, discreta leucocitosis a expensas de neutrófilos, TSH normal, proteína C reactiva elevada y sedimento urinario con proteinuria, microhematuria y leucocituria. Sangre oculta en heces negativa.

Tras empeoramiento de su estado general asociado a pico febril de 39 °C derivamos a urgencias y es ingresado en servicio de Medicina Interna realizándose diferentes pruebas complementarias:

- Endoscopia y colonoscopia: hernia hiatal, gastritis antral y divertículos.
- TAC toraco-abdominal: derrame pericárdico, descartándose proceso neoforrmativo.
- Urocultivo: positivo a E. faecalis, pautándose antibioterapia.
- Analítica: serología viral y marcadores tumorales negativos, ANA negativo, p-ANCA positivo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sospecha de Poliangeítis microscópica

644/87. DIARREA CRONICA. SI SE BUSCA SE ENCUENTRA**Autores:**

Pedrosa Arias, M.¹, Dabán López, B.², Escudero Sanchez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada

Casos clínicos

Índice de autores

Descripción del caso

Varón de 38 años fumador de 6 cigarros día, con AP de dermatitis atópica, déficit de Vit D.

Acude a la consulta por presentar desde hace un año diarrea crónica de 4/5 deposiciones día, líquidas, sin sangre, heces que flotaban, brillantes, malolientes, acompañadas de meteorismo. No dolor abdominal, aunque si refiere cierta distensión. Asocia a este cuadro astenia con dolor crónico en hombros, brazos y región cervical y cintura. No rigidez matutina. No lesiones cutáneas en ese momento. Refiere pérdida ponderal de 3-4 kg en tres meses.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Buen estado general no palidez de piel ni mucosas. Piel y anejos normales

ACR tonos puros y rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando depresible no doloroso no se palpan masas ni megalias.

MMII normales no se aprecian edemas maleolares

Se realiza en un primer contacto analítica que incluía H. pylori, coprocultivo y calprotectina siendo todo negativo. En una segunda visita se le solicito marcadores de celiaquía siendo el resultado: AC(IgA) antiendomiso positivo, AC (IgA) antitransglutaminasa >250, IgA 426(70-400). Se confirmaron las cifras a las dos semanas obteniendo el mismo resultado

Se deriva a digestivo para estudio. En este momento pendiente de EDA y toma de biopsia

Se solicitó desde Primaria los HLA-DRQ2/ HLA-DQB que no se realizó

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico: Enfermedad celiaca del adulto

Diagnóstico diferencial:

Enfermedad inflamatoria intestinal, Alergias alimentarias, Hipertiroidismo. Diverticulitis, aunque por la edad seria menos frecuente. Síndrome del intestino irritable. Linfomas.

644/89. ¿TIENE IMPORTANCIA EL CAMBIO EN MI LUNAR?**Autores:**

Lozano Kolesnikov, V.¹, Sánchez Serna, M.², Atalaya Lucas, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 60 años con antecedentes personales de ictiosis y familiares de melanoma, consulta por lesión en extremidad inferior.

Exploración y pruebas complementarias

Macroscópica: Lesión asimétrica.

Uso de dermatoscopio: aplicamos el método en dos etapas: primera etapa cumple criterios de lesión pigmentada, segunda etapa se aplica la regla de los 7 puntos con puntuación superior a dos puntos. Se recomienda exéresis por ser una lesión melanocítica con criterios de malignidad.

Anatomía patológica: melanoma

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Nevus melanocítico atípico/Melanoma

644/90. MELANOMA IMPOSTOR**Autores:**

Ruíz Vela, A.¹, Arjona González, P.², Abril Rubio, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés - Torcal. Málaga, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

Casos clínicos Índice de autores

Paciente varón de 26 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por lesión cutánea pigmentada en nalga izquierda de 2 meses de evolución con crecimiento progresivo desde su aparición. Presenta morfología asimétrica, pigmento abigarrado y criterios de alarma en dermatoscopia, por lo que se realiza interconsulta con dermatología mediante la herramienta “telederma”. Dermatología, ante la alta sospecha clínica de melanoma, cita al paciente al día siguiente de nuestra interconsulta para exéresis de la lesión. Tras la intervención quirúrgica finalmente se diagnostica mediante anatomía patológica de nevus de Reed.

Exploración y pruebas complementarias

Lesión plana asimétrica con pigmento oscuro de 0,3x0,7cm aproximadamente. Realizamos dermatoscopia y observamos lesión con pigmento abigarrado, áreas hipopigmentadas rodeada de un halo grisáceo en periferia en el que se aprecian proyecciones espiculares más pigmentadas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Melanoma

Nevus de Reed

Nevus de Spitz

644/91. MÁS ALLÁ DE LA DEMANDA APARENTE**Autores:**

Fernández Navarro, N.¹, Sánchez Serna, M.², Lozano Kolesnikov, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 26 años que consulta por infección respiratoria de vías altas de dos días de evolución. Antecedentes personales: Cefalea crónica pendiente de estudio

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril. TA 135/80, FC 80. ACP: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe: hiperémica sin exudados amigdalinos. Exploración cervical: asimetría con aumento de tamaño del lado derecho con respecto al contralateral, asociado a presencia de flujo carotídeo derecho con thrill y con soplo en maquinaria.

Ante este hallazgo, realizamos anamnesis completa en la cual la paciente refiere cefaleas opresivas, amaurosis, y tinnitus. Exploración neurológica anodina.

Se deriva para estudio a neurología con realización de RMN de cráneo y angio-RM de troncos supraaórticos con resultado: fístula dural directa de la arteria carótida externa derecha a nivel de la arteria maxilar derecha con drenaje venoso a la yugular. Subsidiario de embolización como primer tratamiento.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fístula dural directa de la arteria carótida externa derecha de probable origen congénito

644/92. INTERVENCIÓN AVANZADA EN LA DETECCIÓN DE LOS INDICADORES DE MALESTAR PSICOLÓGICO**Autores:**

Fernández Mercado, F.¹, Sánchez Bonilla, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torredonjimeno. Torredonjimeno. Jaén

Descripción del caso

Mujer, 57 años hipertensa, que acude a consulta por astenia, cefalea que atribuye a HTA, polimialgias de larga evolución que no ceden a pesar del tratamiento médico y sentimientos de desesperanza junto con nerviosismo y anhedonia.

No tiene hermanos, vive con su marido y su suegro de quien es la cuidadora informal. Trabaja de dependiente en una tienda.

Exploración y pruebas complementarias

AP: HTA

Exploración NRL: normal, apofisalgias cervicales, gonalgia bilateral, resto anodino.

Analítica de sangre: Normal.

Radiografía Columna: signos degenerativos artrósicos en columna cervical y lumbosacra.

Radiografía rodillas: disminución de la interlínea articular en ambas rodillas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tras varias citas en la consulta de primaria, y ante la normalidad de las pruebas complementarias, decidimos citar periódicamente a la paciente quien nos confesó que “la relación con mi marido es nula”, “me grita y vivo asustada”, “con el cuidado de mi suegro y mi trabajo no tengo tiempo de vivir”, “yo, así, no quiero seguir viviendo”

Por tanto, nos encontramos ante un caso de sobrecarga de una cuidadora informal que está afectando a su salud, provocándole un estado de ansiedad mantenida que ha derivado en depresión.

También hay que valorar el maltrato mantenido en el tiempo que está sufriendo la paciente por parte de su marido (violencia de género: psicológica, verbal, psicológica y económica)

644/93. TARDE DE DIVERSION QUE ACABA EN TORSIÓN. MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Eraso Arribas, C.¹, Agulló Foces, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 14 años que acude a Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por dolor en testículo derecho de dos horas de evolución. Niega fiebre, clínica miccional ni exudado. Refiere vómitos desde inicio del dolor (tres episodios), y náuseas. No otra sintomatología asociada. Niega traumatismo, refiere varias horas antes de inicio del dolor, haber estado saltando en unas camas elásticas. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica principal? ¿de qué prueba diagnóstica disponemos en Atención Primaria? ¿Qué podemos hacer para mejorar el pronóstico del paciente?

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente y orientado, normohidratado y normoperfundido, palidez cutánea, buen estado general, eupneico en reposo, afebril. Exploración testicular: testículo derecho aumentado de tamaño y elevado con respecto a testículo izquierdo (signo de Gouverneur positivo), Signo de Prehn negativo. Reflejo cremastérico abolido. Ecografía: Testículo derecho: Testículo con posición anómala y ausencia total de vascularización. Marcado engrosamiento del epidídimo con ausencia de vascularización. Signo del remolino en el cordón espermático. Hidrocele reactivo. Hallazgos que en su conjunto están en relación con torsión testicular derecha. Testículo izquierdo: sin patología evidente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Torsión testicular derecha.

Diagnóstico diferencial

E. Gómez Gómez, M.E Martínez Acevedo, et al. Síndrome escrotal agudo. En: L. Jiménez Murillo, F.J Montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias, guía diagnóstica y protocolo de actuación, 6ª edición. España: Elsevier; 2018. p. 570-572.

Comentario final

Epididimitis, orquitis, traumatismos, hidrocele, varicocele, epididimitis congestiva.

Bibliografía

• *Ante la alta sospecha clínica de torsión testicular se realizó ecografía. Mediante el doppler color, observamos la ausencia de vascularización, hecho que confirma nuestro diagnóstico. Se derivó al paciente con resultado ecográfico a Urgencias de Urología, omitiendo el paso por Urgencias Generales ya que no se encuentran en el mismo recinto, (evitando la espera para la realización de ecografía por parte del Servicio de Radiología) y así disminuir los tiempos de espera tan relevantes en esta patología. Tras valoración de informe de Urología, observamos intervención quirúrgica de urgencia mediante orquidopexia. Finalmente, gracias al acceso y formación en el manejo del ecógrafo en Atención Primaria pudimos confirmar diagnóstico de patología urgente tiempo-dependiente y evitar orquiectomía del paciente.*

644/95. FILIACIÓN DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO: NO TODO ES LO QUE PARECE

Autores:

Gómez Albarracín, E.¹, Torralba Muñoz, M.¹, López Martínez, S.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma - Palmilla. Málaga

Descripción del caso

Varón de 66 años, antecedentes personales: fumador 15 cigarrillos/día durante el último año (previamente 20 cigarrillos/día desde los 10 años), HTA, EPOC tipo

enfisematoso y hepatopatía alcohólica. Consulta por lumbalgia y omalgia izquierda de 2 meses sin antecedente traumático junto con parestesias ocasionales en miembros superiores. Se pauta tratamiento analgésico, pero tras 1 mes sin mejoría clínica, se solicita prueba complementaria.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física realizada en la primera consulta de Atención Primaria (AP): no apofisalgia, no dolor a la palpación de articulación sacroilíaca ni de musculatura paravertebral. Lasègue derecho positivo. Omalgia izquierda con movilidad conservada. Rx tórax solicitada desde AP: alteraciones en pulmón izquierdo de probable origen neofornativo. Tras resultados se deriva de forma preferente a Neumología. Sin embargo, antes de esta cita el paciente acude a Urgencias por dolor costal posterior izquierdo punzante, disnea abrupta, tos, expectoración y síndrome constitucional de reciente comienzo. Exploración en Urgencias: hipofonesis en hemitórax superior izquierdo. Constantes: FC 85 lpm, SatO2 basal 93%. Se realiza nueva Rx tórax: derrame pleural izquierdo de novo y AngioTC de tórax: neoplasia pulmonar en lóbulo superior izquierdo (LSI), con presencia de adenopatías patológicas, infiltración pleural y metástasis óseas. Se ingresa para continuar con el estudio, pero el paciente no desea proseguir con la filiación histológica, aunque sí con el estudio de extensión. PET-TC: mesotelioma con afectación extrapleural. Se acuerda con el paciente inclusión en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) para alivio sintomático.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

La presencia de factores de riesgo nos hizo sospechar un proceso neoplásico, que, tras la realización de pruebas complementarias, se confirmó como neoplasia pulmonar en LSI compatible con mesotelioma con afectación extrapulmonar.

644/96. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-INMUNE CON PRIMER DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA EN CONSULTA DE AP

Autores:

Navarro González, B.¹, Sanuy Perdrix, I.², Méndez Monje, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Descripción del caso

Mujer de 51 años de edad, totalmente independiente para las ABVD, con los siguientes antecedentes médicos de interés: carcinoma de cérvix y epicondilitis. En tratamiento domiciliario con fluoxetina. Consulta telefónicamente con su médico de AP por astenia intensa, milagias y disnea de esfuerzo de meses de evolución junto con reglas irregulares en relación con posible inicio de menopausia. Además, refiere orinas más oscuras de lo normal en el último mes.

Exploración y pruebas complementarias

- Analítica de control con reticulocitos y test de coombs sospechando una anemia hemolítica. Tras los resultados, el médico de AP recibe un aviso clínico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria por Hemoglobina en rango transfusional (7,9) y datos de hemólisis con una LDH de 338, una bilirrubina de 2,03 a expensas de la directa, una ferritina de 404,7, reticulocitosis y Test de Coombs DM-C3d positivo.
- Derivación a urgencias por Hb en rango transfusional
- Exploración física y pruebas complementarias realizadas en urgencias: Presenta buen estado general, consciente y orientada y eupneica en reposo. Se solicita nueva analítica sanguínea, electrocardiograma y se dejan cursadas las pruebas

cruzadas ya que en un principio se esperaba que recibiese transfusión. Hematología contacta tras ver la analítica para ingresar en planta directamente.

- Pruebas complementarias realizadas al ingreso:
- Frotis de sangre periférica: Anisopoiquilocitosis de serie roja, policromasia sin presencia de eritroblastos. Serie plaquetar de morfología conservada. Población leucocitaria representada por un 93.5% PMN neutrófilos con refuerzo de granulación citoplasmática. Población linfocítica escasa (6.5%) con un par de linfocitos de aspecto vellosos.
- BodyTAC con contraste que no presentó alteraciones significativas
- Serología: positiva para IgG parovirus B19, VIH, VHC Y VHA negativos. Ac anti HBs positivo >10

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Anemia hemolítica

Diagnóstico diferencial:

Habría que descartar que se trate de una AHAI secundaria a una condición subyacente como podría ser una leucemia linfocítica crónica o una enfermedad autoinmune como el lupus eritematoso sistémico.

- Juicio clínico: Anemia hemolítica autoinmune IgG
- Conclusión: La paciente inicia tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día y omeprazol de 20 mg. Recibe el alta tras mejoría de la astenia sin necesidad de soporte transfusional ni oxigenoterapia y se observa una disminución de los parámetros de hemólisis y aumento de la Hb, con normalización de la LDH y la bilirrubina

Bibliografía

- Braunstein, E. M. (2022, 4 abril). Anemia hemolítica autoinmunitaria. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/anemias-causadas-por-hem%C3%B3lisis/anemia-hemol%C3%ADtica-autoinmunitaria>

Casos clínicos

Índice de autores

- Orphanet: Anemia autoinmune hemolítica tipo caliente. (s. f.). Orphanet. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=90033&lng=ES

644/97. ENTEROPATÍA PIERDE PROTEÍNAS SECUNDARIAS A INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Autores:

Méndez Monje, N.¹, Navarro González, B.², Sanuy Perdriz, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alhaurín El Grande Dr. Francisco Burgos Casero. Alhaurín el Grande. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín - Guadalmedina. Málaga

Descripción del caso

No antecedentes de interés. No tratamiento habitual. No vacunado para SARS-COV-2. Consumidor de suplementos deportivos desde hace 5 años. Paciente de 46 años que acude por astenia, anorexia, distensión abdominal y edemas de miembros inferiores de 5 días de evolución. En última semana, numerosas visitas a servicios de Urgencias por dispepsia y cuadros diarreicos sin productos patológicos. No transgresiones dietéticas. Contacto estrecho con posible paciente COVID (+). Se remitió nuevamente al servicio de Urgencias, con posterior estudio por Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, constantes en rango. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen distendido, blando y depresible, sin masas ni megalias. Signos de irritación peritoneal ausentes, no dolor localizado a palpación. Ruidos hidroaéreos preservados. Edemas con fóvea hasta raíz de miembros. Pulsos poplíteos y pedios presentes.

- Analítica sanguínea: Ionograma, hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica: Filtrado glomerular 82% (Cr 1.08), Perfil hepatobiliar en rango. Proteínas totales 3.10, albúmina 1.50. NT-proBNP 83. PCR 3,0.
- Análisis de orina: Sistemático sin alteraciones.
- Estudio de heces: Parásitos y coprocultivos negativos para microorganismos patógenos. Calprotectina 230mg/dl, alfa-anti tripsina 350ml/día.
- Serología infecciosa: IgG (+) VHS1 y SARS-COV-2.
- PCR SARS-COV-2: Positiva, 35 ciclos.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Edematización en relación a proceso infecto-contagioso, síndrome pierde-proteínas o suplementación dietética.

En un primer momento, habría que filiar el origen de la sobrecarga hídrica, dejando como diagnóstico diferencial la afectación hepática (hepatitis secundaria a suplementación deportiva, viriasis, tóxico...), renal (síndrome nefrótico en relación a suplementación) u otros cuadros gastrointestinales (síndromes pierde-proteínas en relación a anisakiasis, viriasis...).

Juicio clínico: Síndrome pierde proteínas con SARS-COV-2 como posible desencadenante. Finalmente, los antecedentes y el cuadro clínico, junto con la alfa-anti tripsina fecal y la hipoproteinemias marcada, orientaron al diagnóstico.

644/98. TOXICODERMIA

Autores:

Reyes Álvarez, M.¹, Hita Rodríguez, M.¹, Ureña Moreno, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril - San Antonio. Motril. Granada

Descripción del caso

Mujer de 85 años con los antecedentes personales de HTA, DM II, Dislipemia e hiperuricemia en trata-

Casos clínicos**Índice de autores**

miento crónico con Alopurinol 300mg/24h entre otros; acudió a Urgencias por presentar disnea súbita en el contexto de eritrodermia generalizada de inicio progresivo cráneo-caudal, sin relacionarlo con la toma de nuevos alimentos, fármacos o contacto con algún alérgeno, desde hace una semana. Fiebre termometrada de hasta 38°C. Negaba otra clínica sobreañadida.

Exploración y pruebas complementarias

Muy mal estado general. Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Sequedad cutánea, úlceras en mucosa oral. Inquietud. TA 90/60mmHg; FC 108lpm; FR 60 rpm; SatO2 93% basal.

- ACP: Tonos cardíacos apagados, murmullo vesicular disminuido de forma global.
- Eritrodermia generalizada en región facial, tronco, pubis y miembros, que blanquean a la palpación. Lesiones costrosas en zona de frente y región nasal. Leve descamación en zona de tronco.
- Miembros inferiores con cianosis distal y frialdad cutánea.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Steven Johnson probablemente de origen medicamentoso (alopurinol)

644/100. ATENDIENDO A UN DESCONOCIDO**Autores:**

Guisasola Cárdenas, M.¹, Generoso Torres, M.², Sánchez Cambronero, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Descripción del caso

Varón de unos 30 años que acude sin acompañante a nuestro Centro de Salud refiriendo incapacidad para recordar datos personales como su nombre, domicilio o información relacionada con su vida previa. Niega otra sintomatología asociada. No es posible conocer antecedentes personales, tratamiento farmacológico activo u otra información por la clínica actual.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, hemodinámicamente estable (TA 130/70, FC 70lpm, SatO2 99%, Glu 109mg/dl, ECG normal). Destaca evitación de la mirada y cierto descuido del aseo personal. Exploración física sin hallazgos relevantes, exceptuando alteración de la memoria remota (incapaz de responder preguntas autobiográficas) conservando la memoria inmediata (acierta repetición de dígitos y palabras tras distracción). Para descartar alteración toxicometabólica, patología orgánica intracraneal y/o patología mental, se trasladó a urgencias hospitalarias, donde realizaron analítica y TAC craneal (normales), y apreciaron tóxicos en orina positivos para cocaína y cannabis. Tras ello, el paciente se fugó del centro, volviendo por medios propios al día siguiente por lesiones autolíticas (cortes en antebrazos realizados por sentimiento de culpabilidad tras robarle dinero a su padre para comprar cocaína), habiéndose resuelto la clínica amnésica, confirmándose antecedente de trastorno de personalidad y trastorno psicótico asociado al abuso de tóxicos. El paciente reconoció presentar lagunas sobre lo ocurrido en los últimos días, tras haber sido expulsado de domicilio por su padre. Psiquiatría confirmó el episodio aislado de amnesia disociativa e ingresó al paciente en planta por el nuevo episodio autolítico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio Clínico: Amnesia disociativa

Diagnóstico diferencial:

Debemos diferenciar amnesia global transitoria (caracterizada por déficit de la memoria relativa a eventos del pasado reciente y del presente, sin pérdida de la información autobiográfica y con recuperación en menos de 24 horas) y amnesia disociativa (pérdida de la memoria autobiográfica normalmente relacionada

Casos clínicos

Índice de autores

con eventos traumáticos, incompatible con olvidos ordinarios). Debemos descartar trastornos toxico-metabólicos, neurológicos y psiquiátricos.

Comentario final: Ante un paciente con sintomatología de amnesia aguda debemos realizar una exploración física completa haciendo especial hincapié en la valoración de la memoria (inmediata, reciente y remota), y en descartar organicidad, para poder clasificarla y derivarla de forma correcta.

644/102. ¡MIRA, PAREZCO POPEYE!**Autores:**

Muñoz Gámez, A.¹, Medina Cobos, A.¹, Girón Prieto, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Acude a nuestra consulta un varón de 61 años, ya conocido, que refiere dolor súbito en la zona anterior del hombro derecho mientras jugaba al pádel. Es un dolor tipo mecánico con un EVA 6. A nuestra exploración presenta dolor en la corredera bicipital, junto con el Test de Yergason y Speed positivos. Como antecedentes personales padece HTA, rotura de los tendones supraespinoso e infraespinoso del hombro derecho en 2012 y luxación del mismo hombro por accidente de moto en 2018. Tiene un SCORE calculado del 4% y está en tratamiento con Simvastatina 20mg/24h y Enalapril/HCTZ 20/12.5 mg cada 24h. Dada la imposibilidad de realizar ecografía en el centro de salud, se solicita una ecografía y derivación a Traumatología, debido a que el paciente nos comenta que se dedica profesionalmente al pádel.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración de hombro: No lesiones dérmicas. No signos de luxación. Asimetría visible de ambos bíceps. Dolor a la palpación de corredera bicipital. Test de Yergason y Test de Speed positivos. Test de Jobe,

Patte, y Napoleón negativos. No arco doloroso. Impingement negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico**DIAGNÓSTICO**

Posible rotura de tendón largo del bíceps.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tendinopatía del manguito de los rotadores, Artrosis glenohumeral, Capsulitis adhesiva, Afectación acromioclavicular, Dolor referido (Cardíaco, Biliar, Cervicobraquial).

644/104. PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN UN PROCESO ONCOLÓGICO PALIATIVO**Autores:**

Castillo Rodríguez, C.¹, Pérez Fuentes, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares A Virgen de Linarejos. Linares. Jaén

Descripción del caso

Paciente de 75 años, gran fumador, en tratamiento con sintrom por FA. El paciente es derivado a consulta de urología por presentar hematuria y tras varias pruebas complementarias se aprecian lesiones en vejiga y otras sugestivas de metástasis hepáticas. Se realiza resección transuretral diagnosticándose de carcinoma urotelial in situ de alto grado.

Acudimos a domicilio por mal control de INR y tras varios intentos de ajuste de tratamiento se acuerda junto con el servicio de hematología cambiar a heparina de bajo peso molecular. Nos lo encontramos decaído, con labilidad emocional y pérdida de apetito. Hablamos con familiares del gran deterioro que ha tenido en el último mes y decidimos hablar con enfermera gestora de casos (EGC) para realizar una valoración multidisciplinar con otros especialistas.

Casos clínicos

Índice de autores

Además, refieren que está a la espera de realizarse PET-TC e intentamos agilizar el proceso.

En una semana realizamos nueva visita domiciliaria y lo encontramos peor, con mucho dolor, por lo que comenzamos a titular morfina y animamos y concienciamos a la familia de la situación mal pronóstico.

Exploración y pruebas complementarias

Lo encontramos tumbado, con regular estado general y palidez cutánea. Afebril. Constantes: TA 100/60 mmHg, SatO₂ 94%. Auscultación cardiopulmonar: arrítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado.

En URO-TC se visualizan, además de lesiones focales en vejiga, múltiples lesiones focales hepáticas sugerentes de metástasis, entre 15 y 28 mm.

Debido a este hallazgo el Comité multidisciplinar oncológico solicita PET-TC, en el que se aprecia captación en múltiples zonas del organismo (columna vertebral, páncreas, ambos hemitórax, entre otros) y se comenta que el tumor primario podría tratarse de páncreas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cuidado paliativo

644/105. CARCINOMA ESPINOCELULAR: DESAPERCIBIDO PERO MORTAL**Autores:**

Bueno Navarrete, P.¹, Padilla Restoy, R.², Márquez Estudillo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Hombre de 92 años que acude a consulta para solicitar analítica de control. A la exploración del paciente percibimos una lesión nodular, no ulcerada de unos 5,3 cm de diagonal y unos 2,5cm de grosor en la región parietal derecha. Interrogando al paciente

refiere que hace unos 5 meses presentó una herida inciso-contusa en dicha zona al golpearse con un objeto metálico en el campo ya que continua con sus labores de agricultura.

Refiere que no le preocupa dicha lesión porque no presenta dolor aunque le resulta incómodo el crecimiento de la misma y la presencia de sangrado en algunas ocasiones. Presenta antecedentes de carcinomas basocelulares y espinocelulares en diversas regiones craneales extirpados con éxito además de varias queratosis actínicas en la zona de dicha lesión así como fibrosis pulmonar y fibrilación auricular.

Exploración y pruebas complementarias

Procedemos a la exploración visual de dicha lesión con dermatoscopia donde observamos una lesión nodular algo costrosa y con leve sangrado de los bordes los cuales están bien definidos. No se aprecian telangiectasias.

Se procede a la derivación de forma preferente a las consultas de tele dermatología donde se realizarán fotografías que serán mandadas al servicio de dermatología del Hospital Universitario Virgen Macarena para estudio del caso y valoración del tratamiento adecuado que en este caso fue la extirpación quirúrgica urgente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Carcinoma espinocelular o escamoso

Diagnóstico diferencial

Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6a ed. Elsevier; 2018.

Zurro AM, Cano Perez JF, Badia JG, editores. Compendio de Atención Primaria: Conceptos, Organización Y Practica Clínica En Medicina de Familia. 5a ed. Elsevier; 2021.

Suárez Fernández R, Campos Domínguez M, editores. Manual de dermatología: 15 diagnósticos básicos en Atención Primaria. Madrid Medical & Marketing Communications D.L; 2018.

Comentario final

- Carcinoma basocelular

Casos clínicos

Índice de autores

- Queratoacantoma
- Carcinoma de células de Merkel

Bibliografía

- *Resaltar la importancia de observar y visualizar al paciente en su totalidad para un abordaje integral desde el momento en el que entra en nuestra consulta ya que podemos percibir patologías silentes que el paciente no describe. En este caso resultó presentar un carcinoma espinocelular con invasión perineural y márgenes libres T3bN0M0 que fue extirpado con éxito.*

644/107. LA FIEBRE DE LA “RUNNOREXIA” Y SUS CONSECUENCIAS**Autores:**

López Chaves, D.¹, Garzón Aguilar, J.¹, Pérez Salas, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Varón de 45 años, deportista corredor maratoniano y triatleta desde los 20, sin antecedentes de interés, que cuenta en el último año tener menor rendimiento físico, sentirse más cansado y con mayor fatiga que antes. Le cuesta conciliar el sueño y se nota más irritable, menos motivado.

Coincide que está preparándose un triatlón internacional para finales de año, por lo que en su club deportivo le exigen un sobreesfuerzo diario. Se cita al paciente en consulta para explorarlo y se solicita estudio analítico.

Tras llegar al diagnóstico, se inicia tratamiento con ferroterapia oral durante 3 meses con resolución del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Complexión atlética.

Constantes: Tensión Arterial 123/81, Frecuencia Cardíaca: 54 lpm. Sat O2: 99% AA

- Auscultación cardiorrespiratoria normal
- Abdomen anodino, no doloroso a la palpación generalizada.
- Miembros sin edemas ni signos de trombosis o isquemia, pulsos distales palpables simétricos.

Analítica:

• BIOQUIMICA: CHOL 184, triglicéridos 50, perfil hepático normal. Iones normales. Fe 36, ferritina 16, transferrina 297, IST: 9.8%. TSH: 1.070.

• HEMOGRAMA: Hb 12.6, Hematocrito 40.2, VCM 78.7, HCM 24.6, CHCM 31.3.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Anemia ferropénica secundaria a:

- Síndrome de sobreentrenamiento (overtraining syndrome)
- Anemia del corredor

644/108. ¿ES IMPORTANTE CONTROLAR LA ANTICOAGULACIÓN?**Autores:**

De Sola Rodríguez, M.¹, Puerta Polo, F.¹, Meseguer Gómez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella II. Coria del Río. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella II. Coria del Río. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 67 años que solicita atención médica domiciliar por dolor intenso en antebrazo derecho que se inicia de manera espontánea, acompañado de sudoración. Refiere, además, parestesias en mano derecha al elevar el brazo.

Niega dolor torácico, mandibular o dorsal. No náuseas ni vómitos. No refiere otra sintomatología.

Casos clínicos**Índice de autores**

Refiere haber recibido tratamiento por radiofrecuencia en la Unidad del dolor para su lumbalgia crónica el día anterior, por el cuál suspendió 4 días antes su tratamiento con dabigatrán.

Como antecedentes personales hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica, foramen oval permeable, fístulas coronarias ADA y AP.

Exploración y pruebas complementarias

En el domicilio, la paciente presenta aceptable estado general, consciente y orientada. Eupneica, bien hidratada y perfundida.

Observamos el miembro superior derecho frío y pálido. Buscamos tomar pulso axilar, cubital, radial y humeral sin éxito. La tensión arterial en miembro superior izquierdo presenta valores dentro de la normalidad, mientras que en el derecho no la detectamos. En la exploración articular, se observa movilidad, fuerza y sensibilidad conservadas.

Se decide realizar un ECG, arrítmico a 78 lpm sin signos de isquemia o alteración en la repolarización. A la auscultación, corazón arrítmico a buena frecuencia y buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos.

Para completar el estudio se decide derivar a la paciente a Urgencias del hospital de referencia para completar las pruebas complementarias. En la analítica, se observa un INR alterado. Es atendida en el Servicio de Cirugía vascular de manera urgente realizando una embolectomía transhumeral derecha por isquemia aguda.

Desde Atención Primaria, ajustamos tratamiento anticoagulante.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Inicialmente podríamos pensar en un Síndrome coronario agudo, cervicobraquialgia, disección arterial o síndrome de salida torácica.

Juicio Clínico: Isquemia arterial aguda miembro superior derecho

644/109. DOLOR TORÁCICO. UN MISMO SÍNTOMA DISTINTO DIAGNÓSTICO.**Autores:**

Casini Merino, M.¹, Buendía Moreno, T.², Pérez Burgos, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perchel. Málaga, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga

Descripción del caso

Varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés, acude al centro de salud por dolor precordial irradiado a hemitórax derecho, de características pleuropericárdicas (aumenta con decúbito supino y disminuye con flexión del tronco, decúbito prono) desde hace 48 horas. La semana anterior, infección respiratoria alta con fiebre, tos seca y mucosidad nasal.

Ante la sospecha clínica de pericarditis es derivado a Urgencias para pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratado, normocoloreado y bien perfundido.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Auscultación cardíaca: Rítmico y regular, roce pericárdico, no soplos ni extratonos.

Tensión arterial: 135/72; Saturación O2 99%. Glucemia tira reactiva 88 mg/dL.

Electrocardiograma: 75 latidos por minuto, eje eléctrico normal, sinusal. Ondas P presentes, QRS estrecho, elevación segmento ST cóncavo en todas las derivaciones excepto aVR y V1, intervalo PR constante, intervalo QT no alargado.

Casos clínicos

Índice de autores

EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos femorales conservados y simétricos.

Analítica de Sangre: Hb 14, plaquetas 256000, leucocitos 7500, Glucosa 92, Creatinina 1.02, iones en rango, PCR <2.9. Troponinas 8.80. Hemostasia en rango.

Radiografía Tórax: ICT normal, no ensanchamiento mediastínico, no infiltrados intersticiales, no derrame pleural ni neumotórax, no alteraciones óseas, no enfisema subcutáneo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico: Pericarditis

Diagnóstico diferencial:

- Miocarditis: Fiebre, vómitos, diarrea asociada a dolor torácico pleuropericárdico, junto con taquipnea, taquicardia e hipotensión arterial. En la auscultación roce pericárdico. En analítica leucocitosis, troponinas positivas. ECG taquicardia sinusal, disminución voltaje QRS y prolongación de QT.
- Taponamiento miocárdico: Cuadro de hipotensión arterial, ingurgitación yugular y tonos cardíacos apagados, asociado a dolor torácico y síntomas de insuficiencia cardíaca derecha. ECG disminución de voltajes y alternancia eléctrica.

644/114. CLÍNICA NEUROLÓGICA EN EL DEBUT DE LA NEUMONÍA POR LEGIONELLA**Autores:**

Galán Rodríguez, G.¹, Bueno Navarrete, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Paciente Varón de 77 años que acude a consulta por inestabilidad que le impide mantener la bipedestación, todo comenzó con un ligero temblor en miembro superior hace dos días y que ha ido a más. No

fiebre, no pérdida de conocimiento, no disnea, ni otro síntoma asociado.

Exploración y pruebas complementarias

TA 140/57mmHg, FC 100lpm, Sat O2 95%.

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado, eupneico en reposo, sin tiraje, no ingurgitación yugular

Auscultación cardio-pulmonar: normal

Abdomen: normal

Miembros inferiores: normal

Neurológica: pupilas reactivas y isocóricas, oculomotores conservados, resto pares craneales sin alteraciones, no disimetría ni nistagmo, no rigidez de nuca ni signos meníngeos, no pérdida de fuerza ni sensibilidad en las 4 extremidades, marcha atáxicas.

Se deriva a urgencias para pruebas complementarias.

Se solicita analítica con hemograma, coagulación y bioquímica donde todo es normal excepto una proteína C reactiva de 165 y unos leucocitos de 12930 con 10110 neutrófilos.

Se solicita placa de tórax y sistemático de orina para localizar foco de infección que resultan normales

Se solicita TAC de cráneo que fue normal y se realiza punción lumbar normal.

Se ingresa al paciente en planta

Comienza con fiebre de hasta 38.5 grados, tras 2 días de ingreso con tratamiento antibiótico empírico iv con ceftriaxona con mal estar general y parámetros de sepsis en analítica en aumento. Placa de tórax de control se observa infiltrado bilateral.

Durante el ingreso shock séptico con necesidad de ingreso en UCI con ventilación invasiva.

Antigenuria en orina positiva para legionella.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

La ataxia es un síntoma inicial de la legionella. El 90% de los pacientes infectados con legionella pneumophila tienen síntomas menores denominada fiebre de

Casos clínicos

Índice de autores

Pontiac. Debemos sospechar una neumonía por esta bacteria en pacientes inmunodeprimido o con tratamiento con corticoides de larga evolución.

Neumonía asociada a legionella.

Diagnóstico diferencial

Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición, Jimenez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. 2018. Elsevier.

Programa de prevención de la Legionelosis 2021, Junta de Andalucía.

Comentario final

Neumonía por legionella

NAC

meningitis

hidrocefalia del adulto

Bibliografía

- *Se podría haber reducido comorbilidad con la sospecha diagnóstica de la infección por la ataxia y pautando levofloxacino*

644/115. SORPRESAS DEL PACIENTE POCO FRECUENTADOR**Autores:**

López Chaves, D.¹, Medina Gámez, J.², López de Priego García, V.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada

Descripción del caso

Mujer de 78 años sin antecedentes de interés, muy poco frecuentadora, que acude a consulta aquejando hiporexia y pérdida ponderal no cuantificada en los últimos dos meses, hábito intestinal alternante, en ocasiones urgencia defecatoria. Asimismo, refiere

astenia marcada con disnea a moderados-mínimos esfuerzos, edemas de miembros sin ortopnea, y prurito generalizado.

Exploración y pruebas complementarias

- Constantes: Tensión 180/85, frecuencia 99 lpm, saturación 96% basal.
- Exploración física: aceptable estado general, palidez mucocutánea, ligera taquipnea en reposo.
- Auscultación: Cardíaca normal, Pulmonar Hipofonesis lado izquierdo, crepitantes bibasales.
- Abdomen: globuloso, depresible, aspecto ascítico, oleada +. No masas ni megalias. No dolor a la palpación generalizada.
- MMII: edemas hasta rodillas, Fovea ++/+++. sin signos de trombosis.
- ECG sin hallazgos patológicos
- Heces: sangre oculta heces + 3 muestras, calprotectina 550
- Analítica: a destacar Hemoglobina 9, Hematocrito 27.2, VCM 84.4%. Fe 25, ferritina 325, IST 12,7. Pro-BNP: 2570. Marcadores tumorales: CA 125: 800, CA 15.3 :118.9, HE-5: 1652
- RX Tórax: derrame pleural bilateral, aspecto congestivo
- Body-TC: Carcinomatosis peritoneal difusa con abundante ascitis y múltiples adenopatías intraabdominales, con dos masas anexas de aspecto neoplásico, y dos lesiones hepáticas sugerentes de metástasis. A descartar neoplasia ovárica primaria como primera posibilidad. Ureterohidronefrosis bilateral de origen obstructivo secundaria
- RMN pélvica: Hallazgos sugestivos de neoplasia ovárica bilateral con implantes peritoneales y ascitis
- Gammagrafía pulmonar: tromboembolismo pulmonar múltiple
- Biopsia ecoguiada hígado: metástasis de carcinoma de alto grado

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Casos clínicos**Índice de autores**

Neoplasia ovárica con metástasis múltiples y carcinomatosis peritoneal

644/116. POR CIERTO, DOCTORA, ¿PODRÍA DE PASO MIRARME ESTA LESIÓN?

Autores:

Blanca Moral, A.¹, Montilla López, A.², Casas Sola, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Montoro. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 32 años que acude a consulta por presentar acné facial refractario a tratamiento y, aprovechando la cita, nos muestra una lesión que le apareció hace más de un año en el talón del pie derecho y que parece que ha crecido y cambiado de color.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, presenta una lesión pigmentada de 25x11x2 mm de tamaño, de bordes irregulares y policroma, en borde interno de pie derecho.

Con el dermatoscopio, se observa un retículo atípico, con un área central con falta de pigmento y presencia de hasta dos colores distintos.

Se practica biopsia de la lesión.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

En primer lugar, distinguiremos si se trata de una lesión melanocítica o no. En caso de no serlo, podría tratarse de una queratosis seborreica, un carcinoma basocelular o un dermatofibroma.

Si pensáramos en una lesión melanocítica, podría ser benigna, como un nevus congénito o un nevus azul, o ser sospechosa de malignidad, siendo el melanoma maligno la principal lesión a descartar.

Dadas las características observadas con el dermatoscopio, la principal sospecha fue un melanoma, que posteriormente, se confirmó con el resultado de la anatomía patológica.

En el estudio de extensión, se hallaron dos ganglios linfáticos metastásicos en la cadena ganglionar ilíaca externa derecha (estadio IIIB). Recibió tratamiento con inmunoterapia con éxito. Al cabo de tres años, tras haber presentado una recidiva en la cadena ganglionar previamente afecta, se realizó un estudio de reestadificación, donde se detecta una lesión cerebral única compatible con metástasis.

644/118. NO TODOS LOS MAREOS SON IGUALES.

Autores:

De la Mata Morales, I.¹, Jiménez Anguís, I.², Pérez García, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda Este. Úbeda. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Canena. Jaén

Descripción del caso

Varón de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis hepática, que acude a nuestra consulta refiriendo disnea de dos meses de evolución y un episodio de diarrea la semana previa. Nos comenta que ha presentado episodios de mareo sin giro de objetos y malestar general de varios días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la realización de la exploración física el paciente presenta un episodio de desconexión del medio sin respuesta a estímulos de varios segundos de duración. Se encuentra taquicárdico, sudoroso y con temblor generalizado. En ese momento: FC 190 lpm, TA 80/60 mmHg, glucemia capilar 300 mg/dL. Se realiza un ECG en el que se objetiva una taquicardia supraventricular a 190 lpm, sin bloqueos ni alteracio-

Casos clínicos**Índice de autores**

nes de la repolarización. El paciente no refiere dolor torácico ni sensación de palpitaciones. Se traslada al paciente a urgencias hospitalarias.

A su llegada al hospital se repite el ECG con ritmo sinusal a 60 lpm. Se realiza una analítica en la que destacan un potasio de 2.6 mEq/L y creatinina de 1.93 mg/dL (previa de 1.5). Tras reposición de potasio el paciente se encuentra asintomático.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Al encontrarnos ante una taquicardia con QRS estrecho debemos realizar un diagnóstico diferencial que incluya fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia auricular, síndrome de preexcitación por conducción ortodrómica... Estas pueden tener un origen cardíaco o estar producidas por otras patologías, como alteraciones hidroelectrolíticas o hipertiroidismo.

Nuestro paciente presenta una taquicardia supraventricular en relación con hipopotasemia. El paciente estaba en tratamiento con hidroclorotiazida/ramipril y había presentado un episodio de diarrea la semana previa.

644/121. DOLOR ABDOMINAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA**Autores:**

Bueno Navarrete, P.¹, Galán Rodríguez, G.¹, Sánchez Serna, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer de 66 años sin alergias medicamentosas. No patologías previas relevantes. Fumadora de unos 10 cigarrillos/día desde hace 20 años. Acude a consulta refiriendo que desde hace un año presenta dolor abdominal, astenia y sensación de mareo. Refiere que no ha acudido antes por miedo a la situación actual de pandemia por Covid-19 pero que dichos síntomas

se han acentuado en los últimos meses. La paciente comenta que no ha presentado fiebre, náuseas o vómitos, alguna deposición diarreica aislada sin deposiciones sanguinolentas. No presenta clínica miccional ni otra clínica asociada. Muestra nerviosismo y evidente labilidad emocional en relación al tiempo que lleva presentando dicha clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, cociente y orientada, bien hidratada con leve palidez cutánea.

Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible sin masas ni megalias, doloroso a la palpación de forma global, aunque más acentuado en epigastrio y flanco izquierdo. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Ruidos hidroaéreos conservados.

Se solicita analítica completa, añadiendo perfil de sangre oculta en heces con resultado negativo para misma y observándose anemia (hemoglobina de 7.1) y leve leucocitosis con desviación a la izquierda. Resto de analítica sin hallazgos significativos. Se decide derivar a la paciente a los servicios de urgencias para completar estudio con TAC abdominal y pautar tratamiento urgente.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Perforación de víscera hueca; Perforación bulbo duodenal.

Diagnóstico diferencial

Micó Pérez R, Polo García J, Sánchez Rodríguez R. Re-siCron: Manual para el manejo del paciente crónico dirigido al residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid Ediciones Semergen; 2018.

Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editors. Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6th ed. Elsevier; 2018.

Zurro AM, Cano Perez JF, Badia JG, editors. Compendio de Atención Primaria: Conceptos, Organización Y Práctica Clínica En Medicina de Familia. 5th ed. Elsevier; 2021.

Comentario final

Casos clínicos

Índice de autores

- Cáncer colorrectal
- Diverticulitis
- Quiste ovarico complicado
- Colitis isquémica

Bibliografía

- *Se evidencia en TAC abdominal engrosamiento del antro gástrico y píloro, así como una solución de continuidad en bulbo duodenal objetivándose la posibilidad de que esta sea secundaria a una úlcera duodenal perforada.*

644/124. DOCTORA TENGO PITOS EN EL PECHO.**Autores:**

Arjona Carpio, B.¹, Arostegui Plaza, C.², Prieto Romero, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares C San José. Linares. Jaén

Descripción del caso

Motivo de consulta

Tos y disnea.

Anamnesis:

- No AMC (Alergias Medicamentosas).
- FRCV (Factores de Riesgo Cardiovascular): HTA, no DLP, no DM.
- Hábitos tóxicos: Fumador 5 cigarrillos/día de más de 30 años evolución.
- Enfermedades: reflujo gastroesofágico.
- IQ: Espondilolistesis, hernia umbilical, hernia inguinal.
- Tratamiento actual: omeprazol 20mg, enalapril 10mg.

Enfermedad actual: Varón de 52 años presenta tos seca y disnea de moderado esfuerzo de un año evolución. No expectoración. Indica sibilancias nocturnas. Respira mal por nariz. No roncador. No pirosis. No edemas en MMII, ortopnea ni DPN. No en relación con estación primaveral. No contacto con animales ni humos. No síndrome constitucional. No catarros frecuentes. Trabaja serrando madera.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración:

Consciente y orientado, buen estado general, normohidratado, normoperfundido, eupneico.

ACP: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. MV conservado con sibilantes finos aislados anteriores y algún roncus disperso.

ORL: escasa secreción seromucosa. Mallampati I-II.

MMII: No edemas, no signos de TVP.

Constantes: TA 120/73 mmHg, FC 91 lpm, SATO2 96%.

Pruebas complementarias:

- Rx tórax: sin hallazgos significativos.
- Rx senos paranasales: velamiento de seno maxilar izquierdo (SMI).
- ECG: RS, 75 lpm, eje normal, PR normal, sin alteración de la repolarización.
- Analítica: hemograma normal. Phadiatop negativo. Ig E total 211. Alfa-1 antitripsina (AAT) negativo.
- Espirometría: patrón obstructivo leve-moderado con test BD positivo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Juicio clínico: Rinitis y asma bronquial persistente moderado intrínseco. EPOC grado leve no agudizador.

Diagnóstico diferencial:

Bronquiectasias, Insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar...

644/125. PERFORACIÓN VÍSCERA HUECA, CONSECUENCIAS DEL DOCTOR GOOGLE.

Autores:

García Sánchez, I.¹, Burrahay - Anano Tenorio, M.², Morales Cortés, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén, (3) Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 48 años, sin antecedentes de interés, derivada a urgencias hospitalarias desde Atención Primaria por dolor abdominal, localizado en epigastrio, de inicio brusco, intenso, continuo, no irradiado y que aumenta con los movimientos y respiración profunda. No asociado a náuseas ni vómitos ni cambios de hábito intestinal. Dolor que no cede con analgesia habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general y sudorosa. Afebril. Consciente y orientada. Normohidratada, normocoloreada y bien perfundida. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos ni extratonos, no ruidos patológicos sobreañadidos, murmullo vesicular conservado. Abdomen en tabla, difusamente doloroso con la palpación, signo de Blumberg positivo y desaparición de matidez hepática. Rx de tórax y abdomen: Neumoperitoneo. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, dímero D 1060 ng/mL, proteína C reactiva 3,8 mg/L, procalcitonina 0,07 ng/mL y troponina T 3,7 ng/L.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Perforación víscera hueca/ perforación péptica puntiforme pilórica.

644/127. ENDOFTALMITIS AGUDA TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS

Autores:

Lobo Fernández, P.¹, Ruiz Ruiz, F.², Romero Jaén, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gines Dr. Juan Antonio González Caraballo. Gines. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gines Dr. Juan Antonio González Caraballo. Gines. Sevilla

Descripción del caso

Mujer de 85 años con antecedentes personales de hipertensión, esplenectomizada por anemia hemolítica e intervenida en las 48 horas previas de catarata en ojo derecho (OD). Acudió al centro de salud con síntomas de dolor y visión borrosa en dicho ojo.

Exploración y pruebas complementarias

Al ser explorada presentaba gran eritema con edema palpebral e hiperemia en OD, secreciones purulentas y una pupila hiporreactiva. Al evaluar la agudeza visual, se objetivó disminución de la misma en OD, conservándola en el izquierdo. Se realizó fondo de ojo que no se pudo valorar por opacidad de la cámara anterior del mismo.

Por todo ello se decidió que fuese valorada en su hospital de referencia por sospecha de endoftalmitis; contactándose con Oftalmología.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tras ser valorada por ellos, se decidió la intervención quirúrgica urgente mediante vitrectomía de OD, realizando toma de muestra de humor vítreo y acuoso con la administración intravítrea de antibióticos.

Finalmente, el diagnóstico fue endoftalmitis por *Streptococcus pneumoniae*, realizando tratamiento con antibioterapia dirigida sistémica con levofloxacino y corticoides con resultado muy favorable.

644/130. VÉRTIGO Y PALIDEZ EN VARÓN DE 87 AÑOS

Autores:

Celis Romero, M.¹, Trigo Alcaraz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén

Descripción del caso

Varón de 87 años que acude a consultas de Atención Primaria (AP) por cuadro de vértigo de 2 días de evolución que no cede con la toma de Betahistina, destacando a la exploración una marcada palidez de piel y mucosas. El paciente niega pérdidas hemáticas y no refiere síndrome constitucional. En tratamiento con Apixabán por fibrilación auricular paroxística.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza una exploración física completa: paciente afebril con auscultación cardiaca y respiratoria normal, exploración neurológica y abdominal anodina, así como tacto rectal con esfínter anal normotenso y dedil con rastro de heces de coloración normal y restos hemáticos de sangre roja. Se realiza electrocardiograma que resulta compatible con la normalidad. Tras completar este examen se prescribe Sulpirida y se extrae muestra de sangre para cursar analítica urgente, obteniendo al día siguiente los resultados, destacando: Hemoglobina 6,4g/dL, hematocrito 22%, ferritina 9.3ng/mL, hierro 18µg/dL, índice de saturación de transferrina 5.1%, sangre oculta en heces 1999,8 µg/g. Ante estos hallazgos se decide trasladar al paciente al servicio de Urgencias por anemia en rango transfusional, donde se realiza transfusión de dos concentrados de hemáties y se sustituye el Apixabán 2,5mg por Bemiparina 5.000UI.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante la sospecha diagnóstica de anemia ferropénica secundaria a pérdidas digestivas en contexto de anticoagulación frente a la sospecha de neoformación tumoral, el paciente es derivado a Medicina Interna, donde se realiza colonoscopia que objetiva neoformación en la unión recto-sigma, confirmando la biopsia el diagnóstico de adenocarcinoma. Se completa el estudio con TAC toracoabdominopélvico que no evidencia signos de afectación metastásica a distancia. Tras obtener estos resultados se expone el caso

al Comité de Tumores, que propone al paciente tratamiento quirúrgico mediante intervención de Hartmann, que finalmente declina, decantándose por un tratamiento conservador.

644/131. CUIDADOR A LA DERIVA

Autores:

Garzón Aguilar, J.¹, López Chaves, D.¹, Girón Prieto, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Acude a nuestra consulta, Angustias, de 81 años con antecedentes de hipertensión, doble prótesis de cadera y polimialgia reumática. Viuda hace 10 años. Actual cuidadora principal de José David, su hijo de 53 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Consulta por un dolor mecánico en cadera derecha de larga data, con respuesta parcial a analgesia convencional. Vemos en su historia clínica múltiples visitas a urgencias extrahospitalarias por ansiedad e insomnio, aspecto que no menciona durante la entrevista.

Avanzando en la anamnesis, vemos que Angustias puede presentar signos de alarma del presentar el síndrome del cuidador

*Nombres ficticios de pacientes

Exploración y pruebas complementarias

Aspecto descuidado. Actitud colaboradora. Distráida. Anhedonia. Lábil emocionalmente. Lenguaje y pensamiento normal. No ideación autolítica

SIGNOS DE ALARMA

- Astenia, vértigo
- Aislamiento
- Aumento consumo de ansiolíticos
- Despertares frecuentes
- Problemas de memoria

Casos clínicos

Índice de autores

ESCALAS DE EVALUACIÓN

+ Escala reducida de Zarit: 26/35. Claudicación familiar

+ Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit: 61 / 88 puntos, sobrecarga intensa

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome del Cuidador

Diagnóstico diferencial

Trastorno de Ansiedad Generalizado, Episodio Depresivo mayor

644/132. DOCTOR, TENGO TEMBLORES**Autores:**

Marín González, S.¹, López Moreno, A.², Linares Ramírez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba

Descripción del caso

Antecedentes Personales: artrosis, hipertensión, dispepsia.

Tratamiento habitual: esomeprazol, paracetamol, amlodipino, sertralina y cinitaprida.

Mujer de 73 años que acude a consulta acompañada de su hija. Nos refiere que su madre lleva varios meses con temblores e inestabilidad. Además, comenta que últimamente es más dependiente para las actividades de la vida diaria.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Orientada en tiempo, espacio y persona.

Exploración Neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. Temblor en reposo. Rigidez en brazo derecho. Lentitud en los movimientos. Disminución del parpadeo. Marcha cautelosa con disminución de braceo.

Análítica normal incluyendo hemograma, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parkinsonismo inducido por fármacos

644/138. HIPONATREMIA PERSISTENTE DE ETIOLOGÍA CENTRAL**Autores:**

Garzón Aguilar, J.¹, González Moles, L.², Girón Prieto, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 64 años, con antecedentes personales destacables de hipertensión arterial, sobrepeso e hipotiroidismo, en tratamiento habitual con Enalapril 10 mg /24h; Bisoprolol 2.5 mg cada 24h, que acude a urgencias por cuadro de astenia, náuseas y debilidad generalizada de un mes de evolución

Acude a urgencias hospitalarias, hallando en analítica general hiponatremia (119 mEq/L) sin otro hallazgo acompañante. Se da de alta tras ligera mejoría de las cifras, con seguimiento en Atención Primaria.

En el manejo ambulatorio, se amplía el estudio y ante el hallazgo de cifras de TSH y cortisol suprimidas junto con persistencia de la hiponatremia se contacta con servicio de Medicina Interna para completar el estudio. Es ingresada en su servicio, con el diagnóstico final de hipopituitarismo, realizándose tratamien-

Casos clínicos

Índice de autores

to sustitutivo hormonal y mejorando posteriormente el cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: Tensión arterial 146/90 mmHg. Glasgow 15. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Aumento de la coloración cutánea en líneas palmares e hiperpigmentación de encías. No edemas en miembros inferiores

No pérdida de peso. Exploración neurológica sin alteraciones, campimetría normal

Analítica sanguínea: destaca Na 119; K 4,1; Cr 0,52; PT 6,4; Hemograma sin hallazgos

Estudio hormonal: cortisol 2.7 mcg / dL (6.7-22.6), ACTH 10.7 (límite 10-46), TSH 0.16 (0.34-5.10), GH 0.77 (VN 0 - 8), LH 8.8 (VN >10) FSH 8.8 (VN >16). Orina: Na 195 (VN 20-110), K 41.5. Orina 24 horas: Cortisol 1 mcg/24h (VN 5 - 62 mcg/24 horas).

Resonancia Magnética: Macroadenoma hipofisario, 15x10mm

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipopituitarismo secundario a macroadenoma hipofisario no funcionante (déficits de GH, LH y FSH, leve de TSH).

Diagnóstico diferencial:

Etiología traumática (cirugía, TCE,...), enfermedades infiltrantes (hemocromatosis, sarcoidosis), neoplasias, infecciones (tuberculosis, hongos,...)

644/139. ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO**Autores:**

Adame Herrojo, M.¹, Delgado Soto, E.¹, Pérez Razquin, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva

Descripción del caso

Mujer de 63 años:

- Fumadora de 40/cigarrillos/día
- Hipertensa
- Intervenida de pólipos en cuerdas vocales
- Taquicardia supraventricular en 2018 sintomática con BRIHH Y FEVI reducida que normalizó tras revertir la taquicardia.

Presentar dolor en los dedos de la mano derecha de 3 días de evolución, que ha ido en aumento y hecho continuo e "insoporable". Asocia cambios de coloración a morado y blanco y se intensifica con el frío, esta asociación le ocurre desde hace años, pero nunca con tanto dolor.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN:

Tonos rítmicos sin soplos, buen murmullo vesicular.

Frialdad en dedos de la mano derecha con relleno capilar ausente y cianosis en primer y segundo dedo. Pulso arteria radial derecha presente pero disminuido en comparación con el izquierdo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Electrocardiograma: ritmos sinusal a 70lpm, PR normal y constante. BRIHH sin alteraciones agudas de la repolarización.

CK 77, LDH 350, resto normal.

ECO/AngioTC brazo derecho: ausencia de opacificación de arteria braquial del MSD a aproximadamente 8 cm del codo que en estudio doppler muestra contenido ecogénico en su luz y no muestra luz en relación con trombosis de la misma que se extiende por todo el recorrido de la arteria radial, la cual tampoco se opacifica. La arteria cubital no se rellena de contraste hasta su nivel distal donde se detecta flujo

Casos clínicos

Índice de autores

que probablemente provenga de ramas palmares. El flujo del miembro depende de las arterias intraóseas que rellenan a través de la rama de la arteria braquial.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Raynaud

Isquemia arterial aguda

644/140. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO: A PROPOSITO DE UN CASO**Autores:**

Torres Aguilera, P.¹, González González, A.¹, Ruano Mayo, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz

Descripción del caso

Paciente hombre de 53 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo disnea y dolor centrotorácico punzante irradiado a hemitórax derecho a mínimos esfuerzos de 24 horas de evolución. La clínica descrita se alivia con el reposo. Afebril. Niega traumatismo previo, clínica respiratoria (tos, expectoración, congestión nasal) y cortejo vegetativo. Refiere haber padecido catarro de vías altas hace 1 semana. No fumador ni bebedor. Sin antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias

En atención primaria: Buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas, colaborador, normocoloreado, normohidratado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos puros, rítmicos a 54 lpm. No se auscultan soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Tensión arterial 138/100 mmHg. Frecuencia cardíaca: 94 lpm, SatO₂ 96%. Se le solicita EKG, el cual se encuentra en ritmo sinusal a 54 lpm. Eje normal. Onda T negativa en III. No se aprecian otras alteraciones.

Se deriva al paciente a Urgencias hospitalarias para descartar etiología isquémica coronaria.

En urgencias hospitalarias: exploración similar a la realizada en atención primaria. Tensión arterial 137/97 mmHg, Frecuencia cardíaca 83 lpm, SatO₂ 98%. EKG: ritmo sinusal a 83 lpm. Eje normal. QRS estrecho. PR normales. No signos de isquemia ni alteraciones agudas de la repolarización. Analítica: Hb 14,9 g/dL, troponina I 2,6 ng/L, creatina quinasa 361 U/L. Rx PA y lateral de tórax: Neumotórax derecho

Orientación diagnóstica/Juicio clínico**Diagnóstico diferencial:**

Síndrome coronario agudo vs pericarditis aguda vs ansiedad vs TEP vs neumotórax espontáneo.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo derecho

644/141. CUESTIÓN DE PRIORIDADES**Autores:**

Pérez García, A.¹, López Muñoz, A.², De la Mata Morales, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Canena. Canena. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villacarrillo. Villacarrillo. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda Este. Úbeda. Jaén

Descripción del caso

Mujer 33 años. 2 hijos y 3 abortos (uno de ellos gemelar, otro precisó legrado). Fumadora con CA de 25 paq/año. Alcoholismo previo hasta hace 1 año. Hepatopatía crónica enólica con hipertensión portal y dos episodios de pancreatitis aguda edematosa en 2020-21 con pseudoquistes pancreáticos en cola. Trombocitosis Jak2. Apendicectomizada. Tratamiento con Kreon, Nexium 20, Orfidal, Pankreoflat. Acude por tos con expectoración escasa, disnea leve y molestias en hemitórax izquierdo sin dolor abdominal ni fiebre de dos semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración:

BEG. COC. BHyP. Eupneica en reposo. SO₂ basal 97%. Afebril. Hemodinámicamente estable.

AC: Tonos rítmicos taquicardicos. AR: Abolición del MV en base izquierda, resto de ambos campos con MV conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, no doloroso, posible ascitis no a tensión, no signos de peritonismo.

No edemas en MMII ni signos de TVP.

- Analítica:

Hemograma: Leucocitos 22.850, Neutro 79.6%, Linfocitos 11.3%, Hb 11.7, VCM 76.8, Plaquetas 1.015.

Coagulación: Dímero D 3.617.

Bioquímica: Glucosa 82, Bilirrubina total 0.20, LDH 241, GGT 23, AST 11, ALT 5, FA 116, alfa-Amilasa 248 (previa del 19/03/22 de 715).

Proteínas específicas: PCR 116.1, Procalcitonina 0.03, Ferritina 6.5.

- Rx de tórax: ICT dentro de la normalidad. Aumento de densidad en base de hemitórax izquierdo compatible con derrame pleural
- Se realiza toraconcentesis diagnóstica y terapéutica: Bioquímica de líquido pleural: pH * 7.331 Glucosa 79 mg/dL Proteínas totales 3.8 g/dL Lactato deshidrogenasa 427 U/L alfa-Amilasa >8754 U/L

Hematies 22000. Leucocitos 2128. Polimorfonucleares 51 % Mononucleares 49 % Aspecto macroscópico Amarillento.

- TC toraco- abdomino-pélvico compatible con pancreatitis aguda grave con gran colección en espacio gastrohepático con extensión torácica (mediastino posterior y derrame pleural izqdo.).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pancreatitis aguda grave con gran colección con extensión torácica.

Derrame pleural izquierdo de posible origen pancreático.

644/142. LESIONES CUTÁNEAS

Autores:

García Medero, S.¹, Barrera Martínez, Y.², Medero Canela, R.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palo. Málaga, (3) Map. Distrito sanitario Huelva Costa Condado Campiña. Huelva

Descripción del caso

Hombre de 66 años que acude a consulta de AP por aparición de lesiones maculosas, purpúricas y puntiformes de 48h de evolución. No fiebre ni otra sintomatología. Comienza tratamiento con sorafenib 200mg cada 12h 15 días antes. Antecedentes personales: DM2 de mal control, dislipemia, hepatitis B crónica. Reciente ingreso hospitalario por hemorragia digestiva alta probablemente varicosa. En TAC hallazgos sugestivos de hepatocarcinoma.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, CyO, BHyP, eupneico. TA 115/88, FC 81, SatO₂ 100%. ACP sin hallazgos. Lesiones maculosas no palpables, purpúricas en dorso de mano derecha con vesícula, y en antebrazos. En dorsos y plantas de pies lesiones puntiformes, petequiales. Resto sin hallazgos. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se solicita analítica sanguínea con coagulación y marcadores infecciosos, en la que se observa alteración del perfil hepático. Resto sin hallazgos. Tras comentarlo con digestivo, se reducirá dosis de sorafenib y se realizará derivación urgente a dermatología. No es necesario realizar tratamiento de las lesiones.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Vasculitis leucocitoclástica de posible origen medicamento.

Diagnóstico diferencial:

- Eritrodermias
- Necrólisis epidérmica tóxica.

Casos clínicos

Índice de autores

- Infecciones cutáneas bacterianas (impétigo, celulitis, erisipela).
- Enfermedades ampollosas autoinmunitarias (pénfigo vulgar, penfigoide ampolloso).
- Vasculitis por hipersensibilidad.

Comentario final: Los fármacos inhibidores de multicitinasas pueden producir toxicidades cutáneas en casi el 90% de los pacientes tratados, aunque las vasculitis de vasos pequeños son poco comunes. El paciente está pendiente de biopsia cutánea para establecer diagnóstico, además de continuar estudio y seguimiento por parte de digestivo. El seguimiento se realiza en atención primaria con consultas programadas para ver evolución de las lesiones, y para detectar cualquier otra sintomatología o cambio cutáneo que se produzca. El médico de AP es muy importante, tanto para comprobar que no existe patología urgente como para realizar las derivaciones precisas, con la urgencia adecuada. Es el médico más accesible para el paciente, que puede proporcionarle asesoramiento y control sintomático mientras se realiza todo el estudio por parte de otras especialidades.

Bibliografía:

- Ara-M, Pastushenko-E. *Antiangiogenic Agents and the Skin: cutaneous adverse effects of sorafenib, sunitinib, and bevacizumab. Actas Dermo-Sifiliográficas.2014; 105: 900-12.*
- Prejac-J, et al. *Leukocytoclastic vasculitis associated with sorafenib treatment for hepatocellular carcinoma. Anticancer Drugs.2020; 31: 76-9.*

644/143. LA RENTABILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL

Autores:

Dabán López, B.¹, Pérez Fernández, L.², Escudero Sanchez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada,
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada, (3) Resi-

dente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Monachil. Granada

Descripción del caso

Mujer de 44 años con AP de anemia ferropénica y dermatitis atópica que acude a la consulta por notar aumento de deposiciones blandas con mucosidad junto con urgencia defecatoria y tenesmo rectal en los últimos 4/5 meses. Asocia pérdida ponderal de 4 kilos coincidiendo con este cuadro.

Realizamos analítica para iniciar estudio con cultivo de heces, estudio de celiaquía y calprotectina fecal. Tras valorar resultados se tramita una tele consulta a digestivo para solicitar colonoscopia

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Buen estado general no palidez de piel ni mucosas. No signos de deshidratación ni desnutrición.

ACR: tonos puros y rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

Abdomen blando depresible no doloroso no se palpan masas ni megalias.

Analítica: coprocultivo negativo. Ac antitrasglutaminasa negativo. Perfil hepatorenal e iones normales. Vit D 17; perfil férrico: hierro 28, ferritina 10.8, transferrina 387. Calprotectina fecal 1892(0-50). Se repitió ésta última a la semana, encontrado valores superiores 3136.

Colonoscopia: colon izquierdo, transversal y colon derecho normal, sigma se aprecia algunos divertículos. En recto inferior hasta margen anal se observa pérdida del patrón mucoso normal con edema-eritema, friabilidad, algunas aftas milimétricas aisladas y restos abundantes de fibrina. Se tomaron muestras de biopsia y se extirpó un adenoma tubular

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Enfermedad Inflamatoria Intestinal crónica tipo proctitis ulcerosa (índice de Mayo:2)

Diagnóstico diferencial

Hipertiroidismo. Síndrome de intestino irritable. Dispepsia funcional. Celiaquía

Comentario final

La proctitis aparece frecuentemente en las enfermedades inflamatorias intestinales. Este caso nos enseña la importancia de pedir alguna prueba que nos pueda descartar o no algún proceso que no se nos puede escapar. En AP tenemos la posibilidad de solicitar calprotectina fecal cuyo valor nos ayuda a descartar un trastorno funcional y no necesitar de más pruebas o bien niveles altos nos identifica a aquellos pacientes que se deben estudiar en segundo nivel. Esta paciente tras tratamiento ha mejorado su clínica, así como valores de calprotectina que disminuyeron a 125.

Bibliografía

- Redondo Sánchez, JM; De Hoyos Alonso MC Calprotectina y otras proteínas del citoplasma de los neutrófilos en heces. ¿Es útil su determinación en Atención Primaria? AMF 2022; 18(3); 154-156; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521

644/145. DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Autores:

Fernández Bernal, N.¹, Sousa Montero, M.², Gómez Vargas, F.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Moguer. Huelva, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Valverde del Camino. Huelva

Descripción del caso

Varón de 89 años que consulta varias veces en Urgencias Hospitalarias por episodios de dolor abdominal generalizado de unos 3 meses de evolución.

Antecedentes de HTA, DM tipo 2 insulínizado, dislipemia, hiperuricemia, EPOC, IRC diabética, cardiopatía hipertensiva y BAV de 2º grado tipo I.

En esa ocasión, dolor abdominal no controlado con el tratamiento pautado en otras ocasiones que había consultado por el mismo motivo. Con vómitos bilio-

sos asociados, malestar general y anorexia de unas 24h de evolución. Afebril. Estreñimiento.

Exploración y pruebas complementarias

REG, COC, BHyP, palidez cutaneomucosa, eupneico en reposo y al habla, hemodinámicamente estable y afectado por dolor.

Analítica con anemia de 8,2g, empeoramiento de la función renal y acidosis metabólica.

Rx de abdomen con luminograma normal, sin signos de obstrucción.

ECG con flutter auricular no conocido con ondas P a unos 300lpm y de QRS a unos 65lpm.

AngioTAC de abdomen que objetiva placa calcificada en ostium de tronco celiaco que condiciona estenosis del 70% y diverticulosis colónica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Se inició anticoagulación, se pautó analgesia, suero-terapia y se realizó transfusión de hematíes, a pesar de ello no se controló el dolor, siendo imposible iniciar tolerancia, por lo que ingresó en planta de Medicina Interna para continuidad de cuidados y control del dolor, siendo diagnosticado de isquemia mesentérica crónica y flutter auricular.

Diagnóstico diferencial

Obstrucción intestinal, neoplasia maligna, diverticulitis, isquemia mesentérica.

Comentario final

En pacientes añosos con dolor abdominal y factores de riesgo cardiovascular se debe sospechar la isquemia mesentérica como posibilidad diagnóstica. También cobra importancia el ECG en caso de sospechar esta entidad, para descartar arritmias que condicionan un estado de hipercoagulabilidad. Para llegar al diagnóstico se debe solicitar el angioTAC de abdomen.

Bibliografía

- Gómez Antúnez, M., Zaera Olombrada, A., Viña, V., Pascual, T., & Marco Mur, A. (2001). Dolor abdominal agudo en el anciano. Anales de medicina inter-

Casos clínicos Índice de autores

na (Madrid, Spain: 1984), 18(3), 64–66. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992001000300021>

- Jimenez Murillo, L., & Montero Perez, F. J. (2011). *Medicina de urgencias. : guía terapéutica* (3a ed.). Elsevier.
- Treuer, R. (2017). DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR. *Revista médica Clínica Las Condes*, 28(2), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.rm-clc.2017.04.017>

644/149. ¡DOCTORA, MI LUMBALGIA ESTÁ CAMBIANDO!

Autores:

Jiménez Anguís, I.¹, De la Mata Morales, I.², López Muñoz, A.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda Este. Úbeda. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villacarrillo. Villacarrillo. Jaén

Descripción del caso

Mujer de 58 años con antecedentes personales de condromalacia rotuliana y en seguimiento por Neurocirugía por lumbalgia izquierda irradiada a miembro inferior izquierdo y pubis desde hace dos años.

Consulta por parestesias en ambos miembros inferiores desde hace varios meses que han ido ascendiendo hasta hemiabdomen inferior en la última semana con sensación de presión en región perineal, apareciendo estreñimiento y dificultad para la micción en los últimos 4 días. No pérdida de fuerza ni otra sintomatología neurológica. Niega clínica infecciosa previa. No fiebre. No otra sintomatología.

Evolución: Se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias, ingresando en Neurología donde se realiza diagnóstico definitivo y tratamiento mediante Neuro-radiología intervencionista.

Actualmente, la paciente presenta mejoría parcial precisando andador por marcha dificultosa y persistencia de cierta presión perineal.

Exploración y pruebas complementarias

- Neurológica: PINRLA, MOEC, pares craneales conservados. No nistagmus. Romberg lateralizado a la derecha (por alteración de la propiocepción). Marcha cautelosa con elevación de rodillas. No afasia ni disartria. Fuerza conservada. Hipoestesia a partir de nivel sensitivo D7 para sensibilidad táctil con dificultad para discriminar entre romo y puntiagudo. No alteración de la sensibilidad dolorosa, sí de la artrocinética.

- Abdomen: anodino

- MMII: sin lesiones

**Pruebas complementarias:

- Analítica sin alteraciones.

- RMN cervical-dorsal-lumbar: posible lesión intramedular en D1, probable artefacto de resonancia. Aumento de la señal intramedular en el segmento D5-D8, sin otros hallazgos de relevancia. Discopatía D7-D8, D11-D12, L5-S1

- Arteriografía: fístula dural D7.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fístula dural

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Guillain-Barré vs mielopatía por compresión

Comentario final

La Medicina familiar presenta como ventaja el contacto próximo con el paciente permitiendo realizar revisiones con mayor frecuencia y así poder observar la evolución clínica de su patología.

Sin embargo, en ocasiones, se puede caer en la inercia terapéutica y tratar al paciente por cuadros previos similares sin replantearnos nuevos diagnósticos ante semiología parecida; es por este motivo, que con este caso me gustaría destacar la importancia de reconsiderar los diagnósticos establecidos sobre todo ante cambios en la clínica y aparición de síntomas de alarma.

Bibliografía

Casos clínicos

Índice de autores

- 1. Laso, FJ. *Diagnóstico diferencial en Medicina Interna*. 3ª edición. S.A. Elsevier España. Salamanca. 2014
- 2. Louro González A. *Algoritmos clínicos para la consulta de Atención Primaria*. 1ª edición. Mayo 2010

644/152. LA CLÍNICA GANA**Autores:**

Ramírez Álvarez, C.¹, Ruiz Pereira, C.¹, León Arévalo, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla

Descripción del caso

Paciente varón de 32 años previamente sano que tras sufrir caída con TCE sin pérdida de consciencia presenta pérdida de sensibilidad en lengua y desviación marcada de la misma hacia lado izquierdo sin otra focalidad neurológica. Se le realizan TAC cráneo-cervical que resulta anodino, sin trazos de fractura en cóndilos occipitales ni estiloides. Se contacta con neurocirugía que descarta patología quirúrgica urgente y se deriva a Neurología. Neurología solicita angioTAC para descartar disección carotídea que resulta de nuevo anodino.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, alerta, consciente y orientado, lenguaje fluente sin bloqueos ni parafasias. Nomina y repite, obedece órdenes sencillas. No defectos campimétricos por confrontación, MOE sin paresias, PINLA, no ptosis ni nistagmo. No parálisis facial. Lateralización de punta lingual hacia izquierda con úvula normoposicionada, reflejo nauseoso presente. No claudicación de miembros, balance muscular por grupos 5/5 de forma global, no déficit sensitivo, REMs presentes de manera simétrica y bilateral, RCP flexor bilateral. No disimetrías y no alteración de la marcha. TAC cráneo cervical: No se visualizan signos de fractura cervical ni de estructuras craneofaciales incluidas. Sin alteraciones en partes blandas. AngioTAC: No se identifican

anomalías en el origen y transcurso de los troncos supraaórticos. No se aprecian signos de disección carotídea o vertebral. Sin anomalías en la circulación intracraneal.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Monoparesia de XII par izquierdo (Hipogloso) de etiología traumática

Diagnóstico diferencial

Fractura de cóndilo occipital vs Disección carótida vs Monoparesia traumática

Comentario final

Debemos realizar siempre una correcta exploración física, primando la clínica ya que no siempre las pruebas complementarias van a apoyar nuestro diagnóstico o nos van a dar resultados.

Bibliografía

- D. A. Fernando. *The Blood Supply of the Hypoglossal Nerve and its Relevance to Carotid Endarterectomy. Cardiovascular Surgery, Volume: 7 issue: 3, page(s): 287-291* Issue published: April 1, 1999
- Combarros O, Alvarez de Arcaya A, Berciano J.
- Isolated unilateral hypoglossal nerve palsy: nine cases. *J Neurol*. 1998; 245:98-100
- Shah AC, Barnes C, Spiekerman CF, Bollag LA.
- Hypoglossal nerve palsy after airway management for general anesthesia: an analysis of 69 patients. *Anesth. Analg*. 2015; 120:105-120

644/155. PERFORACIÓN VISCERAL ¿UNA SIMPLE EPIGASTRALGIA?**Autores:**

De Sola Rodríguez, M.¹, Meseguer Gómez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 50 años que acude por epigastralgia irradiada a hipocondrio izquierdo de horas de evolución que lo ha despertado mientras dormía.

Niega antecedente de abuso medicamentoso tipo AINEs.

Niega fiebre u otra clínica por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con regular estado general, postura antiálgica y palidez mucocutánea marcada. A la auscultación cardiopulmonar no hay hallazgos relevantes. Abdomen distendido, con gran defensa abdominal. Sospecha de abdomen en tabla.

En la Rx Tórax PA se evidencia Neumoperitoneo. Ante estos hallazgos, se completa estudio con un TAC Abdominal que confirma perforación aguda de víscera hueca (curvatura menor del cuerpo gástrico).

El paciente fue intervenido mediante cirugía laparoscópica con sutura de perforación gástrica.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Perforación aguda de víscera hueca.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente podríamos pensar en una pancreatitis, una úlcera péptica, la enfermedad de reflujo gastroesofágico o una gastritis.

Comentario final

Debemos destacar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física minuciosa para detectar desde atención primaria aquellos signos que nos indiquen sospecha de gravedad para poder orientar con buen criterio la continuidad del estudio apoyándonos en otras especialidades, favoreciendo la valoración y estudio integral del paciente.

Además, es importante realizar un buen seguimiento del paciente, sobretodo para esclarecer las posibles causas de este episodio de perforación visceral.

Bibliografía

• Ryle JA. Dolor visceral y dolor referido. *Lanceta* 1926; 1:895

• Marrón FR. El problema del dolor abdominal. *Br Med J* 1942; 1:543

644/156. MANEJO DE LA GONALGIA POSTRAUMÁTICA

Autores:

De Sola Rodríguez, M.¹, Mesequer Gómez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Descripción del caso

Varón de 32 años que consulta por gonalgia derecha postraumática. Refiere sobreesfuerzo y mal apoyo del miembro el día anterior, mientras realizaba deporte. No fiebre. No refiere otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con buen estado general. A la exploración de rodilla derecha se observa pérdida de surco medial y externo fisiológico, cepillo negativo y signo de peloteo ++. Postura antiálgica. No hematomas, lesiones u otras deformidades. Dolor a la palpación de la interlínea media. Balance articular limitado por dolor intenso.

Se le realiza Rx Rodilla D AP/L, que descarta patologías óseas aguda.

Tras la exploración, se le explica al paciente la posibilidad de realizar una artrocentesis, que entiende y acepta. Se extraen 25 ml de líquido hemático (Hemartros), procediéndose, posteriormente, a la colocación de férula inguino-maleolar con primera dosis de Bemiparina subcutánea.

Se solicita RMN Rodilla D preferente y se deriva a consultas de Traumatología para valoración. El pa-

Casos clínicos**Índice de autores**

ciente es dado de alta con recomendaciones de inmovilización.

Semanas más tardes, el paciente se realiza RMN, la cual confirma edema anterolateral de tibia proximal, edema óseo y fractura subcondral.

El paciente fue valorado posteriormente en Consultas Externas de Traumatología, que siguió su continuidad asistencial.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fractura subcondral.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente podríamos pensar en un desgarro del ligamento cruzado anterior, fractura meseta tibial posterior, desgarro meniscal degenerativo, sinovitis, condrocalcinosis u osteoartritis.

Comentario final

La gonalgia es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. Para llegar a un diagnóstico de certeza que justifique la gonalgia del paciente generalmente la clínica es suficiente, sobre todo en aquellos casos donde el tratamiento conservador será exitoso. Sin embargo, en pacientes jóvenes, candidatos a una posible cirugía como es nuestro caso, se recomienda proceder a completar el estudio con una prueba de imagen, comenzando por la resonancia magnética, y si fuera necesario, una artroscopia diagnóstica y terapéutica definitiva. Para ello, es fundamental hacer una buena valoración integral del paciente desde la Atención Primaria, así como valorar el apoyo que proporcionan las distintas pruebas complementarias y la valoración conjunta entre profesionales.

Bibliografía

- 1. Jackson JL, O'Quinn J, Malley PG, Kroenke K. Evaluación del dolor agudo de rodilla en atención primaria. *Ann Intern Med* 2003; 139:575.
- 644/157. HIPERVITAMINOSIS B12 COMO HALLAZGO CASUAL EN ANALÍTICA

Autores:

Medina Cobos, A.¹, López Áviles, E.², Medina Gámez, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada.
(2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 65 años con AP de artrosis y protrusión discal sin compromiso radicular. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, en tratamiento con naproxeno 550mg a demanda. En analítica rutinaria se descubren niveles de vitamina B12 >1500pg/mL como hallazgo casual. Se cita para anamnesis clínica y exploración física no encontrándose ningún hallazgo que explicase la elevación de B12 (alimentación completa y variada, no síndrome constitucional por sospecha de neoplasia, no consumo de tóxicos ni productos de herbolario) solo encontrándose antecedentes familiares de primer grado de neoplasias: padre con cáncer de pulmón; hermana y madre, que no sabe especificar. Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud sin hallazgos evidentes y se repite analítica en la que persiste elevación de B12 sin otras alteraciones. Se deriva a la paciente a medicina interna para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, colaboradora, consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Talla: 158cm; peso: 53 kg. Tensión arterial 140/79 mmHg, saturación basal 99%, frecuencia cardíaca 72lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal. No focalidad neurológica. No adenopatías. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación con ruidos hidroaéreos presentes; no se palpan masas ni megalias. No edematización de miembros inferiores.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Posible neoplasia sólida (hígado, mama, colon, estómago, páncreas)

Diagnóstico diferencial

Neoplasia hematológica, enfermedad hepática, renal, autoinmune, iatrogenia por consumo excesivo

Comentario final

En atención primaria, la hipervitaminosis de B12 suele ser casual y no asociar clínica acompañante. Se de-

Casos clínicos**Índice de autores**

bería iniciar el estudio con una anamnesis y exploración completas buscando en pruebas analíticas alteraciones funcionales en la vitamina. Dado que todos estos procedimientos resultaron normales se pasó a realizar otros estudios complementarios (TAC, colonoscopia y endoscopia, etc.) puesto que entre las etiologías se encuentra la causa neoplásica sólida, neoplásica hematológica (trastornos mieloproliferativos, síndromes mielodisplásicos y leucemias agudas), enfermedad hepática, renal (nefritis intersticial e IRA), autoinmune (Gaucher, LES, AR, Still), así como la posibilidad de iatrogenia por consumo excesivo de algunos productos, sobre la que habría que seguir haciendo hincapié en posteriores consultas.

Bibliografía

• Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Erazo-Muñoz MC, Santa-Suasa M. Hipervitaminosis B12: una mirada desde la atención primaria. *Semergen* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2022];47(1):e3-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-hipervitaminosis-b12-una-mirada-desde-51138359320301489>

644/159. EL PODER DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS**Autores:**

Ruiz Pereira, C.¹, Ramírez Álvarez, C.¹, León Arévalo, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

Descripción del caso

Paciente de 76 años, con antecedentes personales de HTA, que acude a Urgencias por episodios autolimitados de palpitaciones que duran 1-3 minutos, tanto en reposo como de esfuerzo. No dolor torácico, disnea ni otra clínica asociada. Hace un mes acudió por mismo motivo, realizándose analítica y ECG, sin hallaz-

gos patológicos. Además, su nieto le ha comprado un "Smartwatch" y aprecia fluctuaciones rápidas en su frecuencia cardíaca.

Tratamiento habitual: Enalapril 10 mg/día y Omeprazol 40 mg/día.

Exploración y pruebas complementarias**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Afebril. Eupneico sin aportes, con saturación 98%. Normohidratado y normoperfundido.

TA155/95. FC97

Auscultación cardiopulmonar (ACP) por residente: tonos arrítmicos, sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos sobreañadidos.

ACP por adjunto a los cinco minutos: tonos rítmicos, sin soplos.

Abdomen anodino.

Miembros inferiores: no edemas ni signos de Trombosis Venosa Profunda.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica y Gasometría: sin alteraciones.
- Radiografía tórax: hilos pulmonares prominentes. No imagen de masa ni condensación. Senos costofrénicos libres.
- ECG 12 derivaciones: ritmo sinusal a 90 lpm. Eje normoposicionado. QRS estrecho. No cambios en ST ni otros signos de isquemia aguda. No alteración en repolarización.
- ECG tira de ritmo en el momento de palpitaciones: episodios de FA a 110 lpm de más de 30 segundos. Resto sin cambios.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fibrilación Auricular (FA) paroxística de novo.

Diagnóstico diferencial

- Hipertiroidismo; solicitadas en su centro de salud en rango.

Casos clínicos

Índice de autores

- Crisis de ansiedad. No refería situación ansiosa-depresiva ni motivo de preocupación.
- Feocromocitoma.
- Consumo de tóxicos como cocaína, alcohol y tabaco o excesiva de cafeína; niega.

Comentario final

- El paciente presenta CHADSVASC 3 y HAS-BLED 2. No lo pienses más y pon anticoagulación.
- Confía siempre en tu exploración, aunque seas Residente. La exploración del mismo paciente puede cambiar de un momento a otro.
- Las nuevas tecnologías vienen para quedarse, pero también para ayudarnos.
- La FA es una enfermedad cardiovascular que en Atención Primaria debemos siempre diagnosticar.
- ¡Basta ya! No todas las palpitaciones son ansiedad.

Bibliografía

- Hindricks, G., Potpara, T. S., Dagres, N., Lainez, E. A., ... & Watkins, C. L. (2021). *Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*

644/161. DISNEA**Autores:**

Pérez Burgos, J.¹, Casini Merino, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Rincón de la Victoria. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga

Descripción del caso

Varón de 61 años, antecedentes personales: Fumador de 20 años de evolución, no toma tratamiento farmacológico actualmente, acude a urgencias por cuadro de disnea asociado a tos y dolor torácico tipo

pleurítico no irradiado que aumenta con la inspiración profunda, desde hace 48 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratado, normocoloreado y bien perfundido.

Auscultación respiratoria: Crepitantes bibasales

Auscultación cardíaca: Rítmico y regular, no soplos ni extratonos.

Tensión arterial: 135/72; Saturación O2 89%.

Electrocardiograma: 80 latidos por minuto, eje eléctrico normal, sinusal, sin alteraciones en la repolarización.

Exploración abdomen: no cicatrices ni lesiones cutáneas. No masas ni megalias, no dolor a la palpación, no defensa abdominal. Signo de Murphy, Blumberg, Rovsing negativo. Ruidos hidroaéreos conservados. Pulsos femorales conservados y simétricos.

EEL: no edemas ni signos de TVP.

Análítica de Sangre: Hb 13, Leucocitos 13000, Neutrófilos: 7600, Eosinófilos 60, Plaquetas 273000, Na 137, K 3.58, PCR 56.

Gasometria venosa: PH 7.455, SATO2 88, PCO2 40, HCO3: 25.2

Radiografía Tórax: ICT normal, no ensanchamiento mediastínico, no neumotórax, no alteraciones óseas. Se aprecia un patrón intersticial reticular periférico bilateral de predominio basal.

Test de Antígeno covid-19 negativo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Neumonía Intersticial Usual

Diagnóstico diferencial

- NIU por fármacos o radioterapia: Algunos fármacos que producen un patrón de NIU son la fosfomicina, la bleomicina, el metotrexato y la nitrofurantoína.
- Asbestosis: los signos radiológicos e histopatológicos son parecidos, con la diferencia de que la afectación pleural (placas pleurales, engrosa-

Casos clínicos**Índice de autores**

miento pleural difuso) es casi constante en la asbestosis. El diagnóstico definitivo de la asbestosis requiere unos antecedentes laborales compatibles y la presencia de fibras de amianto (en forma de cuerpos ferruginosos) en la muestra de tejido.

Comentario final

Se deriva a Servicio de Neumología para realizar seguimiento

Bibliografía

- Raghu G, et al. *Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2018;198(5), pp.e44-e68.*
- American Thoracic Society *Idiopathic pulmonary fibrosis: Diagnosis and treatment : joint statement of the American Thoracic Society and the European Respiratory Society.*

644/163. COMPLICACIONES DE LA HERNIA INGUINAL**Autores:**

Ruiz Fernández, M.¹, Fernández Navarro, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 65 años, que acude a urgencias del centro de salud por dolor abdominal en hipogastrio, de un día de evolución, tipo punzante y en aumento de intensidad, hasta hoy. Niega defecación desde hace dos días. No ha presentado sangrado anal, no náuseas ni vómitos. No refiere otros síntomas asociados.

AP: Alergia a penicilinas y cefalosporinas. Enfermedades de interés: HTA, Dislipemia, Diabetes mellitus, diverticulitis, esófago de Barrett. Niega cirugías previas.

Tratamiento habitual: Enalapril 20mg, simvastatina 40mg, metformina 850mg, AAS 100mg.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Hemodinámicamente estable.

AC: Rítmico, sin soplos audibles.

AP: Murmullo vesicular conservado, sin otros ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible. Doloroso a la palpación de FID e hipogastrio, con ligera defensa abdominal. Presencia de masa inguinal derecha, que aumenta con Valsalva y al ponerse de pie. Impresiona de hernia inguinal. Signo de Blumberg positivo. Murphy, Rovsing negativos.

Se deriva el paciente al servicio de urgencias hospitalarias, donde realizan TC abdomen en el que se objetivan "Hernia femoral derecha complicada con isquemia intestinal segmentaria y perforación intestinal como causante del proceso inflamatorio descrito".

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hernia femoral complicada con isquemia intestinal y perforación.

Diagnóstico diferencial

- Hernia inguinal
- Torsión testicular

Comentario final

La importancia de la anamnesis y exploración física a la hora de valorar a un paciente. Conocer las maniobras de exploración abdominal y signos de gravedad, nos permiten desde un punto de vista clínico, identificar patología urgente y necesidad de derivación a urgencias hospitalarias.

Bibliografía

- 1. HerniaSurge Group. *International guidelines for groin hernia management. Hernia 2018; 22:1.*
- 2. Montgomery J, Dimick JB, Telem DA. *Management of Groin Hernias in Adults-2018. JAMA 2018; 320:1029.*

644/164. UNA CAUSA INFRECLENTE DE PARÁLISIS FACIAL

Autores:

Sánchez Cambrnnero, M.¹, Guisasola Cárdenas, M.², Generoso Torres, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Descripción del caso

Hombre de 87 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y deterioro cognitivo leve tipo Alzheimer, en tratamiento con metformina y donepezilo. Acude a nuestra consulta porque “se me ha caído la cara” desde hace 3 semanas. En los últimos 3 días, “siento una presión y dolor en la zona y en el oído” sin pérdida de audición, además de inestabilidad de la marcha.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por sistemas normal. HINTS negativo. Parálisis facial que respeta musculatura orbicular, con edematización de la hemicara ipsilateral. No otra alteración de la piel. Anestesia del nervio infraorbitario derecho. Leve dismetría bilateral en prueba dedonariz. Disidiadococinesia bilateral. Marcha inestable. Romberg negativo. No trismus. Se palpa masa submucosa de consistencia dura a lo largo de la encía. No se palpan adenopatías.

Ante la sospecha inicial de parálisis facial central, aún con signos que nos hacen dudar de otra etiología más periférica, derivamos al Servicio de Urgencias Hospitalarias para realizar prueba de imagen.

TC CRANEAL: tumoración agresiva en el seno maxilar derecho que produce osteólisis e infiltración circundante. Infarto isquémico crónico en convexidad precentral izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tumoración agresiva del seno maxilar derecho con infiltración de estructuras circundantes.

Diagnóstico diferencial

Causa idiopática, infecciones víricas y bacterianas, iatrogénica secundaria a cirugía, traumatismos, congénitas, tumores, otógenas, neurológicas y enfermedades generales.

Comentario final

La parálisis de Bell es la forma más común de parálisis facial (1). El resto de etiologías suelen ser más graves y presentar un pronóstico más tórpido que depende del momento del diagnóstico. Es imprescindible realizar una adecuada anamnesis y exploración física para conseguir diferenciar entre una parálisis periférica vs. central, en tanto no demorar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Bibliografía

- 1. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á, et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. Acta Otorrinolaringológica Española [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Mar 23];71(2):99-118.

644/165. “TODO ESTÁ CUMPLIDO”

Autores:

Alaminos Tenorio, E.¹, Fernández Ocaña, F.², Gálvez Pascual, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla,
(2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Juncal. Sevilla, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Este Dr. Pedro Vallina. Sevilla

Descripción del caso

Varón 31años.No RAMC.No AP de interés.

La familia solicita visita a domicilio, por encontrarlo desde hace unas horas intranquilo, con lenguaje incoherente, como “en otra dimensión”, sin poder trasladar al paciente al Centro.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada al domicilio, encontramos al paciente tumbado en el suelo de la cocina. Consciente, pero con resistencia a la apertura ocular, desorientado en tiempo y espacio. Muy intranquilo y agresivo. Afebril. Sudoroso. TA estable. Eupneico al habla y en reposo. ACR sin hallazgos. Exploración NRL difícil por poca colaboración del paciente, que presenta lenguaje inteligible, no disartria, pero inconexo, refiriendo frases delirantes de estilo mesiánico: "Todo está cumplido", "Lo hago porque me lo indica el Padre", "Ya es la hora de realizar la Salvación"...Además refiere oír voces.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Brote Psicótico/Esquizofrenia paranoide

Se administra midazolam intranasal para controlar agresividad del paciente. Se activa ambulancia medicalizada de traslado, se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración. Analítica anodina. Valorado por Salud Mental, que diagnostica brote psicótico en contexto de delirio paranoide.

Tras ingreso involuntario y un intento de suicidio, se controla con Paliperidona 6mg/24hvo +Paliperidona inyectable/mensual.

Diagnóstico diferencial

Síndrome Confusional Agudo

Cuadro infeccioso (Sepsis urinaria, Meningitis...)

Delirio Paranoide/Esquizofrenia

Comentario final

Me gustaría recalcar la importancia del papel del Médico de Familia en este caso, y la cercanía que puede tener con sus pacientes, acudiendo a un aviso domiciliario. Es ahí donde consigue realizar una valoración completa de este paciente, que a pesar de no presentar enfermedad somática, precisa de una atención médica urgente por presentar un cuadro de brote psicótico delirante. Las enfermedades de Salud Mental son en muchas ocasiones tabúes, que las propias familias y pacientes ocultan por miedo o vergüenza. La empatía y comprensión, con diálogo en los casos que sea posible, son parte del tratamiento. Por otro

lado, si es necesario, se podrá realizar un ingreso involuntario por la seguridad del propio paciente y para un correcto abordaje de su patología. En este caso aprendí también a valorar la labor humana del Médico de Familia, atendiendo además de al paciente, a una familia preocupada, en su propio domicilio.

Bibliografía

- Díaz Marsá M, Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares. Enfoque Editorial S.C.2013

644/167. DOCTOR, ME DUELE UN TESTÍCULO

Autores:

Álvarez Valle, M.¹, Muñoz Mayo, L.², Ruíz Fernández, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 16 años, sin AP de interés, que acude acompañado de su madre cojeando a consulta, y que nos refiere desde hace unas 8-9 horas dolor a nivel de testículo izquierdo, con aumento de tamaño y eritema. Refiere adicionalmente irradiación del dolor a nivel abdominal izquierdo. No se acompaña de fiebre, clínica miccional, náuseas, vómitos ni supuración a través de la uretra. El paciente niega traumatismos a nivel testicular o contactos sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración abdominal, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de flanco y FII, no masas ni megalias, no signos de peritonismo (Blumberg, Murphy y Rovsing negativos). RHA presentes. Percusión no timpánica. PPRB negativa.

Casos clínicos

Índice de autores

A la exploración genital, hemiescroto izquierdo aumentado de tamaño, eritematoso, edematosos y con aumento de la temperatura. A la palpación testicular, que resulta dolorosa, testículo izquierdo aumentado de tamaño, con signo de Prehn positivo.

Se deriva a SUH para completar estudio. En estudio analítico, discreta elevación de PCR (30.8 mg/L) y discreta leucocitosis (12980/ μ L) con neutrofilia (8810/ μ L). En ecografía testicular, teste izquierdo aumentado de tamaño con alteración de la disposición normal y ecogenicidad heterogénea en comparación al contralateral, sin observar vascularización en Doppler color, con torsión a nivel del pedículo vascular e hidrocele leve-moderado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Torsión testicular

Diagnóstico diferencial

Torsión testicular, orquitis, epididimitis, tumor testicular

Comentario final

La torsión testicular siempre debe tenerse en cuenta a la hora de valorar un dolor escrotal agudo, ya que se trata de una emergencia en la que si se retrasa el diagnóstico se puede perder la viabilidad del órgano. Ante la más mínima sospecha, debe ser derivado al siguiente nivel de atención para su tratamiento oportuno (quirúrgico en muchos casos) y seguimiento por parte de Urología.

Bibliografía

García-Fernández G, Bravo-Hernández A, Bautista-Cruz R. Testicular torsion: A case report. *Cir y Cir* (English Ed [Internet]. 2017;85(5):432–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.014>

644/168. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTE FRÁGIL**Autores:**

Fernández Navarro, N.¹, Muñoz Gallardo, Y.¹, Ruíz Fernández, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Varón 91 años. AP: HTA, deterioro cognitivo leve (Pfeiffer 4), dependiente ABVD, vida sillón-cama (Barthel 50). Acude la hija refiriendo aumento de disnea basal y edemas miembros inferiores. Solicita visita domiciliaria (realizada el mismo día) por paciente frágil, difícil movilidad y habitar en medio rural

Convive con su mujer, domicilio situado en terreno forestal, a 7km del centro médico más cercano, no poseen vehículo propio. Cuidadora principal la hija quien pernocta de manera ocasional

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico en reposo, afebril, en sedestación con ayuda de dos almohadas. Refiere ortopnea y disnea a mínimos esfuerzos dos noches previas, no dolor torácico, no palpitaciones

FC 121. SatO₂ 94%. TA 150/80. AC: arrítmicos sin soplos. AP: MVC con crepitantes en ambas bases, acen tuados base izquierda. MMII: edemas con fovea limitados en región pretibial bilateral, no signos de TVP

Ante estos hallazgos se ofrece a familiares el traslado al hospital para valoración. Tanto paciente como familiares rechazan dicho traslado y solicitan tratamiento sintomático en domicilio. Se explican riesgos potenciales de permanecer en domicilio, los cuales aceptan. Pautamos enoxaparina 60mg/24h, bisoprolol 1.25mg/24h y furosemda 40mg/12h con descenso progresivo. Indicamos control TA, seguimiento en 48 horas, si empeoramiento de síntomas consultar a servicios de emergencia

Tras segunda visita presenta mejoría de sintomatología, con disminución significativa de edemas. Ante cuadro agudo y contexto médico, geográfico y familiar, la hija nos refiere que se encuentra buscando ayuda domiciliaria.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Casos clínicos

Índice de autores

Anciano frágil, posible Fibrilación Auricular de data indeterminada y exacerbación aguda de Insuficiencia Cardíaca

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica, Neumonía, EPOC, Hipertensión pulmonar

Comentario final

En el actual escenario con una población cada vez más longeva y pluripatológica, la atención domiciliar es un pilar básico de AP. El domicilio es el medio natural del paciente y tras dicha visita podemos hacer una valoración integral de la problemática y planificar distintas actuaciones consensuadas con pacientes y familiares. Estas decisiones compartidas son especialmente útiles ante la incertidumbre en la toma de decisiones clínicas, ya que solo disponemos de anamnesis y exploración física para llegar a una sospecha diagnóstica, tal y como hemos resumido en el caso expuesto

Bibliografía

• Miguel Acosta Benito, Xavier Bayona Huguet. *Guía de Atención Domiciliaria*. SemFYC. Mayo 2019

644/169. “MI HERMANA NO ES ELLA”**Autores:**

Álvarez Valle, M.¹, Acosta Navarro, G.¹, Canto Martín, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Norte. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente mujer de 41 años, con antecedentes de epilepsia, que acude a consulta acompañada por su hermano por cefalea de 72 horas de evolución, acompañada de pico febril en el día previo de 38.5°C. Valorada días antes en SUAP con diagnóstico de “crisis migrañosa” y tratamiento con AINES.

Nos refiere el hermano que “mi hermana no es mi hermana, está rara, lenta, le cuesta coordinar mo-

vimientos y está muy dormida”. Al interrogar a la paciente, nos comenta que la cefalea comenzó en región occipital, extendiéndose progresivamente hasta hacerse holocraneal. Presenta náuseas con vómitos alimentarios, fotofobia y sonofobia. Adicionalmente refiere inestabilidad y dificultad para la marcha.

Exploración y pruebas complementarias

REG, CyO en tiempo-espacio-persona, escasamente colaboradora, bradipsíquica, con tendencia a la letargia y somnolencia. BHyP, eupneica en reposo y hemodinámicamente estable (TA: 105/70). Fiebre de 38.2°C.

ACP anodina. A la exploración neurológica, PINRLA, PPCC conservados, RFM directo y consensuado normales. Sin hallazgos en campimetría por confrontación. No disimetrías, disidiadocinesia. No claudicación en Barré ni Mingazzini. REMS normales. Signos de irritación meníngea negativos. Romberg negativo. Enlentecimiento de la marcha.

Ante la sospecha de meningitis/encefalitis, se deriva a SUH, realizándose analítica completa (sin hallazgos) y solicitando TAC craneal, detectándose a nivel de lóbulo temporal área hipodensa de bordes mal definidos, sin realce al contraste endovenoso con dimensiones de 45x34 mm. Sugieren realización de RMN para descartar patología tumoral cerebral primaria en primera instancia.

Durante ingreso se realiza RMN, detectando edema difuso a nivel temporal derecho en relación a proceso inflamatorio, debiendo considerarse la encefalitis herpética. Se realiza PL (PCR a Herpesvirus positiva)

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Encefalitis herpética

Diagnóstico diferencial

Meningitis, Encefalitis, Hemorragia subaracnoidea, Migraña, Epilepsia

Comentario final

La patología infecciosa del SNC es infrecuente y tiene baja prevalencia, pero que requiere de un alto índice de sospecha para el diagnóstico y precisa de derivación urgente a SUH dado el mal pronóstico en caso

Casos clínicos

Índice de autores

de que se produzcan retrasos en el inicio de su tratamiento. Este debe iniciarse de manera precoz siempre que sospechemos este tipo de patologías.

Bibliografía

• Burón Mediavilla FJ, Rodríguez Borregan JC, Miñambres E, González Fernández C, González Castro A, Holanda Peña MS, et al. Encefalitis herpética en adultos: 23 Casos. *An Med Interna*. 2005;22(10):473-7.

644/170. CUANDO LA EXPLORACIÓN FÍSICA ES FUNDAMENTAL PARA EL DIAGNÓSTICO

Autores:

Montilla López, A.¹, Morales Delgado, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 81 años con antecedentes personales de HTA, flutter auricular, EPOC en tto con BIPAP, TEP y TVP en 2018, miastenia gravis generalizada desde 2017. Dado de alta hace una semana tras hospitalización en Neurología por Infección de tracto urinario y crisis miasténica.

Tratamiento habitual: Losartan/Hidroclorotiazida, Amiodarona, Neostigmina

Traído a consulta por familiares por deterioro de estado general y negación voluntaria a la ingesta, sin disfagia. No fiebre, no disnea, ni alteración del hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, poco orientado, dificultad para la comunicación debido a su situación basal y pluripatología. Sequedad de mucosas y piel. Estabilidad hemodinámica. Descubrimos al paciente para su exploración.

ACP: Tonos arrítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin alteraciones.

ABDOMEN: Blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. En hemiabdomen inferior izquierdo presenta placa dolorosa a la palpación y con aumento de temperatura, inflamación y crepitación de la zona, que se extiende por zona posterior hacia tórax.

MMII: No edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Cr 3.42 mg/dl. PCR 337 mg/L. Procalcitonina 10.3 ng/ml. Resto sin alteraciones.
- AC Abdominal sin contraste: Enfisema de partes blandas en hemicuerpo izquierdo que diseca planos musculares desde zona paravertebral cervical, escapular, pared torácica izquierda y miembro superior izquierdo que se extiende hasta región inguinoescrotal izquierda, con colección intramuscular en flanco izquierdo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Fascitis necrotizante

Diagnóstico diferencial

Crisis miasténica

Comentario final

Tras la realización del juicio clínico, el servicio de cirugía general desestimó intervención quirúrgica por la gran afectación y la fragilidad del paciente; falleciendo lamentablemente el paciente en horas posteriores.

Cuando nos encontramos ante pacientes con múltiples comorbilidades y pluripatologías, la anamnesis puede ser un paso complejo de nuestro trabajo; debido a que en muchas ocasiones, viene acompañado de un deterioro cognitivo y dificultad para la comunicación por el propio paciente. En estos casos, tenemos que hacer real hincapié en una exploración física completa ya que podemos encontrar algún hallazgo que nos oriente en nuestra búsqueda diagnóstica como en el caso de nuestro paciente.

Bibliografía

• Ferrer-Lozano Y, Morejón-Trofimova Y. Fascitis necrosante. Actualización del tema Necrotizing fascitis. *Updating on the topic. Medisur*. 2018; 16 (6).

644/172. COMO ME DUELE EL PELO

Autores:

Muñoz Gallardo, Y.¹, Fernández Navarro, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Mujer 56 años. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes tipo II y migraña sin aura. En tratamiento con AAS 10mmg/24horas, Enalapril 20mg/24horas, Metformina 1g/ empaglifozina 5mg/12 horas, sitagliptina 100mg/24horas.

Acude a consulta de atención primaria por dolor punzante en cuero cabelludo de semanas de evolución que no mejora con tratamiento con analgesia de primer escalón. Así mismo paciente que no puede ni peinarse en dicha región por el dolor que le genera.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente. Orientado en las tres esferas. Colaborador. BHNyP. Eupneica en reposo sin observarse aumento del trabajo respiratorio. Afebril y hemodinámicamente estable en el momento actual. Glasgow 15/15 sin focalidad neurológica. Región parietal izquierda se delimita zona circunferencial con hiperalgesia y con ligero eritema en superficie.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cefalea numular.

Diagnóstico diferencial

Hiperalgesia local. Cefalea numular

Comentario final

Se pauta tratamiento con amitriptilina 50mg/24h, gabapentina 50 mg/12horas. Mejoría, pero persistencia hiperalgesia en región por lo que se decide derivación a neurología para optimizar tratamiento. Tras valoración deciden subir gabapentina hasta 300mg/12horas y dada la poca mejoría prueba toxina botulínica que presenta respuesta completa.

El dolor de la cefalea numular queda confinado en una pequeña área del cráneo, que los pacientes suelen delinear en forma elíptica o circunferencial. El dolor de los pacientes con cefalea numular de nuestra serie se manifestaba mayoritariamente con una cualidad opresiva. Cuyo tratamiento de base es la gabapentina, indometacina y toxina botulínica.

Bibliografía

- García-Iglesias C, Martínez-Badillo C, García-Azorín D, et al. Secondary Nummular Headache: A New Case Series and Review of the Literature. Pain Med 2021; 22:2718.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38:1.

644/174. ALUCINOSIS CHARLES-BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Brata, C.¹, García Gallego, A.², Lemos Pena, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Paciente, mujer de 85 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, antecedentes de parkinsonismo medicamentoso, disminución importante de la agudeza visual (en los últimos 10 meses) e hipoacusia. Aunque la paciente hace vida normal en casa y

Casos clínicos

Índice de autores

vive sola, por el déficit importante de la visión no se atreve a salir de casa. Pfiffer 2, Barthel 75, Riesgo alto de caídas.

Exploración y pruebas complementarias

Acudimos a la casa de la paciente. Presenta exploración neurológica normal, salvo disminución de la agudeza visual y test minimental normal. Curamos analítica de sangre para estudio de posibles déficits o estudio de posibles infecciones sin evidenciar patología.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Decidimos derivación a Neurología. Tras estudio por su parte, informan de diagnóstico de alucinosis de Charles-Bonnet en el contexto de la pérdida de visión de rápida evolución. Indican quetiapina como tratamiento. Posteriormente, la paciente presenta empeoramiento del cuadro clínico por lo que volvemos a mandar. Rechazan la revisión e indican haloperidol. Contactamos telefónicamente con el equipo de Salud Mental ya que la paciente tiene antecedentes de parkinsonismo medicamentoso, lo que podría contraindicar este tratamiento. Confirman e indican risperidona con lo que se consigue el control parcial de la clínica.

Diagnóstico diferencial

Delirium

Psicosis

Tumores cerebrales

Demencia

Comentario final

En atención primaria nos confrontamos con patologías muy diversas. En este caso vemos una patología benigna no muy frecuente, pero que empeora la calidad de vida de la paciente. Además, gracias a que pudimos ver todos los antecedentes personales de la paciente, pudimos intervenir a la hora de iniciar nuevo tratamiento y mejorar los resultados. Es uno de los papeles más importante del médico de familia, es decir, conocer a sus pacientes.

Bibliografía

- 1. "¿Qué Es El Síndrome de Charles Bonnet? - American Academy of Ophthalmology." *American Aca-*

demy of Ophthalmology, 12AD, <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-el-sindrome-de-charles-bonnet>.

- 2. Fernández A, Lichtshein B. The Charles Bonnet syndrome: a review. *J Nerv Ment Dis.* 1997; 185:195-9.
- 3. Llamas JE, Gamenara CJ. Síndrome de Charles Bonnet y trastorno cognoscitivo leve. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2001;10(3)

644/175. EL TIEMPO CON EL PACIENTE, LA BASE DE LA MEDICINA.**Autores:**

Carrillo García, L.¹, Díaz-Crespo Mora, B.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Paciente de 56 años.

AF: Madre DM tipo2 insulín dependiente. No AF con patología tiroidea

AP:

NAMC

Fumadora de 6-7 cigarrillos al día

Dislipemia

Hipotiroidismo primario. Tiroiditis autoinmune. En tratamiento con eutirox con aumento de dosis progresiva por persistencia de alteración hormonal.

Hipertensión ocular.

IQX: hallux valgus

Tratamiento: atorvastatina 40mg, eutirox 137 mcg, omeprazol 20mg y lormetazepam 2mg.

Mujer de 56 años que acude a consulta de AP para resultados de control de hormonas tiroideas y tra-

Casos clínicos**Índice de autores**

tamiento por parte de endocrinología. En AS encontramos que la paciente presenta a pesar de eutirox 137mcg: Tirotropina 94,459 µUI/mL y Tiroxina 0,82. Asintomática.

Ante persistencia de alteraciones analíticas investigamos adherencia al tratamiento y modo de administración, refiere que se toma eutirox junto con desayuno y resto de medicación. Se indica a la paciente que probablemente está es la causa de la alteración y explicamos que el tratamiento se debe tomar al menos 20 minutos antes del desayuno sin otra medicación con al menos 8 horas de ayuno para que la absorción de la hormona sea correcta. Calculamos dosis correcta ajustándola por peso que sería 100-112 mcg/día.

Exploración y pruebas complementarias

TA 110/60 Eupneica en reposo. COC. BHYP.

Peso 67kg

ACP: Tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos

Se palpa bocio blando, no nódulos.

Analítica de sangre

Hemoglobina 14.4, colesterol 333 con HDL 63, LDL 242, TG140, HbAc1 6%, ferritina 52,6. VitaminaD 10.1

Tirotropina *94,459 µUI/mL

Tiroxina (libre) *0,82 ng/dL

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Hipotiroidismo primario. Tiroiditis autoinmune

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo primario infratratado. Hipotiroidismo Hashimoto.

Comentario final

En este caso clínico se pone de manifiesto la importancia de una buena entrevista clínica, así como la escucha activa y el tiempo empleado en consulta a la hora de abordar un paciente plurimedcado. En este caso, el fracaso terapéutico se debía a una forma incorrecta de administración puesto que no se le había dedicado el tiempo suficiente en explicarle

cómo tomar el fármaco. De esta forma ha ocasionado múltiples consultas en endocrinología y en nuestra consulta de AP junto con una sobredosificación farmacológica.

Bibliografía

- Wiersinga WM, Duntas L, Fadeyev V, Nygaard B, Vanderpump MP. 2019 ETA Guidelines: The use of L-T4 + L-T3 in the Treatment of Hypothyroidism. *Eur Thyroid J.* 2012; 1:55-71

644/176. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITBL) EN PACIENTE UCRA- NIANO**Autores:**

Quero Fernández, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente de 52 años natural de Ucrania, refugiado de guerra, que reside en España desde hace 3 meses en casa de su hermano. Profesión: electricista. Ruta migratoria: directo en avión. Acude a consulta de AP para seguimiento de su hipertensión, asintomático.

Se realiza protocolo cribado de inmigrante con exploración anodina, con TA: 150/90 como único hallazgo. Analítica dentro de la normalidad.

Exploración y pruebas complementarias

Mantoux de 12mm con radiografía de tórax sin alteraciones. No adenopatías ni clínica respiratoria o fiebre. No refiere contacto con sintomáticos. No se había realizado mantoux previos en su país ni refiere haber sido diagnosticado ni tratado de tuberculosis.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Ante estos hallazgos se diagnostica de ITBL. En un primer momento se plantea quimioprofilaxis con rifampicina e isoniazida 3 meses, pero ante paciente poco colaborador, posible desplazamiento a otra provincia y procedencia de país con alta tasa de mul-

Casos clínicos

Índice de autores

tirresistencias se decide abordaje educacional explicando necesidad de acudir a urgencias ante signos de reactivación.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad tuberculosa activa

Comentario final

El paciente con ITBL procedente de zonas de alta incidencia, como puede ser Ucrania, donde según la OMS casi un tercio de las infecciones por *M. tuberculosis* son multirresistentes, es un caso que debido a la geopolítica actual podemos llegar a encontrarnos en la consulta de AP con facilidad. La dificultad para estimar el origen del contagio, la ausencia de foco del que extrapolar las resistencias y la posible mala adherencia al tratamiento, por la movilidad y pérdidas de los pacientes, hacen que sea necesario sopesar el riesgo-beneficio de iniciar quimioprofilaxis. Tras una revisión de la bibliografía actual, en reglas generales, ante la sospecha de contagio procedente de zona de alta tasa de multirresistencia, se prefiere un abordaje educacional y expectante. Sin embargo, se debe individualizar la decisión en cada caso, con una adecuada anamnesis que incluya la presencia de síntomas, ruta migratoria...etc. Así como siempre descartar la infección activa mediante la clínica, radiografía de tórax y estudios microbiológicos si precisa.

Bibliografía

- Maunank Shah, M.D., Ph.D., Susan E. Dorman, M.D. *Latent Tuberculosis Infection. N Engl J Med* 2021; 385:2271-80
- WHO global lists of high burden countries for TB, multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB) and TB/HIV, 2021-2025

644/178. CUANDO LA TOS VA MAS ALLA.**Autores:**

López Muñoz, A.¹, Pérez García, A.², Cano Blanco, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villacarrillo. Villacarrillo.

Jaén, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Úbeda. Jaén

Descripción del caso

Ámbito: Consulta atención primaria.

Paciente de 31 años años de edad con AP de trastorno bipolar y agorafobia. Previamente con serología VIH y Sifilis negativa por mantener contacto sexual con una pareja positiva.

Ambito Familiar: Buen apoyo familiar. Trabajador agrícola. Buenas condiciones socio-económicas.

MC:Acude a consulta por episodios de tos de 4 meses de evolución, que se asocia a astenia, cefalea y sudoración nocturna intermitente.Se le solicita analítica y Rx de torax.

Tras resultado de pruebas complementarias, se contacta directamente con la consulta rápida de Medicina interna, se le solicita TAC y ampliación de analítica con marcadores.

Tras pruebas complementarias todo orienta hacia patología linfoproliferativa. Se le realiza biopsia de ganglio y se interconsulta con Hematología.

Finalmente se llega al diagnóstico de LINFOMA HODKIN SUBTIPO ESCLEROSIS NODULAR.

Tras el diagnóstico el paciente acude a nuestra consulta con incertidumbre y desesperanza, se le pasa el TEST DE ANSIEDAD GAD 7 con una puntuación de 17, síntomas de ansiedad severos. Se deriva a equipo de salud mental con medicación ansiolítica con posterior mejoría.

TRATAMIENTO: Quimioterapia 6 ciclos y Rt consolidada por parte de ONCOLOGIA Y ONCOLOGIA RT.

EN LA ACTUALIDAD ULTIMO PET/TAC SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS, seguimiento por hematología cada 4 meses los dos primeros años y por nuestra parte, mantiene buen control de la ansiedad y se encuentra trabajando.

Exploración y pruebas complementarias

A destacar buen estado general. Resto anodino.

Casos clínicos Índice de autores

Se le solicita analítica y Rx de tórax.

Analítica:

Hb: 11,3. Plaquetas: 565.000. LDH 321. Coagulación INR 1,62.

Proteína C reactiva 99,1. Fibrinógeno: 769. Tiroides Normal. Serología Hepatitis y VIH Negativas.

Rx TORAX: Ensanchamiento Mediastínico (adjunto imagen).

Posteriormente se le realiza TAC analítica más amplia y Biopsia de Ganglio.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sd linfoproliferativo/Linfoma.

Diagnóstico diferencial

Patología tiroidea, timo, teratoma o Linfoma.

Comentario final

Los médicos de familia somos la puerta de entrada al sistema sanitario. Una buena orientación diagnóstica desde el principio es fundamental a la hora de detectar problemas de salud en nuestros pacientes. En este caso con nuestras armas más poderosas la anamnesis y la exploración física, unido a la radiografía y una analítica nos han permitido una derivación y diagnóstico y tratamiento precoz, mejorando la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- Armando Martin Zurro. *Compendio de atención primaria*. 5 edición. 06/2021.

644/179. INFECCIONES URINARIAS Y VAGINITIS DERIVADOS DEL USO DE ISGLT-2. A PROPÓSITO DE UN CASO**Autores:**

Fernández Carreño, I.¹, García González, S.², Cejudo Casas, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Consultorio Local Barrio Achilla - Cañada Sebastiana. Vicar. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería

Descripción del caso

Mujer de 73 años con antecedentes personales de DM2 e HTA, diagnosticada de Liquen plano vulvar e incontinencia urinaria que precisa del uso de absorbentes diarios, viene a nuestro Centro de Salud por presentar infecciones urinarias y vulvovaginitis de repetición desde hace 2 años

aproximadamente, coincidiendo con la introducción en su tratamiento de ISGLT-2. Además, toma habitualmente Sitagliptina 50mg, Metformina 1000mg cada 12h, Losartan 50mg y Mirabegron 50mg al día.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física genito-urinaria es similar a la recogida en episodios previos en su historia clínica: Se objetivan lesiones exudativas blanquecinas extensas localizadas sobre liquen plano en zona vulvar y perianal. Además, se aprecia eritema intenso, muy pruriginoso, en vulva e introito.

Como pruebas complementarias se realizan diversos urocultivos, obteniendo diferentes bacterias causantes de la infección urinaria (*Escherichia Coli*, *Enterococcus Faecalis*, *Staphylococcus Hominis*) y exudados vaginales, resultando *Candida Albicans* de forma repetida.

La paciente presenta un control diabetológico adecuado.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Infecciones urinarias y vulvovaginitis de repetición en paciente diabética que toma ISGLT-2.

Diagnóstico diferencial

Debemos descartar otras patologías que también cursan con síndrome miccional y/o prurito vulvovaginal: Cistitis intersticial, Síndrome Behçet, Uretritis, Dermatitis de contacto a los absorbentes.

Comentario final

Casos clínicos**Índice de autores**

En Atención Primaria debemos tener presente los efectos adversos que pueden provocar los diferentes medicamentos que

utilizamos. En este caso, no está indicada la suspensión del ISGLT-2 por el buen control metabólico que proporciona, a

pesar de observar infecciones genito-urinarias de repetición que responden bien al tratamiento.

Bibliografía

- Martín Zurro, *Atención Primaria, Problemas de Salud en la consulta de Medicina de Familia*, 2014
- Jiménez Murillo, *Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2019
- Sociedad Española de Endocrinología
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas

644/180. UNA ATÍPICA LOCALIZACIÓN DA LUGAR A CONFUSIÓN**Autores:**

Rueda Colomina, C.¹, Pérez Rodríguez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Coín. Málaga

Descripción del caso

Paciente mujer de 47 años, con enfermedad de Hashimoto como único antecedente de interés, que acude a consulta de su médico de Atención Primaria por una pápula eritematosa y dolorosa periareolar en mama derecha. Se le pauta amoxicilina-clavulánico oral, mupirocina tópica y paracetamol oral por sospecha de impétigo. A los tres días la paciente, preocupada por la ausencia de mejoría de la lesión, acude de nuevo a consulta de medicina de Atención Primaria. Esta vez, se observan lesiones alrededor de la areola de la mama derecha de disposición lineal y en distintos estadios evolutivos: pápulas eritematosas, vesículas y costras. Considerando la evolución y la ausencia de mejoría con tratamiento antibiótico, se pauta aciclovir oral con la sospecha de herpes zóster. Sin embargo, la infrecuente localización de este tipo de lesión en zona periareolar genera dudas. A los 2

días la paciente acude a Urgencias Hospitalarias por intranquilidad ante la mejoría parcial de su lesión y la persistencia del dolor. El médico de urgencias realiza interconsulta al dermatólogo, el cuál sospecha también una lesión herpetiforme en mama derecha, sustituye aciclovir por valaciclovir oral y añade pregabalina oral al tratamiento. Finalmente, la paciente vuelve a consulta de su médico de Atención Primaria con franca mejoría de la lesión y del dolor.

Exploración y pruebas complementarias

El médico de Atención Primaria usa como herramienta de exploración la inspección y la palpación.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Herpes Zóster

Diagnóstico diferencial

Impétigo no ampolloso/Herpes zóster con “impetiginización” secundaria/Enfermedad de Paget mamaria.

Comentario final

El médico de Atención Primaria juega en un terreno de incertidumbre, y a veces una lesión cutánea en una zona infrecuente puede generar dificultad para acertar en el diagnóstico. Por ello, se destaca la importancia del seguimiento activo del paciente.

Bibliografía

- Patil A, Goldust M, Wollina U. *Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. Viruses*. 2022; 14:192.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. *Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis*. 2014;59: 147-59.

644/181. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE CERVICALGIA**Autores:**

Lorente Callejo, M.¹

Centro de Trabajo:

Casos clínicos

Índice de autores

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva*

Descripción del caso

Varón de 21 años, con antecedentes de escoliosis, que consulta por cervicalgia de 5 días de evolución, así como episodios aislados de mareo y un vómito. Hemodinámicamente estable, eupneico en reposo. A la exploración de columna cervical presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha que aumenta con la rotación. Exploración neurológica sin hallazgos en la fuerza, sensibilidad, marcha, ni coordinación. Se realiza radiografía que evidencia rectificación cervical sin otras alteraciones. Se orienta como cuadro músculo-esquelético y se pauta Enanplus junto diazepam.

Exploración y pruebas complementarias

A los 2 días vuelve a consultar por ausencia de mejoría con medicación pautada. Indica empeoramiento de cervicalgia con la bipedestación, así como dificultad para deambular no presente en días previos. El paciente presenta buen estado general y estabilidad hemodinámica. Afebril. Auscultación y exploración abdominal sin hallazgos. Mantiene dolor a la palpación de musculatura paravertebral bilateral con actitud antiálgica. No se aprecian alteración en los pares craneales, la fuerza ni sensibilidad ni alteración del lenguaje. Se encuentra algo adormilado y tiende a sentarse durante la exploración ante dificultad para mantenerse en bipedestación según indica. Se decide derivación al servicio de Urgencias Hospitalaria para descartar posible patología intracraneal. En Hospital de referencia administran analgésicos y anexate intravenoso ante posibilidad de intoxicación por tóxicos. Ante ausencia de mejoría con medicación administrada y persistencia tanto de somnolencia como de la dificultad para la deambulación y bipedestación prolongada solicitan TAC craneal que informa de severa hidrocefalia obstructiva secundaria a malformación de Chiari 1.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Cervicalgia

Diagnóstico diferencial

Patología intracraneal, patología músculo-esquelética, somatización de trastorno ansioso-depresivo, intoxicación por tóxicos.

Comentario final

La malformación de chiari es una patología poco común que consiste en una afección en la que el tejido cerebral se extiende hacia el canal espinal. Cursa con dolor de cuello, marcha inestable, mala coordinación de manos, parestesias en miembros y mareos.

Bibliografía

•Ruiz Hernández I, Cano Soler A. Malformación de Arnold Chiari tipo I. Presentación de un caso. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2010 oct [citado 2022 Abr 26]; 32(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500014&lng=es.

644/188. SOMNOLENCIA EN ANCIANA**Autores:**

Lorente Callejo, M.¹, Morán Rocha, M.²

Centro de Trabajo:

(1) *Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva*

Descripción del caso

Recibimos aviso a demanda por diarrea en una paciente frágil. En su Historia Clínica observamos que se trata de una mujer de 78 años con antecedentes de encefalopatía microvascular crónica severa, dislipemia, hipertensión, enfermedad renal crónica y síndrome depresivo. Realiza tratamiento con alprazolam, anafanil, perfenazina, bromazepam, propranolol, simvastatina, amlodipino, indapamina, ácido fólico-cianocobalamina, omeprazol y amitriptilina. Dependiente para todas las actividades de vida diaria. A nuestra llegada nos recibe la hija que indica que la paciente ha presentado diarreas sin productos pato-

Casos clínicos**Índice de autores**

lógicos en los últimos 3 días. Niega cuadro emético ni quejas por molestias abdominales. Escasa ingesta de líquidos y sólidos desde inicio del cuadro. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente se encontraba sentada en una butaca muy somnolienta, eupneica en reposo, evidenciándose escasa respuesta a estímulos. Estable hemodinámicamente, manteniendo TA 125/73 mmHg, Fc a 74 lpm y saturación 98%. Auscultación dentro de la normalidad. No es posible la realización de exploración neurológica debido a la escasa respuesta a estímulos, aunque mantiene reflejo fotomotor ante apertura ocular forzada. Se reinterroga a familiar por situación clínica e indica que su madre tiende a dormir siestas durante el día aunque desde inicio del cuadro ha ido aumentando el tiempo de sueño sin asociar insomnio. A pesar de la somnolencia le ha suministrado toda su medicación pautada, incluidas las benzodiacepinas (última toma hacía 7 horas). Se avisa al equipo de Urgencias que acude a domicilio, monitoriza a la paciente y opta por administrar flumazilo con buena respuesta.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Somnolencia

Diagnóstico diferencial

Osés I, Burillo-Putze G, Munné P et al. Intoxicaciones medicamentosas (I): Psicofármacos y antiarrítmicos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003 [citado 2022 Abr 23]; 26(Supl 1): 49-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200004&lng=es.

Comentario final

Sobredosificación benzodiacepinas, intoxicación medicamentosa (antidepresivos y antipsicóticos), demencia, ictus, tumor cerebral.

Bibliografía

- *En pacientes ancianos con excesiva somnolencia se ha de descartar posible sobredosificación con benzodiacepinas. Esta situación no se da únicamente por elevada ingesta en un momento puntual, sino también por efecto acumulativo de la medicación como fue el caso de nuestra paciente. Si la última*

toma fue menor a 2h se puede valorar el uso de carbón activado. El antídoto es el flumazenilo.

644/194. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE. BÚSQUEDA DE POSIBLES CAUSAS.**Autores:**

Márquez Estudillo, M.¹, Bueno Navarrete, P.², Padilla Restoy, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barrios. Los Barrios. Cádiz

Descripción del caso

Varón de 34 años.

Sin antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia ni otros factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes personales sin interés.

Presenta HTA resistente a tratamiento con IECAs, antagonistas del calcio, hidroclorotiazidas y alfabloqueantes.

Exploración y pruebas complementarias

- Analítica de control: hipopotasemia de 2,6.
- Tensión arterial: 152/112 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 70 lpm.
- Peso: 89.2 kg
- Perímetro abdominal: 104 cm
- IMC: 29
- Resto de exploración anodina.
- Se solicita eco-doppler renal, TC abdominal, ergometría y estudio por cardiología y endocrinología.
- Se añade al tratamiento espironolactona 100mg/12h con mal control de tensión.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

- HTA de origen renovascular.
- Hiperaldosteronismo primario.

Diagnóstico diferencial

- HTA de origen renovascular
- Hiperaldosteronismo primario o Síndrome de Conn
- Feocromocitoma

Comentario final

Las pruebas complementarias resultaron normales salvo el TC abdominal donde se objetivó un nódulo suprarrenal derecho de 7mm. Ante estos hallazgos se decidió suspender la espirolactona observándose niveles de aldosterona elevados con actividad de renina plasmática disminuida (relación aldosterona/renina elevada). Se descartó la existencia de hipercortisolismo concomitante. Ante la sospecha de hiperaldosteronismo primario se midió los niveles de aldosterona antes y después de infusión salina confirmando la autonomía de la glándula en la producción de aldosterona.

Se decidió realizar suprarrenalectomía derecha normalizándose así las cifras de tensión y los niveles de potasio meses después.

Ante un paciente joven con HTA resistente e hipopotasemia se deben buscar causas secundarias de dichas patologías, pensando en primer lugar en un origen renovascular, evaluando después la causa endocrina más común como es la hiperaldosteronismo primario o Síndrome de Conn.

Bibliografía

1. Young WF Jr. *Diagnosis and treatment of primary aldosteronism: practical clinical perspectives. J Intern Med* 2019; 285:126.
2. Monticone S, D'Ascenzo F, Moretti C, et al. *Cardiovascular events and target organ damage in primary aldosteronism compared with essential hypertension: a systematic review and meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6:41.
3. Nanba K, Omata K, Else T, et al. *Targeted Molecular Characterization of Aldosterone Producing Ade-*

nomas in White Americans. J Clin Endocrinol Metab 2018; 103:3869-4. El Ghorayeb N, Mazzucco TL, Bourdeau I, et al. *Basal and Post-ACTH Aldosterone and Its Ratios. Are Useful During Adrenal Vein Sampling in Primary Aldosteronism. J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101:1826.

644/195. SÍNDROME CONSTITUCIONAL NO ES CÁNCER

Autores:

Cejudo Casas, M.¹, García González, S.², Fernández Carrero, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Berja. Almería, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Barrio Achilla - Cañada Sebastiana. Vácar. Almería, (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Adra. Almería

Descripción del caso

Paciente mujer de 65 años que acude a consulta por pérdida de peso de 7 kg en el último mes, febrícula vespertina (37,8°C), dolor torácico atípico, molestias costales bilaterales y poliartalgias desde hace un mes y medio. Se pautó tratamiento con Cefuroxima 500mg/12h durante 5 días.

Antecedentes personales: - HTA-Dislipemia -Sd. Sjögren primario -Colelitiasis -Infección por SARS COV 2019 en Enero 2022 I. Quirúrgicas: Apendicectomía, Histerectomía

No hábitos tóxicos.

A los dos días debido a nula mejoría acude a urgencias hospitalarias; ingresando a cargo de medicina interna. Tras los hallazgos radiológicos y analíticos se solicita un TC toraco-abdominal y Eco Cardio, que se descarta presencia de neoplasia y manifiesta derrame pericárdico y derrame pleural bilateral. Se procede a iniciar tratamiento con bolos de prednisona 125 x 3 días con descenso progresivo. Tras el tratamiento con Corticoides, mejoría significativa de la clínica,

Casos clínicos

Índice de autores

analítica y radiográfica. Se completa estudio analítico; donde se descubre que la paciente padecía un LES no diagnosticado.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente y orientada. Tinte citrino de piel. Palidez de mucosas. Afebril.

TA:118/80 SatO2: 97%

ACR: MVC, no ruidos patológicos, Eupneica. Rítmico a 110 lpm sin soplos.

Abdomen: Blando depresible, molesto a la palpación de forma difusa. No irritación peritoneal.

No se palpan adenopatías.

Analítica urgencias: PCR: 13.01 Hb:11 VCM 75 BNP. 812 F.Reumatoide :15 PCR Covid : negativa .

Rx Tórax: ICT<50%, aumento de silueta cardíaca y pinzamiento de senos costofrénicos.

TC Toraco-Abdominal: Derrame pleural bilateral y marcado derrame pericárdico.

Eco Cardio: Derrame pericárdico moderado sin compromiso hemodinámico. Derrame pleural bilateral.

Analítica previa alta: Hierro: 41.0; Ferritina: 208.0; Transferrina: 245.0; Ácido Fólico: 21.03; Vitamina B12: 1210.0; PCR:1.38; FR, C, lgs normales. ANA + 1/320 moteado granular. AntiDNA+ 35. ENA antiRo+. Hb: 11.4; VSG: 67.0

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Sd Sjögren secundario

Anemia Ferrópenica

LES

Diagnóstico diferencial

Sd.Sjögren

Neoplasia

Poliserositis

Comentario final

La Poliserositis puede ser el debut en pacientes con LES. Como enfermedades autoinmunes es impor-

tante pensar en que el padecer una ya es factor de riesgo de padecer otra enfermedad autoinmune. El retraso diagnóstico y tratamiento da lugar a complicaciones graves.

Bibliografía

•Harrison: *Principios de Medicina Interna*, 20ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2018

644/196. DOCTOR, ME CUESTA BATIR HUEVOS**Autores:**

Nuez Ramos, G.¹, Díaz Sarmiento, S.², Hussein Alonso, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Los Barrios Este. Los Barrios. Cádiz, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras - Sur Saladillo. Algeciras. Cádiz

Descripción del caso

Paciente varón de 42 años con el único antecedente personal de adenoma pleomorfo en parótida derecha intervenido. No tratamiento habitual. Niega hábitos tóxicos. Acude refiriendo pérdida de velocidad para la rotación de muñeca derecha de dos semanas de evolución. Niega traumatismo previo o sobreesfuerzo físico. No refiere dolor ni parestesias u otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Se constata ralentización de la rotación de la muñeca derecha respecto a la izquierda. No alteraciones en la dorsiflexión, movilidad de las falanges, codo u hombro en todos los planos. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad.

Radiografía y ecografía de muñeca derecha sin hallazgos patológicos. TC de cráneo sin alteraciones reseñables.

Es derivado a Neurología que lo valoran a los 5 meses constatando el déficit en la exploración y le solicita un electromiograma y una RNM craneal que ambos

Casos clínicos

Índice de autores

resultan normales. Lo vuelven a valorar con dichos resultados y en la exploración se observa limitación en la rotación de la muñeca, codo y tobillo derecho, disminución del braceo y rigidez de MSD y bradicinesia en hemicuerpo derecho. No presenta temblor. Ante la sospecha de un síndrome bradicinético se le solicita un DATSCAN cuyo resultado es compatible con parkinsonismo degenerativo.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parkinsonismo degenerativo

Diagnóstico diferencial

Síndrome bradicinético, Distonía, Enfermedad de Pákinson, Enfermedad de Wilson, Parálisis Supranuclear Progresiva, Atrofia Multisistema, hiperparatiroidismo primario.

Comentario final

Ante una sintomatología tan poco florida en un principio, siendo un hallazgo prácticamente casual y dada la edad de paciente, la sospecha inicial no fue, ni mucho menos, un síndrome parkinsoniano. Esto recalca la importancia de manejar el mayor número posible de diagnósticos diferenciales y dirigir nuestras actuaciones con una exploración exhaustiva y realización de pruebas de imagen hacia la exclusión del mayor número de ellos y derivar en aquellos casos que se consideren necesarios para la obtención del diagnóstico y, por tanto, proporcionar un tratamiento dirigido a la patología.

Bibliografía

- Luján-Martínez D, Sánchez-Cifuentes Á, Peña-Ros E, Albarracín-Marín-Blázquez A. "Parkinsonism as presenting symptom of primary hyperparathyroidism: Improvement after surgery". *Cir.* 2019;86(1):96-98. English. doi: 10.24875/CIRUE.M18000015. PMID: 30951041.
- Gutiérrez J, Singer C. "Parkinsonismo: diagnósticos alternativos a la enfermedad idiopática de Parkinson". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2010;48(3):279-292.

644/199. DELIRIUM DE ÚLTIMOS DÍAS; DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DOMICILIARIA**Autores:**

Generoso Torres, M.¹, Guisasola Cardenas, M.², Sánchez Cambronero, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
(3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Descripción del caso

Hombre de 82 años con antecedentes de ictus, diagnosticado de cáncer broncopulmonar estadio IV, DABVD (cama-sillón). Se desestimó tratamiento específico. Seguido en consulta de Atención Primaria para tratamiento sintomático y control del resto de sus patologías.

La familia consulta por episodios de inquietud desde hace cinco días, agitación y agresividad: "No parece él".

Hace dos días acudieron a urgencias donde realizaron analítica y descartaron alteraciones metabólicas e infecciosas. No se detecta consumo de psicofármacos ni opioides.

Acudimos al domicilio: paciente sentado en el sillón, con la mirada perdida, inatento con movimientos reiterativos de ajuste de la vestimenta.

Consideramos que el paciente se encuentra con semiología de delirium hiperactivo indicativo de situación de últimos días en contexto de enfermedad terminal.

Para minimizar el sufrimiento, explicamos a la familia en qué consiste el delirium y su mala evolución a corto plazo. Proponemos tratamiento con neurolépticos y programamos visita domiciliaria para el día siguiente.

Tras 24 horas el paciente se encontraba con disminución de vigilia según escala Richmond (RASS-4) con

Casos clínicos**Índice de autores**

inicio de estertores y trabajo respiratorio. Tras consensuarlo con la familia, iniciamos sedación paliativa y el paciente fallece horas después.

Exploración y pruebas complementarias

Primer día: Afebril. Caquexia severa. Ligera bradipsiquia. Colaborador, test cognitivo Pfeiffer con múltiples errores y déficit de atención. TA: 98/80 mmHg y FC: 100 lpm. SatO₂: 92%

Segundo día: Situación cognitiva no valorable por estado de vigilia.

SatO₂: 87%, estertores evidentes. FR: 28 rpm.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Delirium de últimos días.

Diagnóstico diferencial

Diferentes etiologías de delirium, demencia

Comentario final

Ante un síndrome confusional agudo en domicilio en un paciente terminal con signos de mal pronóstico a corto plazo, tras haber realizado el diagnóstico diferencial con otras entidades como el deterioro cognitivo (demencia) y tras descartar otras causas reversibles de delirium, hemos de pensar en que estamos ante un delirium terminal y debemos tratarlo para evitar sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares ya que suele estar infratratado por su difícil diagnóstico y por la infravaloración de las consecuencias si demoramos la intervención terapéutica.

Bibliografía

- Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, Candy B. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jan 21;1(1):CD004770. doi: 10.1002/14651858.CD004770.pub3. PMID: 31960954; PMCID: PMC6984445.

644/203. EL PACIENTE TERMINAL. SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.**Autores:**

Sánchez Martínez, I.¹, Medina Gámez, J.², López Áviles, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (2) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Armilla. Granada

Descripción del caso

Paciente de 74 años, sordomudo desde la infancia, discapacidad del 72% y necesidad de cuidador. Vive con su hermano. Antecedentes: diabetes, dislipemia e hipertensión. Acude a consulta para control rutinario. Presenta ictericia mucocutánea franca. Refiere epigastralgia, náuseas y anorexia de dos días de evolución. Coluria, astenia y pérdida ponderal las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen distendido. Dolor difuso a la palpación, más acentuado en hipocondrio derecho. Signo de Murphy dudoso.

Se remite a Urgencias hospitalarias. Analítica: hipertransaminemia e hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa. Ecografía abdominal: hallazgos compatibles con hígado metastásico, masa perihiliar, dilatación de vía biliar intrahepática y adenopatías patológicas en eje portal. Ingresa en Digestivo. Estudio de extensión: neoplasia gástrica con metástasis hepáticas y ganglionares múltiples. Los familiares deciden no realizar medidas invasivas y continuar cuidados en domicilio.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Paciente oncológico paliativo complejo por discapacidad, según IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos).

Diagnóstico diferencial

Patología biliar obstructiva, hepatitis vírica, hepatitis alcohólica, enfermedad neoplásica.

Comentario final

Casos clínicos

Índice de autores

Llamamos ictericia a la coloración amarillenta de piel y mucosas, por aumento de producción de bilirrubina, alteraciones de la captación o transporte o alteraciones en la excreción. Planteamos distintos diagnósticos diferenciales, incluyendo procesos neoplásicos por el síndrome constitucional.

Realizamos valoración funcional mediante escala de Karnofsky (índice de Karnofsky: 50%) y empleamos escala EVA (Escala Visual Analógica) para evaluación del dolor y ajuste de analgesia. Asistimos al paciente en domicilio, atendiendo a sus preferencias y optando por medidas de confort.

Cabe destacar el papel de Atención Primaria como primer contacto, la capacidad de detectar un problema de salud desde primera línea, haciendo uso adecuado de los recursos y derivando a atención especializada o urgencias cuando precise.

Es fundamental el seguimiento y acompañamiento del paciente y familiares de la mano de Cuidados Paliativos, siendo nuestra labor ofrecer una atención integral, incluyendo necesidades físicas, emocionales y espirituales, teniendo en cuenta la voluntad del paciente; así como detectar riesgos de posible duelo patológico o claudicación familiar.

Bibliografía

- L. Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 6ª Edición. España: Elsevier; 2018.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos*.

644/205. EN LA CUERDA FLOJA**Autores:**

Palomo Ruiz, A.¹, Milán Pinilla, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de 2º año de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería

Descripción del caso

Mujer de 22 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta por mialgias en MMII y astenia de 7 días de evolución, sin antecedente de infección reciente. Se solicita una analítica de rutina sin alteraciones. Vuelve a consultar pasadas 2 semanas, por persistencia de síntomas y añade haber sufrido un par de episodios de pérdida de fuerza repentina en las piernas que le llevan a caerse, acompañado de mareo con sensación de giro de objetos. A la exploración únicamente destacable balance muscular 4/5 en MMII, por lo que se solicita TC craneal que muestra desplazamiento de la línea media con efecto masa. Se llama a la paciente para derivación a SUH, siendo valorada por Neurología que detecta un balance muscular 3/5 e hipoestesia en MMII, incapacitando a la paciente para la bipedestación y deambulación sin ayuda. Así, deciden ingreso en Neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza analítica con marcadores tumorales normales y única alteración de prolactina elevada. La punción lumbar no mostró hallazgos patológicos. Se realiza finalmente RM de cráneo que muestra lesión infiltrante con efecto masa sobre ventrículo derecho. PET-TC sin otros focos de captación.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Lesión cerebral a fiar la etiología (tumoral glial, linfoma y EMDA o esclerosis múltiple).

Diagnóstico diferencial

Esclerosis múltiple

Linfoma/Tumor cerebral

Miopatías

Comentario final

Casos clínicos

Índice de autores

Este caso pone de manifiesto la necesidad de toma de decisiones precoces desde Atención Primaria, y lo importante que es disponer del tiempo suficiente para el estudio correcto de algunos pacientes y el seguimiento cercano de su evolución, que hubiera permitido sospechar datos de alarma y derivación temprana a los servicios de Urgencias.

Bibliografía

- 1. Tateishi K, Miyake Y, Nakamura T, Yamamoto T. Primary central nervous system lymphoma: clinicopathological and genomic insights for therapeutic development. *Brain Tumor Pathol* [Internet]. 2021;38(3):173–82.
- 2. Kumabe T. Motor disturbance as an ischemic complication resulting from damage to deep-situated narrow arteries caused by glioma resection. *Surg Cereb Stroke* [Internet]. 2018;46(3):189–94.
- 3. Ghandour F, Squassina A, Karaky R, Diab-Assaf M, Fadda P, Pisanu C. Presenting psychiatric and neurological symptoms and signs of brain tumors before diagnosis: A systematic review. *Brain Sci* [Internet]. 2021;11(3):301.

644/207. CAIDAS FRECUENTES COMO DEBUT DE UNA COMPRESIÓN MEDULAR**Autores:**

Montero Peña, C.¹, Jiménez Rodríguez, M.², Román López, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Benito - Oeste. Don Benito. Badajoz, (2) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Benito - Oeste. Don Benito. Badajoz, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Serena - Sur. Villanueva de la Serena. Badajoz

Descripción del caso

Mujer de 82 años consulta en atención primaria, diabética e hipertensa con independencia para las actividades básicas de la vida diaria, relatando dolor en tobillos tras caída desde sus pies al notar que “le fallaban las piernas” y caídas frecuentes. Tras descartar lesión ósea aguda con realización de rayos, la paciente continua unos tres meses con clínica de dolor lumbar no irradiado, hormigueo en ambas rodillas y sensación de falta de fuerza en los miembros inferiores. Dada la evolución y los signos presentes se decide completar el circuito diagnóstico terapéutico con una derivación a urgencias hospitalaria que acabó en ingreso.

Exploración y pruebas complementarias

Marcha dificultosa espástica, sin dolor a la palpación de apófisis espinosas en columna vertebral, en miembros inferiores: atrofia muscular, balance muscular (distal 5/5, proximal 3/5), sensibilidad (distorsión en la percepción de la sensibilidad entre T2-T10), sin reflejos rotulianos, respuesta flexora plantar. RMN columna dorsal y lumbar: meningioma intrarraquídeo situado a la altura D7 que provoca compresión medular.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome medular posterolateral secundario a meningioma.

Diagnóstico diferencial

La debilidad motora bilateral debe suponer la realización de una exploración neurológica completa para encuadrar el caso clínico en uno de los tres síndromes medulares clásicos: sección medular completa (pérdida bilateral sensibilidad epicrítica-protopática, y alteración autonómica), síndrome posterolateral (pérdida sensibilidad epicrítica y marcha parética) y el síndrome medular anterior (pérdida sensibilidad protopática pero conserva epicrítica, alteración autonómica).

Comentario final

La exploración neurológica es una herramienta clínica que todo médico de familia debe conocer a la perfección. La lesión de la primera motoneurona del haz

Casos clínicos

Índice de autores

piramidal, puede tener una fase inicial denominada fase de shock medular en la que se pierden reflejos y existe una paraparesia flácida, pero cuando el daño quede establecido el paciente tendrá clínicamente signos de primera motoneurona. Aunque los tumores intrarraquídeos más frecuentes son metastásicos, la mayoría de los tumores espinales primarios son benignos y suelen dar clínica por compresión más que por invasión. La cirugía es la opción terapéutica curativa, que nuestra paciente recibió.

Bibliografía

Nowosielski M, Galldiks N, Iglseider S, Kickingereider P, von Deimling A, Bendszus M, Wick W, Sahm F. Diagnostic challenges in meningioma. *Neuro Oncol.* 2017 Nov 29;19(12):1588-1598

644/215. NO TODO ES LO QUE PARECE**Autores:**

Cruz Terrón, H.¹, Delgado Zamorano, A.², González Martínez, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas D. Rafael Florez Crespo. Posadas. Córdoba

Descripción del caso

Varón de 69 años, acudió a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de varios días de evolución, ortopnea, recorte de diuresis y tos escasa. No fiebre. En el último mes, deterioro generalizado por enfermedad de Creutzfeldt-Jakob familiar presentando ataxia con empeoramiento progresivo, pérdida de memoria y dependiente para las actividades de la vida diaria. Antecedentes personales: Alergia metamizol. Exfumador hace 20 años. Hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata, síndrome cerebeloso y deterioro cognitivo subagudo probable enfermedad Creutzfeldt-Jakob (antecedentes familiares, clínica y

pruebas de imagen compatibles, pendiente de estudio genético). Tratamiento con losartán 50mg un comprimido cada 24 horas, trazodona clorhidrato 100mg un comprimido cada 24 horas, lacosamida 50mg un comprimido cada 12 horas, quetiapina 25mg si precisa, tamsulosina 0,4 mg/dudasteride 0,5 mg un comprimido cada 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Taquicardia (130 latidos por minuto). Edemas sin fovea hasta rodilla bilaterales. Ingurgitación yugular. Saturación oxígeno 93%. Pruebas complementarias: Gasometría Arterial (GSA) pO₂ 55; Electrocardiograma (ECG): Taquicardia Sinusal, eje izquierdo con QRS estrecho; Proteína C Reactiva (PCR) 61; Péptido natriurético cerebral (ProBNP) 3280. Se realiza ingreso como Insuficiencia Cardíaca (IC) de Novo, completando estudio con Ecocardiograma Transtorácico (ETT): Ventrículo Derecho (VD) dilatado, con disfunción moderada e Hipertensión Pulmonar (HTP) leve-moderada. Con sospecha de Tromboembolismo Pulmonar (TEP); se solicita AngioTAC: extenso TEP agudo bilateral, con signos de hipertensión pulmonar, de sobrecarga de cavidades derechas y áreas sugestivas de infarto pulmonar en Lóbulo Inferior Izquierdo (LII).

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad cardiovascular: Insuficiencia cardíaca, estenosis pulmonar.
- Enfermedades respiratorias: Infección (bronquitis, neumonía, TBC...);
- Enfermedad obstructiva de la vía aérea intratorácica (asma, EPOC...);
- neoplasia. Pueden cursar con fiebre, tos, expectoración, hemoptisis, disnea.
- Otras: fármacos, enfermedades autoinmunes.

Comentario final

En pacientes con disminución de la deambulación, sobre todo de reciente instauración, debemos tener presente el TEP como diagnóstico diferencial, ya que

Casos clínicos**Índice de autores**

es “el gran simulador”, siendo difícil su diagnóstico en muchas ocasiones. Por lo que debemos intentar observar al paciente en su conjunto como “un todo”, viendo los signos y síntomas de manera interrelacionada con la situación del mismo.

Bibliografía

- - Jiménez Murillo L., Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias*. 6ª edición. España: Elsevier; 2018.
- - SemFYC, *Guía de actuación en atención primaria*, 4ª edición, abril 2011.

644/217. MIRAR DOS VECES PARA VER MEJOR**Autores:**

Cruz Terrón, H.¹, Delgado Zamorano, A.², Aguado Taterné, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto. Córdoba

Descripción del caso

Varón 70 años. Acude a urgencias del centro de salud de madrugada por despertar con malestar general, cefalea, dolor de ambos miembros superiores, hiperglucemia y cifras tensionales 200/100mmHg. Refiere episodios previos similares en el último mes. No dolor torácico.

Antecedentes personales: Exfumador hace 6 años. Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipercolesterolemia, arteriopatía periférica, infarto isquémico en la arteria cerebral media en 2015, accidentes isquémicos transitorios (AIT) en 2016, angioplastia programada de la arteria carótida interna en 2021.

Tratamiento habitual: Ácido acetilsalicílico 300mg un comprimido cada 24horas(h), prasugrel 10mg un comprimido cada 24h, losartán 50mg un comprimido cada 24h, atorvastatina 80mg/ezetimiba 10mg un

comprimido cada 24h, metformina 850mg un comprimido cada 12h, insulina basal 54 Unidades cada 24h, pantoprazol 20mg un comprimido cada 24h, pentoxifilina 600mg un comprimido cada 12h.

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración: normal. Ligeros edemas petribiales. Glucemia capilar:300mg/dl.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, eje izquierdo, PR normal, QRS estrecho, descenso mínimo de las derivaciones v4, v5, v6.
- Iniciamos tratamiento para la HTA, el paciente presenta mejoría de la clínica, pero derivamos al hospital de referencia por sospecha de Síndrome Coronario Agudo (SCA), HTA e hiperglucemia.
- Analítica: glucemia 240mg/dl, troponinas 370, a las 3h:4046.
- Ecoscopia en urgencias: Ventrículo Izquierdo (VI) con disfunción que impresiona de moderada globalmente.
- Se realiza ingreso como SCASET en cardiología.
- Ecocardiograma Doppler-color: disfunción sistólica moderada de VI por hipoquinesia global más marcada a nivel inferopostlateral.
- Cateterismo cardiaco: Descendente Anterior y Circunfleja con estenosis severa, con colocación de dos stents.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

SCASEST

Diagnóstico diferencial

- Enfermedad cardiovascular: Hipertensión arterial, Insuficiencia cardiaca.
- Enfermedades digestivas: reflujo gastroesofágico, esofagitis.
- Enfermedades neurológicas: cefalea, accidente cerebrovascular o AIT (importantes teniendo en cuenta los antecedentes del paciente).
- Enfermedades osteomusculares: artralgias, omalgias...pueden cursar con dolor. Suele modifi-

carse con el movimiento, puede acompañarse de traumatismo previo o inflamación.

Comentario final

Siempre debemos fijarnos en los antecedentes y en los factores de riesgo del paciente que estamos atendiendo, sin menospreciarlos, descartando las posibles causas, aunque el paciente mejore de su sintomatología.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L., Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias y Emergencias*. 6ª edición. España: Elsevier; 2018.
- Vazquez Lima MJ., Casal Codesido JR. *Guía de actuación en Urgencias*. 5ª edición. España: Panamericana; 2018.

644/219. PAPEL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR EN DOMICILIO EN PACIENTES CON SITUACIÓN TERMINAL

Autores:

Generoso Torres, M.¹, Sánchez Cambronero, M.², Guisasaola Cardenas, M.³

Centro de Trabajo:

- (1) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
- (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada,
- (3) Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fortuny - Velutti. Granada

Descripción del caso

Mujer de 65 años con antecedentes de Glioblastoma estadio IV con fracturas patológicas desestimada por oncología médica, HTA, osteoporosis y hernia de hiato, valorada en domicilio tras alta hospitalaria reciente. En tratamiento con parches de fentanilo, dexametasona y enalapril.

Tras valoración integral de la paciente nos encontramos con varios diagnósticos que resolver. Presenta complicaciones neoplásicas como fracturas vertebrales secundarias al tratamiento esteroideo del tu-

mor que le ocasionan dolor somático óseo, deterioro cognitivo secundario al proceso expansivo intracranial, estreñimiento, trastornos conductuales como inquietud de predominio nocturno, riesgo de crisis comiciales y de sobrecarga física y emocional en la familia.

Exploración y pruebas complementarias

Caquexia severa y aspecto cushingoide. Colaboradora; Pfeiffer: 6 errores. Situación funcional: PPS 40% (Palliative performance Scale).

ACR: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. No edemas en MMII.

Abdomen globuloso, no doloroso a la palpación y timpánico a la percusión.

NRL: sin focalidad neurológica salvo hemiparesia izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Complicaciones secundarias a proceso neoplásico.

Diagnóstico diferencial

Deterioro cognitivo tipo Alzheimer, trastornos metabólicos, intoxicaciones, AIT, fracturas por osteoporosis

Comentario final

Es importante establecer un plan de cuidados desde AP que proporcione soporte tanto a la familia como al paciente.

Ajustaremos el tratamiento farmacológico crónico y el incidental, así como tratamiento no farmacológico.

En nuestro caso indicamos disminuir la dexametasona a la dosis mínima eficaz para el control de las cefaleas secundarias a la neoplasia y su proceso expansivo.

Mantenemos fentanilo por buen control del dolor y añadimos lactulosa para solventar estreñimiento. Pautamos levomepromacina en gotas para el control de agitación.

Abordamos a los familiares ofreciendo accesibilidad y ayuda psicológica para evitar sobrecarga, así como posibilidad de apoyo de la trabajadora social caso de

Casos clínicos Índice de autores

precisar recursos para el cuidado o ayudas económicas e información sobre la Ley de la Dependencia.

En caso de aparición de complicaciones que no podamos controlar de manera ambulatoria sería importante la coordinación con unidades hospitalarias como cuidados paliativos.

Nuestro papel en la atención domiciliar de este tipo de pacientes es fundamental y desempeñarlo requiere de una valoración multidimensional de las áreas somáticas, psicoafectivas, cognitivas y familiares.

Bibliografía

- Reymond L, Parker G, Gilles L, Cooper K. Home-based palliative care. *Aust J Gen Pract.* 2018 Nov;47(11):747-752. doi:10.31128/AJGP-06-18-4607. PMID:31207670.

644/221. OJO CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**Autores:**

Garrido Montenegro, G.¹, Martín Romero, D.², Vicente Alcoba, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. 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 Campillos. Campillos. Málaga

Descripción del caso

Mujer, 28 años sin antecedentes ni toma de fármacos que consulta por episodios de cefalea con discreta sensación de inestabilidad desde hace unas semanas que se están haciendo más frecuentes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta buen estado general, normohidratada, discreta palidez cutánea, eupneica. Neurologicamente sin focalidad. A la auscultación llama la atención la taquicardia por lo que decidimos tomar constantes con los siguientes resultados:

TA 150/100 (Repetimos toma 155/100) FC 98lpm. SatO2 99%. Tª 36.5

Ante esas cifras tensionales, damos Captopril 25mg sublingual y dejamos en la consulta de enfermería paralela para posterior valoración. Tras una nueva toma de TA la paciente se encuentra en 135/90.

Indicamos a la paciente realizar AMPA (Automedida de la presión arterial) con resultados en torno a 160/100.

Se decide instaurar tratamiento con Enalapril 20 mg y solicitamos analítica de sangre con perfil tiroideo.

Tras 3 semanas persisten cifras alteradas, por lo que introducimos Amlodipino 5 mg. A los días la paciente presenta edemas en MMII por lo que se retira amlodipino y se dispone asociación Valsartán 160mg /Hidroclorotiazida 12.5mg. Tras la modificación del tratamiento la paciente mantiene TA en torno a 140/90.

Teniendo en cuenta la edad de la paciente y el difícil control tensional, decidimos completar estudio con ecografía clínica tiroidea y abdominal donde destaca riñón izquierdo disminuido de tamaño con riñón derecho de tamaño aumentado de forma compensadora. Resto normal.

En la analítica de sangre destaca Creatinina 1.4.

Ante los hallazgos encontrados decidimos derivar la paciente a Nefrología ante la sospecha de patología vascularrenal siendo el diagnóstico diferencial principal entre:

- Estenosis de arteria renal
- Tumor renal

Mediante el estudio por parte de Nefrología con angio-RM se llega al diagnóstico de estenosis severa de la arteria renal izquierda.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Patología vascularrenal

Diagnóstico diferencial

Estenosis arteria renal

Tumor renal

Comentario final

Casos clínicos

Índice de autores

La importancia de conocer a nuestros pacientes, así como atender a los mínimos hallazgos que nos encontramos en la exploración del paciente son clave para iniciar la sospecha diagnóstica.

Bibliografía

- Harrison TR. *Principios de medicina interna*. McGraw-Hill Companies; 2006.
- Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ, editores. *Medicina de Urgencias Y Emergencias*. 6a ed. Elsevier; 2018.
- Rumack W. *Diagnostico Por ecografia*. 2 volúmenes. Marban Libros; 2004

644/223. ¿SIMPLEMENTE UN SÍNCOPE?**Autores:**

Martín Romero, D.¹, Vicente Alcoba, P.², Garrido Montenegro, G.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Antequera. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga

Descripción del caso

Paciente varón de 42 años que nos llega a Urgencias en el Centro de Salud mientras estamos pasando consulta de SUAP. Viene acompañado de un familiar y él es transportado en silla de ruedas. Cuentan que hace aproximadamente una hora ha sufrido un mareo, cayendo al suelo y con pérdida de consciencia, presenciado por su familiar. No ha tenido relajación de esfínteres. Recupera espontáneamente tras unos segundos sin amnesia del episodio. Tras esto, presenta dolor centro torácico opresivo irradiado a brazo izquierdo y sensación disneica.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente y orientado. Habla fluida y colaborador. Leve taquipnea en reposo.

- Constantes: TA 161/94 mmHg; FC 86 lpm; Sat O2 basal 99%; Tª 35,4°C.

Tórax normoconstituido.

Auscultación cardiaca: rítmico y sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular generalizado.

Abdomen: no doloroso a la palpación. Blando y depresible.

Miembros inferiores: sin edemas.

- ECG: ritmo sinusal. FC 94 lpm. Eje normal. Bloqueo de rama izquierda. Onda Delta. PR 129. QRS Onda T aumentada de voltaje en V1-V2, con descenso del punto J en V5-V6.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Síndrome de Wolf Parkinson White

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se hizo con:

Extrasístoles ventriculares

Bloqueo de rama

cardiomiopatías

Comentario final

Se deriva al paciente a las Urgencias del Hospital de Antequera, donde se ingresa en Observación para la realización de pruebas complementarias, monitorización cardíaca y enzimática. Fue derivado a Cardiología para estudio electrofisiológico y ablación.

El síndrome de Wolff-Parkinson-White normalmente es asintomático. Puede ser la causa de taquicardia, dolor torácico, disnea, mareo y/o desmayo. Unas veces desaparece por sí mismo y otras puede necesitar tratamiento.

Aunque no podemos determinar una taquicardia en el momento del síncope, no puede descartarse puesto que presentó sintomatología. En el centro de salud, se le realizó un ECG como estudio básico y es por esto que se detectó la alteración electrocardiográfica.

El síndrome de Wolff-Parkinson-White normalmente es asintomático. Puede ser la causa de taquicardia,

Casos clínicos

Índice de autores

dolor torácico, disnea, mareo y/o desmayo. Unas veces desaparece por sí mismo y otras puede necesitar tratamiento. Pero tiene el riesgo de Taquicardia Aurículoventricular por reentrada y de muerte súbita.

Bibliografía

- Aitor OA. Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Guías Fistera. 2019. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/sindrome-wolff-parkinson-white/?arbol=1>

644/225. NUEVOS OBJETIVOS DE CONTROL EN DIABETES DEL ANCIANO

Autores:

García Martín, E.¹, Andrade Almecija, A.¹, Rodríguez Pérez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga

Descripción del caso

Varón de 72 años. Hasta hace 4 meses vivía en Lugo. Actualmente vive en Málaga donde acaba de mudarse con su hija. IABVD.

- Niega hábitos tóxicos.
 - >> AP:
- FRCV: HTA, dislipemia, DM tipo 2, obesidad grado II
- HBP
 - >> IQx: colecistectomizado hace 15 años.
 - >> Tto habitual:
- Enalapril 10mg
- Simvastatina 20mg
- Metformina/sitagliptina 1-0-1
- Emplagliflozina 1-0-0
- Insulina glargina 25UI al día
- Tamsulosina.

Acude a nuestra consulta por primera vez, puesto que tras haber sufrido un IAM recientemente se ha mudado a Málaga con su hija.

Decidimos realizar una nueva analítica sanguínea, puesto que disponíamos de ninguna, donde encontramos:

- HbA1C 8,8%
- FG 52 mL/min/1.73m²

Interrogándolo, nos comenta que fue diagnosticado de su diabetes hace aproximadamente 8 años. Además, no realiza dieta adecuada ni ejercicio.

Exploración y pruebas complementarias**EXPLORACIÓN:**

- Peso 105kg; Talla 168cm; IMC 37.2 (Obesidad grado II)
- ACP: rítmico, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. MVC, no roncus, sibilancias ni estertores.
- MMII: signos de insuficiencia venosa crónica, sin signos de insuficiencia
- *septiembre de 2021
- HbA1c 8,8%
- FG 52 mL/min/1.73m²

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Mal control metabólico en paciente frágil.

Diagnóstico diferencial

Los objetivos y el tratamiento del paciente frágil se han modificado en las últimas guías (2021) respecto a las previas (2017).

En primer lugar, se recomienda evitar las sulfonilureas en el paciente frágil, ya que existen otros fármacos más seguros e igualmente eficaces.

En la guía ADA 2017, estaba aprobada la utilización de metformina+2º ADO+insulina/3er ADO

En la actualidad, según la ADA 2021, debemos intentar añadir un aGLP1 antes de iniciar insulina o hacer modificaciones de esta. Además, por su obesidad sería candidato ideal.

Comentario final

Suspendimos el iDPP4 e iniciamos un aGLP1.

Es decir, retiramos la sitagliptina e iniciamos semaglutida 0,5mg/semana.

Casos clínicos

Índice de autores

Además, esperando que este paciente mejorase significativamente sus cifras de glucemia, y en previsión de hipoglucemias, se decidió disminuir la dosis de insulina glargina.

A los 4 meses de estas modificaciones:

- HbA1c 7,5%
- Obesidad grado I
- Reducción de insulina glargina hasta 12 UI/día.

Decidimos retirar la insulina y añadir semaglutida 1mg/semana.

Poco después, estas modificaciones nos llevaron a:

- HbA1c 7,5%
- Obesidad grado I/sobrepeso.

Nos mantuvimos dentro de objetivo (HbA1c <8%).

Bibliografía

- Guía de tratamiento ADA 2021.

644/227. ME HA DADO UN TIRÓN Y ORINO MARRÓN:**Autores:**

Vicente Alcoba, P.¹, Garrido Montenegro, G.², Martín Romero, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campillos. Campillos. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archidona. Archidona. Málaga, (3) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Antequera. Málaga

Descripción del caso

Varón de 72 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica e implante de marcapasos por BAV completo, que acude a urgencias del SUAP por dolor en hipocondrio derecho tras la realización de un esfuerzo hace 5 días que no ha cedido pese a analgesia. Refiere además presentar desde hace 7 días orinas colúricas, sin otra clínica abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias: TA 170/80 mmHg, FC 63, Sat O2 98%, taquipnea a 30 rpm por respiración superficial por el dolor.

REG, palidez cutánea con sudoración. Normohidratado y normoperfundido. Leve taquipnea por respiración superficial sin uso de musculatura accesorio.

AC: Ritmico, sin soplos

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

ABD: Peristaltismo presente. Cicatriz de esternotomía sin otras lesiones en piel. Abdomen globuloso, timpánico, depresible, con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy +, blumberg y rosving -.

Miembros: sin alteraciones.

- EKG: Signos de isquemia crónica ya presentes en otros ekgs.
- Ecografía clínica: se objetiva vesícula biliar multilitiásica con paredes engrosadas, así como gran colección anecoica perihepática.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Colecistitis litiasica complicada con perforación y colección subcapsular hepática que desplaza lóbulo hepático derecho.

Diagnóstico diferencial

- Hepatitis aguda
- Cólico biliar
- Colecistitis aguda.
- Enfermedad coronaria.

Comentario final

Se deriva al paciente al H. De Antequera por sus propios medios para realizar pruebas complementarias. Durante su estancia en urgencias se realiza analítica de sangre, a destacar BT 2,02 a expensas de BD, PCR 148 con tiempos de la coagulación alterados sin otra alteración en el perfil abdominal, por lo que se realiza ecografía diagnóstica corroborando nuestro diagnóstico previo.

Finalmente, el paciente precisó de drenaje radioguiado, obteniéndose 1,5 L de contenido bilioso. Poste-

Casos clínicos

Índice de autores

riormente de manera ambulatoria se realizó una colecistectomía programada.

Destacar la importancia de una correcta anamnesis, ya que el paciente había sido valorado en varias ocasiones catalogándose como desgarro muscular, así como el auge de la ecografía clínica a pie de cama por su valor diagnóstico, siempre orientado al diagnóstico diferencial.

Bibliografía

• Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 6ª ed. Elsevier; 2018.

644/229. DOCTORA, CONTINUO CON EL DOLOR EN EL PECHO**Autores:**

Rodríguez Pérez, P.¹, Andrade Almecija, A.², García Martín, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga, (2) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Descripción del caso

Varón de 36 años

Vive en Málaga. Trabaja de repartidor, IABVD.

NAMC

>>AP:

- FRCV: no

- Asma extrínseco

>>Hábitos tóxicos: fumador de 8 cigarros al día. Niega otros.

>>IQx: apendicectomía en 2006

>>Tratamiento habitual: no

Paciente que acude a consulta de Atención Primaria por dolor torácico de tipo punzante de unos 3 días de evolución. Describe el dolor como intermitente, irradiado al hombro izquierdo, aumenta con determinados movimientos y con la respiración profunda. En el centro de salud se le realiza un ECG que es descrito

como ECG sin hallazgos patológicos y es derivado al Servicio de Urgencias para valoración y seriación de troponinas. A su llegada a Urgencias, se realiza analítica de sangre con niveles de troponina normales, RX de tórax sin hallazgos patológicos y otro ECG que se describe como normal. Ante la normalidad de las pruebas se da de alta al paciente con JC de dolor torácico de características mecánicas.

Posteriormente a los 2 días el paciente vuelve a consultar en nuestras Urgencias, donde, volviendo a interrogarle, nos cuenta que ha pasado el SARS COV2 3 semanas antes, refiere dolor centrotorácico de tipo intermitente, que aumenta con la respiración profunda y disminuye con la flexión del tronco. Solicitamos de nuevo analítica de sangre, RX de tórax y otro ECG.

Exploración y pruebas complementarias

En la analítica de sangre destaca una PCR de 87 (previa 8), RX de tórax sin hallazgos patológicos y en el ECG, elevación cóncava del ST y ondas T aplanadas.

Dado los antecedentes de infección viral pasada, las características del dolor y los hallazgos en el ECG se diagnostica de pericarditis aguda postCOVID.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Pericarditis aguda

Diagnóstico diferencial

IAM, TEP, Síndrome aórtico agudo, espasmo esofágico.

Comentario final

Es importante recordar la importancia de una correcta anamnesis, especialmente los antecedentes y las características clínicas del cuadro que presente el paciente. Por otro lado, tener en cuenta que es importante prestarle la atención que merece a los pacientes que acuden por misma sintomatología en diferentes ocasiones a nuestras consultas, sin infraestimar las posibles patologías que puedan presentar los pacientes a pesar de ser jóvenes y no tener antecedentes de interés.

Bibliografía

• Díaz, G et al. Myocarditis and Pericarditis After Vaccination for COVID-19 Sep 28;326(12):1210-12.

644/233. DOLOR ABDOMINAL REFRAC- TIARIO EN PACIENTE INMIGRANTE

Autores:

Quero Fernández, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas. Roquetas de Mar. Almería

Descripción del caso

Paciente varón de 32 años, natural de Mali, residente en España desde hace 9 meses. Ruta migratoria Mali, Argelia, Marruecos. Consulta por primera vez a atención primaria por dolor abdominal de larga data, ya presente en su país. Afebril. Sin náuseas ni vómitos. No refiere síndrome miccional. Refiere diarreas en alguna ocasión.

Múltiples consultas en urgencias por mismo motivo, donde se le ha pautado analgesia con analgésicos sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración dolor a nivel de hipocondrio derecho, con Murphy y Blumberg negativo. Auscultación cardio-pulmonar anodina. No presenta lesiones en piel, edemas en miembros ni adenopatías.

Se realiza protocolo cribado de inmigrante con Mantoux, radiografía de tórax y abdomen anodinas. Analítica con eosinofilia 600 eosinófilos/ μ L, coprocultivo negativo y parásitos en orina (negativos) y en heces positivo para *Blastocystis hominis*.

Ante estos datos se trata para *Blastocystis hominis* con metronidazol 10 días y se solicita ecografía de abdomen, informada como presencia de múltiples granulomas con fibrosis periportal, sugestivos de infección de larga data por *Schistosoma mansoni*. Se repitió parásitos en heces y se derivó a Medicina tropical, donde le pidieron la amplificación isotérmica de ácidos nucleicos mediada por bucles (LAMP) siendo ambas positivas para *Schistosoma mansoni*.

Finalmente, el paciente fue tratado con praziquantel 40mg/kg dosis única. Con vigilancia de sus lesiones hepáticas.

Orientación diagnóstica/Juicio clínico

Parasitación por *Schistosoma mansoni*.

Diagnóstico diferencial

Parasitación por *Blastocystis hominis*

Comentario final

La esquistosomiasis importada es de gran importancia en la práctica clínica diaria del médico de atención primaria debido a la gran cantidad de paciente migrantes de zonas endémicas que recibe el país. Y es que la mayoría suelen ser asintomáticos un adecuado protocolo de atención al inmigrante cobra especial interés. No debemos olvidar que estas patologías pueden evolucionar y acabar desarrollando enfermedades de importante gravedad, ya sea cirrosis en caso del *Schistosoma mansoni* o cáncer vesical en *Schistosoma haematobium*.

Recaltar la importancia del hallazgo de parasitación por *Blastocystis hominis*, si bien no es un patógeno estricto, puede indicarnos una posible infestación por otros parásitos.

Bibliografía

J. Salas-Coronas, et al. Diagnóstico y tratamiento de la eosinofilia importada en viajeros e inmigrantes: recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI)

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abril Rubio, A.	36, 39, 43, 121
Acosta Navarro, G.	155
Adame Herrojo, M.	100, 140
Aguado Taberné, C.	172
Agüera Moreno, P.	52, 71
Aguirre Rodríguez, J.	27, 45
Agulló Foces, A.	123
Alaminos Tenorio, E.	97-98, 152
Alberich Cea, R.	103-104, 118
Alberto Maté, A.	23
Alcalá Lara, M.	65
Alcalde Molina, M.	87, 89
Alfaro Greciano, R.	27
Alonso Llamazares, M.	26
Álvarez Valle, M.	153, 155
Andrade Almecija, A.	88, 176, 178
Arjona Carpio, B.	111, 136
Arjona González, P.	20, 36-39, 43, 121
Arostegui Plaza, C.	111, 136
Arrieta Antón, E.	44
Asensio Sánchez, C.	35
Atalaya Lucas, A.	121
Atienza Martín, F.	21, 28, 35

B

Baca Osorio, A.	30
Ballesteros Lechuga, L.	111, 113
Barquero Padilla, R.	102
Barrera Martínez, Y.	62, 142
Barrero Luque, S.	72
Bastidas Perez, G.	40
Baz Rodríguez, P.	44
Benítez Bermúdez, C.	111, 113
Bermejo Cotillo, P.	36, 39
Blanca Moral, A.	104, 114, 134
Blasco Martínez, M.	26
Borralló Herrero, M.	82, 86
Borrego Goncer, M.	66-67
Brata, C.	75-76, 157
Briones Barreiro, M.	30
Buendía Moreno, T.	131
Bueno Navarrete, P.	115, 129, 132, 135, 164
Burrahay - Anano Tenorio, M.	112, 137

C

Caballero de la Campa, A.	100-101
Cabrera Utrera, M.	101
Cabrerizo Carvajal, A.	17
Calderón Rodríguez, A.	53, 56-57, 59-60
Calvente Marín, R.	13
Cañas Tornero, F.	84
Cano Blanco, I.	160
Canto Martín, C.	155
Capilla Díaz, S.	18, 48, 54
Carbajo Martín, L.	47, 50
Carmona Rivas, A.	32, 80
Carrillo García, L.	158
Carrilo Garcia, L.	101
Carvajal Jaén, J.	15
Casas Sola, L.	104, 114, 134
Casini Merino, M.	131, 150
Castillo Bueno, H.	68-69
Castillo Fernández, N.	36-37
Castillo Lorente, A.	58
Castillo Moraga, M.	24
Castillo Rodríguez, C.	120, 128
Castro Martín, E.	33
Castro Sosa, V.	115
Castro Torres, M.	108
Cejudo Casas, M.	161, 165
Celis Romero, M.	137
Cerón Machado, J.	80
Cervantes Soler, S.	39
Coca Domínguez, M.	40
Colchero Calderón, M.	19
Condes Ros, M.	24
Cortes Valverde, A.	70, 74
Cózar García, I.	87
Cruz Cánovas, M.	48, 54
Cruz Romero, L.	38
Cruz Terrón, H.	105-106, 115, 171-172
Cubillas Quero, A.	38

D

Dabán López, B.	34, 49, 58, 120, 143
Daryani Lachhman, P.	73, 79
de Cos Maestre, E.	91
De la Mata Morales, I.	134, 141, 145
Delgado Soto, E.	100, 140

Delgado Zamorano, A.	105-106, 115, 171-172
de Pablos Florido, V.	95, 106
De Sola Rodríguez, M.	130, 146-147
Díaz Caler, A.	38
Díaz-Crespo Mora, B.	101, 158
Díaz Sarmiento, S.	166

E

Eliche Mozas, M.	38
Eraso Arribas, C.	123
Escribano Serrano, J.	18, 28, 43
Escudero Sanchez, C.	34, 120, 143

F

Fernández Bernal, N.	144
Fernández Carreño, I.	161, 165
Fernández García, F.	71-72
Fernández Isla, L.	16
Fernández López, P.	14
Fernández Mercado, F.	63, 122
Fernández Navarro, N.	122, 151, 154, 157
Fernández Ocaña, F.	97-98, 152
Fernández Ortega, S.	52, 71
Fernández Rojas, D.	35
Fernández Ruiz, J.	28
Flores Cortés, M.	20

G

Galán Rodríguez, G.	132, 135
Galián Ordóñez, A.	103, 107, 119
Gallego Iglesias, M.	109, 118-119
Gallego Montiel, A.	29
Gálvez Pascual, M.	152
Gamero de Luna, E.	13, 44, 48, 97
García de Lucas, M.	25
García Gallego, A.	75-76, 157
García González, J.	47, 50
García González, S.	161, 165
García Jiménez, A.	85, 90
García Jiménez, J.	85, 90
García Martín, E.	88, 176, 178
García Matarín, L.	14
García Medero, S.	62, 142
García Páez, E.	51
García Pomares, M.	43
García Rey, S.	35
García Sánchez, I.	112, 137

Garrido Montenegro, G.	174-175, 177
Gárriz Aguirre, A.	41
Garzón Aguilar, J.	130, 138-139
Gascón Jiménez, J.	33
Geara Joyed, P.	84
Generoso Torres, M.	45, 127, 152, 167, 173
Gil Miranda, J.	65
Gil Villalba, A.	67
Ginel Mendoza, L.	15, 30, 41
Giraldo Abadín, F.	29
Girón Prieto, M.	119, 128, 138-139
Gómez Albarracín, E.	124
Gómez-Guillamón Revilla, M.	70, 95, 106
Gómez Sánchez, L.	92-93
Gómez Vargas, F.	144
González González, A.	117, 141
González Ibañez, E.	41
González Martínez, F.	105-106, 115, 171
González Moles, L.	139
Gracia Muro, J.	64
Guerra Falcón, J.	100
Guerrero Durán, E.	81
Guisasola Cárdenas, M.	127, 152

H

Hervás Jerez, J.	94
Hidalgo Martín, F.	38, 64, 81
Hidalgo Rodríguez, A.	45
Hita Rodríguez, M.	58, 126
Hormigo Pozo, A.	27, 43
Huertas Escribano, M.	38
Hueso Heredia, A.	35
Hussein Alonso, D.	166

I

Iborra Ronco, B.	35
Isidro Donate, F.	27

J

Japon Cabello, M.	84
Jiménez Anguís, I.	134, 145
Jiménez del Marco, N.	53, 56-57, 59-60
Jiménez Jara, J.	116
Jiménez Jiménez, S.	55
Jiménez Millán, A.	25
Jiménez Rodríguez, M.	170

L

Lavado López, F.	41
Lemos Pena, A.	75-76, 157
León Arévalo, I.	146, 149
León Dugo, A.	33
Lérida Ortega, M.	18
Linares Canalejo, A.	91
Linares Ramírez, M.	61, 96, 139
Lobo Fernández, P.	99, 137
López Áviles, E.	148, 168
López Chaves, D.	130, 133, 138
López Cintas, R.	70, 74
López de Priego García, V.	133
López Gómez, J.	66-67
López López, A.	34, 68-69
López Martínez, S.	124
López Moreno, A.	61, 96, 139
López Muñoz, A.	141, 145, 160
López Torres, G.	74
López Uriarte, B.	41
Lorente Callejo, M.	162-163
Lozano Kolesnikov, V.	109, 121-122
Lujano Arenas, C.	82, 84

M

Macanas Benavides, A.	116
Maestre Moreno, M.	51
Mancera Romero, J.	13, 27
Marín González, S.	61, 96, 139
Marín Peralta, Á.	97-98
Márquez Estudillo, M.	129, 164
Martín Aguilera, A.	95, 106
Martín Castaño, B.	77
Martín Enguix, D.	30, 45, 55, 67
Martínez Perona, E.	38
Martín Mañero, C.	21
Martín Riobóo, E.	21
Martín Romero, D.	174-175, 177
Martín Sánchez, S.	85, 90
Medero Canela, R.	142
Medina Cobos, A.	110, 128, 148
Medina Gámez, J.	119, 133, 148, 168
Mejías Estévez, M.	16
Méndez Monje, N.	125-126
Meseguer Gómez, M.	130, 146-147

Milán Pinilla, R.	169
Montero Peña, C.	170
Montilla López, A.	104, 114, 134, 156
Montoro Domínguez, R.	107-108
Montoro Ortiz, M.	71-72
Morales Cortés, J.	137
Morales Delgado, N.	156
Morán Rocha, M.	163
Moreno González, A.	41
Moreno Navarro, B.	65
Morocho Malho, P.	29
Moya Moreno, A.	71
Muñoz Galiano, J.	77
Muñoz Gallardo, Y.	154, 157
Muñoz Gámez, A.	110, 119, 128
Muñoz Mayo, L.	153
Muriel Moya, A.	109

N

Navarro Arco, C.	17
Navarro González, B.	125-126
Nuez Ramos, G.	92, 166

O

Olivares Loro, A.	18
Orihuela Martín, J.	84
Ortega Morales, M.	89
Ortega Morales, P.	87, 89
Ortiz Puertas, T.	25, 28, 110
Oviedo López, L.	98

P

Padial Rodríguez, C.	68
Padilla Restoy, R.	115, 129, 164
Palacios López, R.	77
Palomo Ruiz, A.	169
Panero Hidalgo, P.	23
Paniagua Gómez, F.	36
Paradis Bueso, M.	41
Pedrosa Arias, M.	34, 49, 58, 120
Pérez Burgos, J.	131, 150
Pérez Fernández, L.	143
Pérez Fuentes, M.	128
Pérez García, A.	134, 141, 160
Pérez Pérez, F.	29
Pérez Razquin, E.	140
Pérez Rodríguez, M.	162

Casos clínicos

Índice de autores

Pérez Salas, J.	130
Prada Rica, M.	110
Prieto Díaz, M.	41
Prieto Romero, N.	111, 136
Puerta Polo, F.	130

Q

Quero Fernández, N.	159, 179
Quilez Cutillas, E.	107

R

Ramírez Aliaga, M.	81
Ramírez Álvarez, C.	146, 149
Reina Rodríguez, M.	97-98
Rengel Gómez, M.	110
Reyes Álvarez, M.	58, 126
Robledo Casal, C.	107, 118-119
Roda Gómez, M.	111, 113
Rodríguez Buza, C.	51
Rodríguez López, M.	32
Rodríguez Palacios, M.	107-108
Rodríguez Pérez, P.	88, 176, 178
Rodríguez Soriano, B.	69
Rodríguez Torronteras, A.	35
Rojas García, E.	34
Román De Sola, B.	100-101
Román López, J.	170
Romero Jaén, R.	137
Romero Morales, F.	29
Romo Remigio, R.	116
Roque Cuéllar, M.	35
Rosado Bartolomé, A.	44
Ruano Mayo, A.	117, 141
Rueda Colomina, C.	162
Ruf Sánchez, P.	53, 56-57, 59-60
Ruiz Andrés, C.	34, 49, 58
Ruiz Carbajo, F.	47, 50
Ruiz Carrasco, P.	77
Ruiz Fernández, M.	151, 153-154
Ruiz Granado, D.	35
Ruiz Pereira, C.	146, 149
Ruiz Ponte, M.	103-104, 109
Ruiz Ruiz, F.	99, 137
Ruiz Ruiz, M.	82
Ruiz, S.	40
Ruiz Torres, A.	82, 84

Ruiz Vela, A.	43, 121
Ruiz Villaverde, R.	67

S

Salguero Quirantes, R.	104, 107, 109
Salmerón Portela, P.	36-39
Sánchez-Agosta Sánchez, C.	55
Sánchez Alba, J.	92-93, 100-101
Sánchez Aranda, C.	30
Sánchez Bonilla, E.	63, 122
Sánchez Cambronero, M.	45, 127, 152, 167, 173
Sánchez González, M.	29
Sánchez Martínez, I.	168
Sánchez Pérez, M.	13
Sánchez Serna, M.	121-122, 135
Santos Estudillo, M.	91
Sanuy Perdrix, I.	37-39, 41, 125-126
Sanz Ortega, T.	37-38, 64
Segura Grau, A.	30
Sillero Ureña, M.	102
Silva Molina, D.	78
Simao Aiex, L.	73, 79
Soto Castro, C.	78
Sousa Montero, M.	144

T

Torralba Muñoz, M.	124
Torres Aguilera, P.	117, 141
Trigo Alcaraz, M.	137
Trigueros Guerra, M.	94
Trillo Díaz, E.	78
Turégano Yedro, M.	24

U

Ureña Moreno, L.	126
-----------------------	-----

V

Vallejo Carrión, F.	24
Viana Miranda, F.	35
Viana Miranda, M.	35
Vicente Alcoba, P.	174-175, 177
Villalba Cortés, L.	64
Villanueva Gil, M.	93
Vinuesa Acosta, F.	32, 80
Vivo Lima, P.	109

Y

Yanes Rodríguez, M.	44, 54
--------------------------	--------