

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 3 • Vol. 3 • Mayo 2014

ISSN: 2254 - 4410



9^o Congreso Andaluz de
Médicos de
Atención
Primaria
SEMERGEN
Andalucía

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP Andalucía

Torremolinos
(Málaga)
22-24 de Mayo de 2014
Hotel Sol Principe

www.congresosemergenandalucia.com
info@congresosemergenandalucia.com

Secretaría técnica:
 Camino de Ronda, 42
18004 - Granada
tel.: 958 203 511
fax: 958 203 550
info@apcongress.es

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Comité editorial:

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud de Armilla. Granada.
Presidente de SEMERGEN Andalucía.

Consejo Editorial:

Comité Organizador:

Presidente

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo
Médico de Familia. Director Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro de la RedGDPS.

Vocales

Dr. D. Antonio Baca Osorio
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. D. José Ángel Blanco Leira
Médico de Familia. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.

Dra. D^a. Ana Rosa Jurado López
Doctora en Medicina y Sexóloga. Directora de Planificación Familiar y Atención a la Mujer en Clínica Elvira y The Medical Centre. Marbella. Málaga. Academia Española de Sexología y Medicina Sexual. Secretaria del Grupo de Trabajo Sexología de SEMERGEN.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente de SEMERGEN Andalucía.

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente y Responsable de Relaciones Institucionales de SEMERGEN Andalucía.

Comité Científico:

Presidenta

Dra. D^a. M^a Rosa Sánchez Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Vocales

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

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

Dr. D. José Luis Martincano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva. Coordinador del Grupo de Trabajo del Inmigrante de SEMERGEN.

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas
Médico de Familia. Centro de Salud Polígono Norte. Sevilla.

Dra. D^a. M^a Ángeles Redondo Salvador
Médico de Familia Residente de 4º año. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Junta Directiva Autonómica SEMERGEN Andalucía

Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente

Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente Económico y de Relaciones Institucionales

María Rosa Sánchez Pérez
Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos

Antonio Hormigo Pozo
Secretario de Proyectos Formativos

Francisco Javier Fonseca del Pozo
Juan Carlos Aguirre Rodríguez
Rafael Carrascal Garrido
Área de Formación

Jesús Vergara Martín
Secretario de Proyectos de Investigación

Inés Bonilla Garrigüez
Área de Investigación

Alfredo Ortiz Arjona
Secretario de Nuevas Tecnologías

María Jesús Cruz Rodríguez
Vicepresidenta de Coordinación de Actividades Provinciales

Pablo Panero Hidalgo
Secretario General

Helena Tejera Puente
Coordinación Área de Residentes

Área de Representación Institucional y Coordinación Provincial

Juan Antonio Gil Campoy
Vocal de Almería

Enrique Alcaraz Vera
Vocal de Cádiz

Rosa Marín Montero
Vocal de Córdoba

Teresa García Sánchez
Vocal de Granada

José Bueno Vázquez
Vocal de Huelva

José Ignacio Peis Redondo
Vocal de Jaén

José Mancera Romero
Vocal de Málaga

José Ángel Blanco Leira
Vocal de Sevilla

Correspondencia Científica:
secretariaandalucia@semergen.es
Tel. 958 204 446

Editor: SEMERGEN Andalucía
Formato: Digital
ISSN: 2254 - 4410



SEMERGEN Andalucía.
Av. de la constitución, 23 – 1º
CP 18014 - Granada

© Copyright 2014 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:

Como presidente de la nueva Junta Directiva de SEMERGEN-Andalucía es para mí un enorme júbilo presentar el tercer número de nuestra revista electrónica de **SEMERGEN-Andalucía: “Revista Andaluza de Atención Primaria”** esta iniciativa nació como un proyecto ilusionante en el cual nos embarcamos en el Congreso de Úbeda y poco a poco se va convirtiendo en referencia para los jóvenes investigadores de Andalucía, los cuales en muchos de los casos publican por primera vez sus trabajos en estas páginas, porque en ellas tienen cabida todos los profesionales sanitarios de nuestra comunidad autónoma. Hoy nuestra publicación cumple tres años de vida y que mejor escenario para su presentación digital que el 9º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria que siempre ha estado de la mano de la investigación, el estudio y la formación.

Mediante esta **Revista Andaluza de Atención Primaria** todas las comunicaciones admitidas por el comité científico del congreso son publicadas, adquiriendo el valor de una publicación científica, que consideramos desde esta Junta Autonómica de vital importancia para todas las personas en su andadura profesional.

Valoramos como imprescindible la investigación, la actividad científica y el desarrollo de las inquietudes propias de los Médicos de Atención Primaria, que sacrificamos de buen agrado parte de nuestro tiempo libre y de la relación con nuestras propias familias y seres queridos a esa formación constante. Desde SEMERGEN Andalucía es nuestro sincero compromiso estar al lado de todos los profesionales con el deseo de investigar y progresar.

Los proyectos y objetivos de la nueva junta directiva nos encaminan a la atención integral. Consideramos que el protagonismo en el cuidado de la salud de cada uno de los pacientes debe recaer en el médico de Atención Primaria con la colaboración del resto de los profesionales sanitarios. Para alcanzar este objetivo tenemos que volcarnos en y por el paciente desde la formación, que esta sociedad siempre ha sido uno de sus objetivos primordiales y así lo seguirá siendo.

Los tiempos han cambiado, los formatos han ido evolucionando a una velocidad de vértigo, las páginas de aquellos pesados libros que consultábamos hasta altas horas de la madrugada en la biblioteca han dado paso al universo de información a golpe de tecla. No hemos sido ajenos a esta realidad y por eso queremos seguir estando al lado de los médicos jóvenes y los no tan jóvenes que han presentado comunicaciones a este congreso y es a los que esta iniciativa editorial de SEMERGEN-Andalucía viene a dar respuesta en apoyo del reconocimiento de su esfuerzo personal.

Desde aquí agradezco a los miembros del Comité Científico el arduo trabajo en la evaluación de todas las propuestas recibidas, no ha sido fácil el seleccionar las mejores hasta llegar aquí con el poco margen de tiempo asignado a esta tarea, gracias a este incondicional apoyo auguro larga y provechosa vida a esta **Revista Andaluza de Atención Primaria** en la cual se han recibido comunicaciones de dentro y fuera de nuestra comunidad autónoma.

Juan Sergio Fernández Ruiz
SEMERGEN-Andalucía
Presidente

TALLERES

TALLER: CÓMO ESCRIBIR Y PRESENTAR UNA COMUNICACIÓN

Sr. D. Vicente Pastor Galiano

El Taller “**Cómo escribir y presentar una comunicación**” es un taller práctico que persigue mejorar el impacto de las presentaciones que se realizan, centrándose en:

Los puntos críticos para **diseñar una comunicación y sus soportes**... pero sin confundir la “presentación”, con las “ayudas visuales”, ni éstas con la “documentación” de la presentación.

... y en cómo **presentar una comunicación: habilidades críticas y pautas a seguir** para lograr impacto desde el primer momento.

TALLER: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Sr. D. Vicente Pastor Galiano

El Taller “**Entrevista Clínica Motivacional**” es un taller práctico que persigue mejorar la relación y comunicación con los pacientes, especialmente los crónicos, estructurando la entrevista de forma que:

Se garantice un adecuado **nivel de comprensión** por parte del paciente en cuanto a su enfermedad, implicaciones y pautas de tratamiento.

Se consiga la **motivación e implicación** del paciente tanto para la adherencia y cumplimiento del tratamiento como para conseguir cambio de hábitos.

TALLER: ¿ESTAMOS DANDO A LOS IDPP4 EL ROL ADECUADO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS?

*Dr. Antonio Hormigo Pozo
Dr. José Mancera Romero*

Según el reciente estudio Di@bet.es, la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España es del 13,8% (6% de diabetes desconocida). El envejecimiento de la población y la obesidad, entre otras causas, anuncian un aumento global de esta patología. Mayoritariamente, los pacientes con DM2 son tratados y controlados en Atención Primaria. El riesgo de complicaciones micro y macrovasculares de la DM2, que son causa de morbilidad y de aumento del gasto sanitario, disminuye con un buen control metabólico. Es necesario conocer los objetivos de control metabólico (HbA1c) para cada paciente en particular. El tratamiento de la DM2 puede ser complejo, principalmente por la asociación a otras comorbilidades y

la polimedicación a la que están sujetos los pacientes para alcanzar los objetivos consensuados.

El objetivo del taller es fomentar la participación y discusión de los asistentes mediante tres casos clínicos reales de nuestra consulta de Atención Primaria. Se tratarán temas muy prevalentes e importantes como son la insuficiencia renal, el riesgo de hipoglucemias, el efecto de los fármacos sobre el peso y el paciente anciano con DM2. Entre todos, deberemos decidir cuál será la opción terapéutica más adecuada en cada caso, teniendo en cuenta conceptos como la individualización del tratamiento, la inercia clínica y terapéutica, el *empowerment* y otros factores que

pueden influir en la toma de decisiones en nuestro medio.

En este contexto, el papel de los fármacos iDPP4 es de sumo interés por su capacidad para disminuir la A1c, no producir hipoglucemias, ser neutros con respecto al peso y su seguridad cardiovascular. Por otra parte, su asociación a metformina en un solo comprimido aumenta la cumplimentación del tratamiento, lo que redundará en un mejor control glucémico. Dentro

de estos fármacos, la linagliptina reúne una serie de características farmacológicas que le permiten no necesitar ajuste de dosis a lo largo del continuum de la enfermedad.

El reto principal del Médico de Familia es saber reconocer y manejar la incertidumbre profesional y la formación es la mejor opción para intentar mitigarla.

TALLER: LA NUEVA ANTICOAGULACIÓN: ¿UNA ALTERNATIVA NECESARIA?

Dr. José Mancera Romero

Dr. Antonio Hormigo Pozo

Objetivos:

General: Conocer el estado actual de la anticoagulación oral en Andalucía y disponer de información científica actual sobre los nuevos fármacos anticoagulantes.

Específicos:

1. Analizar la situación actual de la anticoagulación oral en Atención Primaria.
2. Realizar propuestas de mejora.
3. Información sobre los nuevos fármacos y sus indicaciones basada en la evidencia.
4. Utilización racional de los nuevos fármacos anticoagulantes.

Pertinencia:

El III Plan Andaluz de Salud, en su apartado VIII.4, contempla “Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia (Objetivos nº 13, 14, 15, 16, 17 y 18)”.

Por otra parte, el II Plan de Calidad contempla adaptar los servicios al entorno social de los centros (Proceso Estratégico I) y el intercambio de conocimientos en el sistema sanitario (Proceso Estratégico IV).

El Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía y los Procesos Asistenciales Integrados relacionados (sobre todo el de Fibrilación Auricular) preconizan la utilización de la anticoagulación oral como una actividad destacada en la prevención de la aparición de eventos vasculares.

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en el punto 2.1.6. la Anticoagulación Oral se define como el servicio que, de manera coordinada y protocolizada con el nivel asistencial especializado, se oferta para realizar el seguimiento de personas con tratamiento anticoagulante oral, tanto en el centro como en el domicilio.

Contenidos:

1. Situación actual de la ACO en la Medicina de Familia.
2. Nuevas evidencias en ACO.
3. Manejo de los nuevos ACO en situaciones especiales

TALLER: LA INSULINIZACIÓN MEDIANTE LA METODOLOGÍA DE APRENDIZAJE PUN'S AND DEN'S

Dr. Antonio Hormigo Pozo

Dr. José Mancera Romero

Las habilidades y actitud del Médico de Atención Primaria ante el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), son esenciales para disponer e identificar sus necesidades terapéuticas de forma óptima.

Este taller se orienta al desarrollo y mejora desde la Atención Primaria en la asistencia prestada en DM2, tan compleja a veces y orientada hacia una individualización en los objetivos y tratamiento indicado.

La metodología **PUNs** and **DENs** (ideada por el Dr. Richard Eve, 2003), pretende **identificar las necesidades no cubiertas del paciente y las posibles exigencias formativas de los profesionales sanitarios, mediante la interacción con los pacientes.**

El término **PUNs** (Patient Unmet Need), se relaciona con las necesidades del paciente no resueltas por el Médico, y el término **DENs** (Doctor Educational Need) con las necesidades formativas del médico.

En este taller, a través del desarrollo de un caso clínico de un paciente con indicación de iniciar

tratamiento con insulina, se establecerá una sistemática de identificación de problemas, búsqueda de necesidades formativas y estructuración de soluciones con aplicabilidad en la práctica clínica diaria.

La interacción con el paciente durante el mismo llevará a los discentes a identificar las barreras y necesidades del paciente, conocer la sistemática de trabajo **PUNs** and **DENs** basada en el análisis reflexivo por parte del profesional médico y el hallazgo de soluciones para este caso.

La metodología siempre es individual para cada paciente, en función de sus necesidades, y para cada profesional en función de los déficits que se aprecien, siendo un elemento esencial en sus objetivos y reconocimiento de las necesidades de aprendizaje, la **HONESTIDAD** del profesional consigo mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2013; 36(Suppl 1). Disponible en http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full.pdf+html
2. AACE/ACE Consensus Statement. Statement by an American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology Consensus Panel on type 2 Diabetes Mellitus: an algorithm for glycemic control. Endocr Pract 2009; 15: 540-59. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858063>
3. Menéndez E, Lafita J, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, et al. Documento de consenso: Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la Diabetes tipo 2. Av Diabetol 2010;26:331-8. Disponible en <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/331-8%20ADENDUM%20DOC%20CONSENSO.pdf>
4. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 193-203. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/32/1/193.full.pdf+html>
5. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2012; 35: 1364-1379. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.full.pdf+html>
6. NICE (National Institute For Health And Clinical Excellence). Type 2 Diabetes. March 2010. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66NICEGuideline.pdf>
7. Ampudia FJ, Rosenstock J. Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. Av Diabetol 2008; 24: 7-20. Disponible en <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/24-1-2.pdf>
8. Meneghini L. Early Insulin Treatment in Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2009; 32 (Suppl 2): S266-9.
9. Harrison LB, Adams-Huet B, Raskin P, Lingvay I. β -Cell function preservation after 3.5 years of intensive diabetes therapy. Diabetes Care 2012; 35: 1406-12. Disponible en http://care.diabetesjournals.org/content/35/7/1406.abstract?ijkey=9a89c91351f4f23cd55e73b75018c52debd5b642&keytype=tf_ipsecsha
10. Martín E, Franch J. Insulinizar en tres días. Programa Educativo. Consenso de la redGDPS en el inicio de insulinización de pacientes con DM2. RGDP 2009. <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/DOCUMENTO%20DE%20CONSENSO-insulinizar-AP.pdf>
11. Menéndez Torre et al. Recomendaciones 2012 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la utilización de tiras reactivas para la medición de la glucemia en personas con diabetes. Av Diabetol 2012; 283-9. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90128553&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=326&ty=96&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=326v28n01a90128553pdf001.pdf

TALLER: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO SEGÚN PERFILES

Dr. D. Cristóbal Trillo Fernández

En nuestro medio, en la mayoría de los casos, el consejo contraceptivo lo llevan a cabo los médicos de atención primaria en los centros de salud.

En la elección de los distintos métodos anticonceptivos combinados (orales, parche cutáneo o anillo vaginal) debemos valorar aspectos como el riesgo de aparición de trombosis venosa profunda, la dosis de estrógeno más adecuada, otras indicaciones distintas de la anticoncepción o las características de las mujeres que condicionan su elección.

Dentro de la anticoncepción hormonal, disponemos de los anticonceptivos que solo contienen gestágenos, con una eficacia similar o mayor la de los combinados y que pueden ser utilizados cuando éstos están contraindicados por su contenido estrogénico (lactancia, mujeres fumadoras de más de 35 años, diabéticas con afectación vascular, etc.), aunque no es necesario que se den estas circunstancias para ser utilizados, ya que cualquier mujer puede beneficiarse de ellos.

En mujeres de especial riesgo en las que es muy probable que fallen los métodos mas comúnmente utilizados por la dependencia que tienen de un buen uso por parte de la mujer o de su pareja (en muchos casos con antecedentes de IVEs repetidas), conviene asegurar el cumplimiento con métodos que no dependan de la mujer en su uso correcto, como es el

caso de el implante subcutáneo o el dispositivo intrauterino. Ambos métodos pueden ser indicados, insertados y extraídos por el médico de atención primaria y, por supuesto, pueden ser utilizados en cualquier mujer en la que no estén contraindicados sin necesidad de que se den en ellas estas circunstancias.

Dentro de los DIU disponibles encontramos los de cobre y el medicado con levonorgestrel. Este último presenta una serie de indicaciones y beneficios específicos.

La contracepción de urgencia (postcoital) es solicitada con frecuencia. Aunque actualmente las pautas de actuación están bien definidas, sigue existiendo controversia y variabilidad en su prescripción.

En el taller intentaremos aportar la información disponible en relación con estos u otros aspectos que puedan surgir.

Por último, decir que como apoyo al taller disponemos de nuestra “Guía de Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria”, a día de hoy en imprenta, que esperamos que esté publicada y disponible para los asistentes al taller. De cualquier forma, ante la posibilidad de que no esté disponible aun para ese día, todos los asistentes recibirán un PDF con la anterior edición de nuestra guía (“Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria”).

TALLER: DEPRESCRIBIR UNA HABILIDAD NECESARIA

Dr. D. Francisco Atienza Martín

La polimedicación y la prescripción inadecuada constituyen un problema de seguridad del paciente. El estudio APEAS de eventos adversos en atención primaria sitúa los problemas relacionados con la medicación como la primera causa de los mismos con un prevalencia del 48,2% de todos los eventos adversos.

La sostenibilidad del sistema sanitario esta en relación con la utilización de intervenciones que sean seguras, efectivas y eficientes y la desinversión sanitaria en todas aquellas intervenciones que sean ineficaces, innecesarias, inútiles, inseguras, inclementes o insensatas.

La deprescripción es una metodología que ayuda a reducir las intervenciones inadecuadas en la utilización de medicamentos y que debe formar parte de la secuencia de utilización de medicamentos prescripción-deprescripción.

La deprescripción está condicionada por la dimensión farmacológica, las evidencias científicas y el contexto del paciente.

La secuencia metodológica de la deprescripción es:

- Revisar el plan terapéutico
- Replantear este plan

- Intervenir en la eliminación, reducción de dosis o sustitución de medicamentos
- Acordar con el paciente/cuidador
- Seguimiento

Como herramientas que pueden ayudar a la deprescripción se encuentran:

- Los algoritmos de deprescripción
- Los criterios STTOP-STAR
- Los criterios de Beers
- El índice de adecuación de medicamentos

TALLER: TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

Dr. D. Antonio Hidalgo Requena

Una tercera parte de las consultas de Atención Primaria (AP) están relacionadas con las enfermedades infecciosas y algo más de la mitad obedecen a infecciones del tracto respiratorio.

Aproximadamente, un 70% de los pacientes diagnosticados de una enfermedad infecciosa en Atención Primaria reciben antibióticos, siendo con frecuencia tratamientos inadecuados.

La mayor parte del consumo de antibióticos en España, al igual que en otros países, se produce en el ámbito extrahospitalario donde alcanza aproximadamente el 90% del total. A su vez, el 85% de este consumo se destina a tratar infecciones respiratorias.

La relación causa-efecto entre el uso de antibióticos y la aparición de resistencias a los mismos, se basa en distintas líneas de evidencia. Las consecuencias son graves, ya que las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, gasto sanitario y deterioro de la eficacia del tratamiento de futuros pacientes.

En nuestro país el consumo ambulatorio de antibióticos, sigue siendo alto respecto a otros países de la Unión Europea. Además, somos el segundo país con mayor uso relativo de antibióticos de amplio espectro.

El mejor uso de los antibióticos no hará desaparecer el problema de las resistencias bacterianas pero

sí puede disminuir la incidencia de población portadora de microorganismos resistentes. Si se disminuyen las resistencias a los antibióticos de primera elección, se crearán las condiciones necesarias para evitar el uso de antibióticos de segundo escalón, pudiendo reservarse éstos para situaciones de mayor gravedad.

Las infecciones respiratorias superiores constituyen procesos muy habituales en la práctica clínica en Atención Primaria. Son la principal causa de consumo de antibióticos, innecesario en muchos casos. Los antibióticos modifican sólo ligeramente el curso de las infecciones respiratorias superiores y pueden causar efectos adversos.

Para el médico de familia es fundamental en las infecciones del tracto respiratorio inferior saber si existen criterios de gravedad, en cuyo caso debe derivarse al hospital, si se trata de una neumonía, por tratarse de una infección potencialmente grave, o ambas. Es importante que la historia clínica y la exploración física sean minuciosas para descartar su presencia.

En este taller se abordarán los distintos tratamientos antibióticos de estos procesos, tanto los de elección, alternativa y medidas no farmacológicas, indicando su grado de evidencia o recomendación.

TALLER: DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Dra. D^a. M^a Reyes Díaz Osto

JUSTIFICACIÓN:

El dolor es un síntoma de alta prevalencia. Está documentado que el dolor es la causa más frecuente de consulta en atención primaria, estimándose que dos de cada tres personas acuden al médico por dolor. Se estima que la prevalencia en España de dolor crónico es del 11%. El 60,5% de las personas con dolor sufren dolor crónico, es decir, de más de 90 días de evolución, siendo las causas más frecuentes las enfermedades del aparato locomotor seguidas a mucha distancia por la migraña.

El dolor crónico no oncológico, además de provocar una gran carga de sufrimiento para los pacientes, tiene importantes repercusiones en la esfera psicológica, familiar, social, laboral y económica. Una alta proporción de personas afectadas por un dolor de estas características sufren problemas psicológicos originados por su constante sufrimiento y por la pérdida de calidad de vida, ven deterioradas sus relaciones familiares y sociales y padecen problemas laborales que a veces tienen severas consecuencias económicas. A esto hay que añadir los efectos secundarios del uso continuado de fármacos y la aparición de comorbilidad añadida.

En muchas ocasiones, los médicos de Atención Primaria se encuentran desbordados por la complejidad de pacientes que reiteran sus consultas en busca de una ayuda que es difícil proporcionarles.

Por esto, desde hace tiempo, el abordaje del paciente con dolor crónico no oncológico se entiende desde una perspectiva multimodal, que incorpora recursos farmacológicos y psicológicos. Los tratamientos se pretenden cada vez más personalizados al tiempo que se recurre a las intervenciones grupales sobre los que hay nuevas visiones y evidencias científicas.

Por todo ello, la atención a estos pacientes es cada vez más un reto de la Atención Primaria y su actualización una forma de ayudar a médicos y pacientes a afrontar el problema del dolor crónico de la mejor manera posible.

OBJETIVOS GENERALES:

Adquirir conocimientos y habilidades básicas para dar una atención integral a los pacientes con dolor crónico en la consulta de AP. Fomentar una actitud proactiva en atención individual y hacia la

intervención grupal. Difundir los aspectos básicos del proceso asistencial de Dolor Crónico No oncológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

El alumno será capaz de:

1. Describir aspectos básicos del Proceso Asistencial Integrado Dolor Crónico No oncológico
2. Favorecer el cambio de actitud de un enfoque puramente biologicista del dolor crónico hacia un abordaje biopsicosocial y holístico
3. Dar a conocer conceptos básicos sobre lo que es dolor, epidemiología, tipos, mecanismos del dolor
4. Nociones sobre Counselling
5. Conocer las herramientas básicas de evaluación del dolor crónico que se pueden utilizar en AP
6. Conocer e incorporar el tratamiento farmacológico y no farmacológico del DC
7. Recursos comunitarios

CONTENIDOS

1. Marco organizativo
2. Concepto dolor. Datos epidemiológicos y tipos
3. Mecanismos fisiopatológicos y vías del dolor
4. Counselling
5. La Modulación del Dolor
4. Evaluación del dolor
5. Tratamiento Integral:
 - a. Fármacos.
 - b. Higiene postural
 - c. Prescripción de ejercicio
 - d. Hábitos de vida saludable
 - e. Terapias psicológicas.
 - f. Educación y comunicación. Responsabilizar e implicar al paciente en su cuidado
 - g. Prescribir terapia grupal de psicoeducación
 - h. Recursos de la Comunidad

METODOLOGÍA:

El taller es de carácter presencial:

1. Se empleará el método del caso combinado con el método expositivo, método del descubrimiento
2. Se creará interacción activa con el alumnado, manteniendo feed back de comprensión y se favorecerá el debate
3. El alumno experimentará una técnica de relajación

TALLER: ENTREVISTA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL

Dra. D^a. Ana Rosa Jurado López

El abordaje de la Salud Sexual de los pacientes en Atención Primaria es tan necesario como complejo. Es necesario porque la Salud Sexual forma una parte fundamental de la salud general y de la calidad de vida de los pacientes, porque con su abordaje estaremos siguiendo las recomendaciones de la OMS, en cuanto a que es el primer escalón asistencial el que debe responsabilizarse de ella, y porque parte de los síntomas de la esfera sexual pueden ser centinela de otras patologías, cardiovasculares, metabólicas, urinarias, etc

Sin embargo, resulta complejo entrevistar a un paciente sobre su sexualidad, en primer lugar por la escasa formación recibida por parte de los

profesionales, y en segundo lugar porque las condiciones del sistema no favorecen la creación de un clima adecuado. Además, la sexualidad sigue considerándose un tema tabú, que genera dificultades, por parte de los pacientes y por parte de los profesionales, lo cual condiciona que en ocasiones incluso se evite hablar de ella.

Este taller pretende dar unas pautas claves para el abordaje de la salud sexual de los pacientes de Atención Primaria, en cuanto a que aportará una serie de habilidades que favorezcan el crear el clima adecuado para la entrevista clínica, con el objetivo de poder realizar la detección activa y el diagnóstico de patología, insatisfacción o disfunciones en esta área.

TALLER: MANEJO CLÍNICO DE LA CEFALEA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. D. Juan Antonio Gil Campoy

La cefalea es la patología neurológica más frecuente y uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria.

Las cefaleas se dividen en primarias, cuando no existe etiología orgánica, suponen la gran mayoría (95%), y secundarias, relacionadas con patologías orgánicas como traumatismos, alteraciones vasculares, tumores, infecciones etc., o con la ingesta de determinados fármacos u otras sustancias, suponen un 5 % del total de las cefaleas.

Los dos tipos de cefaleas primarias mas frecuentes son la migraña y la cefalea tensional, los criterios de cada una de ellas aparecen especificados en la Clasificación Internacional de Cefaleas de la IHS.

La mayor preocupación del médico de familia es llegar a un diagnóstico correcto mediante una adecuada historia clínica y una exploración neurológica básica y adaptada al tiempo y a los medios de que dispone.

Son precisamente una anamnesis semiestructurada y una exploración específica las principales armas de que dispone el médico de familia para el correcto manejo de esta patología.

La anamnesis deberá incidir en los antecedentes familiares, datos temporales, síntomas

acompañantes, factores precipitantes, agravantes o de alivio, grado de incapacidad, eficacia de los tratamientos utilizados.

La exploración física deberá ser lo mas exhaustiva posible, incluyendo la valoración del nivel de conciencia y de las funciones intelectuales. Observar la existencia de rasgos de trastornos psiquiátricos. Palpación e inspección de cabeza y cuello, pupilas, pares craneales, arterias temporales, senos paranasales etc.

Examen del fondo de ojo si se tiene experiencia, signos meníngeos, coordinación y marcha, vías motoras y sensitivas.

Cuando el médico de Atención Primaria sospeche la existencia de una cefalea secundaria deberá derivar al paciente al Neurólogo con mayor o menor prioridad en función de los hallazgos de la anamnesis y/o exploración clínica.

En muchas ocasiones, y debido a un diagnóstico y tratamiento incorrectos o a la automedicación, las cefaleas se cronifican, lo cual dificulta su manejo sobre todo a nivel de Atención Primaria.

El médico de familia debe conocer los criterios diagnósticos de los tipos de cefalea más frecuentes, así como los criterios de derivación a niveles

superiores o a urgencias. Cuando el médico de Atención Primaria sospeche la existencia de una cefalea secundaria deberá derivar al paciente al Neurólogo con mayor o menor prioridad en función de los hallazgos de la anamnesis y/o exploración clínica.

En muchas ocasiones, y debido a un diagnóstico y tratamiento incorrectos o a la automedicación, las cefaleas se cronifican, lo cual dificulta su manejo sobre todo a nivel de Atención Primaria.

El médico de familia debe conocer los criterios diagnósticos de los tipos de cefalea más frecuentes, así como los criterios de derivación a niveles superiores o a urgencias.

Por otra parte debemos disponer de los conocimientos y habilidades necesarios para el seguimiento y correcto manejo de aquellos pacientes ya estudiados y diagnosticados por Neurología, y evitar la evolución a la cronicidad de las cefaleas más frecuentes, así como la provocada por abuso de analgésicos.

TALLER: II CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA PARA MÉDICOS DE FAMILIA

Dr. D. Rafael Gómez García de Castro

Dra. D^a. Ana Martínez Cañavate

Enfermedades exantemáticas:

Introducción:

Los exantemas son un motivo de consulta frecuente en pediatría. La mayoría de las veces están causados por un cuadro leve y autolimitado pero, en otras ocasiones, son manifestaciones de enfermedades más graves.

El carácter benigno y autolimitado de la mayoría de las enfermedades virales exantemáticas, hace que habitualmente no sea fundamental conocer de forma precisa el virus responsable de la misma.

ETIOLOGÍA

• Infecciosa:

- Virus: enterovirus, adenovirus, HHV-6 y 7, parvovirus B19, sarampión, rubéola.
- Bacterias: estreptococos grupo A, Neisseria meningitidis, Staphylococcus aureus.
- Otros, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia conorii.
- Reacciones alérgicas.
- Enfermedad de Kawasaki.
- Reacciones medicamentosas.
- Eritema multiforme (síndrome de Steven-Johnson).
- Reumatológicas (enfermedad de Still) u otras enfermedades sistémicas.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Se debe realizar una anamnesis detallada:

- Características del exantema (forma de inicio, evolución, distribución y tipo de lesiones).
- Síntomas acompañantes (fiebre, prurito, síntomas catarrales, etc.).
- Patología de base y edad del paciente.

No debe faltar en la historia clínica información sobre la toma de fármacos (reacciones medicamentosas, Stevens-Johnson), excursiones al campo (fiebre botonosa), viajes y la presencia de familiares con los mismos síntomas (infecciones).

Exploración física

Una exploración física cuidadosa ayuda al diagnóstico y sirve para determinar si estamos ante una entidad potencialmente grave.

- Características del exantema y su distribución.
- Estado general del paciente.
- Signos acompañantes (adenopatías, hepatoesplenomegalia, afectación de mucosas, artritis, meningismo, etc.).

Pruebas complementarias

Su realización depende de la sospecha clínica aunque, en la mayoría de las ocasiones, no será necesario realizar ninguna.

• Exantemas maculopapulosos

- Primera enfermedad: Sarampión
- Segunda enfermedad: Escarlatina
- Tercera enfermedad: Rubéola
- Cuarta enfermedad: No reconocida actualmente
- Quinta enfermedad: Megaloeritema epidémico
- Sexta enfermedad: Exantema súbito

Exantema purpúrico-petequial:

- . Enf. Schölein-Henoch
- . Purpura trombocitopénica

Exantemas vesículo ampolloso:

- Varicela
- Prurigo
- Impétigo
- Ano-mano-boca

TALLER: CIRUGÍA MENOR (NIVEL BÁSICO)

*Dr. Francisco Herrera Fernández
Sr. D. Juan Carlos García González*

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 se ha incluido en el Contrato Programa de algunos Centros de Salud.

El presente Taller tiene como objetivo el facilitar a los médicos de Atención Primaria y MIR de esta especialidad, 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. 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 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, estudiaremos las principales técnicas de sutura así como de realizar nudos y las soluciones a pequeños problemas (heridas anfractuosas, irregulares, orejas de perro, tensión...etc.).

En el programa práctico propiamente dicho, cada uno de los participantes del Taller de manera individual trabajará con un set quirúrgico básico y sobre piel de cerdo como modelo, para conseguir el objetivo de que todos los participantes conozcan y practiquen las distintas técnicas de suturas vistas anteriormente en la parte teórica:

- Aplicación de anestesia local.
- Toma de biopsia con "punch"
- Sutura de herida lineal con puntos simples.
- Sutura de herida lineal con puntos de colchonero.
- Sutura continua de herida.
- Sutura de herida no lineal:
 - Herida curva.
 - Herida en zig-zag
 - Herida anfractuosa.
 - Sutura intradérmica
 - Manejo del bisturí eléctrico (legrado de lesiones queratósicas)

TALLER: ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Dra. D^a. M^a Jesús Alonso Llamazares

En el último decenio tanto en nuestro país, como en nuestra comunidad autónoma, hemos asistido a un repunte de algunas de las Enfermedades de Transmisión Sexual de Declaración Obligatoria, herpes genital, infección gonocócica, infección por chlamydia, sífilis y sífilis congénita. Con un repunte máximo en el año 2009, y una estabilización en los últimos años.

Existen otras muchas ITS/ETS que aunque no son de declaración obligatoria, por lo que los datos exactos de prevalencia e incidencia los desconocemos, como son el chancro blando, el linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, la infección por

el virus del papiloma humano o por trichomonas o micoplasma hominis o ureaplasma urealyticum, que por su frecuencia en la práctica clínica habitual, también vamos a abordar en este taller.

Hay otras, como las distintas Hepatitis víricas, y el VIH, que por sus consideraciones de patología general, que hace que muchas veces no se atienden en la atención primaria de salud, no van a ser tratadas aquí.

Se van a describir en cada una de ellas la etiología, las manifestaciones clínicas, las pruebas diagnósticas y las medidas terapéuticas y preventivas.

TALLER: NEUROFISIOLOGÍA DEL AMOR, LOS SENTIMIENTOS Y EL DESAMOR

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas

Hasta hace pocos años, cuestiones tan importantes como los sentimientos, el amor, los celos, etc, parecían etéreas y apenas tenían una explicación científica, no existiendo tampoco ninguna especialidad médica que las estudiase, abordase de una forma integral, y difundiera los escasos conocimientos existentes.

Hace apenas 13 años que se planteó el estudio del amor y los sentimientos como un proceso bioquímico que involucra a muchas estructuras cerebrales con gran implicación del sistema endocrino, dando lugar a reacciones fisiológicas intensas. Estudios que en los últimos años han logrado grandes descubrimientos, sobre todo debido al desarrollo de las técnicas de neuroimagen que están permitiendo atisbar las bases estructurales, neurofisiológicas, bioquímicas y hormonales de todo lo relacionado con el instinto sexual y los sentimientos.

En este taller se abordarán, dentro del amplio abanico de posibles temas a tratar, las bases científicas que explican nuestro comportamiento sexual y su evolución a lo largo de millones de años. Tendrán cabida, por ser fundamentales en nuestras vidas,

aspectos como las fases de las relaciones amorosas y las hormonas implicadas en cada una de ellas, las causas que llevan al desamor y la tendencia a la infidelidad, la importancia de los antígenos de histocompatibilidad (HLA) en la elección de pareja, así como de los besos, no solo para una buena salud sexual, sino como fuente de producción de sustancias beneficiosas, de modo que podríamos decir que “los besos son la mejor medicina y sin efectos secundarios”.

El taller permitirá una primera visión de la neurofisiología del amor y los sentimientos, que puede abrir el camino a crear inquietudes y motivar a los asistentes a continuar en el aprendizaje de estos temas tan poco conocidos, y que por el tiempo asignado, es imposible abordar en su totalidad, pudiendo ser el germen de futuras charlas y talleres en que se podrían tratar otros aspectos de este novedoso y apasionante tema.

TALLER: ¿CÓMO TRATAR LA OSTEOPOROSIS?

Dr. D. Antonio Ortega Cabezas

La osteoporosis es una enfermedad crónica muy prevalente, causante de una gran mortalidad e invalideces, sin olvidar sus grandes costes socioeconómicos y sanitarios, a pesar de lo cual y de ser una enfermedad prevenible y tratable, no logramos controlar en cuanto a su incidencia y consecuencias

Estamos ante una patología que sus conceptos han y siguen evolucionando con los años, desde su propia definición al tratamiento. Por ello es conveniente, cada cierto tiempo, reflexionar sobre ella, ver que estamos haciendo bien y mal, corregir nuestros errores y trazar nuevas vías de abordaje

En el taller, y sobre la base del “Consenso Andaluz sobre el abordaje de la Osteoporosis postmenopáusica en Atención Primaria”, elaborado, por primera vez, por las tres sociedades de Atención Primaria

en Andalucía (SANFYC, SEMG y SEMERGEN) y publicado en Abril del 2014, se realizará una actualización en esta enfermedad, centrándonos fundamentalmente en su tratamiento basado en las evidencias actuales.

Se incidirá, principalmente en repasar y actualizar todo lo relacionado con el tratamiento, como la importancia de los factores de riesgo y la DEXA a la hora de tomar decisiones terapéuticas. La importancia de las medidas higiénico dietéticas y preventivas, el papel de los distintos fármacos, y sus posibles efectos nocivos, tiempo de tratamiento, cuando y de qué manera variar la estrategia terapéutica, así como todo lo relacionado con el manejo de esta enfermedad declarada por la OMS como una de las epidemias del siglo XXI.

TALLER MEDICINA 2.0

Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona

El uso por parte del Médico de Familia de las Tecnologías de la información y comunicación con su especial repercusión en la Atención Primaria (TIC-AP), se está demostrando como una de las herramientas más útiles para la autoformación, actualización y comunicación con otros profesionales, así como con los pacientes. Por lo que el objetivo del taller será despertar en el alumno las expectativas y oportunidades que éstas generan en su desarrollo profesional.

Para ello el Médico participante, conocerá y practicará sobre las aplicaciones generales y específicas que se engloban en el concepto de TIC-AP, así comenzaremos con los diversos Navegadores Web que existen en el mercado (Firefox, Google Chrome, Explorer).

Revisaremos los principales Blogs sanitarios, y de mayor impacto en Atención Primaria pudiendo acceder a su información y contenidos; practicaremos los distintos agregadores/lectores de RSS, como Feedly ó Netvibes, para poder syndicar la información generada en los blogs sanitarios de mayor repercusión, revistas de la especialidad ó bibliotecas

virtuales, en especial la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Revisaremos y podremos practicar con aplicaciones para la clasificación y gestión de referencias bibliográficas, como Zotero ó Mendely.

En el apartado de herramientas que permiten el trabajo colaborativo entre varios profesionales, abordaremos aplicaciones como Google Docs, Google Calendar, Hangouts.

Abordaremos y se practicará con herramientas que permiten el almacenaje de la información en “la nube” (Cloud Computing), facilitando así el acceso desde cualquier punto a los distintos tipos de ficheros que alojemos, como Dropbox, Google Drive, el Entorno Colaborativo de Trabajo (de la Consejería de Andalucía), manteniendo de este modo siempre accesible la información generada.

Y por último practicaremos con herramientas para comunicar información o compartir con otros profesionales, como las Redes Sociales: Twitter, Facebook, Google +, Slideshare, Youtube..

Y para terminar se conocerán las apps sanitarias de mayor repercusión del 2013.

TALLER: OBJETIVOS DE CONTROL EN EL PACIENTE DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA

Dr. D. Luis Hidalgo Rojas

El taller será realizado por el Dr José Escribano Serrano, que participará en primer lugar, y por el que suscribe, Dr. Hidalgo Rojas, que lo haré a continuación.

El taller pretenderá dar difusión a un proyecto realizado por Laboratorios Esteve, con el aval y apoyo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). El proyecto consiste en una plataforma formativa centrada en los pacientes diabéticos con más de 65 años, resaltando la importancia del abordaje integral en este tipo de pacientes.

Su objetivo es aportar al colectivo médico información, formación y recursos de valor para su consulta diaria consiguiendo así un abordaje eficaz al paciente.

El abordaje integral se ha entendido en base a 3 módulos: comunicación, estilo de vida y tratamiento. Cada uno de estos módulos contiene información en modo “presentación” y documentación complementaria y otros recursos de utilidad. La herramienta

ZOOM 65+ ha nacido dotada ya de muchos recursos, pero el proyecto es que éstos se vayan ampliando en función de las necesidades que se detecten.

En primer lugar, el Dr. José Escribano Serrano explicará sucintamente en qué consiste el proyecto y abordará los contenidos del módulo de comunicación y estilos de vida.

A continuación, yo me dedicaré a destacar los elementos fundamentales que componen el módulo de tratamiento farmacológico.

Hay también en la plataforma un apartado destinado a casos clínicos, actualmente constituido por seis. En la última parte del taller, expondremos el caso “Manejo integral del paciente diabético de edad avanzada”. Los ponentes lo hemos seleccionado porque pensamos refleja fielmente el componente de abordaje integral en el paciente mayor, elemento fundamental que caracteriza este proyecto que presentamos.

TALLER: ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS. CLAVES PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPOC. ¿QUÉ CONCLUSIONES SACAMOS DE LA EVIDENCIA?

Dr. D. Francisco Casas Maldonado

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbilidad, y supone un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno. Además, se prevé que su prevalencia siga aumentando(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente hay 210 millones de personas que presentan EPOC en el mundo(2). El último estudio para determinar la prevalencia de la EPOC en

España fue el EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain(3)), concluyó que la prevalencia de la EPOC en España según los criterios espirométricos GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (4)) era de 10,2% (IC95% 9,2 -11,1) en la población de 40 a 80 años. La distribución, según la clasificación GOLD de gravedad, fue la siguiente: EPOC leve 56,4%, moderada 38,3%, grave 4,6% y muy grave 0,5%. Existen importantes variaciones en la distribución de la EPOC en España, tanto en prevalencia como en infradiagnóstico e infratratamiento. En el estudio IBERPOC, realizado unos años antes, la prevalencia de la EPOC era del 9,1%, en individuos de 40 a 70 años(5).

Por tanto, la EPOC tiene una alta prevalencia y se encuentra relacionada con estilos de vida, siendo previsible y tratable por el médico de Atención Primaria.

Suele manifestarse en forma de disnea, generalmente progresiva, acompañándose de tos crónica con o sin expectoración.

En ocasiones los pacientes presentan agudizaciones de su enfermedad de base y son frecuentes diversas comorbilidades.

La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo, estimando la OMS que será la tercera en el año 2030(6). En España la EPOC fue responsable del 8,4% del total de defunciones en el 2011(7).

El abandono del tabaquismo es la medida más eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de la EPOC y para frenar su progresión con Nivel de Evidencia A(8).

El tratamiento del tabaquismo debe comprender aspectos psicológicos sociales y farmacológicos. La intervención breve en la dependencia del tabaco es efectiva (Evidencia A), y esta terapia debería ser ofertada a todos los fumadores en cada visita a su centro sanitario.

Tres tipos de consejo son especialmente efectivos: consejo práctico, soporte social como parte del tratamiento y soporte social fuera del tratamiento (Evidencia A).

Se dispone de varios fármacos eficaces para la dependencia al tabaco (Evidencia A), y al menos uno de estos fármacos ha de ser añadido al consejo antitabaco siempre que no esté contraindicado

Como refiere el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de EPOC de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía(33) son importantes para su control los hábitos higiénicos y dietéticos que se deberán adoptar para una mejor evolución. El entrenamiento físico regular puede aumentar la tolerancia del paciente a la disnea y proporcionarle la confianza necesaria para admitir que un cierto nivel de disnea es aceptable.

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, infratratada, con escaso conocimiento de la población en general y de los pacientes que la padecen en particular, y en ocasiones con medicación inadecuada o uso incorrecto de la misma, ya sea por incumplimiento terapéutico o por deficiente técnica de la administración de los medicamentos inhalados. Desde hace años han proliferado diferentes guías de práctica clínica y documentos de consenso para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

Los objetivos del tratamiento en la EPOC estable son: Reducir los síntomas crónicos, disminuir la frecuencia y gravedad de las agudizaciones y mejorar el pronóstico. Los beneficios a corto plazo consisten en el buen control de la enfermedad y a medio y largo plazo en la disminución del riesgo de mortalidad.

El abandono del tabaquismo es la intervención más eficaz -y coste efectiva- para reducir el riesgo de desarrollo de la EPOC y frenar su progresión (Evidencia A).

La identificación de fenotipos clínicos permite un tratamiento más personalizado de la EPOC(10). La guía GesEPOC en su actualización de 2014 distingue cuatro fenotipos clínicos a) fenotipo no agudizador; b) fenotipo mixto EPOC-asma; c) fenotipo agudizador con enfisema, y d) fenotipo agudizador con bronquitis crónica.

En todos los pacientes con EPOC se debe recomendar la deshabitación tabáquica, la realización de ejercicio físico, la vacunación antigripal y antineumocócica, así como la utilización de agonistas β_2 a demanda. Debemos de evaluar y tratar las comorbilidades e instruir en estrategias de autocuidado.

El tratamiento farmacológico de la EPOC en fase estable los constituyen fundamentalmente los broncodilatadores y los corticoides, ambos como terapia inhalada.

Broncodilatadores de acción corta

Los anticolinérgicos de acción corta (**SAMA**, Short Acting Muscarinic Anticholinergic), como el bromuro de ipratropio o los s-2 agonistas de acción corta (**SABA**, Short Acting Beta Agonist), como el salbutamol o la terbutalina, son fármacos eficaces en el control rápido de los síntomas y se utilizan en la modalidad de rescate o "a demanda". En pacientes con síntomas respiratorios ocasionales, reducen los síntomas y la tolerancia al esfuerzo en la EPOC, y añadidos al tratamiento de base o de mantenimiento, se recomiendan en el tratamiento de los síntomas de todos los niveles de gravedad de la enfermedad.

Si el paciente presenta síntomas persistentes, nocturnos y/o síntomas al ejercicio, o bien precisa broncodilatadores de corta duración de forma reiterada, es preciso añadir uno o dos broncodilatadores de larga duración (BDLD) en función de la gravedad de los síntomas.

Broncodilatadores de larga duración

Los BDLD tomados de forma regular se utilizan en todos los pacientes con síntomas permanentes. Aunque no siempre logran una mejoría significativa

del grado de obstrucción medido por el FEV1, disminuyen la hiperinsuflación dinámica y, por lo tanto, incrementan la capacidad inspiratoria y alivian la disnea. Todo ello genera un efecto beneficioso sobre el control de los síntomas, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida, y disminuye la frecuencia de las agudizaciones, fundamentalmente en pacientes con una obstrucción de grado moderado o grave. Se deben utilizar como primer escalón de tratamiento en todos los pacientes con síntomas permanentes (evidencia alta, recomendación fuerte en la Guía GesEPOC).

Teofilina

Aunque la teofilina y las metilxantinas se consideran broncodilatadores, su acción es muy limitada. Debido a los efectos secundarios y a su margen terapéutico estrecho, su utilización es limitada y nunca deben usarse como tratamiento de primera elección (evidencia moderada, recomendación débil en contra en la Guía GesEPOC). Queda relegado su uso a aquellos pacientes con contraindicación o efectos secundarios a alguno de los broncodilatadores convencionales, o en pacientes con EPOC con un nivel de gravedad muy elevado (nivel IV), añadida a la doble terapia de BDLD.

Fármacos broncodilatadores en el tratamiento de la EPOC estable							
	Principio activo	Presentación	Dosis recomendada	Dosis máxima	Inicio de acción	Efecto máximo	Duración de acción
Beta 2 adrenérgicos de acción corta SABA	Salbutamol.	ICP: 100 µg/lnh.	200 µg/4-6h.	1.600 µg/día	40-50 seg.	15-20 min.	3-6 h.
	Terbutalina.	TH: 500 µg/lnh.	500 µg/6h.	6 mg/día.	40-50 seg.	15-30 min.	4-6 h.
Beta 2 adrenérgicos de acción larga LABA	Salmeterol.	ICP: 25 µg/lnh. AH: 50 µg/lnh.	50 µg/12h.	200 µg/día.	20 min.	3-4 h.	12 h.
	Formoterol.	ICP: 12 µg/lnh. TH: 9 µg/lnh. AL: 12 µg/lnh.	12 µg/12 h.	48 µg/día.	1-3 min.	2 h.	12 h.
	Indacaterol.	BH: 150 µg/lnh. BH: 300 µg/lnh.	150 µg/24 h.	300 µg/día.	1-3 min.	2 h.	24 h.
Anti-colinérgicos de acción corta SAMA	Bromuro de ipratropio.	ICP: 20 µg/lnh.	20-40 µg/6-8 h.	320 µg/día.	15 min.	30-60 min.	4-8 h.
Anti-colinérgicos de acción larga LAMA	Bromuro de tiotropio.	HA: 18 µg/lnh. RM: 2.5 µg/lnh.	HA: 18 µg/24 h. RM: 5 µg/24 h.	HA: 18 µg/24 h. RM: 5 µg/24 h.	30 min.	3 h.	24 h.
	Bromuro de glicopirronio	BH: 50 µg/lnh.	50 µg/lnh.	44 µg/día	5 min.	2 h.	24 h.
	Bromuro de aclidinio	GE: 322 µg/12	322 µg/12	GE: 644 µg/día	15-30 min.	2 h.	12 h.
Metil-xantinas	Teofilina.	Oral: 100-600 mg.	2-7 mg/kg/12h (dosis de mantenimiento).	2-7 mg/kg/12h.	3h.	6h.	12h.

AH: Accuhaler, AL: Aerolizer, BH: Breezhaler, HA: Handhaler, ICP: inhalador de cartucho presurizado, lnh: inhalación, TH: Turbuhaler, RM: Respmat, GE: Genuar

Todos los fármacos broncodilatadores disponibles y sus características están disponibles en la siguiente tabla:

Corticosteroides inhalados (CI)

Distintos ensayos clínicos han demostrado que el empleo de corticoides inhalados asociados a BDLD en pacientes que presentan frecuentes agudizaciones, pese a realizar un tratamiento broncodilatador óptimo, produce una disminución significativa del número de agudizaciones y una mejoría en la calidad de vida, si bien no han mostrado un efecto beneficioso sobre la mortalidad(12).

Hemos de tener en cuenta que en la revisión de 2014 de la guía GesEPOC, se elimina de la lista de tratamientos sugeridos la combinación LAMA +

corticoides inhalados (CI), por falta de evidencia, tal como sugiere la actualización del documento GOLD.

Inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (Roflumilast)

El roflumilast es un fármaco antiinflamatorio oral que actúa mediante la inhibición selectiva de la fosfodiesterasa 4 (PD4) y que ha demostrado prevenir las agudizaciones en pacientes con EPOC grave que presentan tos y expectoración crónica y además sufren agudizaciones frecuentes, por lo que es un fármaco indicado para el fenotipo agudizador con bronquitis crónica. Este efecto se mantiene cuando se añade roflumilast al tratamiento de mantenimiento con un BDLD, sea LABA o LAMA(13).

Mucolíticos

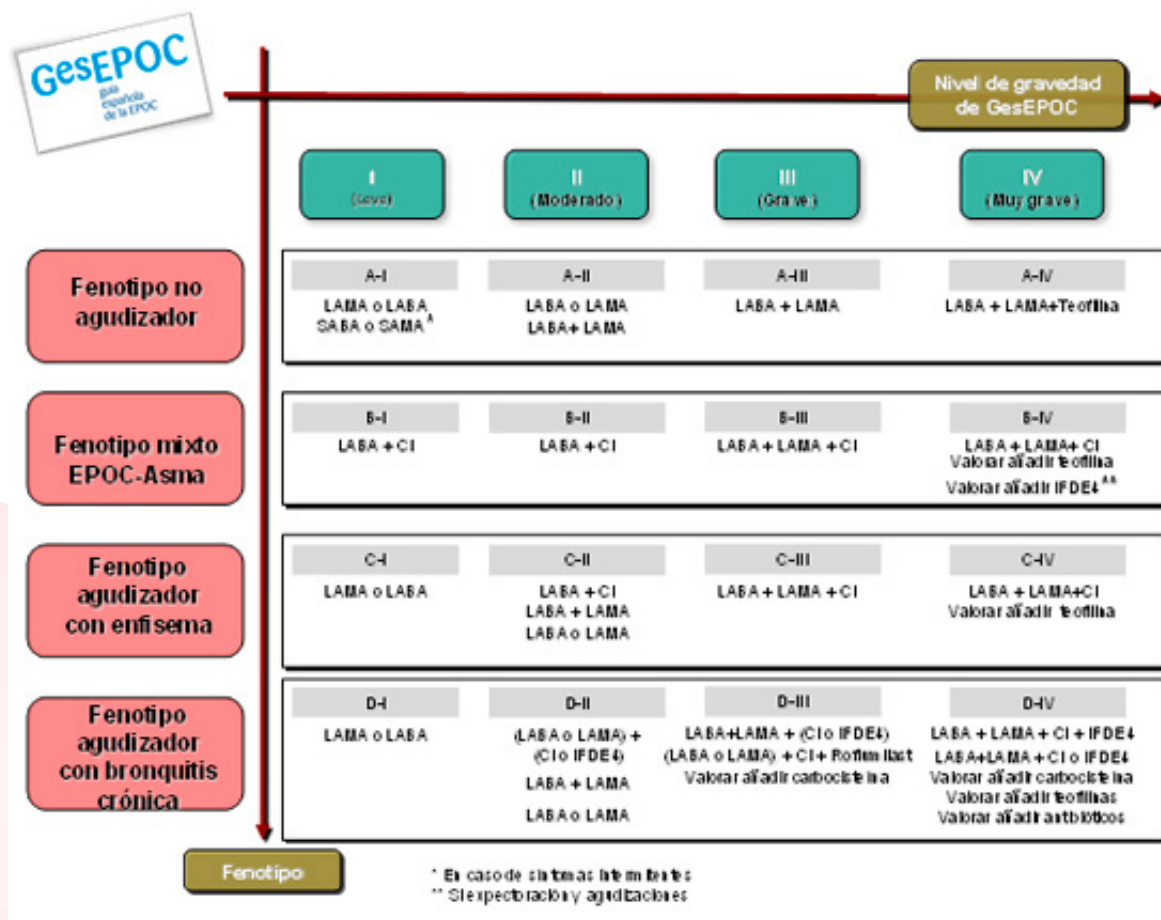
Un ensayo clínico demostró que el uso de carbocisteína a largo plazo, comparado con placebo, reducía el

número de agudizaciones, retrasaba el empeoramiento de los síntomas y mejoraba la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Los efectos de la N-acetilcisteína (NAC) a largo plazo en pacientes con EPOC se han evaluado en un ensayo

clínico, en el que se demostró una disminución del número de agudizaciones en pacientes no tratados con CI.

El tipo de tratamiento correspondiente a cada fenotipo viene resumido en la tabla final.



BIBLIOGRAFÍA

- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Archivos de Bronconeumología. julio de 2012;48(7):247-57.
- Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltaev N et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. Eur Respir J. 2010;36:995-1001.
- Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, Garcia Rio F, Miravittles M, Muñoz L, et al. [The EPI-SCAN survey to assess the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Spanish 40-to-80-year-olds: protocol summary]. Arch. Bronconeumol. enero de 2009;45(1):41-7.
- GOLD - the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. [citado 23 de abril de 2014]. Recuperado a partir de: zotero://attachment/431/
- Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. [Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation]. Arch. Bronconeumol. abril de 1999;35(4):159-66.
- WHO. World health statistics 2008. Disponible en : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf 2010
- Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [citado 23 de junio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Godtfredesen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. Eur Respir J. 2008;32:844-45.
- Antonio León Jiménez (coordinador) et al. ENFERMEDAD pulmonar obstructiva crónica: proceso asistencial integrado -- 2ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2007.
- Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Clinical phenotypes of COPD: identification, definition and implications for guidelines. Arch Bronconeumol. marzo de 2012;48(3):86-98.
- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. Arch Bronconeumol. enero de 2014;50 Suppl 1:1-16.
- Glaab T, Taube C. Effects of inhaled corticosteroids in stable chronic obstructive pulmonary disease. Pulm Pharmacol Ther. 2011; 24(1): 15-22.
- Rabe KF. Update on roflumilast, a phosphodiesterase 4 inhibitor for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Br J Pharmacol. 2011; 163(1): 53-67.

Dr. D. Francisco Casas Maldonado

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es muy importante para la neumología y para atención primaria, ya que es el tercer diagnóstico más frecuente y la segunda causa de prescripción crónica después de la hipertensión arterial en atención primaria. La EPOC forma parte del grupo de enfermedades del paciente pluripatológico y se incluye en las estrategias de cronicidad de los sistemas sanitarios de salud, ya que constituye un problema de salud de primera magnitud por su elevada prevalencia, morbilidad y alto impacto económico. La revisión sistemática de estudios sobre coste del tratamiento de la EPOC en España, que incluye 8 estudios sobre 6.339 pacientes, estiman un coste medio entre 1.218-1.314 euros/paciente/año¹.

Los objetivos del tratamiento, que se contemplan tanto por la guía GOLD como por GesEPOC, son mejorar el control actual (mejoría de los síntomas y la tolerancia al ejercicio), y reducir los riesgos futuros, mediante la prevención de las exacerbaciones y de las complicaciones, para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC y reducir su mortalidad².

Tiotropio es un fármaco broncodilatador antimuscarínico de 24 horas de acción que presenta mayor evidencia clínica, con ensayos que demuestran su eficacia en el control de los síntomas y en la reducción del riesgo futuro. Además, tiotropio ha demostrado su eficacia en condiciones que reflejan la práctica clínica habitual (EPOC de todos los niveles de gravedad, GOLD II-IV) y como tratamiento de mantenimiento a largo plazo. El estudio UPLIFT es un ensayo de 4 años de duración, realizado en 5.993 pacientes, que compara tiotropio 18 µg vs grupo control con medicación habitual excepto anticolinérgicos inhalados. Este estudio evalúa los efectos a largo plazo de tiotropio sobre la tasa de disminución del FEV₁, antes y después de la broncodilatación. La calidad de vida (St. George's Respiratory Questionnaire), las exacerbaciones y los efectos adversos fueron consideradas como variables secundarias. Se analiza la mortalidad por todas las causas como una variable secundaria de seguridad. En UPLIFT se demuestra la mejora del FEV₁ en los pacientes tratados con tiotropio vs el grupo control, manteniéndose este efecto a lo largo de los 4 años de estudio. UPLIFT demuestra, así mismo, una reducción global de la morbilidad cardiovascular global, con una disminución específica de los efectos adversos graves

por insuficiencia cardíaca y de los ingresos por infarto agudo de miocardio³.

Las agudizaciones constituyen un evento normal en la historia de un paciente con EPOC y son la principal causa de consultas médicas. Los pacientes con EPOC tienen una media de 2 exacerbaciones al año, aunque más de la mitad de ellas no son informadas al médico⁴. Distintos estudios sugieren que las agudizaciones producen un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud⁵ y generan elevados costes sanitarios⁶⁻⁸. En España, como en otros países de todo el mundo, sólo un número limitado de estudios ha intentado cuantificar el impacto de la EPOC sobre el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. Masa JF et al indican que las agudizaciones de la EPOC suponen más de la mitad del coste de la EPOC en España (53,9%) y se debe a la asistencia hospitalaria (76%) y al gasto farmacéutico (24%)⁶. Dada la importancia de las agudizaciones de la EPOC, todas aquellas estrategias terapéuticas e intervenciones dirigidas a su prevención serán muy coste-efectivas y sin duda, mejorarán la calidad de vida y la función pulmonar de los pacientes con EPOC.

La evidencia de tiotropio en prevención de exacerbaciones es muy amplia, y al analizar todos los datos de los estudios individuales siguiendo la metodología del meta-análisis se confirma su eficacia en prevención de exacerbaciones⁹. Esta reducción en el riesgo de exacerbaciones se ha confirmado también a largo plazo, como se observa en los resultados del estudio UPLIFT que demuestran un 14% en la reducción del riesgo de exacerbaciones frente a control ($p < 0,0001$)³. Los resultados de un ensayo aleatorizado de 1 año en el que participaron 3.991 pacientes con EPOC (205.372) demostró que el tiotropio Respimat® (5 µg) retrasó el tiempo hasta la primera exacerbación en el 31% en comparación con placebo (además del tratamiento habitual; $p < 0,0001$). Otro dato relevante que muestra el estudio es que el tiempo hasta la primera exacerbación tratada en el hospital (grave), disminuyó en el 27% con el tiotropio en comparación con el grupo placebo ($p < 0,005$)¹⁰. Además, se han ido publicando nuevos estudios que aportan más datos sobre el papel de tiotropio en el control del riesgo de exacerbaciones, estudios no sólo llevados a cabo por Boehringer Ingelheim, como el POET (vs salmeterol)¹¹, sino también por otras compañías frente a agonistas beta-2 de larga duración (LABA) y antimuscarínicos de larga duración (LAMA): INVIGORATE (vs indacaterol)¹² y SPARK (vs

combinación fija indacaterol/glicopirronio y vs glicopirronio) 13.

El ensayo POET® fue diseñado específicamente para comparar directamente los efectos salmeterol con los del tiotropio sobre el riesgo de reagudizaciones moderadas y graves. Es un ensayo clínico, multicéntrico, con distribución aleatoria, doble ciego de brazos paralelos. Se aleatorizaron al tratamiento 7.376 pacientes con EPOC de moderada a muy grave y antecedentes de exacerbaciones en el año anterior al estudio. El periodo de tratamiento del ensayo POET-EPOC® duró 1 año, y la variable principal fue el tiempo hasta la primera agudización. Tiotropio reduce un 17% el riesgo de exacerbaciones vs salmeterol, y aumentó el tiempo hasta la primera exacerbación, de moderada a grave, en comparación con el salmeterol (187 días frente a 145 días). Tiotropio reduce un 28% el riesgo de exacerbaciones graves vs salmeterol y también disminuyó el número anual de exacerbaciones moderadas o graves (0,64 frente a 0,72; cociente de tasas, 0,89; $p=0,002$). En conclusión tiotropio, comparado con salmeterol, aumenta significativamente el tiempo hasta la primera exacerbación moderada a grave, y disminuye la tasa anual de exacerbaciones en pacientes con EPOC de moderado a grave¹¹.

El estudio INVIGORATE, es un ensayo multicéntrico, doble ciego, de doble simulación y de grupos paralelos, de 52 semanas de duración realizado en 3.439 pacientes con EPOC moderado a grave, que compara el efecto de indacaterol de 150 µg, una vez al día, vs tiotropio handiHaler® de 18 µg, sobre la función respiratoria y tasa de exacerbaciones. Se confirmó la superioridad de tiotropio sobre indacaterol en la tasa de exacerbaciones moderadas a graves¹².

SPARK es el primer estudio que compara la combinación fija LAMA/LABA, frente a un tratamiento solo con un LAMA (vs glicopirronio y también vs tiotropio), para evaluar las exacerbaciones en pacientes con EPOC de grave a muy grave. Es un ensayo clínico multicéntrico, de grupos paralelos doble ciego (QVA 149 y glicopirronio) con tiotropio en abierto, que incluyó 2.224 pacientes en estadio GOLD III-IV, tratados durante 64 semanas. El objetivo principal fue demostrar la superioridad del QVA149 frente al glicopirronio en cuanto a la tasa de exacerbaciones de la EPOC de moderadas a graves durante el tratamiento. El objetivo secundario fue demostrar la superioridad del QVA149 frente al tiotropio en cuanto a la tasa de exacerbaciones de la EPOC de moderadas a graves durante el

tratamiento. Este objetivo secundario no se cumplió. Tiotropio reduce el riesgo de exacerbaciones moderadas-graves de forma comparable a la combinación fija glicopirronio/indacaterol. Tiotropio reduce un 43% el riesgo de exacerbaciones graves vs glicopirronio¹³.

Otro estudio, INSPIRE, fue el primer ensayo que comparó el efecto de la asociación de un antiinflamatorio y un LABA (salmeterol/propionato de fluticasona - SFC) con tiotropio, sobre la tasa de exacerbaciones moderadas y/o graves de la EPOC durante un periodo de tratamiento de 2 años. De manera secundaria, se investigó los resultados posiblemente relacionados con las exacerbaciones. En este ensayo multicéntrico se incluyeron 1.323 pacientes. La variable principal fue la tasa de exacerbaciones moderadas y/o graves. Durante 2 años, el 62% del grupo SFC y el 59% del grupo del tiotropio experimentaron por lo menos una exacerbación que precisó una intervención terapéutica. Las tasas globales estimadas de exacerbaciones fueron de 1,28 por año para el grupo de SFC y de 1,32 por año para el tiotropio, con un coeficiente de tasas de 0,967 (CI del 95%, 0,836-1,119) lo que indica que no existe diferencia entre las tasas ($p=0,656$)¹⁴.

Otro aspecto en el que hace hincapié la guía GOLD es en prevenir la progresión de la enfermedad. Tiotropio ha demostrado enlentecer la progresión de la enfermedad en varios grupos de pacientes: GOLD II15, Naive16 y menores de 50 años¹⁷. Por último, tiotropio muestra su efecto en reducción del riesgo en pacientes con EPOC al demostrar un efecto en reducción del riesgo de mortalidad en el estudio UPLIFT del 16% en los pacientes que estaban en tratamiento³.

Tiotropio, en estudios con el máximo rigor científico (randomizados, doble ciego, todos niveles de gravedad, permitiendo medicación concomitante.....) ha demostrado mejor control de la enfermedad, mejorando síntomas, tolerancia al ejercicio y calidad de vida del paciente con EPOC, así como una reducción del riesgo futuro al lograr una disminución significativa del riesgo de exacerbaciones, vs otros broncodilatadores de larga duración y comparable a una combinación fija de 2 broncodilatadores, frena la caída del FEV1 en estadios precoces y tiene un impacto favorable en la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M, Brosa M, Velasco M, Crespo C, Gobartt E, Diaz S, González-Rojas N. An economic analysis of pharmacological treatment of COPD in Spain. *Respiratory Medicine*. 2009; 103:714-21.
2. GOLD-Global initiative for chronic obstructive lung disease 2014. Disponible en: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf.
3. Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al; UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2008;359:1543-54.
4. Langsetmo L, Platt RW, Ernst P, Bourbeau J. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177:396-401.
5. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, Zalacain R, Álvarez-Sala JL, Masa JF, et al. Exacerbations impair quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A two-year follow-up study. *Thorax*. 2004;59:387-95.
6. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:72-9.
7. Rennard S, Decramer M, Calverley PMA, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects perspective of Confronting COPD International Survey. *Eur Respir J*. 2002; 20:799-805.
8. Izquierdo JL. The burden of COPD in Spain: results from the Confronting COPD Survey. *Respir Med*. 2003;97 Suppl C:S61-9.
9. Karner C, Chong J, Poole P. Tiotropium versus placebo for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD009285.
10. Bateman ED, Tashkin D, Siafakas N, et al. A one-year trial of tiotropium Respimat plus usual therapy in COPD patients. *Respir Med*. 2010;104:1460-72.
11. Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of EPOC. *N Engl J Med*. 2011;364:1093-103.
12. Decramer ML, Chapman KR, Dahl R, et al. Once-daily indacaterol versus tiotropium for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (INVIGORATE): a randomised, blinded, parallel-group study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2013;1:524-33.
13. Wedzicha JA, Decramer M, Ficker JH, et al. Analysis of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with the dual bronchodilator QVA149 compared with glycopyrronium and tiotropium (SPARK): a randomised, double-blind, parallel-group study. *Lancet Respir Med*. 2013;1:199-209.
14. Wedzicha JA, Calverley PM, Seemungal TA, et al. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177:19-26.
15. Decramer M, Celli B, Kesten S, et al. Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374:1171-8.
16. Troosters T, Celli B, Lystig T, et al. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT trial. *Eur Respir J*. 2010;36:65-73.
17. Morice AH, Celli B, Kesten S, Lystig T, Tashkin D, Decramer M. COPD in young patients: a pre-specified analysis of the four-year trial of tiotropium (UPLIFT). *Respir Med*. 2010;104:1659-67.

TALLER: VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA

Dra. D^a. Inés Bonilla Garrigüez

Las razones que convierten a la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en un grave problema de dimensiones socio-sanitarias por resolver son principalmente que cada vez las personas viven más. Se trata de una enfermedad que se presenta mayoritariamente a partir de los 65 años y representa una gran problemática médica.

La Atención Primaria ha ido incluyendo en su oferta asistencial una serie de servicios dirigidos a personas mayores y enfermos dependientes, de forma que las actuaciones en este colectivo, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, constituyen sin duda uno de los aspectos más relevantes de la práctica clínica. Es probable que sea difícil encontrar una enfermedad tan grave, con tanto impacto sobre la calidad de vida de quien la sufre y de quienes le cuidan como la Demencia. La causa más frecuente de Demencia en el momento actual es la Enfermedad de Alzheimer, de etiología probablemente multifactorial (genética, ambiental, tóxica) y para la que no se dispone de un tratamiento curativo efectivo.

Los profesionales de Atención Primaria ocupan un lugar privilegiado para el manejo efectivo del problema.

Constituyen la primera puerta de entrada al proceso, conocen al paciente y su entorno social, laboral y familiar, pudiendo hacer un seguimiento longitudinal, mejorar el diagnóstico temprano y, también, utilizar, coordinar y racionalizar los recursos disponibles.

Sin embargo la implicación real de Atención Primaria está lejos aún de lo que se pudiera calificar como óptima. Casi siempre se alude a problemas de presión asistencial, dificultades de coordinación con el Segundo Nivel, limitaciones de su competencia científico-técnica, déficit formativos etc. Ello se traduce por ejemplo, en elevadas tasas de infradiagnóstico, fundamentalmente en fases leves de la enfermedad de modo que los pacientes no pueden acceder a los tratamientos eficaces (farmacológicos o no farmacológicos) existentes en el momento actual.

Con las premisas expuestas, no cabe ninguna duda la pertinencia e interés por conocer cada día un poco más: **Demencia que sufre la persona, Persona que sufre la Demencia y sus familiares.**

TALLER: SALUD LABORAL

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero

Dr. D. Teodoro Macías Delgado

El Taller tiene como objetivo proporcionar los conocimientos suficientes sobre Salud Laboral, para realizar una correcta gestión de IT en la consulta del médico de atención primaria, así como para poder establecer la declaración de sospecha de Enfermedades Profesionales.

Para ello a través de una metodología expositiva y mediante la discusión en grupo se abordarán los siguientes temas:

PARTE PRIMERA: IT

Marco normativo

Cuando extender parte de baja laboral

Requisitos legales

Duración de la situación de IT

Cuando extendemos parte de alta laboral

Otras situaciones:

Alta control INSS

Alta informe propuesta

Alta por inspección

Maternidad

Prestación de riesgo en el embarazo

Cuidadores de enfermos graves

PARTE SEGUNDA: ENFERMEDADES PROFESIONALES

Concepto enfermedad del trabajo: enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo

Accidente de trabajo

Prestaciones de la enfermedad profesional

Papel del médico de APS

Como sospechar una enfermedad profesional

Como realizar la Declaración de Sospecha de una enfermedad profesional

Casos Clínicos

TALLER: INTERVENCIÓN ESTRUCTURADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS

D^a Rosa Ramos Guerrero

La Utilización de los medicamentos es una actividad crítica desde el punto de vista de la seguridad clínica de los pacientes.

Los fármacos están implicados en la prevención, control o curación de un problema de salud, pero a su vez, pueden ocasionar problemas, no sólo por yatrogenia, sino también por consumo inadecuado.

La revisión periódica de la medicación es una actividad necesaria y a la vez, costosa en tiempo y en recursos humanos, por lo que utilizando las fuentes disponibles, deben establecerse herramientas que faciliten la detección de potenciales problemas de prescripción.

En nuestro caso hemos desarrollado una herramienta de revisión basada en un modelo

multidisciplinar y colaborativo entre el Servicio de Farmacia de Atención Primaria, y los profesionales clínicos de las Unidades de Gestión Clínica

El Servicio de Farmacia realiza la identificación de pacientes con potenciales problemas de prescripción, y presta colaboración y apoyo en el seguimiento y evaluación, y el equipo asistencial es responsable de llevar a cabo las acciones de mejora en la farmacoterapia de los pacientes.

En este taller queremos que los asistentes conozcan y profundicen en la metodología y en la participación multidisciplinar de los profesionales implicados en el proceso de revisión.

TALLER: ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

Dra. D^a. Gloria Mateo González

Con el fin de conocer los principios básicos de los cuidados paliativos y mejorar actitudes ante la problemática del enfermo en situación de enfermedad terminal y la de su familia, el próximo día 23 de Mayo un médico de la Fundación Cudeca impartirá un Taller práctico sobre “Atención al paciente Terminal”.

Este taller se enmarca dentro del Programa del 9º Congreso Andaluz de médicos de Atención Primaria que organiza Semergen-Andalucía en Torremolinos y va dirigido a todos los médicos de Atención Primaria que asistan al congreso y deseen apuntarse.

En él se abordarán desde un aspecto eminentemente práctico con la resolución de un caso clínico, el conocimiento de los principales síntomas, causa de disconfort del enfermo terminal, (dolor, vómitos, disnea...) así como la situación de últimos días y sedación. Adquirir conocimientos básicos para su manejo mediante tratamiento farmacológico y otros procedimientos no farmacológicos.

TALLER: NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y HABILIDADES EN EL USO DE HERRAMIENTAS DE DIRAYA

1. INHIBIDORES DE LOS CO-TRANSPORTADORES DE LA BOMBA DE SODIO-GLUCOSA A NIVEL RENAL (SGLT2)

Dr. D. José Mancera Romero

La última clase de fármacos antidiabéticos que se han introducido en el arsenal terapéutico de la diabetes tipo 2 (DM2), son el grupo de los inhibidores de los co-transportadores de la bomba de sodio-glucosa a nivel renal (SGLT2). Se trata de unos fármacos que reducen la reabsorción de glucosa en el túbulo proximal renal aumentando con ello la cantidad de glucosa que se pierde por la orina. En el individuo con DM2 la actividad del SGLT2 genera el 80-90% de la reabsorción de glucosa. En general, en cuanto a la eficacia, los inhibidores de SGLT2 disminuyen la HbA1c frente al placebo del orden de -0,66% (IC 95% 0,73 a 0,58%) y de -0,06% (IC 95% -0,18 a -0,05%) si se les comparaba con otros ADO. Así mismo, estos fármacos en comparación con otros ADO mostraron una disminución del peso del orden de -1,8 kg (IC 95% -3,50 a 0,11%) y de la PA sistólica de -4,45 mm Hg (IC 95% -5,73 a -3,18 mmHg). En cuanto a los efectos secundarios, las infecciones urinarias y genitales fueron más comunes, presentado un odds ratio (OR) de 1,42 (IC 95% 1,06 a 1,90) para las primeras y un OR de 5,06 (IC 95% 3,44 a 7,45), para las

segundas. Los resultados sobre las hipoglucemias fueron parecidos a otros ADO y los efectos cardiovasculares y mortalidad no fueron concluyentes. El perfil de paciente ideal para beneficiarse de este nuevo grupo terapéutico sería aquel paciente con DM2, HTA, dislipemia y sobrepeso. Este perfil está presente casi en 2/3 de las personas con diabetes.

2. HABILIDADES EN EL USO DE HERRAMIENTAS DE DIRAYA.

Dr. D. Jesús Vergara Martín

A lo largo de los últimos años, los Médicos de Atención Primaria Andaluces, hemos pasado de la herramient digital TASS, a usar de forma universal en nuestra Comunidad Autónoma: la aplicación “DIRAYA”.

Diraya es el sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía, como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada ciudadano, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario.

El modelo conceptual y la arquitectura tecnológica de Diraya han despertado un enorme interés en

otras administraciones sanitarias gracias, entre otras cuestiones, a servicios de vanguardia como la receta electrónica o el sistema de citas centralizado.

En este Taller, vamos a proporcionar una información detallada de herramientas no muy conocidas ni usadas a nivel general entre los Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, mediante las cuales podemos conseguir mantener un canal abierto de transmisión de información digital, entre nuestro entorno personal de aprendizaje (PLE) y nuestro terminal de trabajo en nuestra propia consulta, pudiendo mantener al día esta información, que redundará en el beneficio de nuestros Pacientes.

Entorno Colaborativo de Trabajo (ECT)

El entorno colaborativo de trabajo (ECT), consiste en un directorio, a modo de disco duro personal, que cada profesional del Servicio Andaluz de Salud, por el mero hecho de poseer un correo electrónico corporativo puede disponer libremente, para poder ubicar documentación en formato de archivos de texto e imágenes, que mas tarde podremos usar desde nuestro propio terminal de la consulta.

Acceso al ECT

El acceso al ECT se realiza a través de los siguientes enlaces:

- Si se accede desde los Servicios Centrales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:

<http://espaciodeltrabajo.consejeria.salud>

- Si se accede desde la Red Corporativa de la Junta de Andalucía (RCJA):

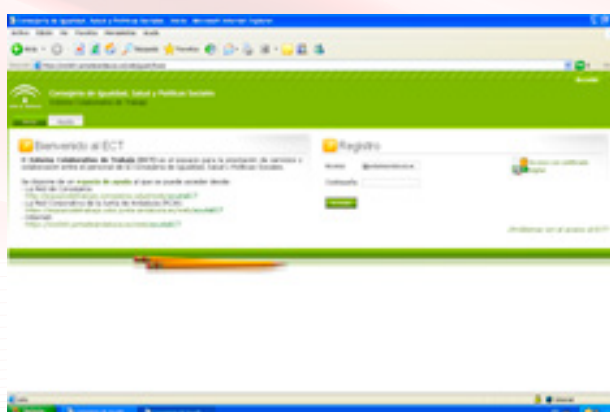
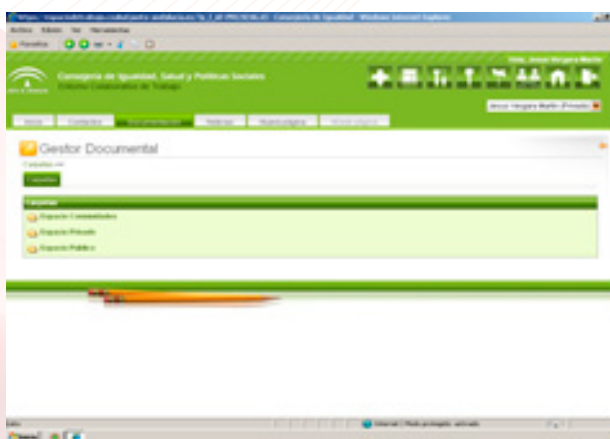
<https://espaciodeltrabajo.csalud.junta-andalucia.es>

- Si se accede desde fuera de la Red Corporativa de la Junta de Andalucía (RCJA):

<https://ws069.juntadeandalucia.es/web/>

En este taller se explicará de forma pormenorizada y mediante presentación en Power-Point una navegación virtual que simula la forma de acceder y manejar correctamente dicho entorno colaborativo de trabajo para beneficio y mejora continuada de nuestro trabajo asistencial y buen uso de las Guías de Práctica Clínica vigentes.

Esta herramienta nos puede proporcionar múltiples usos personales de diverso índole, que harán más práctico y eficiente nuestra actividad clínica diaria.



AULA DE URGENCIAS: POLITRAUMATISMO, DOLOR TORÁCICO Y ARRITMIAS

*Dr. D. Enrique de Toro Torres
Dr. D. Rafael Ángel Castro Jiménez
Dr. D. Gabriel Jiménez Moral*

La parte que desarrollo dentro del taller de urgencias corresponde al dolor torácico: síndrome coronario agudo.

Hoy día ya no se pone en duda que la atención al síndrome coronario agudo comienza desde el mismo momento en que éste se detecta en el paciente. Habitualmente esto tiene lugar dentro del ambiente extrahospitalario, donde los médicos de atención primaria jugamos un papel primordial, ya sea formando parte de los equipos de dispositivos de urgencias o como profesionales de atención primaria de salud que realizamos guardias en los puntos de urgencias urbanos y rurales o que atendemos consultas en las

que en cualquier momento se nos puede presentar este problema. Además, la atención lo más temprana posible al síndrome coronario agudo determina la mayor supervivencia y menor morbilidad de los pacientes atendidos hasta el punto que ya es una realidad en muchos puntos de urgencias el inicio de la terapia fibrinolítica en aquellos casos en los que está indicada. El reconocimiento de los pacientes que se pueden beneficiar de ella, de los protocolos a poner en marcha en su caso y, la pérdida de miedo a aplicar los tratamientos fibrinolíticos adecuados se convierten en objetivos primordiales en la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo.

TALLER: COMO PREPARAR UNA OPOSICIÓN Y NO MORIR EN EL INTENTO

Sr. D. Fernando Navas Crespillo

Con el panorama económico actual de nuestro país, debido a la tan manida crisis, parece que el “tener un trabajo fijo” es muy apetitoso, ya que se resuelven muchas de las incógnitas que todos los días nos hacemos las personas, ya sean de una manera directa o indirectamente, ya sea para nosotros mismos o alguien de nuestra familia o amistades.

Lo que nos lleva a que preparar una oposición para el puesto de trabajo que tu “quieres” o “puedes” es ya de por si un TRABAJO.

Sí lo pongo en mayúsculas, ya que si no lo haces de una manera muy seria y profesional, el resultado ya lo sabes, por lo que tiene que convertirse en TU trabajo, al principio no remunerado, por eso es tan difícil, y al final, cuando lo consigas, si lo haces, sentirás lo mismo que si hubieras escalado el Everest, ya que has conseguido superar “grandes montañas emocionales” y convencer a mucha gente (no digo personas) que no estaban en tu línea de pensamiento, y además con el agravante de que a veces son personas muy cercanas a tu círculo personal.

Dentro de todo ese movimiento, desde el principio hasta el final, independientemente del resultado, se distinguen varias fases, en el proceso de estudio de una oposición: el antes, durante y después.

Nos vamos a centrar sólo en el antes y durante, y dejaremos para otra ocasión “el después”.

La motivación es el pilar de los seres humanos, es ese impulso que todos necesitamos.

Y que precisamente cuando más lo necesitamos, a veces, es cuando no lo encontramos, y es especialmente importante el saber, que está ahí, con nosotros, que no nos ha abandonado nunca, simplemente no lo encontramos, como cuando estamos buscando desesperadamente las llaves de la casa, para poder cerrarla, y no las encontramos, y al final, descubrimos que las tenía en el pantalón, pero la ansiedad por irme y la prisa (variable que nos supera) hacen que NO LAS ENCONTREMOS, pero estar, están.

Lo más conveniente antes de opositar no es pensar en aprobar el examen, sino en lo que realmente importa, que es conseguir la plaza.

Una plaza como funcionario es para toda la vida y es fundamental el estar seguro de que la opción elegida será la correcta.

Tu vida como opositor comenzó el mismo día en el que decidiste que querías ser funcionario, da igual de qué y cómo. Ese mismo día empezaron todas las consecuencias, las buenas y las malas. Por eso debes de “entrenarte” y bien.

Uno de los aspectos a tener muy en cuenta es la base económica que se necesita. No sólo para preparar el temario y contar con profesores o academias, sino porque estudiar oposiciones puede suponer dejar de lado cualquier actividad económica, y esto es una “barrera” importante, debido a lo que conlleva, por ejemplo una reducción de ingresos que supone, más de un año si el alumno tiene que presentarse a varias convocatorias.

Una vez todo esto esté claro, a muerte con tu objetivo y que todo lo que hagas o pienses sea en esa dirección, que nadie te aparte de tu FOCO.

El secreto para dar por superado el tramo obligatorio en la preparación de unas oposiciones es fácil, pero no sencillo, y volvemos al principio, LA MOTIVACIÓN. Lo pongo con mayúsculas, otra vez, porque sólo la motivación con mayúsculas va a ser la que nos devuelva al buen camino. La que nos llevará a buen puerto, la única capaz de conseguirlo.

Te dirán que la única forma de no desesperar es tener unas buenas técnicas de estudio, un buen

preparador, hábito de trabajo, responsabilidad y persistencia, y la verdad, todas estas cosas ayudan, pero la única realmente eficaz es la motivación. Ya que cuando ellos no “estén” te quedarás solo. Y tendrás que gestionarlo.

A la motivación, llegarás siempre a través de puntos esenciales, como :

La CONCIENCIA, ya que si no eres consciente de lo que estás haciendo y lo que te juegas, pagarás las consecuencias.

y , otro, es el de la REALIDAD, la cruda realidad, ya que como no lo tengas en cuenta, te superará, y será como una gran bofetada, pero cuando ya sea tarde, cuando ya sepas los resultados, y entonces es cuando despertaras de todo este sueño o pesadilla que ha sido la preparación de la OPOSICIÓN, y puede ser una de las primeras piedras que pongas en tu vida, y no solo me refiero a la laboral o puede ser como una losa que te va a costar mucho levantar.

Por eso es tan importante tener cerca a tu mejor amigo, el MOTIVADOR, y oír poco, o muy poco (porque siempre está también) a tu mayor enemigo, el DESMOTIVADOR.

Al desánimo y al pesimismo, no deberías dejar que entre en tu cuarto de estudio. Una vez que entran se instalan allí, y cuesta mucho decirles ADIOS.

Por lo tanto, ten cuidado con tus pensamientos.

Y para el examen: ¡¡ SUERTE !!

TALLER: HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dr. D. Francisco Atienza Martín

La seguridad del paciente constituye una preocupación para los sistemas de salud por su incidencia y la transcendencia de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

En atención primaria el estudio APEAS ha puesto de manifiesto que en España se producen anualmente más de 3 millones de incidentes de seguridad en este ámbito de los cuales un 7,3% son graves y, lo que es más trascendente, de estos incidentes graves el 80% son evitables.

Parece evidente la necesidad de integrar las actividades de seguridad del paciente en la rutina asistencial y para ello es necesario conocer la metodología básica.

Los elementos básicos en seguridad del paciente son:

- Identificación de los riesgos y las acciones inseguras
- Análisis de los riesgos de manera proactivo, antes de que se produzcan los incidentes de seguridad
- Análisis de los incidentes ocurridos
- Implantación de prácticas seguras acreditadas y de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos y los incidentes de segura
- Implicación de los pacientes
- Seguimiento y evaluación de las intervenciones seleccionadas

Para esto, las herramientas y sistemas útiles son:

- La notificación de eventos adversos a través de un sistema centralizado de notificación (por ejemplo el del Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía) que permite aprender de los errores propios y ajenos

- La identificación de riesgos mediante la realización de Mapas de Riesgos
- El análisis proactivo de los riesgos mediante Matrices de Riesgos y mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
- El análisis reactivo de los incidentes mediante el Análisis de Incidentes Clínicos (AIC) o el Análisis de Causa Raíz (ACR)
- La identificación de prácticas seguras e inseguras
- El trabajo compartido con los pacientes con iniciativas como la de Pacientes por la Seguridad del Paciente

TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN HIPERPLASIA BENIGNA PROSTATICA O STUI EN EL VARÓN

Dr. D. Juan Carlos Villalobos Martín

Aunque algunas GPC, como la de la European Association of Urology (EAU) o el (NICE) británico, han abandonado el término

“hiperplasia benigna de próstata” síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en el varón. De esta forma, asumen que las causas de STUI en el varón —especialmente en el añoso además del crecimiento prostático, pueden tener un origen vesical (hiper o hipoactividad) o renal(poliuria).

Se hace un recuerdo anatómico urológico de la próstata, vejiga y estructuras relacionadas , la epidemiología del proceso, objetivos del diagnóstico, despistaje de otras patologías (diagnóstico diferencial), y síntomas de alarma.

La evaluación inicial del paciente requiere la realización de una historia clínica completa haciendo hincapié en la detección de enfermedades sistémicas) y una exploración física que necesariamente debe incluir un tacto rectal.

La anamnesis incluirá la cuantificación de los síntomas a través de la (Escala Internacional de Síntomas Prostáticos[IPSS, International Prostate Symptom Scale]) que incluye una valoración del impacto en la calidad de vida.

La determinación del PSA requiere una consideración especial. En la GPC de la AUA se recomienda por su correlación con el volumen prostático, lo cual tiene importancia en la selección del tratamiento apropiado y cuando la esperanza de vida es > 10 años y en el diagnóstico del cáncer de próstata así como en el cribado de Cáncer de Próstata, en la que se exponen las recomendaciones de últimas guías Europeas y Americanas, haciendo énfasis en la estrategia individual en la búsqueda de hombres de mayor riesgo , y en la información correcta y consensuada con el paciente acerca del cribado y expectativas terapéuticas.

La realización de ecografía vésico-prostática estaría indicada necesariamente ante la presencia de

signos sugerentes de patología urológica (hematuria macro o microscópica, ITU) y antes de una intervención quirúrgica para determinar el volumen y la forma de la próstata.

Todas las guías reconocen el carácter excepcional de los estudios urodinámicos complejos o de la evaluación endoscópica y sólo si se plantea la cirugía ante el fracaso del tratamiento farmacológico y hay dudas acerca de la presencia de obstrucción, especialmente ante (Qmax) > 10 ml/s.

Revisaremos los criterios consensuados por la Sociedad Española de Urología y Sociedades de Primaria para la derivación de atención Primaria a especializada.

En el abordaje terapéutico que dependerá de la intensidad y el tipo de síntomas dominantes y del riesgo de progresión, se analizan desde la vigilancia expectante y las medidas higiénico-dietéticas, a los grupos farmacológicos: alfabloqueantes, 5ARI, antimuscarínicos, Inhibidores d la fosfodiesterasa 5, desmopresina y combinaciones de éstos .

Por último se trabajarán 3 casos clínicos de pacientes con STUI , que sirvan para poner en práctica los conocimientos revisados en este taller, y permitan dinamizar preguntas acerca de éstos o de la información transmitida en el taller.

COMUNICACIONES

Comunicaciones Médico de Familia

140/3. Adecuación del control de nuestros pacientes ancianos diabéticos a la guía de práctica clínica

Autores: (1) Gómez García, M.; (1) Cebrian Martín, M.; (1) Fernández Baena, M.; (1) Gallego Galvez, M.; (2) Cava García, M.; (1) Sarmiento Jiménez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vélez-Norte. Málaga; (2) Enfermera. Centro de salud de Axarquía Oeste. Maága.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Las recomendaciones de los expertos en el manejo del paciente frágil, minimiza efectos secundarios.

Objetivos: 1. Valorar la adecuación del objetivo de control y tratamiento de nuestros pacientes ancianos diabéticos, a las recomendaciones para el tratamiento de la diabetes, propuestas por las principales Sociedades Españolas.

2. Describir las características clínicas de los pacientes ancianos diabéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Población: Pacientes > 70 años, diabéticos tipo 2, autónomos, sin enfermedad terminal. Tamaño muestral: 120 pacientes. Las variables edad, sexo, hemoglobina glicosilada (Hb A1c) e hipoglucemiantes se recogieron de "Diraya".

Análisis: El control se valoró mediante Hb A1c y en tratamiento de observó cual era el primer y segundo escalón. La estadística se realizó mediante t de Student para las cuantitativas y Chi-cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS

edad media: 77.18 ± 5.1 años, 32.7% varones. El IMC medio fue 30.26 ± 5.14 . Son obesos el 42.3% y con sobrepeso el 48.1%. La media de Hb A1c fue 6.47%, estando el 55.5% por debajo de 7%. En cuanto al tratamiento, el 3.70% están sólo con dieta, el 70.37% están metformina, seguido del 29.62% con gliptinas, y el 22.21% con sulfonilureas. Ninguno está con glitazona ni agonista GLP1. El 22.23% estaba con insulina.

CONCLUSIONES

1. El 55.5% de ancianos tiene Hb A1c < 7%.
2. La mayoría de nuestros pacientes ancianos diabéticos tienen como primer escalón de tratamiento

metformina (70.37%) y un inhibidor de la DPP4 como segundo.

3. La adecuación de objetivo de control de Hb A1c es excesiva.

4. La adecuación de tratamiento si se ajusta a los algoritmos.

140/16. El Teléfono sirve para algo más!

Autores:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Bellanco Esteban, P.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia y Geriatra. UGC "La Laguna". Cádiz; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC "La Laguna". Cádiz.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Poner en comunicación al Servicio de Medicina Interna del Hospital de referencia (Hospital Universitario Puerta del Mar), con las zonas básicas de Salud de Atención Primaria del Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, para la mejora asistencial sobre el paciente Pluripatológico

MATERIAL Y MÉTODOS

Observación durante 6 meses. Se incluyen pacientes Pluripatológicos, residentes en la Zona básica de "La Laguna", o que ingresen en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Puerta del Mar. Deberán realizarse diferentes valoraciones integrales, en el Centro de Salud o a nivel domiciliario, La valoración funcional incluirá escalas de Barthel, Lawton- Brody, test de Lobo y escala de depresión geriátrica de Yesavage. Valoración del área sociofamiliar mediante escala de Gijón, registrándose la necesidad de una persona cuidadora y valoración de su sobrecarga.

valoración farmacológica, elaborando con ello un plan terapéutico.

Comunicación con Servicio de Medicina Interna a nivel telefónico.

RESULTADOS

N = 499 (42.71% respecto a Cádiz). Periodo observacional: Marzo 2013 a febrero 2014. Derivaciones telefónicas = 19, destacado un caso de un médico que ha empleado esta vía de comunicación en 6 pacientes.

CONCLUSIONES

Durante los 11 meses de funcionamiento se derivaron 19 pacientes, por esta vía, no suponiendo una carga extra para los internistas, y si se solucionaron problemas importantes. En uno de ellos no tardo más de 7 semanas desde la derivación hasta la intervención de un Cáncer gástrico de resultados de un Síndrome Constitucional, con el agradecimiento expreso del paciente y familia. Valorada la no sobrecarga por los internistas en la actualidad ya se ha extendido a todos los centros de salud de Cádiz.

140/34. Control del ldl de pacientes diabeticos en riesgo social y su influencia

Autores:

(1) Aparicio Cervantes, M.; (1) Beigveder Montero, P.; (1) Sánchez Silvestre, A.; (1) Almagro Martin-Lomeña, V.; (2) Carrera Vera, M.; (3) García Aparicio, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de familia. Centro de Salud Trinidad. Málaga; (2) Enfermera. En Paro. Málaga; (3) MIR Anestesia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Es conocido que la enfermedad cardiovascular es una de las principales causa de mortalidad en diabéticos (70-80% patología arterioesclerótica), con un riesgo 2-4 veces mayor que la población general. Se valora para control el nivel cLDL.

Objetivo: valorar el nivel LDL de Diabéticos incluidos en Riesgo social, y su influencia desde Junio/2012 a Junio/2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

C. de S. urbano: 14 cupos de M de Familia y población adscrita mayor 14 años de 20.276 en el año 2012-2013
Población de estudio: Diabéticos incluidos en Riesgo social (RS) y Diabéticos no incluidos en Riesgo social (RS) entre Junio 2012-Junio 2013

Variables estudiadas: N° DM en RS y N° DM no RS, Edad, sexo y LDL.

Metodología: Obtención listados Diabéticos de ambas poblaciones.

Valoración del total DM y RS.

Valoración de DM y no RS/por medio del cálculo de una muestra.

Calculo del tamaño muestral y obtención de sujetos por Tablas de números aleatorios (excluyéndose los sujetos en RS))

Medias de LDL población y muestra.

Comparativa de las medias entre muestra y población (Valor de la T de Student) y ver si existe diferencia estadísticamente significativa

RESULTADOS

N° DM/riesgo social:39(F/26M/13 MEDIA DE EDAD/70,54 años),N°DM/no riesgo social (muestra):150.(F/83M/67 MEDIA DE EDAD/69,10 años)

Media de LDL en N°DM/riesgo social:129,4(IC: 121,84-136,8),Media de LDL en N° DM/no riesgo social(muestra):116,27 (IC: 111,14-121,4)

Existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

CONCLUSIONES

Estar en situación de Riesgo social influye en el control del Factor de riesgo cardiovascular Lipídico

140/35. Perfil diabético de sujetos en riesgo social/ zona de transformación social de un centro salud urbano

Autores:

(1) Aparicio Cervantes, M.; (1) Sánchez Silvestre, A.; (1) Beigveder Montero, P.; (1) Cabrera Gómez, F.; (2) García Aparicio, M.; (3) Carrera Vera, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad. Málaga; (2) Médico Residente de Anestesia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla; (3) Enfermera.Málaga.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Siendo frecuente escuchar en los medios de comunicación y redes sociales las expresiones “estar en riesgo social”, “pertenecer a una zona de transformación social”, es lógico plantearse como puede influir en los sujetos adscritos.

Partiendo de esta inquietud y realizando nuestra asistencia en una zona de históricamente marginal e incluíble en estas expresiones, nos planteamos evaluar su influencia en el control de pacientes Diabéticos, diferenciando los dos conceptos:

Riesgo social: sujetos con riesgos socioeconómicos y estilos de vida no saludables

Zona de transformación social: sujetos con riesgo de su entorno.

Objetivo: valorar el control de Diabéticos incluidos en Riesgo social/zona de transformación social, por resultados de HBGA1 durante el 2012 y sus diferencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

C. de S. urbano: 14 M de Familia y población adscrita mayor 14 años de 20.276 en 2012

Población de estudio: Diabéticos(DM) incluidos en “Riego social/Zona de transformación social (RS/ ZNTS) durante el 2012.

Variables estudiadas: N°DM en RS/ZNTS, N°DM en RS, N°DM en ZNTS, Edad, sexo y hbga1.

Metodología: Obtención listados Diabéticos de ambas poblaciones.

Valoración DM /RS.

Valoración de DM/ZNTS

Medias hbga1 en ambas poblaciones.

Comparativa de medias entre ambas poblaciones (Valor de la T de Student) y ver si existe diferencia estadísticamente significativa

RESULTADOS

NºDM/riesgo social: 23 (F/15M/8MEDIA DE EDAD/72,53 años), NºDM/zona de transformación social: 16(F/11M/5MEDIA DE EDAD: 66,61 años)

Media de HBGA1: DM/RS: 7,16 (6,75-7,57) ,DM/ZNTS:7,26 (6,55-7,97)

Existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

CONCLUSIONES

Pertenecer a una zona de transformación social o estar en riesgo social influye en el control diabético.

140/37. Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias: nuevo escenario de trabajo del Médico de Familia

Autores:

(1) Pérez Pérez, F.; (2) Sánchez Salado, J.; (3) Valverde Albacete, J.; (3) Martínez Faure, J.; (4) Lobato Martínez, R.; (2) de la Fuente Rodríguez, J.

Centro de Trabajo:

(1) Servicio Provincial 061 Cádiz; (2) Enfermero. Emergencias Sanitarias Servicio Provincial Cádiz; (3) Médico Emergencias Sanitarias Servicio Provincial Cádiz; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) constituyen el eje de actuación de los profesionales implicados en Urgencias/Emergencias.

Por el mapa de competencias del Médico de familia muchos son los que desempeñan su labor asistencial en los CCUE. Se pasa de asistir a pacientes en consulta y/o en domicilio, a atenderlos mediante nuevas tecnologías (consulta telefónica, ECG y pruebas de imagen telemáticas, instrucciones telefónicas, consejos sanitarios y educación para la salud a través de internet, ...)

MATERIAL Y MÉTODOS

Base de datos programa de despacho SICOM.

RESULTADOS

El papel del CCUE en la Coordinación de recursos e instituciones sanitarias y no sanitarias en catástrofes y asistencias urgentes/emergentes, es muy conocido

y valorado por profesionales y usuarios. Muchos cometidos del CCUE no son tan conocidos (no por ello menos útiles): alertas epidemiológicas, organización y coordinación de trasplantes de órganos, del transporte de críticos, de dispositivos de riesgo previsible, consulta de voluntades vitales anticipadas, etc. Mediante simple llamada telefónica los usuarios acceden al sistema sanitario y, viceversa, el CCUE accede de forma inmediata al lugar de la enfermedad o accidente. Incluso puede iniciar la prevención. De ahí que Sociedades científicas incluyan recomendaciones. ILCOR 2010 establece la importancia de guiar telefónicamente a primeros intervinientes en una parada.

CONCLUSIONES

Hay escaso número de publicaciones al abrirse un campo interesante: sensibilidad y especificidad de los protocolos de preguntas telefónicas para identificar situaciones urgentes/emergentes. Los médicos deben actualizarse en este nuevo escenario con sus diferentes recursos (alertas epidemiológicas, coordinación entre asistencia primaria y especializada, seguimiento de pacientes crónicos, oncológicos,...)

140/38. Un reto: evitar la claudicación del cuidador

Autores:

(1) García López, A.; (2) Papeleo Pérez, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Cala. Huelva; (2) Enfermería. Centro de Salud Cala. Huelva.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Evitar la aparición del mal del cuidador, como es la claudicación, sobretudo si este perdura en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La experiencia consistió en la formación de los propios cuidadores para que actuaran como formadores para el resto de cuidadores. La ZBS de Sta. Olalla del Cala comprende a 6 pueblos y cada uno de ellos existe un grupo de cuidadores que reciben formación por parte de la Enfermera Gestora de Casos, enfermera de zona o enfermería responsable del gran discapacitado. Se estudia que para implicar más a los cuidadores, haciéndoles perder el papel de pasivos en las charlas se forme a uno de ellos para que este actúe de docente en ejercicios que mejoren la psicomotricidad, el sistema musculoesquelético y la memoria. Esto aumenta la autoestima del cuidador docente e implica aún más al discente. A su vez que esto se desarrolla se continua la formación de nuevos cuidadores formadores para el que inicio el proceso no se perpetue y así sucesivamente.

RESULTADOS

Aumenta la implicación de los cuidadores, disminuyen las abstinencias a las tareas en grupo, aumenta el número de cuidadores que asiten, disminuyen las somatizaciones, problemas musculares... aunque se debería realizar un estudio con datos ya que no disponemos de resultados tangibles aunque si visibles.

CONCLUSIONES

Se podría realizar en cualquier cupo, localidad,...que tuvieran desarrollados grupos de cuidadores o una red de estos. O bien en cualquier Centro de Salud con registro de grandes discapacitados o inmovilizados, creando el grupo de cuidadores y a partir de aquí desarrollando la idea.

140/42. Respuesta al tratamiento hipotensor según los antecedentes familiares de hipertensión

Autores:

(1) de Cruz Benayas, M.; (1) Raya Rejón, A.; (1) Solana Moreno, M.; (2) Contreras Chova, F.; (1) Díaz Mingorance, A.; (1) Aguirre Rodríguez, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (2) Pediatra. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

En la hipertensión arterial (HTA) hay un claro componente hereditario, pero desconocemos si este antecedente puede influir en el mayor o menor grado de control de los hipertensos. El objetivo de este trabajo es analizar la influencia de la historia familiar de HTA en la respuesta al tratamiento hipotensor

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal de una muestra de 524 hipertensos seleccionados de forma aleatoria.

Se establecieron 4 subgrupos de pacientes:

- A) Con padre y madre hipertensos
- B) Con madre hipertensa
- C) Con padre hipertenso
- D) Padre y madre normotensos

Consideramos "buena respuesta al tratamiento" si las cifras de tensión arterial son $\leq 140/90$.

"Moderada respuesta" si con tratamiento las cifras descienden, pero no son $\leq 140/90$.

"Pobre respuesta" si las cifras tensionales no se reducen o incluso se elevan.

RESULTADOS

MADRE PADRE BUENA RESPUESTA MODERADA POBRE

HTA	HTA	60(59,41%)	33(32,67%)	8(7,92%)
NORMAL	HTA	111(55,78%)	74(37,18%)	14(7,04%)

HTA	NORMAL	67(54,57%)	51(41,48%)
5(4,07%)			

NORMAL	NORMAL	67 (66 , 34 %)
31(30,69%)	3(2,97%)	

CONCLUSIONES

1) Los pacientes sin historia familiar de HTA tienen una mejor respuesta al tratamiento

2) Cuando los 2 progenitores son hipertensos la respuesta es peor

3) Conocer los antecedentes familiares de HTA puede ser de ayuda para intervenir de forma precoz y tratar de forma enérgica a estos pacientes

140/44. Dolor torácico en Atención Primaria

Autores:

(1) Pérez Durillo, F.; (1) Montoro Antón, A.; (2) Martos Bares, I.; (3) Villarejo Villar, A.; (4) Pérez Durillo, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bailén. Jaén; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de La Carolina. Jaén; (3) Farmacéutica. Departamento de Fisiología. Universidad de Jaén; (4) Enfermera (DUE). Residencia para mayores "Santa Teresa". Jaén.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

El dolor torácico (DT) es un motivo de consulta frecuente y de más difícil valoración en Atención Primaria. El objetivo es analizar las características y la evolución de los pacientes que acuden con DT al Servicio de Urgencias de un Centro de Salud rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Revisión de las historias clínicas digitales de los pacientes que acuden por DT al Servicio de Urgencias de Atención Primaria durante el año 2012. Se recogieron edad, sexo, antecedentes personales, características del DT, constantes, electrocardiograma (ECG) y diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

205 consultas por DT (59% hombres). El 47.7% de las consultas correspondían a pacientes mayores de 45 años. La edad media de las mujeres es inferior a la de los hombres (39.9+/-1.6 vs 46.5+/-2.1 años, $p<0.05$). La consulta por DT fue más frecuente en octubre y noviembre, y menos frecuente en mayo y junio. El 21.5% presentaban DT sugerente de cardiopatía isquémica. Se realizó ECG al 64.8%, evidenciándose elevación ST en 3.7%, descenso ST en 0.7%, bloqueo completo de rama izquierda 1.5%, T picudas-simétricas en 0.7% y T invertidas-simétricas en 2.9%. El 30.5% fue derivado a Urgencias de Hospital y el 21.4% de los mismos fue ingresado. El diagnóstico más frecuente fue DT atípico/inespecífico (31.9%) y dolor osteomuscular

(23.2%). El síndrome coronario agudo supuso el 2.9% de los diagnósticos hospitalarios.

CONCLUSIONES

Los hombres consultan con más frecuencia por DT siendo principalmente entre los 30-50 años. El diagnóstico más frecuente es patología no cardíaca no llegando a concretarse el diagnóstico en casi uno de cada tres pacientes.

140/51. Adaptaciones de puesto en trabajadoras embarazadas en un Distrito de Atención Primaria de Salud.

Autores:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Perez Aquino, J.; (3) Domínguez Mora, M.; (4) Manzano Guzman, A.; (5) Macías Delgado, T.; (6) Prieto Alfonso, R.

Centro de Trabajo:

(1) Responsable Vigilancia de la Salud unidad Prevención de Riesgos Laborales Distrito Atención Primaria de Salud Huelva -Cota Condado Campiña.Huelva .Grupo de Salud Laboral de Semergen; (2) Técnico Uprl Distrito HCCC . Grupo Salud Laboral Semergen; (3) Médico de Familia. Consultorio El Campillo. Huelva. Grupo Salud Laboral de Semergen.; (4) Médico de Familia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; (5) Médico de Familia. UGC Cortegana Huelva. Grupo Salud Laboral semergen; (6) Médico de Familia.UGC Cortegana. Huelva. Grupo Salud Laboral.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Estudiar las adaptaciones de puesto de trabajadoras embarazadas, realizadas por La Unidad de Prevención de Riesgos laborales del Distrito Huelva- Costa Condado Campiña durante el periodo 2005 – 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las adaptaciones de puesto de trabajadoras embarazadas realizadas ,valorando el número total , si conlleva cambio de puesto o tareas, así como el origen de la propuesta;

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se realizaron un total de 69 adaptaciones en trabajadoras embarazadas , con un incremento creciente en el año 2009. ,manteniéndose a partir de ahí el número de casos .La adaptación de puesto conlleva cambio de tareas en 66 de los casos ,sin cambios 1 caso y cambio de puesto de trabajo en dos casos. Respecto a las entradas al procedimiento,68 casos se realiza a partir de la comunicación a través de la propia trabajadora y en un caso por comunicación a partir del mando intermedio.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la mayoría de las adaptaciones conllevan cambio de tareas y partiendo la comunicación mayoritariamente de las propias trabajadoras .Las adaptaciones de puesto deben ser consideradas como una forma de conseguir promover la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada y ello conlleva la participación del médico del trabajo, del médico de familia y de todos los estamentos de la empresa

140/52. Actuación conjunta médico del trabajo y médico de familia en las trabajadoras embarazadas

Autores:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Mazano Guzmán, A.; (3) Domínguez Mora, M.; (4) Benítez Lafuente, A.; (5) Prieto Alfonso, R.; (6) López García, J.

Centro de Trabajo:

(1) Responsable Vigilancia de la Salud unidad Prevención de Riesgos Laborales Distrito Atención Primaria de Salud Huelva -Cota Condado Campiña.Huelva .Grupo de Salud Laboral de Semergen; (2) Médico Familia .Hospital Virgen de las Nieves. Granada; (3) Médico de Familia .Consultorio El Campillo .Huelva. Grupo Salud Laboral de Semergen.; (4) MIR Medicina de Familia. hospital Río Tinto .Huelva; (5) Médico de Familia.UGC Cortegana.Huelva. Grupo de Salud Laboral de Semergen; (6) Epidemiólogo Área Sanitaria Norte.Huelva.Grupo Salud Laboral de Semergen.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Proponer la instauración de una ficha de control de embarazo en un servicio de prevención de riesgos laborales en colaboración con el médico de familia ,con el fin de valorar riesgos clínicos y riesgos laborales para posibles Incapacidades temporales o adaptaciones de puesto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elabora una ficha de control de embarazo ,en la que se recogen riesgos clínicos de embarazo de alto riesgo y riesgos laborales de riesgo en los puestos de trabajo para las embarazadas , aplicándola en el procedimiento de gestión de la prevención de riesgos laborales

RESULTADOS

La ficha de control de trabajadora embarazada , incluye datos clínicos que son suministrados de la aplicación informática de atención primaria por el médico de familia: f actores sociodemográficos, antecedentes reproductivos, antecedentes médicos , y embarazo actual.) y por otro lado factores de riesgo laboral a aportar por el médico del trabajo: carga física, bipedestación

prolongada, radiaciones, sedestación prolongada, movimientos repetitivos, carga mental elevada.

CONCLUSIONES

En el control de la trabajadora embarazada se hace necesaria la colaboración entre el médico del trabajo y el médico de familia; la creación conjunta de una historia clínica común en la que figuren tanto riesgos clínicos como riesgos laborales, puede facilitar la probable adaptación de puesto si resultara necesario o bien la situación de incapacidad temporal.

140/53. Colaboración Médico del trabajo y Médico de familia en patologías de origen no laboral.

Autores:

(1) Macías Delgado, T.; (2) Ramblado Minero, M.; (3) Perez Aquino, J.; (4) Palomo Cobos, C.; (5) Prieto Alfonso, R.; (6) Dominguez Mora, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. UGC Cortegana .Huelva .Grupo Salud Laboral Semergen; (2) Médico Vigilancia la Salud. UPRL Distrito Huelva Costa -Condado Campiña. Huelva. Grupo de Salud Laboral Semergen; (3) Jefe UPRL Distrito Huelva Costa Condado Campiña. Huelva. Grupo Salud Laboral de Semergen.; (4) MIR Medicina de Familia. hospital Rio Tinto .Huelva; (5) Medico familia. UGC Cortegana Huelva .Grupo Salud Laboral semergen; (6) Médico de Familia. Consultorio El Campillo .Huelva.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Estudiar la colaboración existente entre el médico del trabajo y el médico de familia, para el seguimiento de patologías no laborales detectadas en el Reconocimiento Médico Laboral y seguidas posteriormente por el médico de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de patologías detectadas en los Reconocimientos Médicos Laborales durante el primer semestre del año 2013 en el Distrito Huelva-Costa- Condado Campiña, por Vigilancia de la Salud de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales que fue derivada al médico de familia para su diagnóstico y/o seguimiento, valorando el tipo, la categoría de los profesionales y si las patologías constituyeron motivo de IT.

RESULTADOS

Durante el primer semestre del año 2013, se realizaron un total de 503 Reconocimientos Médicos Laborales, de ellos se detectaron patologías cardiológicas en 9 casos; otorrinolaringológica en dos, traumatológica en 10. De ellos 11 fueron personal no sanitario y el resto sanitario. De las patologías detectadas tres de

ellas fueron causa de IT: dos síndromes coronarios y un hombro doloroso con rotura del manguito de los rotadores.

CONCLUSIONES

Es necesaria la comunicación fluida entre el médico del trabajo y el médico de familia, pues la patología detectada en los reconocimientos periódicos, aunque no esté en relación con la tarea, precisa de continuidad asistencial e igualmente el seguimiento debe ser aportado al médico del trabajo por si se precisara de una adaptación en su puesto de trabajo.

140/70. Papel del Médico de Familia en la limitación del esfuerzo terapéutico

Autores:

(1) Pérez Pérez, F.; (2) Sánchez Salado, J.; (3) Lobato Martínez, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Servicio Provincial Cádiz Emergencias Sanitarias; (2) Enfermero. Servicio Provincial Cádiz Emergencias Sanitarias; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Cada vez son más los pacientes que al ingresar en un hospital por descompensación de una enfermedad crónica son sometidos a limitación del esfuerzo terapéutico (LET). La LET puede consistir desde el no ingreso en UCI hasta la limitación de tratamientos de soporte vital. Habitualmente la toma de decisiones en estas circunstancias se lleva a cabo por profesionales que desconocen antecedentes del paciente y sin la participación de éste por la gravedad de la situación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Son varias las publicaciones y revisiones sobre LET de algunas Sociedades Científicas (como SEMICYUC y SEC) en las que se indica que sería preferible la toma de decisiones sobre la LET en el marco de la Consulta de Medicina de Familia, con la participación activa del Médico de Familia así como del paciente y sus familiares.

RESULTADOS

El Médico de Familia, por su posición en el proceso patológico, es el profesional idóneo para informar, orientar y ayudar a pacientes y familiares en la toma de decisiones sobre la LET. Caso de modificarse las condiciones patológicas también puede modificar las decisiones sobre la LET. Estas decisiones deben ser justificadas clínicamente y deben ser registradas en la historia clínica del paciente.

CONCLUSIONES

El Médico de Familia debe tomar un papel activo en la toma de decisiones sobre la LET, especialmente en pacientes crónicos con posibilidades de descompensaciones que pudieran precisar ingreso en UCI y/o tratamientos de soporte vital, fundamentalmente EPOC evolucionada, insuficiencia cardíaca evolucionada, cuidados paliativos, etc.

140/76. Tratamiento del hombro doloroso

Autores:

(1) Raya Rejón, A.; (2) Lóriz Peralta, O.; (1) de Cruz Benayas, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (2) Médico de Familia. CAP Llefià Badalona. Barcelona.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

La terapia neural (TN) y las infiltraciones son dos técnicas aceptadas para el tratamiento del hombro doloroso. Se trata de ver la eficacia de ambas pruebas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio de intervención transversal prospectivo sobre pacientes con hombro doloroso. Emplazamiento: CAP de Llefià en Badalona (Barcelona) y Casería Montijo (Granada).

Participantes: 46 pacientes (edad: 24-82 años) con hombro doloroso sin remisión tras al menos un mes de tratamiento. En 27 se inició la intervención con infiltración y 19 con TN.

Mediciones principales: Se recogieron datos para la valoración del dolor y sobre consumo de fármacos mediante entrevista personal y para el dolor mediante la escala visual analógica (EVA).

RESULTADOS

Media de los meses de evolución del dolor previos al inicio de la intervención: 12,93 (DE: 20,42). EVA media pre-intervención: 7,67 (DE: 1,63), mejora de la EVA media a las 2-3 semanas 4,33 (DE: 2,80) a los 3 meses 5,71 (DE: 2,92) y a los 6 meses 5,89 (DE: 2,93). Respecto al consumo de fármacos para el dolor, detectamos un 55% de reducción de consumo a las 2-3 semanas, un 52,5% de reducción a los 3 meses y un 50% a los 6 meses. De los 46 pacientes a 10 se añadió la otra técnica diferente de la que se inició la intervención por falta de mejora con la primera. En todos casos con resultados excelentes.

CONCLUSIONES

La TN e infiltraciones son útiles para disminuir el dolor y el consumo de fármacos en el hombro doloroso especialmente si se utilizan de forma complementaria.

Comunicaciones Residentes

140/2. Proyecto Lucano online. Uso de las nuevas tecnologías en la consulta de pediatría de Atención Primaria

Autores:

(1) Agudo de la Paz, M.; (2) Gómez Fernández, M.; (3) Navarro Quesada, F.; (3) Montes Montes, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Lucano. Córdoba; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centra de Salud Occidente - Azahara. Córdoba; (3) Pediatra. Unidad de Gestión Clínica Lucano. Córdoba.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Entre las 10 prioridades mas importantes de los pacientes europeos se encuentran el poder comunicarse con su profesional de referencia por otras vías que no sean la consulta presencial y el poder asesorarse en buscar y/o recibir información de calidad en temas de salud en la red.

OBJETIVOS: 1. Evaluar intensidad de uso de las TIC. 2. Evaluar el impacto del uso de las nuevas tecnologías en la gestión de la demanda. 3. Evaluar la satisfacción de la población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Wiffi propia. Web del propio centro.

Periodo evaluado: 28.9.2010 a 17.1.2014.

Consulta valorada: Pediatría nº5 UGC Lucano. Servicios ofertados: Web, correo electrónico, Skype, Twitter, Facebook, Second Life.

Consentimiento firmado para utilización de Servicios Lucano online.

RESULTADOS

Solicitudes de servicios Lucano on line: 202 de 930 asignaciones en cupo(21.7%); Intensidad de uso: 173/202 (85.6%); uso global (correo + Skype): 995; e-correos realizados: 984 (5,68 ± 10) (54-1); nº consultas presenciales en el periodo estudiado: 18.676; nº consultas realizadas e-correo: 1131 (6% del total de consultas); nº consultas no resueltas e-correo: 10/1131 (0,8%); Tipo consultas e-correo: 31,7% clínico-patológicas; Administrativas: 14,7%; Pluriconultas: 7,6%. Twitter: 173 twits con 196 seguidores. Uso de la Web: 8183 usuarios. Nº visitas:9.963. 10 consultas teledermatología; Satisfacción de los usuarios: Excelente servicio.

CONCLUSIONES

1. Intensidad de uso: muy alta.
2. Herramienta mas utilizada: consulta por correo electrónico
3. La capacidad de resolución de la consulta online evitando la presencial ha sido muy alta
4. Areas de Mejora: Ampliar oferta al resto de población asignada

140/8. Implantación de una unidad de dolor torácico durante 5 años

Autores:

(1) Pozo Cascajosa, A.; (2) Márquez Casado, M.; (3) Martínez Prieto, V.; (2) Ruiz Tajuelo, S.; (1) León Sánchez, M.; (4) Díez Moreno, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la cabeza. Andújar. Jaén; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid; (3) Médico de Familia. Hospital de Écija. Sevilla; (4) Enfermero de Atención Primaria.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

La Unidad de Dolor Torácico (UDT) surge para un mejor estratificación y diagnóstico de los distintos pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor torácico. con ello conseguimos ahorra ingresos innecesarios y permite dar de alta a los pacientes con mayor seguridad. Las UFDT se basan en la premisa de que el bajo riesgo no es ausencia de riesgo.

Objetivo principal de la UFDT: la correcta estratificación del riesgo de los pacientes que nos consultan por DT agudo en el menor tiempo posible, con el objetivo de identificar a los pacientes de riesgo intermedio-bajo de padecer complicaciones isquémicas en los que si las pruebas complementarias practicadas son normales, se realizará un test de esfuerzo que si es negativo minimiza de una forma muy considerable la probabilidad de que la sintomatología por la que consultan sea derivada de un SCA; pudiendo proceder a su alta con una elevada seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las herramientas que utilizamos en nuestra UDT y que nos van a servir para la estratificación del riesgo del paciente y tomar decisiones: 1.- Historia Clínica y exploración física 2.- ECG 3.- Radiografía de Tórax 4.- Marcadores de necrosis miocárdica 5.- Test de Esfuerzo: identificar aquellos pacientes con un riesgo bajo, que pueden ser dados de alta con una

probabilidad baja de eventos cardiovasculares, y esto conseguido con seguridad para el paciente, a pesar de las circunstancias y en el medio en que se hace.

Estudio observacional retrospectivo de las ergometrías realizadas en 2005/11

hospital EPHAG de 2º nivel de Andújar

RESULTADOS

Características de los pacientes observados: hombres 68,7%, con una edad media 59,02 años, un 37,4% dislipémicos, fumadores 29,2%, hta 43,4%, DM2 20,7%, Cardiopatía isquémica previa 29%. Mujeres un 31,3% de las cuales su edad media era 64,16 años, dislipémicas el 39%, fumadoras 4,7%, hta 60,2%, dm2 23,4%, cardiopatía isquémica previa 10,9%. Las ergometrías positivas fueron en hombres con cardiopatía isquémica previa del 5,2%, y sin cardiopatía previa del 14,4%. Mujeres con cardiopatía isquémica previa el 3,2%, y sin cardiopatía previa de un 14,8%.

CONCLUSIONES

Desde que se implantó la UDT el tiempo desde el episodio de dolor torácico hasta la realización de la prueba disminuyó de una media de 33 días a 1,6 días. Desde la implantación del protocolo el 90% de las ergometrías que se realizan en nuestro hospital se realizan dentro de este protocolo. Siendo de las positivas todas ajustadas al protocolo. El cumplimiento del protocolo desde 2005 ha pasado de un 50% a un 92% en 2011 incluyendo los principales ítems y catalogando según la clínica los distintos tipos de dolor torácico. Son clasificados y tratados de forma correcta.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Mediante la estratificación correcta damos un correcto tratamiento a cada paciente. Podemos dar alta de forma correcta y segura.

140/26. ¿Les Preocupa la Bioética a los Residentes de MFyC?

Autores:

(1) del Río Caballero, A.; (1) Ligeró Molina, R.; (1) Ruiz Medina, A.; (1) Cantón Cuadrado, N.; (1) Villalba Baeza, M.; (2) Agrela Torres, S.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad. Málaga.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Al inicio de la residencia, la necesidad de dar respuesta a situaciones clínicas (especialmente en el ámbito de urgencias), junto con la escasa experiencia profesional, pudiera hacer que el aprendizaje se centrara solo en algunas áreas de conocimiento, obviando otras. Ha

sido objeto de este estudio, analizar las preocupaciones formativas de los residentes y el lugar que en estas ocupa la bioética.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo cualitativo.

Análisis en dos fases: lluvia de ideas, realizada por los residentes: se identifican las inquietudes al inicio del periodo formativo y a lo largo de la residencia. Posteriormente, con técnica de grupo nominal, se priorizan las necesidades detectadas en la lluvia de ideas precedente y se estratifican haciendo una analogía a la pirámide de Maslow.

RESULTADOS

Al principio de la residencia parecen preocuparnos el manejo del paciente crítico, la interpretación de las pruebas complementarias y diagnósticas, la inseguridad y manejo de la incertidumbre, la comunicación con el paciente y la familia; la ética aparece en último lugar. Al avanzar en la residencia, se presenta el rechazo de pruebas complementarias, pactos de silencio, limitación del esfuerzo terapéutico, respeto de creencias y la autonomía, apareciendo como inquietudes situaciones de la vida cotidiana.

CONCLUSIONES

Al principio de la residencia los conflictos éticos ocupan la cúspide siendo lo prioritario para el residente la resolución de problemas clínicos. Conforme se avanza en la residencia, se incorporan a la práctica diaria la preocupación por los conflictos éticos.

140/27. Atención al puerperio en Atención Primaria. Revisión del PAI Embarazo, Parto y Puerperio

Autores:

(1) del Río Caballero, A.; (1) Ligeró Molina, R.; (1) Ruiz Medina, A.; (1) Cantón Cuadrado, N.; (1) Expósito Molinero, C.; (2) Agrela Torres, S.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad. Málaga.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Durante el puerperio tardío y el alejado no hay visitas programadas para la madre en Atención Primaria ni Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo

Ámbito del estudio: Centro de Salud Trinidad "Jesús Cautivo" (Málaga)

Población de estudio: mujeres incluidas en PAI embarazo, parto y puerperio desde el 1 de agosto de 2012 hasta el 31 de marzo de 2013

Fuente de datos: historia digital del SAS (Diraya) y web del laboratorio del Hospital Carlos Haya (Servolab). Criterios analizados (metodología de calidad): cribado de cáncer de cérvix, lactancia y toma de suplementos, anemia, gestosis, anticonceptivos, estado inmunitario y vacunas.

RESULTADOS

Conexión con cribado de cérvix: 19.4% de las mujeres. Usan un suplemento nutricional durante la lactancia: 86%.

Control de anemia: 82.8%.

Conexión con planificación familiar: 16.15%.

Usan anticonceptivos: 34.4% de las mujeres. Entre ellos destacan: preservativo 5.4%, anticonceptivos hormonales 20.4%, DIU 3.2%, bloqueo tubárico 4.3% y otros 1.1%.

No usan métodos anticonceptivos: 64.5%.

Existe HTA en un 7.5% de las ocasiones. No hemos obtenido un registro adecuado de cifras de glucemia ni diagnóstico de diabetes gestacional.

No hay inmunización para el virus de la rubéola: 15.1%.

CONCLUSIONES

Es necesario mejorar la conexión con el PAI cáncer de cérvix y el programa de planificación familiar.

Solo la mitad de las mujeres que usan anticonceptivos han acudido a planificación familiar.

Un alto número de mujeres están expuestas a un nuevo embarazo en los meses siguientes al previo.

140/69. Caracterización del perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con demencia

Autores:

(1) Del Castillo Tirado, F.; (2) Pozo Cascajosa, A.; (3) Márquez López, A.; (1) López de la Cova Peña, A.; (4) Martincano Gómez, J.; (5) Moraleda Barba, S.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Jaén; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Jabugo. Huelva; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen:

INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Estudios como el CACHE COUNTY demuestran la relación de diabetes e hipercolesterolemia con la aparición de demencia.

Describir las características clínicas y el manejo de los pacientes incluidos en el proceso de Demencia de un Centro de Salud

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Seleccionamos una muestra de pacientes (n=97) de dos centros de salud y que estén incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de demencia de un centro de salud entre los meses de Abril a Agosto de 2013

RESULTADOS

Muestra de 97 pacientes incluidos en el proceso Asistencial de Diabetes Mellitus en dos centros de salud. El 63,3% del total eran mujeres.

El 34% estaban institucionalizados. El 48,2% tenía demencia tipo Alzheimer. El 14,3% demencia tipo vascular. El 3,6% demencia debida a otras enfermedades médicas. El 60,8% no padecía ninguna enfermedad psiquiátrica. El 44,8% tenía diagnóstico de depresión, un 28,9% estaba diagnosticado de ansiedad. El 21,1% de trastorno mixto ansioso depresivo. El 5,2% padecía de esquizofrenia.

Tenemos 56,7% de hipertensos con un tiempo medio de evolución de la HTA 5,1±4,9 años. El 23,7% tenían hipercolesterolemia. Un 21,6% tenía diagnosticada diabetes Mellitus. El 14,4% había padecido de ACV.

El IMC medio estaba en 30,8±5,8 kg/m². Las cifras medias de Tensión arterial sistólica 127,8±14,1 mmHg, diastólica 71,3±9,9 mmHg y TAM 91,1±13,5 mmHg. La media de Colesterol HDL 50,1±11,9 mg/dl, LDL 122,4±33,1 mg/dL. Los pacientes diabéticos con demencia tenían una hemoglobina glicosilada media de 7,2±2, %.

CONCLUSIONES

Existe un predominio de Mujeres con demencia.

El 56,7% de los pacientes eran hipertensos con un tiempo medio de evolución de 5,1±4,9 años.

El 30,9% son diabéticos.

El 21,8% padecen de depresión.

El 7,2% de los pacientes con demencia ingieren alcohol de forma habitual

140/72. Utilización de insulinas en el tratamiento de la diabetes en Málaga y Estados Unidos

Autores:

(1) Pérez Castro, M.; (1) Muñoz González, L.; (2) Perea García, J.; (1) Camarena Herrera, Á.; (3) Kuhn González, M.; (3) Paniagua Gómez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Guadalmedina. Málaga; (2) Médico Residente de Aparato Digestivo. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Nuestro objetivo es comparar la evolución en la utilización de los diferentes tipos de insulinas entre Málaga y Estados Unidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Comparar la evolución en el uso de las diferentes insulinas, años 2008 y 2012, entre Málaga y Estados Unidos.

Málaga.

609.781 habitantes, 42.060 personas, 373 médicos. Análisis subgrupo terapéutico A10. Datos: se presentan como dosis diaria definida, aportados por Distrito Sanitario Málaga. Comparación: porcentajes de cada grupo sobre los totales de la DDD. Medidas de frecuencia.

Estados Unidos.

Muestra por conglomerados 3.500 médicos. Datos: IMS Health National Disease and Therapeutic Index y del IMS Health National Prescription Audit™. Unidad de análisis: "visita tratamiento". Comparación: porcentaje de pacientes tratado en cada visita. Medidas de frecuencia.

RESULTADOS

	Málaga			Estados Unidos		
	Año 2008	Año 2012	Variación	Año 2008	Año 2012	Variación
Rápidas	13	16,7	+3,6	10	11	+1
Intermedias	19	12,5	-6,5	5	3	-2
Prolongadas	28,7	36	+7,3	14	18	+4
Mezclas	39	34	-5	-	-	-

Málaga: insulinas bajaron del 31 al 30%. Prolongadas las que más crecieron (7%), seguidas de rápidas. Intermedias y mezclas retrocedieron

Estados Unidos: insulinas no variaron del 26%. Prolongadas las que más crecieron. Intermedias bajaron.

CONCLUSIONES

La evolución del uso de las insulinas en los últimos años es similar en Málaga y Estados Unidos. Destaca el mantenimiento en la utilización de insulinas en su conjunto, con incremento de las prolongadas y descenso de las intermedias.

140/73. Utilización de antidiabéticos orales en Málaga y Estados Unidos.

Autores:

(1) Muñoz González, L.; (1) Pérez Castro, M.; (2) Becerra Muñoz, V.; (1) Reina González, R.; (1) Camarena Herrera, Á.; (3) Paniagua Gómez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Guadalmedina. Málaga; (2) Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Guadalmedina. Málaga.

Resumen:INTRODUCCIÓN (Incluyendo Objetivos)

Nuestro objetivo es comparar la evolución en la utilización de hipoglucemiantes orales entre Málaga y Estados Unidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Comparación en la utilización de hipoglucemiantes orales, años 2008 y 2012, entre Málaga y Estados Unidos.

Málaga.

609.781 habitantes, 42.060 personas, 373 médicos. Se analiza el subgrupo terapéutico A10. Los datos se presentan como dosis diaria definida, aportados por el Distrito Sanitario Málaga. Se compara los porcentajes de cada grupo sobre los totales de la DDD. Medidas de frecuencia.

Estados Unidos.

Muestra por conglomerados de 3.500 médicos. Los datos se obtienen del IMS Health National Disease and Therapeutic Index y del IMS Health National Prescription Audit™. Unidad de análisis: "visita tratamiento". Comparando los pacientes que son tratados en cada visita. Medidas de frecuencia.

Agrupamos los fármacos en biguanidas, sulfonilureas, glitazonas e inhibidores de la dipeptidil peptidasa (iDPP4).

RESULTADOS

En Málaga la metformina tuvo un crecimiento del 11%, las sulfonilureas un descenso del 11%, las glitazonas una disminución del 7% y los iDPP4 un incremento del 9%.

En Estados Unidos, la metformina tuvo un crecimiento del 8%, las sulfonilureas un descenso del 6%, las glitazonas una disminución del 14% y los iDPP4 disminuyeron un 12%.

CONCLUSIONES

La evolución en la utilización de los fármacos hipoglucemiantes orales en los últimos años es similar en Málaga y Estados Unidos.

Destacan el crecimiento de metformina e iDPP4 y el descenso de sulfonilureas y glitazonas.

Proyectos de investigación Médico de Familia

140/63. Mayores diabéticos de Cádiz, “Estudio MADICA(c)”

Autores:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Bellanco Esteban, P.; (2) Machuca Albertos, M.; (2) Flores Cebada, E.; (3) Pérez Es-lava, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto. Cádiz.

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de Diabetes Mellitus II aumenta con la edad, 32.05% de >65 años, según el estudio Di@bet.es. La reciente publicación del Conceso de tratamiento de mayores diabéticos a finales de 2013, en el que los criterios de glicada están en función del nivel de autonomía, y teniendo en cuenta la carencia de información a este respecto, nos planteamos el presente estudio.

OBJETIVOS

Conocer el grado de cumplimiento de las guías de práctica clínica del paciente mayor diabético, su grado de cumplimiento, así como de conocer el tiempo de tratamiento que se utiliza en función del nivel de autonomía del paciente.

DISEÑO

Descriptivo transversal, en primera fase, con una muestra de 570 pacientes, con distribución homogénea por grupos de edad y género de >65 años para transformarlo en estudio de cohorte, tras el análisis inicial, dividiendo la muestra significativa en dos brazos de 285 pacientes, en los cuales a uno se hace intervención sobre profesionales y pacientes y otro brazo será de control. La muestra al 95% de confianza con un error alfa del 5%.

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud de la Laguna y de Loreto en Cádiz ciudad, con 27 médicos, y 580 pacientes, durante los años 2014-2015

MATERIAL Y MÉTODOS

De la base de datos de DIRAYA, se extrae los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II y con 65 años o mas. Se agrupan por género y grupos de edad en función del tamaño de la muestra. Se selecciona las siguientes variables: edad, género, clave médica, peso, talla, hematócrito, urea, creatinina, colesterol, HDL, LDL, GOT, GPT, LDH, gamma GT, microalbuminuria, Glicosilada, Test de

LOBO, Barthel y Lawton-Brody. Fármaco utilizado y a que dosis, comorbilidades. Cumplimentación del Proceso de Diabetes en cuanto a Pie, fondo de ojo y complicaciones detectadas.

Estas variables se estudian con un programa informático específico en base de Excel 2007 con diseño de revalidación de las muestras que ha permitido la inexistencia de errores en la toma de los datos y por tanto una validez del 100% de los mismos. Así mismo, se han realizado controles y formulaciones adicionales con el fin de optimizar el tratamiento de la información.

APLICABILIDAD

Racionalizar el tratamiento de la diabetes en las personas mayores en función del grado de autonomía, así como de los fármacos utilizados

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se respeta la confidencialidad del paciente en todos los términos de la Ley de Protección de Datos, así como del facultativo que le trata.

140/77. Efectividad del SMS para mejorar la cobertura vacunal en los centros de educación secundaria obligatoria

Autores:

(1) Martín Ansedé, E.; (1) Pérez Ardanaz, B.; (2) Muñoz González, L.; (3) Poyato Ramos, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital Carlos Haya. Málaga; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Enfermero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La vacunación escolar, dirigida a los alumnos de entre 6 y 14 años, tiene como objetivo completar el calendario vacunal, en aquellas dosis que están pendientes. La cobertura vacunal durante la adolescencia disminuye de manera notable con comparación a las edades más temprana. A pesar de diversas estrategias, la cobertura en estas edades es insuficiente para alcanzar los objetivos de salud planteados.

OBJETIVOS

Nuestra hipótesis es que el uso de mensaje de texto por telefonía móvil, enviado a los tutores-padres de los alumnos aumentara la cobertura vacunal en los centros de Educación Secundaria Obligatoria.

DISEÑO

Estudio cuasi- experimental, con grupo control.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria, centros escolares públicos de una Zona Básica de Salud urbana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: La población susceptible de formar parte del estudio está constituida por un total de 334 alumnos, pertenecientes a segundo de educación secundaria obligatoria, de edades comprendidas entre 13-14 años. Criterios de exclusión: carecer de teléfono móvil el tutor, negativa a participar.

Mediciones e intervenciones

Variables sociodemográficas. Cartilla de vacunación para comprobar la vacunación.

Al grupo control, el procedimiento para el acto vacunal seguirá el método tradicional aplicado durante los años anteriores. Se entregará a los alumnos, con destino a sus tutores legales, la documentación apropiada para proceder a la vacunación en el centro. Se informará del día del acto vacunal, y la documentación necesaria a aportar, autorización firmada (si autoriza o no), y fotocopia de la cartilla de vacunación.

El grupo de intervención, además de entregarles dicha documentación, se enviará un SMS, al teléfono móvil del primer tutor legal de cada alumno, registrado en la ficha de datos de escolarización. En dicho mensaje, se recordará cuando el equipo enfermero del Centro de Salud acudirá al centro escolar para revisar el calendario vacunal, y administrar las vacunas pendientes, y se rogara la devolución de la autorización firmada, entregada a su hijo, y la aportación de la fotocopia de la cartilla de vacunación. Se utilizará el programa informático Séneca con la plataforma PASEN.

Técnicas de análisis:

Se realizará un análisis estadístico descriptivo general con cálculo de la media y desviación estándar para variables cuantitativas y de los porcentajes con sus intervalos de confianza al 95% para variables cualitativas. La estadística analítica se basará en la comparación de medias y porcentajes con pruebas ANOVA y χ^2 considerando estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. El análisis de la relación entre las variables continuas se realizará mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Para la tabulación y análisis de las variables se utilizará el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 20.0.

Limitaciones:

Una sola ZBS. Requiere la implicación de los profesores y tutores.

APLICABILIDAD

Dependiendo de los resultados obtenidos, el proyecto podría aplicarse de manera generalizada.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El proyecto cumplirá con todos los aspectos ético-legales.

140/78. Prevalencia y hábitos alimenticios en población infantil de una Zona Básica de Salud

Autores:

(1) Pérez Ardanaz, B.; (1) Martín Ansede, E.; (2) Poyato Ramos, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital Carlos Haya. Málaga; (2) Enfermero. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen:

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la obesidad infantil en España ha experimentado un aumento espectacular y preocupante según la OMS: si hace 15 años, el 5 por ciento de los niños españoles eran obesos, esta proporción es ahora del 16 por ciento. Desde el ámbito de atención primaria de salud es necesario que se evalúen las necesidades de este colectivo, para de esta manera poner en marcha medidas educativas que cubran las mismas. El profesional AP enfermería debe implicarse en el proceso de educación del colectivo de niños y adolescentes en materia de alimentación y nutrición.

OBJETIVOS

General: Conocer hábitos alimenticios y estilo de vida en escolares.

Específicos:

- Conocer el nivel de sedentarismo / actividad física.
- Determinar si una intervención educativa breve por parte de un profesional sanitario aporta un beneficio adicional para la modificación de los estilos de vida inadecuados en escolares.
- Estimar la prevalencia de obesidad y sobrepeso.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria. Centros escolares públicos pertenecientes a una ZBS urbana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: La población susceptible de formar parte del estudio está constituida por un total de 773 alumnos, pertenecientes a sexto de primaria y primero de la ESO, de edades comprendidas entre los 9-12 años. Se realizará muestreo eligiéndose tres colegios representativos de las características de la zona, con una muestra final de 133 alumnos.

Mediciones e intervenciones:

Los datos se recolectarán en 2014. Se desarrollará de 2 fases con una duración estimada de 16 meses.

En primer lugar se impartirá un programa educativo previamente elaborado en torno a los temas sobre Nutrición, Alimentación y Hábitos de vida Saludables previo consentimiento de los padres, así como autorización de la Institución Educativa, a las que se le entregará una hoja informativa que recogerán las valoraciones que se van a realizar. Posteriormente se pasará una encuesta para valorar el estado actual de sus hábitos alimentarios y saludables, la aportación de la intervención y si existió modificación tras la misma y se procederá a medir y tallar a los alumnos.

La encuesta contiene ítems de variables sociodemográficas, hábitos alimenticios y estilos de vida.

Técnicas de análisis:

El análisis estadístico incluirá la estimación de prevalencias para cada uno de los ítems considerados en la encuesta. Para el establecimiento de diferencias estadísticas se utilizará el test de la X² de Pearson. Se

considerará como significativo un nivel de $p < 0,05$. Para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza.

Limitaciones

Falta de colaboración por los profesores, pérdida de datos por no cumplimentar las encuestas, pérdidas.

APLICABILIDAD

Unos resultados satisfactorios permitirían plantear una novedosa estrategia para la educación sanitaria en los centros educativos.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio cumplirá con los requerimientos ético-legales.

Proyectos de investigación Residentes

140/20. Cribado selectivo de Enfermedad Obstru- tiva Crónica en Atención Primaria

Autores:

(1) Ruiz Gómez, J.; (1) Navarro Agüera, J.; (1) Ortiz Mejía, A.; (1) Sillero Sillero, C.; (1) Gálvez Moral, J.; (2) Hidalgo Requena, A.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Lucena. Córdoba; (2) Médico de Familia. UGC Lucena. Córdoba.

Resumen:

INTRODUCCIÓN

La EPOC es un problema de salud pública por alta prevalencia, mortalidad y coste. Su causa es el tabaco. En España afecta al 10,2% entre 40-80 años y está infradiagnosticada (73% estudio EPI-SCAN) lo que evita que estos pacientes puedan recibir consejo antitabaco, tratamiento y seguimiento adecuados. Su diagnóstico precisa espirometría que confirme la obstrucción flujo aéreo. No es rentable si se utiliza como cribado de población general, sí lo tiene en el contexto pacientes de alto riesgo de presentar EPOC.

Para que el cribado mediante espirometría sea coste-efectivo es necesario encontrar medios o herramientas para identificar al subgrupo de pacientes más susceptibles

de padecer la enfermedad. Por ello, es necesario efectuar estudios que la eficiencia de un programa de cribado de EPOC utilizando cuestionarios y COPD6 previos a espirometría.

OBJETIVOS

Principal: evaluar efectividad cribado escalonado mediante Cuestionario COPD-PS y COPD-6. Secundario: evaluar concordancia entre parámetros COPD-6 y espirometro convencional, determinar prevalencia nuevos diagnósticos, aumentar diagnósticos, determinar sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad del COPD-6 en detección obstrucción, utilizando como patrón de oro un espirometro convencional.

DISEÑO

Estudio prevalencia, analítico de pruebas diagnósticas, multicéntrico y multidisciplinar

EMPLAZAMIENTO

Centros Salud Distrito Sanitario Córdoba Sur

MATERIAL Y MÉTODOS

Población estudio: Usuarios que acuden a consulta

Tamaño muestra: Epidat 4.0 Pruebas diagnósticas mediante Intervalos de confianza, con sensibilidad y especificidad esperadas 99%, prevalencia 10%, nivel confianza 95%, necesitaremos 423 individuos, con precisión del 3% Muestreo sistemático regular con arranque aleatorio.

VARIABLES: Sociodemográficas, Resultados cuestionario COPD-PS, Hábito tabáquico, Síntomas respiratorios, Resultados COPD-6 y espirometría forzada.

Los datos serán recabados por médicos y enfermeros de AP que atienden pacientes que acuden a su consulta por cualquier motivo.

PLAN DE ANÁLISIS: Estadística descriptiva de todas las variables. Las cualitativas se expresarán por valor absoluto y porcentaje, y las cuantitativas como media y desviación estándar. Con IC95% para principales estimadores. Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y las respuestas del cuestionario (Ji cuadrado, T de Student o ANOVA, previa comprobación de normalidad - prueba de Kolmogorov-Smirnov-, contrastes bilaterales, $p \leq 0,05$). Evaluaremos concordancia dispositivos para detectar obstrucción mediante índice kappa, y relación entre valores de ambos dispositivos con coeficiente de correlación de Pearson.

La validez y seguridad del COPD-6 en la detección de obstrucción se determinarán usando fórmulas habituales (sensibilidad, especificidad, valores predictivos), área bajo la curva ROC en la discriminación de

obstrucción. Estimaremos prevalencia de EPOC detectada, mediante estimación por intervalo con nivel confianza bilateral 95%.

LIMITACIONES: Sesgos información (constatar respuestas con historia), Selección (muestreo aleatorio sistemático). Influencias asunción validez espirometría (experto actuará ciegamente). Para detectar errores estudio piloto. Cantidad tabaco como factor de confusión: análisis por estratos, regresión múltiple).

APLICABILIDAD

Disminuir Infra-diagnóstico EPOC, usando de espirometrías más coste efectivo, y ofrecer terapéuticas eficaces en fases tempranas.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Normas de buena práctica clínica, Declaración de Helsinki, Ley de investigación biomédica, Ley de protección de datos, informe favorable Comisión Ética y Consentimiento informado.

Casos Clínicos Médico de Familia

140/66. Síndrome de Heerfordt: la importancia de considerar los síntomas en su conjunto.

Autores:

(1) Rangel González, J.; (2) Bustelo Gómez, I.; (3) Alonso Pino, M.; (4) Gutiérrez Ruiz, R.; (5) Irún Delgado, P.; (6) Pascual Suaza, C.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Olivillo". Cádiz; (2) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Puerto Real. Cádiz; (3) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Punta Europa Algeciras. Cádiz; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 62 años sin RAMc, ni AP de interés.

Acude a nuestra consulta en el centro de salud por dolor laterocervical, tumefacción parotídea y fiebre (38°C), se pauta antibioterapia con posterior revisión. En la revisión asintomática.

Se palpan dos adenopatías laterocervicales dolorosas y adheridas de aproximadamente 1 cm de diámetro. Se estudian mediante ecografía, concluyendo que son lesiones nodulares bilaterales sólidas hipoecoicas de morfología redondeada, de 1.2 cm aproximadamente y recomienda completar estudio. Se realiza TAC de cuello, determinándose lesión de 18x6mm externa a masetero derecho en contacto con parótida y recomienda PAAF que no puede realizarse. El TAC de control a los seis meses había normalizado.

Simultáneamente la paciente inicia con clínica de enrojecimiento conjuntival, fotofobia y visión borrosa. En la exploración se aprecia quemosis conjuntival y Tynndall positivo. Ante la alta sospecha de uveítis se deriva a oftalmología que confirma el diagnóstico de uveítis anterior bilateral.

Se solicita analítica desde atención primaria donde solo se destaca una discreta elevación de VSG.

Se deriva al Servicio de Medicina Interna donde se completa el estudio.

Analíticamente se encuentra de nuevo elevación de VSG, alteración del proteinograma. Espirometría FVC 2.87 (77%) FEV1 2.05 (87%).

TAC Torácico: estructuras nodulares mediastínicas en disposición prevascular y paratraqueal inferior derecha. Patrón en vidrio deslustrado de predominio basal, con signos sugerentes de posible atropamiento aéreo. Atelectasia laminar y estructura pseudonodular a nivel de lóbulo medio inespecífico de aspecto crónico. A nivel de base pulmonar izquierda existen varias estructuras nodulares < 1 cm en disposición subpleural posterior inespecífica. Adenoma suprarrenal derecho.

El cuadro clínico con la respuesta a corticoterapia junto con los hallazgos en las pruebas complementarias nos hacen pensar en una rara manifestación de la sarcoidosis sistémica, el síndrome de Heerfordt o fiebre uveoparotidea.

El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante biopsia de glándula parótida.

Tras tratamiento durante seis meses la paciente permanece asintomática, excepto por persistencia de sinequias pupilares.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ecografía y TAC de cuello. PAAF ecodirigida.

Análítica general y para patología autoinmune. Espirometría.

Biopsia de glándula parótida.

JUICIO CLÍNICO

síndrome de Heerfordt o fiebre uveoparotidea

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades granulomatosas: autoinmunes e infecciosas, neoplasias y estadio inicial de VIH.

COMENTARIO FINAL

La importancia de este caso radica en la visión integral del paciente desde el punto de vista de Atención Primaria, la suma de sintomatología nos hizo pensar en una patología de tipo sistémico, a pesar de que el diagnóstico definitivo no podíamos hacerlo desde el centro de salud. Por tanto una buena anamnesis, con una visión integral del paciente, así como su seguimiento en el tiempo, nos debe dirigir a apoyarnos en pruebas complementarias para llegar a nuestro diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gatti CF, Prah P, Troielli P, Schroh R. Sarcoidosis. Un enfoque global. *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36 (4).
- 2.- Jaume Alijotas Reig. Sarcoidosis, síndrome de Löfgren y fiebre uveoparotidea. *Medicina Clínica, Elsevier*. Vol. 123. Núm. 12. 09 Octubre 2004.
- 3.- Barrios Sánchez, G, Dean Ferrer, A, Alamillos Granados, FJ, Ruiz Masera JJ, Zafra Camacho FM, García de Marcos JA, Calderón Bohórquez JM. Pseudotumor inflamatorio de glándula parótida *Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.)* v.10 n.4 Valencia ago.-oct. 2005

Casos Clínicos Residente

140/1. Una diarrea prolongada, a propósito del síndrome de Good.

Autores:

(1) García Moreno, S.; (2) Bustamante Gómez, R.; (2) Carrera Moyano, B.; (3) Pérez Gamero, M.; (3) Márquez Cera, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla; (2) Médico Interno Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla; (3) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 75 años. Acude a consulta por fiebre intermitente de tres días, diarreas casi continuas de meses de evolución ("acuosas y muy abundantes", sin productos

patológicos), anorexia, astenia y pérdida de 37 Kg el último año. Afirmaba que en estudios realizados por médico privado se aisló varias veces "un germen" en heces. El día previo presentó "tiritona" febril. Negaba sintomatología respiratoria o miccional. No tenía alergias medicamentosas, hábitos tóxicos o factores de riesgo cardiovascular. Presentaba lesiones en mucosa oral en seguimiento por dermatólogo. Su síndrome diarreico crónico, sin origen aclarado, era seguido por digestivo. Al pertenecer estos servicios a su compañía privada no disponíamos de informes en consulta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Gran delgadez, sin caquexia. Placas blanquecinas en mucosa lingual. Auscultación, exploración abdominal, tacto rectal, exploración neurológica y urológica normales.

Hemograma, coagulación y bioquímica normales (incluyendo analítica tiroidea, anticuerpos antinucleares y anticeliaca). Coprocultivo positivo para *G.lambdia*. Urocultivo y hemocultivos negativos. Serología de VIH negativa.

Proteinograma: hipoproteinemia severa e inmunoglobulina G muy disminuida. Curva de lactosa normal. Informes solicitados a los profesionales privados describían liquen plano esclerodermiforme lingual y giardiasis intestinal recurrente. Con estos datos contactamos con servicio de Medicina Interna solicitándose TAC, que mostró lesión en mediastino anterior compatible con timoma, sin afectación ganglionar, y bronquiectasias. El cultivo de muestra obtenida con broncoscopia aisló E.coli. Un tránsito gastroduodenal demostró malabsorción. Endoscopia normal.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Good (inmunodeficiencia humoral asociada a timoma), diarrea crónica (malabsorción, malnutrición severa, infecciones recurrentes), infección respiratoria por E.coli y liquen plano oral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Causas de diarrea acuosa crónica: procesos infecciosos, neoplasias, malabsorción de carbohidratos, celiaquía.
- Síndrome constitucional: el paciente negaba toma de anorexígenos, alcoholismo, diabetes o hipertiroidismo. Consideramos tumores e infecciones gastrointestinales.
- Causas de inmunodeficiencia: ante las infecciones gastrointestinales recurrentes sospechamos alteraciones hematológicas, enfermedades autoinmunes como el lupus o tumores como el linfoma. Descartamos VIH. Demostramos hipoproteinemia e hipogammaglobulinemia.

COMENTARIO FINAL

El síndrome de Good es un raro trastorno tratable que asocia inmunodeficiencia humoral y timoma sin relación etiológica conocida. Este caso muestra la importancia del abordaje integral de un paciente con gran variedad de problemas clínicos que habían sido tratados separadamente hasta su llegada a nuestra consulta, donde sospechamos una etiología común, mostrando la importancia de la anamnesis en Medicina Familiar para evitar sesgos como el de anclaje (diagnosticar sin adaptarse a nueva información), disponibilidad (achacar el cuadro a otro anterior), de confirmación (buscar evidencia para apoyar una opinión preconcebida), impulsividad diagnóstica (aceptar diagnósticos previos sin suficiente escepticismo) o la búsqueda de autosatisfacción (dejar de investigar una cuando el diagnóstico parece fácil).

BIBLIOGRAFÍA

- Joven MH, Palalay MP, Sonido C. "Case report and literatura review on Good's Syndrome, a form of acquired immunodeficiency associated with thymomas". *Hawai'i J Med.* 2013 Feb.
- Kelesidis T, Yang O. "Good's syndrome remains a mystery after 55 years: A systematic review of the scientific evidence". *Clin Immunol.* 2010 Jun;135(3):347-63.
- Kitamura A, Takiguchi Y, et. al "Durable Hypogammaglobulinemia Associated with Thymoma (Good Syndrome)". *Inter Med.* Oct 2009; 48(19):1749-1752.

-Kelleher P, Misbah SA. Review: What is Good's syndrome? *Immunological abnormalities in patients with thymoma. J Clin Pathol.* Jan 2003;56(1):12-16.

140/5. Indicación de neuroimagen en paciente con síncope

Autores:

(1) Nicola, C.; (2) Arce Corcuera, R.

Centro de Trabajo:

(1) Medico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Serrejón. Cáceres; (2) Medico de Familia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 74 años, hipertensa controlada en tratamiento con hidroclorotiazida y amlodipino. Refiere hace 6 días caída desde su propia altura al levantarse de la cama, con pérdida de conocimiento durante pocos minutos, sin incontinencia urinaria o algún otro síntoma con recuperación espontánea y con lumbalgia. Los familiares refieren verla inactiva desde el episodio de pérdida de conciencia

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA: 118/53mmHg FC: 120 Sat O₂ %: 93% T° 37 SNC: ubicada en 3 espacios. Desviación leve de la comisura labial hacia la derecha y temblor fino de mano izquierda. Glasgow 15/15.

Resto del examen físico normal.

Análítica, ECG, Rx cráneo, Rx lumbar normales

TAC Cerebro: Hematoma cerebral intraparenquimatoso, edema perilesional y efecto de masa contralateral fronto parietal compatible con glioma de alto grado.

RMI: imagen expansiva intraaxial frontal derecha sugestiva de Glioblastoma Multiforme

JUICIO CLÍNICO

Glioblastoma multiforme

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Pérdida de conciencia: Intoxicaciones (alcohol, medicación sedativa, opiodes) cardiovascular: bradiarritmias (bloqueo de 3er grado, disfunción de marcapaso, enfermedad del seno sinusal) taquiarritmias (ventricular, supraventricular) endocardiaca (estenosis aortica, estenosis mitral, estenosis pulmonar, trombosis de válvula protésica, mixoma) miocárdica (infarto agudo de miocardio u obstrucción por miocardiopatía hipertrofica usualmente taquicardia ventricular) pericardio (taponamiento) vascular (embolismo pulmonar, diseción aortica, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, síndrome del robo de la subclavia) estados de hipercoagulabilidad) Vasovagal, hipotensión ortostática, neurológicos (AIT, ACV, insuficiencia vertebrobasilar,

diseción de arterias cerebrales, migraña, narcolepsia) hipoglucemias, acidosis diabética, hiperglicemia hiperosmolar no cetósica hipoxia, anemia, psicógena, 40% idiopático (1-2-3).

COMENTARIO FINAL

El síncope, mayor prevalencia en jóvenes y tercera edad. Incidencia a lo largo de la vida de al menos un episodio entre 40 al 50 % de la población general (4). La evaluación clínica, antecedentes de TCE, los signos de alarma que indican pronta neuroimagen son el empeoramiento progresivo de cefalea, despertarse por dolor, vómitos, agravado con valsalva, mayores de 50 años, fiebre, examen neurológico anormal, aura, cefalea en racimo, unilateral(5).

El tumor primario más frecuente en el adulto (Glioblastoma multiforme) pronóstico de sobrevida de media 1 año(6).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Soteriades, Evans, Martin Larson, Ming Chen, Leway Chen, et al. "Incidence and Prognosis of Syncope" *Nejm* 2002; 347:878-885 September 19, 2002 DOI: 10.1056/NEJMoa012407
- (2) Strickberger; Woodrow Benson; Biaggioni; Callans; Cohen; Ellenbogen, et. al. *AHA/ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope* JACC. 2006;47(2):473-484. doi:10.1016/j.jacc.2005.12.019
- (3) Angel Moya ; Richard Sutton; Fabrizio Ammirati; Jean-Jacques Blanc; Michele Brignole; Johannes B. Dahm; et. al. "Syncope (Guidelines on Diagnosis and Management of) ESC Clinical Practice Guidelines" *EHJ* 2009;30:2631-2671 - doi:10.1093/eurheartj/ehp298
- (4) Ruwald MH, Hansen ML, Lamberts M, et al. (October 2012). "The relation between age, sex, comorbidity, and pharmacotherapy and the risk of syncope: a Danish nationwide study". *Europace* 14 (10): 1506–14.
- (5) Detsky , McDonald , Baerlocher , Tomlinson, McCrory, Booth; "Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging?" *JAMA*. 2006 Sep 13;296(10):1274-83.
- (6) Lee T, Bhushan V, Sochat M. "First aid for the USMLE step 1 2014" McGraw-Hill; 2014. ISBN 978-0-07-183142-0 p. 489.

140/7. Dispepsia como síntoma guía, un caso de adenocarcinoma gástrico estenosante

Autores:

(1) Pozo Cascajosa, A.; (1) Estrada López, M.; (2) Martínez Prieto, V.; (3) RUIZ TAJUELO, S.; (3) CANO MUÑOZ, J.; (4) Muñoz Puentes, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la cabeza. Andújar. Jaén; (2) Médico de Familia. Hospital de Écija. Sevilla;

(3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid; (4) Médico de Familia. Agencia sanitaria Costa del sol. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años.AP:HTA,DM2,Trombopeniaautoinmune,artritis reumatoides.

Acude por cuadro de dolor abdominal epigástrico, regurgitación, pirosis y vómitos alimenticios de unos 9 días de evolución con pérdida de peso asociado.

En tratamiento con omeprazol y cinitaprida por una visita a nuestro servicio por pirosis hace un mes. Tratada por AP con analítica normal, negativo para celiaquía y ahora en dieta sin lactosa. Comenzó con epigastralgia hace aproximadamente unos 4 meses y los síntomas han ido aumentando con el paso de los meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN: aceptable estado general,eupneica, tez blanquecina, bien hidratada. Abdomen blando depresible, doloroso de forma selectiva en epigastrio, ruidos normales, sin signos de irritación peritoneal. Faringe normal.AP con buen murmullo vesicular .Ac con tonos rítmicos sin soplos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: leucocitos 13.200(N 73,5%,L 18,6%,M 6,9%)

Bioquímica: transaminasas, glucosa, función renal e iones normales.

Coagulación: normal.

Sistemático de orina: normal.

Rx de tórax y abdomen: IC normal. Sin hallazgos.

ECG: ritmo sinusal a 57 lpm, T isoeletrica en precordiales similar a previos.

Ecografía abdominal: hígado de tamaño, bordes y ecogenicidad normales sin loes aparentes. Vesículas sin lesiones. Paredes gástricas muy engrosadas.

EDA: esófago y unión EG sin lesiones. Estómago sin contenido, apreciando a nivel antral una gran neoformaciónvegetante, ulcerada, con áreas mamelonadas, friable y pética a la toma de biopsia. No se logra observar luz a ningún nivel.

TAC:masa parietal en el antro gástrico que reduce de forma significativa la luz, que en el estudio de contraste muestra una captación mejor de la mucosa normal, masa poco vascularizada.Multiples adenopatías. Conclusión:neoformación en antro gástrico estenosante, estadio T2,N2,M0.

JUICIO CLÍNICO

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ESTENOSANTE CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO T2N2M0.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.
- Síndrome de Intestino Irritable.
- Enfermedades del Tracto Biliar (Colecistitis, Disquinesias, etc.).
- Pancreatitis Crónica.
- Dispepsia inducida por medicación.
- Causas Psiquiátricas.
- Patología tumoral.
- Diabetes Mellitus y gastroparesia diabética.

COMENTARIO FINAL

En el cáncer gástrico la mayoría de los pacientes sufre síntomas inespecíficos. Presenta una altísima mortalidad y una escasa supervivencia al diagnóstico debido a que los síntomas de alarma aparecen normalmente cuando la enfermedad ya ha progresado y compromete a otras estructuras o la luz gástrica (diseminación metastásica) siendo ya no resecable en el momento del diagnóstico.

Por ello es fundamental la exploración abdominal y saber identificar los signos de alarma, la dispepsia que parece funcional pero no mejora con tratamiento, pérdida de peso, vómitos, sensación de plenitud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fox JG, Wang TC. Inflammation, atrophy, and gastric cancer. *J Clin Invest.* 2007;117:60-9.

Medline

2. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1994;61:218-220.

3. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, et al. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:1161-81.

Medline

4. Correa P. A human model of gastric carcinogenesis. *Cancer Res.* 1988;48:1319-26.

Medline

5. El-Zimaity HM. Recent advances in the histopathology of gastritis. *Current Diag Pathol.* 2007;13:340-8.

6. Ghoshal UC, Chaturvedi R, Correa P. The enigma of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. *Indian J Gastroenterol.* 2010;29:95-100.

140/9. Síndrome de Hoffman: miopatía tratable

Autores:

(1) Martínez Prieto, V.; (2) Pozo Cascajosa, A.; (3) Muñoz Jiménez, B.; (4) Muñoz Puentes, M.; (5) Romero Morilla, S.; (2) Estrada López, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Hospital de Écija. Sevilla; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la cabeza. Andújar. Jaén; (3) Médico de Familia. Centro médico Alto guadiato. Córdoba; (4) Médico de Familia. Agencia sanitaria Costa del sol. Marbella. Málaga; (5) Médico de familia. Centro de Salud La Carolina. Jaén.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre 39 años, fumador, sin más antecedentes. Electricista. No deportista. Acude a consulta de Atención Primaria por “dolores en miembros inferiores” que empeoran con el ejercicio, acompañado de cansancio y calambres gemelares desde hace unos 3 meses de evolución que ceden con masajes. Sin antecedentes familiares relevantes, solo HTA.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

aceptable estado general, sobrepeso, bien hidratado y perfundido, eupneico. Abotargamiento facial. Faringe normal. ACR: tonos rítmicos, buen murmullo vesicular. Abdomen blando depresible, no doloroso, ruidos normales, sin peritonismo. MMII: hipertrofia muscular. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hematimetría: las 3 series normales. Bioquímica: perfil renal y bilirrubinas, normales, Hipertransaminasemia con AST 107, GOT 108, GGT 164.8, Fosfatasa alcalina 87, CK 1686, LDH 504, CT 247, triglicéridos 470. Se cita al paciente para rehistoriarlo, se amplía estudio de hipertransaminasemia con marcadores hepáticos, perfil tiroideo y estudio ecográfico. Se decide remitirlo a urgencias, pese a no tener dolor torácico, para comprobar CK y queda ingresado en Medicina Interna para estudio. Se descarta patología cardíaca urgente con ecocardiograma sin cardiopatía estructural. Se realiza ecografía abdominal con esteatosis hepática. Resto de órganos sin lesiones significativas. En posteriores analíticas se solicitan marcadores hepáticos con serología negativa, TSH (> 100), T4: <0.4, T3 1.47 y anticuerpos tiroideos (TPO y microsomiales: positivos). Ecografía tiroidea: Bocio multinodular.

JUICIO CLÍNICO

Hipotiroidismo primario del adulto: Tiroiditis de Hashimoto. Síndrome de Hoffman.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Descartadas la hipertransaminasemia por fármacos, alcoholismo, infecciones virales hepáticas y autoinmunes, lo puede justificar la Esteatosis hepática tras la ecografía abdominal. En cuanto al aumento de CPK, se descartan causas cardíacas como cardiopatía estructural y enfermedad isquémica, la rabdiomiolisis (orina y función renal, normales), la polimiositis (no se realizó biopsia ni EEG pero se descarta por la negatividad de los autoanticuerpos y la recuperación del cuadro tras tratamiento

adecuado). Todo el cuadro de daño muscular, lo justifica una miopatía por hipotiroidismo primario autoinmune del adulto: sospecha de Síndrome de Hoffman por la hipertrofia muscular, las miopatías, los calambres y que se confirma tras la resolución del cuadro por la toma de Levotiroxina.

COMENTARIO FINAL

A los 3 meses, asintomático con niveles de TSH y CPK dentro de la normalidad. Con el inicio del tratamiento, que consiste en reemplazar la hormona tiroidea y llevar al paciente al estado eutiroideo, se logra una mejoría clínica notable, lo cual corrobora el diagnóstico. Es aconsejable estudiar la función tiroidea en todo paciente con miopatía adquirida, calambres o aumento de la masa muscular inexplicable, ya que el hipotiroidismo es una causa tratable desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoffmann syndrome: a case report. Senanayake HM, Dedigama AD, De Alwis RP, Thirumavalavan K. *Int Arch Med*. 2014 Jan 6;7(1):2. doi: 10.1186/1755-7682-7-2.
2. Influence of thyroid function in CPK serum levels. Lima JG, Nóbrega LH, Nóbrega ML, Santos Júnior AC, Fernandes Fda C, Mesquita DJ, Souza AB. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2012 Apr;56(3):190-4. Portuguese.
3. Myopathy presenting as a sole manifestation of hypothyroidism. Madhu SV, Jain R, Kant S, Prakash V, Kumar V. *J Assoc Physicians India*. 2010 Sep;58:569-70.

140/12. Adicción al tabaquismo y cáncer de pulmón

Autores:

(1) Guevara, C.; (2) Arce Corcuera, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real; (2) Médico de Familia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años con astenia, anorexia, pérdida de 10kg de peso, y disnea de moderados esfuerzos de 2 meses de evolución. Sin tos, ni dolor torácico ni costal. Hasta hace 2 meses, independiente para las actividades de la vida diaria, sin disnea ni edemas.

Antecedentes de interés: No acude a la consulta para controles médicos de rutina, fumador de 30 cigarrillos/día desde hace 60 años. Refiere no alcoholismo ni consumo de drogas ilegales. Sin tratamiento habitual

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Vigil, lúcido, coherente, ubicado en las 3 esferas, ruidos crepitantes y roncus bibasales, resto normal.

Analítica normal con marcadores tumorales: CEA 5.8, Ca 19.9 5.3, PSA 1.44, Alfafetoproteína <1.3. Fe 24, Ferritina 225.1. Proteinograma: normal

Rx Torax : En Lobulo superior derecho (LSD), en la zona paramediastínica anterior, masa de 65 x 50 mm con signos de agrandamiento hilar derecho.

TAC toracoabdominopélvico: En LSD, en la zona paramediastínica anterior, masa de 66 x 48 mm, con una amplia zona central necrótica con pequeñas adenopatías mediastínicas. En abdomen, engrosamiento nodular de suprarrenal izquierda de 19 x 15 mm.

PET-TAC: alta probabilidad de malignidad de masa pulmonar en LSD con adenopatías en mediastino bilateral, hilio dcho.

PAAF: carcinoma epidermoide de pulmón

JUICIO CLÍNICO

Carcinoma epidermoide de pulmón en lóbulo superior

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Atelectasia por tapones mucosos, traumatismo con contusión bronquial, cáncer broncopulmonar, tumores benignos, neumonía, evanescencia, absceso pulmonar

COMENTARIO FINAL

Más de la mitad de los pacientes con cáncer de pulmón mueren antes del primer año después del diagnóstico, fundamentalmente porque más de dos tercios de los individuos son diagnosticados en estados avanzados (1)

El carcinoma epidermoide es más frecuente en hombres que en mujeres y el más frecuentemente relacionado con el tabaco más que los otros tipos de cáncer de pulmón (2)

Fumadores y exfumadores de 55 a 74 años que han acumulado 30 o más paquetes año de tabaquismo debe hacerse screening anualmente para cancer de pulmón de dosis baja de tomografía computada, de acuerdo a las nuevas guías del American College of Chest Physicians.(Mayo 2013) (3)

No es recomendado el tac screening en menores o en mayores fumadores, o fumadores de menos de 30 paquetes año, quienes dejaron de fumar hace más de 15 años, o quienes presentan comorbilidades significativas que limitan su expectativa de vida. (3)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rubin, Philip; Jacqueline P. Williams (2003). *Oncología Clínica* (8va edición). Elsevier, España. pp. 823. ISBN 8481746274
- (2) Table A: Kenfield, (2008). "Comparison of aspects of smoking among the four histological types of lung cancer". *Tobacco Control* 17 3: 198–204.
- (3) Frank C. Detterbeck; Sandra Zelman Lewis; Rebecca Diekemper; Doreen Addrizzo-Harris; W. Michael Albers. *Diagnosis and Management of Lung Cancer*, 3rd ed: American

College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2013; 143(5_suppl):7S. doi:10.1378/chest.12-2377

140/15. Descompensación del INR? ¿Una consecuencia de dejar de fumar?

Autores:

(1) Muñoz Jiménez, B.; (2) Pozo Cascajosa, A.; (3) Martínez Prieto, V.; (4) Muñoz Puentes, M.; (2) Estrada López, M.; (2) León Sanchez, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico De Familia. Clínica Alto Guadiato. Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba; (2) Médico residente. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén; (3) Médico de Familia. Empresa Pública Bajo Guadalquivir; (4) Médico de Familia. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre, 66 años. HTA, no DM-2, SAOS leve, FAP, TVP recidivante (episodios en 2008 y 2010). En tratamiento con verapamilo, ramipril, pantoprazol y sintrom. Anticoagulado con sintrom desde junio de 2010 y fumador de 20-25 cigarrillos/día. Dieta normal sin cambios en los últimos años. Tratamiento farmacológico constante y sin modificaciones desde su ingreso en 2010. Realiza controles periódicos de INR desde el inicio del tratamiento con rango entre 2 y 3 sin alteraciones fuera del intervalo.

El paciente suspende el hábito tabáquico el día 20/10/2013. Posteriormente, el día 26/1/2014 presenta INR=4.5.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aceptable estado general, obesidad, bien hidratado y perfundido, eupneico. Faringe normal. ACR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen: globuloso, blando, depresible no doloroso, ruidos normales sin peritonismo. Extremidades: pulsos pedios conservados, no edemas, signos de insuficiencia venosa crónica, no signos de TVP. Analítica: hemograma normal. Bioquímica general con transaminasas y perfil tiroideo normales. Coagulación con INR=4.5.

Se cita al paciente para comunicarle resultado de INR y se le interroga acerca de cambios en la dieta, consumo agudo de alcohol, fiebre... negando cualquiera de estas circunstancias, y añadiendo sólo que ha suspendido el tabaco.

JUICIO CLÍNICO

Descompensación del INR a causa del déficit de vitamina K (suspensión del hábito tabáquico).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Descartadas modificaciones en el tratamiento farmacológico que pueden aumentar el efecto anticoagulante; se descartan modificaciones en la dieta, consumo agudo de alcohol, disfunción hepática (disminuye el aclaramiento de los anticoagulantes orales), estados hipermetabólicos (hipertiroidismo...) y ambientes cálidos. La alteración del INR por primera vez en 3 años se justifica por el déficit de vitamina K experimentado al no administrarla a través del tabaco. En consulta se le administra vitamina K y se suspende sintrom; a la mañana siguiente INR de 2.1.

COMENTARIO FINAL

Los agentes químicos del tabaco pueden interactuar con numerosos fármacos. Algunos de los componentes del tabaco como los hidrocarburos policíclicos, inducen la actividad del citocromo P450; concretamente las enzimas CYP1A2 y CYP2B6, implicadas en el metabolismo de fármacos. El acenocumarol ve aumentado su metabolismo por la inducción enzimática CYP1A2 y más concretamente por la CYP2C9, y se ha comprobado que la actividad de la CYP1A2 es mayor en personas que fuman más de 20 cigarrillos/día. Esta inducción enzimática se invierte significativamente al dejar de fumar, por lo que el INR debe ser monitorizado ante cambios en este hábito. Es aconsejable indagar acerca de cambios en este hábito ante cambios en el INR en personas anticoaguladas con sintrom.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Patient Case: Impact of Smoking Cessation on International Normalized Ratio. Jordan Shane D, Stone Mark D, Alexander Earnest, Haley Joseph, Mckee Albert. J Pharm Pract. 2014 Jan 6. Doi: 10.1177/0897190013516501.
- 2.- Smoking and drug interactions. Rouhos Annamari, Raaska Kari. Duodecim. 2012, volume 128, Issue :10, pages 1073-80.
- 3.- Drug-drug interactions between warfarin and psychotropics: updated review of the literature. Nadkarni Ashwini, Oldham Mark A, Howard Mark, Berenbaum Isidore. Pharmacotherapy. 2012 oct, volume 32, Issue:10, pages 932-42.

140/19. Consenso en el manejo de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias

Autores:

(1) Galobart Morilla, P.; (2) Perez Pinilla, J.; (1) de la Casa, M.; (3) Sampedro Abascal, C.; (3) Camacho Ibañez, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcosa. Mercedes Navarro. Sevilla; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Osuna. Sevilla; (3)

Médico de Familia. Centro de Salud Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años de edad que acude a urgencias del Centro de Salud por palpitaciones que comienzan en reposo durante la mañana y no ceden. Además refiere dolor centrotorácico opresivo irradiado a región cervical, se acompaña de sudoración y disnea. Refiere además sensación de disnea de 2 semanas de duración. AP: Dislipemia, fumador de varios cigarrillos al día, bebedor ocasional, hipotiroidismo primario Y alopecia areata. Tuvo un episodio de FA autolimitada 6 meses antes, valorado por cardiología. Intervenido de septoplastia. En tratamiento con omeprazol, eutirox, bisoprolol y AAS.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A su llegada al centro de salud el paciente presenta buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico y normocoloreado. Hemodinámicamente estable. Sat 99% TA 145/95 AC. Tonos arrítmicos con taquicardia sin soplos AR. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. MMII. Pulsos presentes, sin edemas. Se realiza EKG: FA 200 lpm. Se inicia perfusión de amiodarona que es retirada tras reinterrogar al paciente durante su transporte en ambulancia. Se deriva al hospital donde tras reexplorar y realizar nuevo EKG y tras confirmar la persistencia de la FARVR se decide ingresar en observación, tras sacar hemograma, coagulación, bioquímica con troponinas y CPK y radiografía de tórax. En observación además se realiza ecocardiografía y ergometría. El paciente revierte a ritmo sinusal durante su ingreso. Todas las pruebas realizadas dieron resultados dentro de la normalidad.

JUICIO CLÍNICO

Fibrilación auricular paroxística

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SCA Pericarditis/Miopericarditis Disección aórtica Neumopatías Embolia pulmonar Enfermedades esofágicas, del estómago o la vesícula Neurítico Dolor músculo-esquelético Psicógeno

COMENTARIO FINAL

La Fibrilación auricular se ha convertido en un problema grave de salud pública debido a su prevalencia creciente, a su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y los elevados costes sanitarios que conlleva. Esto explica la importancia de establecer estrategias de manejo adecuadas, eficaces y eficientes. El servicio de urgencias y entre ellos los Centros de

Salud son el primer escalón asistencial. Actualmente existe gran heterogeneidad en el manejo de la FA en nuestro medio, probablemente consecuencia del gran número de aspectos clínicos a considerar.

En este caso cabe destacar el uso de la amiodarona; habría que señalar que la amiodarona aunque es el antiarrítmico más eficaz, también es el que tiene mayor toxicidad orgánica por lo que se debe utilizar en general, cuando los fármacos indicados de primera elección hayan fracasado.

En este caso en concreto en el que no sabemos la duración de la fibrilación auricular, lo que se debería haber hecho en los servicios de urgencias es el control de la frecuencia con betabloqueantes o calcioantagonistas que son los fármacos de primera elección y en el caso de no conseguir control se debería haber asociado digoxina. El control del ritmo debería haberse retrasado anticoagulando previamente al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Manejo de los pacientes con fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios (Actualización 2012).

Documento de consenso. A. Martínez Martínez, I. Fernández Lozano... www.revespcardiol.org

Grupo de arritmias SEMES Andalucía.

140/21. Alteración de la marcha en un adolescente.

Autores:

(1) Pérez Castro, M.; (1) Muñoz González, L.; (2) Martín Cantero, M.; (3) Perea García, J.; (1) Camarena Herrera, Á.; (1) Reina González, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Málaga; (3) Médico Residente de Aparato Digestivo. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de once años, con antecedentes de Talaemia minor. Acude a Urgencias Pediátricas por presentar dolor en cadera izquierda de tipo mecánico, que se irradia a rodilla y tobillo, condicionando cojera a la marcha, de un mes de evolución, a raíz de sufrir una caída mientras realizaba una carrera. Ha acudido en reiteradas ocasiones a su pediatra siendo tratada con antiinflamatorios y reposo sin presentar mejoría, y a Urgencias, realizando pruebas radiológicas sin encontrar alteraciones, con diagnóstico al alta de posible Sinovitis postraumática. En su última visita presenta intenso dolor en cadera izquierda, limitando la marcha, con postura lateralizada hacia el lado afecto. Ante la clínica no remitente se contacta con Traumatología, que solicita

proyección axial en la que se aprecia deslizamiento de cabeza femoral en relación al cuello, no objetivada en proyección anteroposterior. Es diagnosticada de Epifisiolisis femoral proximal, e intervenida quirúrgicamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presenta dolor en región lateral de cadera izquierda, con limitación a la rotación interna y externa y lateralización de columna hacia el mismo lado. No signos inflamatorios. Radiografía de pelvis anteroposterior tras la caída: sin hallazgos radiológicos de interés. Radiografía de pelvis anteroposterior a la semana: normal. Radiografía de pelvis axial al mes: deslizamiento de cabeza femoral en relación al cuello.

JUICIO CLÍNICO

Epifisiolisis Femoral Proximal en paciente adolescente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En menores de tres años: traumatismo oculto, infecciones (artritis séptica osteomielitis, discitis), luxación o subluxación congénita de cadera, neoplasias. De cuatro a diez años: sinovitis transitoria de cadera, infecciones, enfermedad de Perthes, Coalición tarsiana, artritis idiopática juvenil, traumatismos y neoplasias. Adolescente (mayor de diez años): epifisiolisis de la cabeza femoral, Osgood-Schlatter, artritis recidivante, traumatismos.

COMENTARIO FINAL

La cojera es un motivo de consulta frecuente en pediatría, representa el 1.8% de las consultas de un servicio de urgencias. La etiología es muy variada y se requiere una evaluación sistematizada donde la anamnesis y la exploración física cuidadosa adquieren una importancia capital, junto a la radiología. Ante un dolor de cadera no remitente que conlleva cojera en edad adolescente, debemos descartar la epifisiolisis femoral proximal, y de ser así, debemos solicitar radiografía de pelvis con proyección axial, ya que la proyección anteroposterior normal no descarta patología pélvica. Debemos tener cuidado con la historia de traumatismos que pueden enmascarar otras causas.

BIBLIOGRAFÍA

Novais EN, Millis MB. *Slipped capital femoral epiphysis: prevalence, pathogenesis, and natural history. Clin Orthop Relat Res.* 2012 Dec;470(12):3432-8

Guerrero FJ, Ruiz DJA, Menéndez SJJ, Barrios TA. *Reumatología. Cojera. En: Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 5ª Edición. Hospital infantil "La Paz". Universidad autónoma de Madrid. 2009. p. 1365.*

140/22. Todo es posible en psiquiatría

Autores:

(1) Pérez Castro, M.; (2) Perea García, J.; (3) Parent Mathias, V.; (1) Muñoz González, L.; (1) Reina González, R.; (1) Camarena Herrera, Á.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de Aparato Digestivo. Hospital Carlos Haya. Málaga; (3) Médico de Familia. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer, de 32 años, sin antecedentes personales, ni familiares de interés. Acude a Urgencias por presentar dolor abdominal generalizado junto con vómitos postprandiales, de tres semanas de evolución. Ha consultado previamente a su médico de familia siendo diagnosticada de meteorismo, y a Urgencias de su hospital de referencia, con diagnóstico al alta de gastroenteritis aguda. En su última visita presenta vómitos incoercibles.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. A la exploración se aprecia abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación de mesogastrio, defensa voluntaria, y sin irritación peritoneal. Se solicita analítica de sangre: sin hallazgos. Radiografía de abdomen: se observa imagen sugestiva de cuerpo extraño metálico. TAC abdominal: cuerpo metálico intrainestinal en segunda porción duodenal. Endoscopia Digestiva Alta: pinzas de depilación enclavadas en segunda porción duodenal, que se extraen con asa de polipectomía. Dado que la paciente niega ingesta, se contacta con Psiquiatría siendo diagnosticada de depresión recurrente de un mes de evolución. Se deriva de forma preferente a Salud Mental.

JUICIO CLÍNICO

Ingesta de cuerpo extraño en paciente con probable patología mental, no diagnosticada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ante un cuadro de dolor abdominal que asocia vómitos debemos descartar: enfermedades del tubo digestivo, fármacos, toxinas, infecciones agudas y crónicas, trastornos endocrinos, enfermedades del SNC, obstrucción mecánica, alteraciones de la propulsión como la gastroparesia y la pseudoobstrucción intestinal, síndrome de intestino irritable, trastornos funcionales de la parte superior del intestino, ingesta de cuerpo extraño.

COMENTARIO FINAL

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta y supone un reto en numerosas ocasiones. Es importante una buena historia clínica, incluyendo anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, teniendo en cuenta una larga lista de diagnósticos diferenciales. Padecer un trastorno psiquiátrico supone un factor de riesgo de ingestión de cuerpo extraño, por

lo que ante la sospecha de dicho trastorno debemos pensar en ésta etiología.

BIBLIOGRAFÍA

Grimes IC, Spier BJ, Swize LR, Lindstrom MJ, Pfau PR. Predictors of recurrent ingestion of gastrointestinal foreign bodies. *Can J Gastroenterol.* 2013 Jan;27(1):e1-4

Misra S, Jain V, Ahmad F, Kumar R, Kishore N. Metallic sewing needle ingestion presenting as acute abdomen. *Niger J Clin Pract.* 2013 Oct-Dec;16(4):540-3

Mesina C, Vasile I, Valcea DI, Pasalega M, Calota F, Paranesescu H, et al. Problems of diagnosis and treatment caused by ingested foreign bodies. *Chirurgia (Bucur).* 2013 May-Jun;108(3):400-6

William L. Hasler, Chung Owyang. Estrategias diagnósticas en las enfermedades gastrointestinales. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Stephen L, Loscalzo HJ, Editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna. 18a edición. United States: McGraw-Hill; 2011. Capítulo 290. p. 1831*

140/23. Iatrogenia del uso de analgésicos opioides en atención primaria

Autores:

Villalba Baena, M.; Ruiz Medina, A.; Expósito Molinero, C.; Cantón Cuadrado, N.; del Río Caballero, A.; Ligerio Molina, R.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años, hipertensa y con osteoporosis, que acude al servicio de urgencias del hospital general provincial por pérdida del equilibrio y caída durante la noche anterior, con imposibilidad de incorporación. La paciente acude acompañada por su vecina pues menciona que carece de familiares cercanos. Refiere traumatismo lumbar con la caída, que le provoca intensa lumbalgia. No experimentó síncope. Su acompañante menciona que la paciente ha estado tomando diferentes tratamientos analgésicos desde hace unos 3 meses por lumbalgia mecánica recurrente. Desde hace 48 horas comenzó con Fentanilo 25mg transcutáneo. Se consulta la Historia de Salud única de la paciente y se observan múltiples asistencias en consulta no demorable de su centro de salud. En ellas le prescriben diferentes tipos de analgesia con aumento progresivo de los escalones de analgesia. En la última consulta prescriben Parche de Fentanilo y explican Suspensión de Tramadol.

También Consulta el mes previo en mismo servicio de urgencias dónde se descartó fractura vertebral mediante radiografía simple lumbar.

Tanto la paciente como su acompañante atribuyen la caída al desequilibrio ocasionado por la nueva medicación.

No alteraciones neurológicas, no temblores ni otros síntomas parkinsonianos o riesgo de caídas alto.

La acompañante hace hincapié en que la paciente lleva hasta el momento una vida activa con completa autonomía para todo tipo de actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente con regular estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, con sobrepeso, normotensa, normocoloreada, eupneica en reposo, afebril, que acude en carrito.

Presenta importante dificultad para la bipedestación y la deambulación. No tolera decúbito.

Auscultación Cardiorrespiratoria: rítmica, sin soplos ni ruidos, murmullo vesicular conservado.

Exploración Lumbar: Presenta un gran hematoma reciente en zona lumbo-sacra, sin deformidades, con dolor a la palpación de las apófisis espinosas de la zona, sin crepitación.

Miembros Inferiores: edemas sin fovea hasta rodillas en ambos miembros, con piel tensa y brillante, sin signos de trombosis venosa profunda, con pulsos distales palpables.

Se solicita Tac de Columna lumbo-sacra.

JUICIO CLÍNICO

Fractura por aplastamiento de segunda y tercera vértebras, lumbares sin afectación del pilar posterior ni invasión del canal medular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pérdida de la autonomía en el anciano
- Problema social
- Riesgo de caídas por deterioro en el equilibrio
- Lumbociatalgia mecánica
- Espondilosis lumbar
- Fractura vertebral

COMENTARIO FINAL

Importancia de abordaje del paciente desde todas las esferas.

Especial importancia de prestar atención al posible riesgo de sobremedicación en ancianos cuyas circunstancias socio-familiares no son las deseables.

Prevención de la iatrogenia en ancianos frágiles.

BIBLIOGRAFÍA

Escala Analgésica de la OMS

140/24. Lo que esconde una clínica inespecífica que no mejora.

Autores:

(1) Alonso Ortega, N.; (2) Sánchez Ortega, M.; (3) Carreño Medina, D.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada; (2) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años con antecedentes personales de amigdalitis de repetición y pérdida de peso en los últimos meses, sin otra patología. No alergias medicamentosas. Orientación homosexual. Acude a consulta el 1 de agosto de 2013 con un cuadro de malestar general, fiebre de 38° y odinofagia desde hace varios días. En anamnesis no se destaca ningún dato epidemiológico a destacar. Tras la exploración se decide tratamiento sintomático y volver si no mejora el cuadro para reevaluar. Durante el fin de semana empeora asociando dolor articular, cefalea, vómitos y diarrea sin productos patológicos, y decide acudir a urgencias que tras ser valorado se pauta continuar con tratamiento sintomático. Dada la no mejoría decide acudir al día siguiente a urgencias, donde se solicita analítica con hemocultivos, urocultivo, serologías y se cita en la Unidad de Infecciosas para recoger resultados. Viene a consulta para revisión donde vemos resultados de serología, siendo positiva para VIH. Actualmente es seguido en consulta de Infecciosas con analíticas de control con carga viral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el primer día el cuadro orientaba hacia una viriasis de foco faringoamigdalar sin adenopatías ni exudado. En su primera visita a urgencias el cuadro fue orientado hacia una gastroenteritis inespecífica, sin afectación del estado general. Al día siguiente fue catalogado de fiebre sin foco, menor de una semana de evolución, tras una exploración exhaustiva. En todo momento estable hemodinámicamente. En analítica realizada el día 5/8/2013 destaca leucopenia de 4.500 (600 linfocitos) y plaquetopenia 119.000, positividad para VIH 1 y 2 (IgG+IgM)+Ag 24, gp 160 y p 31, y para sífilis IgG+IgM y FTA-ABS (siendo RPR negativo). Última analítica realizada en centro de salud en febrero de 2012 con serologías completas negativas y ninguna alteración del hemograma.

JUICIO CLÍNICO

Infección por VIH.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuadros virales como infección por VEB, CMV, VH-6, VHS 1 y 2, Varicela-zóster, VHB, VHC, VHA. Cuadros bacterianos como infección por Treponema pallidum, E. coli, Streptococcus. Neoplasias como linfoma/leucemia. Patología tiroidea.

COMENTARIO FINAL

Pensar en amplia variedad de patologías ante un cuadro febril que no mejora. VIH como patología invisible en la consulta de Atención Primaria. Destacar la confidencialidad en el manejo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diagnosis and Initial Management of Acute HIV Infection.* CAROLYN CHU and PETER A. SELWYN. *Am Fam Physician.* 2010 May 15;81(10):1239-1244.
2. *Acute HIV-1 infection.* MYRON S. COHEN, GEORGE M. SHAW ET AL. *N Engl J Med* 2011; 364: 1943-1954.
3. *¿Cómo se atiende la enfermedad por VIH en un departamento sanitario?* RIVERA CASARES F, GONZÁLEZ CAMINERO S ET AL. *Atención Primaria* 2014; Vol 46: 170-172.
4. *Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis.* PAUL E SAX. *Uptodate.* 2013, Oct.
5. *Primary care of HIV-infected adults.* TODD M. POLLACK. *Uptodate.* 2014, April.
6. *The stages and natural history of HIV infection.* JOHN G. BARLETT. *Uptodate.* 2012, June.

140/25. Ser padres a los setenta de un nieto conflictivo: abordaje biopsicosocial.

Autores:

(1) Alonso Ortega, N.; (2) Sánchez Ortega, M.; (3) Carreño Medina, D.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada; (2) Médico Residente de Familia. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de nacionalidad española, casada, de 71 años, padece diabetes mellitus de difícil control, hipertensión arterial y una poliartropatía generalizada que dificulta de forma progresiva su deambulación. Acude a consulta por presentar una úlcera venosa complicada en la pierna precisando curas locales reiteradas por el personal de enfermería. En uno de esos días, la hija nos comenta que sus padres se encuentran cada día más desganados, tristes y con dificultad para realizar las tareas de su vida diaria. El principal motivo de la sintomatología era la situación familiar que ellos viven a diario. Constituye una familia nuclear ampliada con

parientes (donde el nieto hace el papel de hijo, y ellos de sus padres). Durante la estancia de la hija, que normalmente reside en Barcelona, se constituye una familia extensa con tres generaciones. El matrimonio se encontraba en fase final de contracción, y con la llegada del nieto han pasado a estar en fase de contracción. Su marido, de 79 años, padece insuficiencia renal moderada, hipertensión arterial, demencia senil y depresión reciente. El nieto, de 24 años, es consumidor de marihuana, motivo por el que ha acudido al Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) en varias ocasiones. No deja de pedir dinero a sus abuelos y los manipula, sintiendo incluso miedo de agresión física. Causa cansancio al matrimonio, desgana y dificultades para mantener la armonía en el domicilio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se objetiva la tristeza del matrimonio, la impotencia que sienten, y la afectación de su día a día. Se cita en consulta programada obteniendo los datos necesarios para realizar su genograma y responder los siguientes cuestionarios: Escala de Reajuste Social de Colmes y Rahe, Red Social, MOS (puntuación de 51), DUKE-UNC (22 puntos/55), Apgar familiar y ZARIT. Como resultado de éstos se destaca un déficit de apoyo afectivo, emocional, instrumental y ausencia de interaccional. Se realizaron varias citas programadas con el nieto y conseguimos que volviera a su cita en CPD. A los tres miembros de la familia se les citó en varias ocasiones con el Psicólogo Interno Residente del que disponemos en el centro de salud.

JUICIO CLÍNICO

Trastorno ansioso-depresivo causado por acontecimiento vital estresante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome anémico, hipotiroidismo, alteraciones electrolíticas, hipotensión, síndrome constitucional.

COMENTARIO FINAL

Destacar la sobrecarga de nuestros mayores. Afectación familiar de la situación económica actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hecho.* Iñaki Martín Lesende. *Atención Primaria*. 2013; 45(4):181-183. 2. *Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades.* J.L. Turabiána y B. Pérez-Franco. *Semergen*. 2014; 40(2):65-72. 3. *Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores.* Iñaki Martín Lesende. *Atención Primaria*. 2014; 46(2):55-57. 4. *Hacia una mejor comprensión de los enfermos.* J.A. Fernández-López. *Semergen*. 2013; 39(8):403-405. 5. *Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria.* Julia Bóveda Fontána, Luis Ángel Pérula de Torres,

Manuel Campiñez Navarro et al. *Atención Primaria*. 2013; 45(9):486-495.

140/28. ¡Me falta el aire!

Autores:

(1) López Luque, E.; (1) Redondo Salvador, M.; (2) Boxó Cifuentes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Varón de 55 años que acude a su médico de familia por presentar disnea a moderados esfuerzos junto a ortopnea. Niega dolor torácico, tos, expectoración ni aparición de esputo hemoptoico, así como edematización ni inflamación de miembros inferiores.

Antecedentes personales: Niega hábitos tóxicos. No HTA, diabetes mellitus ni dislipemias.

Como únicos antecedentes, enfermedad de Von Willebrand, hidrocefalia triventricular por estenosis de Silvio, y trastorno ansioso depresivo. Apendicectomizado y circuncidado.

Enfermero de profesión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Examen Físico: Buen estado general, eupneico en reposo. TA 130/80, SatO₂ basal del 97%.

Auscultación cardiorespiratoria: Tonos rítmicos y netos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin presencia de ruidos patológicos añadidos.

Abdomen blando, depresible y no doloroso sin palparse masas ni megalias.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:

Análítica sanguínea: Hb 12,5, Hto 37,2%, VCM 77,8, Plaquetas 198000. Glu 86, Cr 0,8, 14, LDL 72, HDL 37, Hierro 22, Ferritina 6

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto. Criterios de crecimiento de ventrículo izquierdo y presencia de ondas T negativas en cara lateral.

Radiografía de tórax: Cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas (flecha roja) con elongación aórtica significativa y con signos de redistribución vascular. Ensanchamiento del mediastino superior sugestiva de elongación de troncos supraaórticos. En el centro de salud se realizó ecografía de en la que se apreciaba colapsabilidad de vena cava inferior y permeabilidad conservada de ambas venas femorales.

JUICIO CLÍNICO

insuficiencia aórtica secundaria a aneurisma de aorta ascendente

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La disnea es la consecuencia de alteraciones de la función normal en el aparato cardiopulmonar. Cabe considerar las alteraciones del aparato respiratorio en el contexto de un elemento “controlador” (estimulación de la respiración); la bomba ventilatoria (huesos y músculos integrantes de la pared del tórax, las vías respiratorias y la pleura); y el intercambiador de gases (alvéolos, vasos pulmonares y parénquima pulmonar). Las alteraciones del aparato cardiovascular pueden agruparse a la vez en tres categorías: trastornos que se acompañan de niveles alto (anemia, cortocircuitos intracardiacos de izquierda a derecha, obesidad), normal (disfunción diastólica por hipertensión, estenosis aórtica o miocardiopatía hipertrófica) y bajo del gasto cardiaco (miocardiopatías isquémicas y no isquémicas).

COMENTARIO FINAL

Este caso denota la gran dificultad para realizar el diagnóstico diferencial de las disneas subagudas en pacientes de mediana edad.

En este caso, tras realizar EKG, se apreciaban signos de HVI, que al no padecer el paciente de HTA y no tener antecedentes familiares de miocardiopatía nos ponía más en la senda de una posible valvulopatía aórtica.

Los estudios subsiguientes pusieron de manifiesto una destrucción de la válvula secundaria a aneurisma de aorta.

BIBLIOGRAFÍA

Schwartzstein RM. Disnea y edema pulmonar. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et al, editores. *Harrison principios de Medicina Interna*. Vol 1. 17a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 2008. p. 221-225

140/29. Una visión del pasado, una visión del futuro

Autores:

(1) López Luque, E.; (1) Redondo Salvador, M.; (2) Boxó Cifuentes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Hombre de 49 años, que acude a su médico de familia por presentar episodios que describe como una presión a ráfagas que se extiende desde base cervical hasta órbita derecha. Se acompaña de recuerdos involuntarios con emociones asociadas que vive como presentes. Lo experimenta desde hace unos cuatro años con una frecuencia de dos a tres episodios

al mes. No se altera la conciencia ni la percepción. Horrigueo del MSD. Dura escasos. No describe otra sintomatología respiratoria, cardiológica, digestiva o general. Antecedentes personales: NAMC, Hernia discal C4-C5 y C6-C7, grupo de riesgo alto cáncer colorrectal por antecedentes familiares. Sin más AP de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Exploración neurológica normal. Resto sin interés

Pruebas complementarias: EEG: Normal. RMN: normal. AS normal.

JUICIO CLÍNICO

Crisis pseudoepilépticas psicógenas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Cerebrovascular: Ataques isquémicos transitorios, drop-attacks.

- Migrañas con aura.

-Síncopes: Neurocardiogénico, vasovagal, ortostático, cardíaco.

-Amnesia global transitoria.

-Trastornos del sueño: narcolepsia, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas e hipnoscópicas, terrores nocturnos, sonambulismo.

-Psicógenas: Hiperventilación, espasmos del sollozo, ataques de pánico, estados disociativos, trastorno conversivo, pseudocrisis.

-Encefalopatías tóxicas y metabólicas con fluctuación del nivel de conciencia: Hepática, renal, tóxicos, hipoglucemia.

-Sensoriales: Vértigo paroxístico, alucinaciones visuales asociadas a defectos de visión.

-Fenómenos endocrinos paroxísticos: Feocromocitoma, síndrome carcinoide.

-Epilepsia medial (o mesial) del lóbulo temporal: Las auras (crisis parcial simple que antecede a las crisis parciales complejas son frecuentes: gustativas, viscerales, afectivas o psíquicas.

-Status no convulsivos.

COMENTARIO FINAL

Las crisis no epilépticas de origen psicológico (CNEP) o crisis pseudoepilépticas, son trastornos paroxísticos, en los que no hay evidencia de origen orgánico o somático, pero que pueden imitar cualquier tipo de crisis epiléptica. Su pronóstico depende de un correcto diagnóstico y enfoque terapéutico.

La causas más frecuentes de CNEP se engloban en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV) dentro de los trastornos caracterizados por producir síntomas físicos de origen psicológico, como son los Trastornos Somatomorfos (principalmente los trastornos conversivos), los Trastornos Facticios y Trastornos por Simulación malintencionada. En éstos dos últimas

entidades los síntomas se producen de manera consciente y deliberada.

Es importante el reconocimiento del médico para identificar episodios como las epilepsias reflejas; siendo necesario mantener un elevado índice de sospecha cuando un paciente relata episodios paroxísticos estereotipados o desencadenados con ciertos estímulos

BIBLIOGRAFÍA

1. Jerome Engel, Timothy A. Pedley. *EPILEPSY: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia. 2008.
2. Carreño M. Recognition of nonepileptic events. *Semin Neurol*. 2008;(1)28: 297-304.
3. Freeman R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. *N Engl J Med*. 2008; (5)358:615-24.
4. Panayiotopoulos CP. *Epileptic Syndromes and their treatment*. Springer-Verlag London. 2007.

140/31. Hipoglucemias tras administración de insulina rápida. ¿Error de dosis ó respuesta por idiosincrasia del paciente?

Autores:

(1) López Luque, E.; (1) Redondo Salvador, M.; (2) Boxó Cifuentes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Mujer de 46 años con diagnóstico de diabetes hace cuatro años. Tras su diagnóstico se inicia tratamiento con metformina con pauta creciente con escaso control de Hemoglobina glicosilada. Se añade sulfonilureas de liberación prolongada (Unidiamicron) y aparece hipoglucemias continuando un control de glicosilada superior a 8. Se decide iniciar tratamiento con insulina NPL 10u mañana/12 u noche con administración de insulina rápida en desayuno, almuerzo y cena de 3 a 5 unidades según cifras previas a la ingesta.

La paciente acude por presentar cifras de hipoglucemia, a las 1-2 h post ingesta, y tras administrarse insulina rápida. Se le indica disminuir el número de unidades de insulina NPL y mantener las dosis de insulina rápida según cifras de glucemia.

Antecedentes personales: NAMC, litiasis vesicular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Física: Talla: 154cm, peso: 48kg, IMC: 20,25, TA: 120/75, Diámetro abdominal: 78 cm

JUICIO CLÍNICO

Diagnóstico: Sensibilidad a la insulina

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial:

- Error de dosis

- Respuesta idiosincrasia del paciente

COMENTARIO FINAL

La respuesta individualizada a la insulina es una variable que en ocasiones no tenemos en cuenta, el presente caso debe servir para que tengamos siempre presente el factor de sensibilización a la insulina que va a determinar de forma individual la respuesta idiosincrásica de cada paciente y que puede alterar de forma importante la respuesta tras administración de insulina rápida y las posibles consecuencias clínicas de la misma como es la hipoglucemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeckel CW, Weiss R, Dziura J. Validation of insulin sensitivity indices from oral glucose tolerance test parameters in obese children and adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 89 (11): 1096-1101.
2. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes. Report of the Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2005; 28 (1): 37-42.
3. Rewers M, Haffner S, Selby JV. Insulin sensitivity and coronary artery disease: the insulin resistance atherosclerosis study. *Diabetes Care* 2012; 27 (3): 781-787.

140/32. Sólo era dolor

Autores:

(1) López Luque, E.; (1) Redondo Salvador, M.; (2) Boxó Cifuentes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca, Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Anamnesis: Mujer de 34 años acude por dolor en hemitórax izquierdo de tres semanas de evolución que no cede con analgesia y se intensifica en los últimos días no permitiendo el descanso nocturno. Se incrementa con los movimientos y la respiración profunda. Niega realización de esfuerzos ni traumatismos. No disnea, tos ni expectoración.

Antecedentes personales: Sin antecedentes personales de interés. Niega hábitos tóxicos. Trabaja como cajera en cadena de alimentación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: TA 113/79, SatO2 98%. Buen estado general. Eupneica en reposo. Dolor a la adducción de miembro superior izquierdo y a la palpación profunda del mismo. Auscultación cardiorespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea sin alteraciones. ECG: Ritmo sinusal sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

Radiografía de tórax: se aprecia masa en mediastino anterior. Campos pulmonares bien ventilados sin apreciarse nódulos ni áreas de condensación

JUICIO CLÍNICO

Masa en mediastino anterior. Tras biopsia se confirma Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El mediastino se divide en compartimento anterior, medio y posterior. Las lesiones más usuales en el mediastino anterior son los timomas, los teratomas, masas tiroideas y linfoma.

Timoma: Tumores epiteliales del timo. De escasa malignidad, con más tendencia a la recidiva local que a la metástasis. De aparición entre 40 y 60 años de edad.

Teratoma: Suelen ser benignos existiendo más riesgo en varones de que sean malignos. Radiográficamente semejantes a los timomas. Más frecuentes en niños y adultos jóvenes.

Masa tiroidea: El cáncer de tiroides es la neoplasia maligna más común de las glándulas endocrinas. Los tumores diferenciados, papilar y folicular, presentan buen pronóstico y constituyen el 90% de las neoplasias tiroideas. Los poco diferenciados, medular y anaplásico, tienen una evolución rápida, frecuentemente con metástasis al diagnóstico y peor pronóstico.

Linfoma: Tanto el linfoma Hodgkin como el no Hodgkin pueden ser causa de masa mediastínica. Ambos afectan a más de un compartimento, pero no es infrecuente para el linfoma de Hodgkin presentarse por adenopatías mediastínicas sólo anteriores. El linfoma no Hodgkin es menos probable que cause linfadenopatía confinada en un compartimento mediastínico.

COMENTARIO FINAL

En este caso, es especialmente interesante la forma de presentación de la enfermedad. Para su diagnóstico fue fundamental la realización de la radiografía de tórax. ¿Cuándo es necesario recurrir a las pruebas de imagen? Dado que los síntomas de origen musculoesquelético en población sana son sumamente frecuentes hemos de ser racionales a la hora de solicitar pruebas complementarias. La persistencia y progresión del dolor, a pesar de tratamiento, durante más de dos semanas hizo aconsejable la solicitud de la prueba diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Sánchez MM, Cinesi Gómez C. Masas mediastínicas. *SEMERGEN* 2003; 29 (11): 573-576
2. Instituto nacional del cáncer. Timoma y carcinoma tímico: Tratamiento (PDQ®). 2004. En: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/timoma/HealthProfessional/page1/AllPages/Print>

3. Cáncer de tiroides. *Fisterra.com*. 2013. En: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-tiroides/>

140/33. Doctor, me ha salido una roncha

Autores:

(1) López Luque, E.; (1) Redondo Salvador, M.; (2) Boxó Cifuentes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Hombre de 78 años, que acude a su médico de familia por presentar lesiones de aparición repentina en distintas localizaciones en forma de nodulaciones eritematosas, que conforme van evolucionando presenta ulceración central.

No describe otra sintomatología.

Antecedentes personales. NAMC, HTA, Neoplasia maligna vejiga diagnosticada en el año 2010 con resección vesical, obstrucción intestinal de rectosigma secundaria a recidiva pélvica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Palidez mucocutánea, consciente y orientado.

Exploración neurológica: normal.

Auscultación cardiorespiratoria con tonos rítmicos, sin soplos.

Abdomen blando y no doloroso a la palpación.

EEII: presenta lesión en MII (visible en imagen).

Pruebas complementarias: Biopsia cutánea: En el estudio histológico se observa dermis y subcutáneo infiltrados por una proliferación de células grandes pleomórficas, con abundante acompañamiento PMN y algunos histiocitos, que inmunoexpresan Vimentina, CD30 y algunas de ellas EMA, sin mostrar inmunoexpresión de CHs, HMB45, HCG.

JUICIO CLÍNICO

Proceso neoplásico maligno sugestivo de linfoma anaplásico de células grandes de origen metastásico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Dermatosis neutrofilica febril aguda (Sd. de Sweet): placas nodulares de 1-3 cm de diámetro, eritematosas y dolorosas. Se asocia en un 10%-20% de los casos con tumores, siendo factor de riesgo para ello el sexo masculino y la edad avanzada.

-Pioderma gangrenoso: nódulo eritemato-violáceo, que se abre dando lugar a una úlcera de contorno irregular, violáceo, con exudado purulento estéril en una base

necrótica. En un 7% de los casos la lesión cutánea se asocia a tumores.

-Xantugranuloma necrobiótico: pápulas induradas rojo-amarillentas, nódulos y placas que tienden a ulcerarse.

-Reticulohistiocitosis multicéntrica (dermatitis lipoide): lesiones solitarias o múltiples, con una condición sistémica. Característicamente, se desarrollan pápulas y nódulos de color marrón rojizo-amarillento.

-Dermatomiositis: Síndrome paraneoplásico potencial, relacionado con cáncer del 15 al 34 % de los casos. Se presenta como una erupción descamativa eritematosa o violácea.

-Amiloidosis sistémica primaria: placas de aspecto céreo, petequias, púrpuras y equimosis, macroglosia.

COMENTARIO FINAL

El médico de Atención Primaria, siendo la puerta de entrada del sistema sanitario, es el responsable de conocer este tipo de patología y su manejo.

Su importancia radica en que nos pueden llevar al diagnóstico precoz de un tumor o a la identificación precoz de recidivas locales o metastásicas del mismo. Se sabe que entre un 7%-15% de los tumores desarrollan un síndrome paraneoplásico y que un 1% de los tumores presentan como primera manifestación una lesión cutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zapata KZ, Ramirez AF, Rev. Asoc. Col. Dermatolog 2012;17(2):109,120.
2. Yuste Chaves M, Unamuno Pérez P, Alertas cutáneas en malignidades sistémicas 2013;104(7):543-553.
3. López Castro J, García Mata J, Fistera. Sd. paraneoplásicos dermatológicos 2011; 74(5): 25-41.

140/36. No toda emorragia es mioma...

Autores:

(1) Ávila Rivera, J.; (1) Castro Moreno, J.; (2) Torres Cornello, M.; (1) de Tena Baquerizo, L.; (3) Villa Caro, R.; (2) Cuesta Plata, A.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dr Ángel villamos. La Carlota. Córdoba; (2) Enfermera. Centro de Salud La Carlota. Córdoba; (3) Médico de Familia. Dr Ángel Villamos. La Carlota. Córdoba.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Septiembre 2012: Paciente mujer de 50 años; acude a consulta por metrorragia y fiebre; tratándose; desaparece fiebre pero vuelve; es derivada a urgencias ginecológicas por clínica de metrorragia y fiebre; se ingresa a estudio y es intervenida mediante HT+anexectomía derecha de leiomioma uterino que infiltra cérvix y rompe para-colpos posterior.

Se le realiza RT, y queda en espera de cirugía de cuello de útero.

Septiembre 2013: Sin signos de recidiva en TAC

6-12-2013: La paciente acude a consulta por lumbalgia y febrícula vespertina bien tolerada de una semana de evolución junto a astenia; se deriva a urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, COC, BHP, eupneica, febrícula.

ACR: normal

Abdomen: molestias a palpación profunda; resto normal.

Hemograma: HB 8,6; VCM 79; resto normal

Orina normal

Bioquímica: GGT 143; FA 228; LDH 149; Prot totales 5,9; albúmina 3,2.

TC: Masas en FID y FII con adenopatías mesentéricas no presentes en previa

TC tórax: sin cambios respecto a previos

Gammagrafía ósea: sin signos metastásicos

JUICIO CLÍNICO

Recidiva abdominal de leiomioma uterino irreseccable; libre de enfermedad 1 año.

Anemia ferropénica

Sdme febril posiblemente tumoral

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patología nefrourológica

Patología ginecológica

Fiebre sin foco

COMENTARIO FINAL

El caso clínico continua abierto; la paciente sigue ingresada en estos momentos.

Diagnósticos de: mioma, nefrolitiasis, pielonefritis...

En medicina no todo es lo que parece, y no siempre lo primero descarta lo demás.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002325-pdf.pdf
- 2) American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014.
- 3) Vazquez Rodriguez M, Vidal Hernandez R; Pardo Pumar MI; Campos Arca S; Alonso Baquero MJ; Carbajales Borrajo A; Leiomioma uterino: tumoración abdominal de rápido crecimiento; Clin Invest Ginecol Obstet. 2009;36(06):193

140/39. Bicicleta y los domingos... No si a mí no me duele...

Autores:

(1) Ávila Rivera, J.; (2) Santos de la Rosa, A.; (3) González Gala, A.; (4) Castro Moreno, J.; (5) Gómez Pacheco, M.; (4) Flores Acosta, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dr Ángel villamos. La Carlota. Córdoba; (2) Enfermero UGC. LA Carlota; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria UGC Montoro. Córdoba; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Carlota. Córdoba; (5) Médico de Familia. UGC La Carlota. Córdoba.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

PACIENTE VARON DE 40 AÑOS

NAMC

AP: Dislipemia y asma

IQ: Amigdalectomía

TTO HABITUAL: PLUSVENT Y SIMVASTATINA

EA: Paciente derivado de Hospital Comarcal, tras ponerle férula por fractura de radio en brazo derecho, le realizan Rx lateral de mandíbula bilateral (no poseen ortopantomografía) y ante la duda diagnóstica de posible fractura se deriva a hospital de referencia para valoración por imagen y especialista si necesitase

Reevalúo al paciente; que entra en silla de ruedas con un acompañante, refiere no tener dolor; se ha caído con la bicicleta; llevaba el casco. Refiere no poder masticar bien y no abre la boca pero no sabe porqué.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

COC

BHP

Normocoloreado

Maloclusión dental con chasquido a la palpación del ángulo mandibular derecho.

Sin dolor en ninguna localización craneal.

Se realiza ortopantomografía y Rx simple de cráneo.

Analítica: sin hallazgos

Se ingresa a cargo de cirugía maxilofacial, para realización de TC y cirugía

JUICIO CLÍNICO

Fractura subcapital derecha de mandíbula con probable sección del nervio infraorbitario (Rama)

Tras TC (día siguiente): Fractura conminuta de rama mandibular derecha, con luxación y desplazamiento anterior del cóndilo.

La fractura se sitúa prácticamente en el origen del canal dentario

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fracturas del macizo facial

Fracturas nasales

Fracturas dentarias

Ocupación partes blandas craneales

COMENTARIO FINAL

El paciente fue intervenido quirúrgicamente a la mañana siguiente realizándole un cerclaje mandibular.

No todo lo que no duele no es urgencia en traumatismos.

Hay que pensar siempre mas allá de lo normal cuando la clínica no encaja.

BIBLIOGRAFÍA

1) maxilofacialsanvicente.obolog.es/

fracturas-mandibulares-207349

2) lrbio.es/Facial/

3) Iglesias Candal E. Fracturas de cóndilo mandibular. Estudio morfofuncional de las secuelas según el tipo de tratamiento. [Tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Santiago; 2013

140/40. Diagnosticos diferenciales de lumbalgia, posterior sepsis.

Autores:

(1) Lavalle Guevara, C.; (2) Arce Corcuera, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 2. Ciudad Real. España.; (2) Medico de Familia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años, sin uso de medicación ni antecedentes personales patológicos, diagnóstico médico de ayer lumbalgia no irradiada, febrícula, examen físico, signos vitales y analítica normal, orina normal, tratada con antihipertensivos orales. Hoy, vuelve al servicio, donde refiere dolor lumbar irradiado a genitales, con mal estado general.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Mal Estado General. Tensión arterial: 105-60 mmHg, temperatura: 36°C, Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto. Sat O2: 92%. Frecuencia respiratoria: 20 latidos por minuto, Glasgow: 13, confusa, pálida, sudoración fría. Resto de examen físico normal a excepción de puño percusión positiva izquierda. Analítica: leucocitosis 19000 segmentados 95%, hemoglobina 11 hematocrito 32% plaquetopenia 78000, creatininemia 2, acidosis metabólica: pH 7,21, pO2: 75, bicarbonato: 19,2, pCO2: 38, exceso de base -8,6, ácido láctico 48, procalcitonina y PCR elevadas. Orina-sedimento: cuerpos cetónicos indicios, nitritos +++, leucocitos +++, hematuria, piuria y bacteriuria intensa. Ecografía abdomino-pélvica: riñón izquierdo, hiperecogenicidad con sombra acústica de 6 mm de diámetro, posible litiasis no obstructiva. Dilatación de pelvis izquierda 10 mm, solicita TAC urgente. TAC tórax-abdomino-pélvico: leve derrame pleural bilateral. Litiasis en cáliz inferior no obstructiva de 6 mm en riñón izquierdo, dilatación de la vía excretora izquierda, en la unión uretrovesical hiperecogenicidad de 7 mm de diámetro. Líquido libre en recesos abdomino-pélvicos. Resto normal. Urocultivo y Hemocultivo: Echericha Coli, sensibles a carbapenem.

JUICIO CLÍNICO

Sepsis severa

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbalgia: musculoesquelético: contractura muscular, osteoartritis, artritis reumatoidea, spondilolistesis, compresión vertebral, espondiloartritis inflamatoria, (espondilitis anquilosante, reactiva, psoriásica). Radiculopatía y mielopática: degenerativa-traumática (hernia discal, espondilosis, fractura), cáncer (pulmón, mama, próstata, mieloma múltiple, linfoma) infecciosa (osteomielitis, absceso epidural, herpes zóster, enfermedad de Lyme, citomegalovirus, VIH). Dolor referido: gastrointestinal (úlcera péptica, colelitiasis, pancreatitis, cáncer de páncreas) genitourinario (pielonefritis, nefrolitiasis, cáncer uterino u ovárico, salpingitis) vascular (disección aórtica, aneurisma aórtico)(1)

COMENTARIO FINAL

Entre el 50 y el 60% de las mujeres adultas tendrá al menos un episodio de ITU en su vida(2). Dada la alta frecuencia de lumbalgia (80 % alguna vez en la vida) y la alta frecuencia de fiebre leve, con analítica y examen físico normal, la evolución de la paciente fue hacia una sepsis de origen urológico, esto plantea un desafío para la atención primaria. Dada la clínica de la paciente el juicio clínico se orienta a sepsis severa (3). El direct goal therapy en las primeras 6 horas, presenta beneficios en corto y largo plazo, con una disminución del 42% de mortalidad(4)

BIBLIOGRAFÍA

(1) Marc S. Sabatine. *Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine. Fourth Edition.* Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkin; 2011. (2) Foxman B, Barlow R, D'Arcy H. *Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs.* *Ann Epidemiol.* 2000 Nov;10(8):509-15. (3) Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knauer WA. *Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis.* *The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine.* *Chest.* 1992 Jun;101(6):1644-55. (4) Emanuel River. *Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock.* *N Engl J Med* 2001; 345:1368-1377

140/41. Retención aguda de orina como manifestación de miomas uterinos

Autores:

(1) Benítez Lafuente, A.; (2) Palomo Cobos, C.; (3) Garrido Pazos, M.; (4) Ramblado Minero, M.; (5) Prieto Alfonso, R.; (6) Macías Delgado, T.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Valverde del camino. Huelva; (2) Médico de Familia. Residente. Centro

de Salud de Valverde del Camino. Huelva; (3) Hospital de Riotinto; (4) Médico de Familia. UPRD Distrito Huelva Costas. Huelva; (5) Médico de Familia. UGC. Cortegana. Huelva; (6) Médico de Familia. EGC. Cortegana. Huelva.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 24 años que en los tres últimos meses ha presentado tres cuadros de retención urinaria, que en dos ocasiones ha precisado de sondaje uretral. Los episodios aparecen entre dos y tres días antes del comienzo del ciclo menstrual. No reacciones adversas medicamentosas conocidas. No otras patologías previas. A. obstétricos: nuligesta. Fórmula menstrual 30/4-5 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Objetiva: Buen estado general, COC, bien hidratada y perfundida. Afebril. Auscultación cardio-pulmonar: corazón rítmico a 70 spm sin soplos; buen murmullo vesicular sin ruidos sobre añadidos.

Carótidas normales. No bocio. Abdomen: blando, sin masa ni megalias. Con dolor a la palpación a nivel a nivel de hipogastrio donde se palpa masa de consistencia blanda.

Analítica con hemograma y VSG normal. Función renal normal. EKG en ritmo sinusal sin alteraciones agudas en la despolarización ni repolarización. Radiografía de tórax en AP y L: sin hallazgos significativos.

Se deriva a la paciente a urgencias del hospital, donde se realiza ecografía abdominal que pone de manifiesto útero con mioma intramural 100 x 90 x 90 mm, que impide ver anejos. Se le realiza intervención quirúrgica con histerectomía no radical

JUICIO CLÍNICO

Útero miomatoso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La UO (Uropatía Obstruiva) es probablemente la situación clínica más común dentro de la patología urinaria; Se acepta una incidencia mayor en el sexo femenino entre los veinte y los sesenta años, es un proceso infradiagnosticado que se suele presentar con clínica diferente a la del varón. La obstrucción urinaria aguda puede ser obstruiva o no obstruiva. El diagnóstico se llevará a cabo tomando como base la historia clínica y la exploración física, con la ayuda de pruebas analíticas en sangre y orina, y pruebas de imagen, entre las cuales tiene gran protagonismo la ecografía. La etiología de la obstrucción anatómica del tracto urinario en la mujer puede ser por múltiple desde procesos inflamatorios, prolapso de órganos pélvicos (POP), neoplasias, ginecológicas (obstrucción extrínseca), Obstrucción iatrogénica, miscelánea (litiasis renales, vaginitis).

COMENTARIO FINAL

La patología gineco-obstétrica es una causa frecuente de patología urinaria en mujeres en edad fértil; es el tumor pélvico más común en las mujeres. Los miomas uterinos son tumores benignos de músculo liso del miometrio. Según su localización se pueden clasificar en submucosos, intramurales, subserosos y cervicales. En muchos casos son asintomáticos, pero en ocasiones pueden originar sangrados menstruales abundantes, disfunción reproductiva y compresiones de estructuras pélvicas y dolor; como en nuestro caso clínico

BIBLIOGRAFÍA

Jiménez Cidre, Miguel. *Obstrucción del tracto urinario inferior en la mujer*. Arch. Esp. Urol; 55, 9(989-999) - 2002. Elizabeth A Stewart, MD. *Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids)*. Uptodate. This topic last updated: Feb 18, 2014.

140/43. Síndrome confusional en paciente con patología orgánica subyacente

Autores:

(1) Reina González, R.; (2) Gómez Sánchez-Lafuente, C.; (3) Camarena Herrera, A.; (3) Pérez Castro, M.; (4) Muñoz González, L.

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 72 años, con antecedentes personales de diabetes complicada con nefropatía y retinopatía diabética en tratamiento con insulina mixtard 25, y trastorno bipolar en tratamiento con litio, quetiapina y lorazepam, que acude a Urgencias derivada por su Médico de Familia por deterioro cognitivo progresivo de unas horas de evolución. En consulta, la paciente presenta dificultad para la comunicación y se muestra desorientada. Afebril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente consciente, con desorientación temporo-espacial, no colaboradora. Exploración neurológica: menor reactividad en pupila izquierda. Sensibilidad conservada en extremidades. Fuerza 4/5 en MMII y 3/5 en MMSS. Reflejos osteo-tendinosos normales. Resto no explorable por dificultad de la paciente para responder a órdenes motoras simples. Auscultación cardiorespiratoria sin alteraciones. A la exploración abdominal se palpa globo vesical, con dolor a la palpación de hipogastrio. PuñoperCUSIÓN renal izquierda positiva.

Se solicitó analítica de sangre en la que destacó una leucocitosis de 25.920 (90,3% neutrófilos), urea 98, creatinina 2.04, filtrado glomerular 23.83, PCR 180. Analítica de orina: pH 6.5, leucocitos 3+ (2906), nitritos 1+, proteínas 1+. Rx torax: sin hallazgos. Rx abdomen: borramiento de asas intestinales en flanco izquierdo. TC cráneo: sin hallazgos a destacar. Ecografía abdominal: riñón izquierdo aumentado de tamaño, con ectasia pielocalicial III/IV y presencia de material ecogénico en cálices que puede corresponderse con piodrosis con pielonefritis izquierda.

Durante su ingreso, la paciente presentó una buena evolución clínica tras sondaje vesical y tratamiento con Cefuroxima, no precisando medidas invasivas.

JUICIO CLÍNICO

Piodrosis con pielonefritis izquierda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patología neuropsiquiátrica predisponente como la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, enfermedad de Parkinson o abuso de sustancias; enfermedad neurológica aguda como accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, crisis epilépticas o meningoencefalitis; factores sistémicos agudos o crónicos como infecciones, deshidratación, trastornos del sueño, politerapia o problemas cardíacos, pulmonares o renales; medicación, sobre todo si tiene efecto directo sobre el sistema nervioso central.

COMENTARIO FINAL

Ante síndromes confusionales presentados en pacientes pluripatológicos, como en nuestro caso, debemos descartar causa orgánica, a pesar de la patología psiquiátrica subyacente. Para ello, es necesario realizar una anamnesis, exploración y pruebas complementarias exhaustivas.

BIBLIOGRAFÍA

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J et al. *Harrison principios de Medicina Interna*. 18ª ed. McGraw-Hill; 2012.

140/48. Diagnóstico sindrómico

Autores:

(1) Jorge Martín, N.; (2) Sánchez Ortiz, J.; (2) Pérez Sánchez, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de la Victoria; (2) Médico de familia. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente Noruega de 70 años, que vive en España desde hace 15 años y consulta 3 veces en 15 días con su médico de familia porque 24 horas después de regresar de un viaje de una semana por Jordania comienza con un cuadro de diarrea líquida sin productos patológicos, en número de dos deposiciones al día y con respeto del descanso nocturno, acompañada de dolor abdominal de tipo cólico. En la primera visita se pauta tratamiento sintomático (nolotil, fortasec). En la segunda visita la paciente refiere sensación distérmica diaria objetivando en una sola ocasión T^a de 40°C , por lo que es diagnosticada de diarrea del viajero, pautándose ciprofloxacino. Acude en una tercera ocasión a los cuatro días por no mejoría del cuadro pese a tratamiento antibiótico y es derivada al servicio de urgencias de su hospital de referencia. Finalmente tras realizar pruebas de imagen la paciente es diagnosticada de absceso hepático, por lo que fue ingresada a cargo del servicio de Enfermedades Infecciosas donde se instaura nuevo tratamiento antibiótico (ceftriaxona + metronidazol) y se realiza el drenaje percutáneo del absceso guiado por ecografía. Tras veinte días de ingreso la paciente es dada de alta dada su buena evolución clínica, analítica y ecográfica, continuado tratamiento domiciliario con paromomicina y siendo controlada en consultas externas del servicio de Enfermedades Infecciosas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA: 100/60; FC: 90 lpm; T^a : $38,2^{\circ}\text{C}$.

Regular estado general, sudoración fría, sequedad de mucosas. Eupneica en reposo

ACP: tonos rítmicos y regulares sin soplos con MVC

Abdomen: blando, con sensación de masa en hemiabdomen derecho sin irritación peritoneal

Analítica de sangre: leucocitos 7760 (Neutrófilos 82%), Bilirrubina total: 0,92 mg/dL, GOT: 167 U/L GPT: 118 U/L GGT: 228 U/L; LDH: 489 U/L; PCR 273 mg/dL

Ecografía y TAC abdominal con contraste: en hígado se observa lesión hipodensa de 13 cm x 11 cm x 8 cm, de bordes bien definidos y que no realza tras la administración de contraste

Hemocultivo: negativo

Urocultivo: negativo:

Cultivo muestra absceso hepático: positivo para entamoeba histolytica

JUICIO CLÍNICO

Absceso hepático amebiano en paciente con diarrea del viajero

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Absceso hepático piógeno / Infección de la vía biliar (colecistitis, colangitis).

COMENTARIO FINAL

Este caso pretende llamar la atención sobre la importancia de ser muy cautelosos a la hora de realizar diagnósticos sincrónicos no causales, ya que la patología subyacente puede ser muy grave e incluso comprometer la vida del paciente. Por eso es la importancia de que ante cualquier cuadro sindrómico que se prolongue debe hacerse un seguimiento estrecho e investigar la etiología

BIBLIOGRAFÍA

Donnelly JP, Blijlevens NMA, DePauw BE. *Entamoeba species including amebiasis*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease*. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2009:chap 273.

Reddy KR. *Bacterial, parasitic, fungal, and granulomatous liver disease*. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2011:chap 154.

140/49. Fibrilación auricular de Novo. Consecuencias de no anticoagular

Autores:

(1) Reina González, R.; (2) Gómez Sánchez-Lafuente, C.; (1) Camarena Herrera, A.; (1) Muñoz González, L.; (1) Pérez Castro, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente Psiquiatría. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 90 años, con antecedente personal de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril e Hidroclorotiazida, que acude a consulta por disnea progresiva de una semana de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Se acompaña de palpitaciones, astenia y autoescucha de sibilancias. No presenta dolor torácico ni cortejo neurovegetativo. No refiere sensación febril. La paciente presentaba una buena calidad de vida, siendo autónoma para las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Eupneica en reposo. La exploración fue anodina salvo la auscultación cardiopulmonar en la que se escucha una taquicardia de ritmo irregular sin soplos, con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreañadidos.

Saturación oxígeno 98%. Tensión arterial: 140/90 mm Hg. Electrocardiograma: ritmo irregular, frecuencia cardiaca a 150 latidos por minuto, ausencia de ondas P, QRS <0,12 mseg y sin alteraciones en la repolarización.

La paciente ingresó en Observación donde se inició tratamiento con Digoxina, Bisoprolol y AAS, normalizándose

su frecuencia cardiaca. Tras explicar las ventajas e inconvenientes de comenzar con tratamiento anticoagulante, la paciente rechazó tanto el Acenocumarol como los nuevos anticoagulantes orales, a pesar de estar indicado (CHADS2 2 puntos). A los 15 días la paciente sufrió un ictus isquémico del que se recuperó sin secuelas.

JUICIO CLÍNICO

Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Ictus isquémico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un caso de disnea se debe descartar causas respiratorias como la obstrucción de la vía aérea extra/intratorácica (aspiración de cuerpos extraños, edema de glotis, asma bronquial, EPOC, inhalación de gases), enfermedades parenquimatosas (atelectasias, neumonía), enfermedad pulmonar vascular oclusiva (TEP), síndrome de distrés respiratorio del adulto o enfermedades de la pleura (derrame pleural, neumotórax); causas cardiocirculatorias (insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, anemia); acidosis metabólica; mecánica (contusiones, fracturas costales, volet costal); y causas psicógenas como el síndrome de hiperventilación alveolar.

COMENTARIO FINAL

La disnea es un motivo de consulta muy frecuente tanto en Atención Primaria como en Urgencias. Ante un síntoma tan subjetivo e inespecífico nuestra labor es indagar en detalles como signos y síntomas acompañantes, antecedentes personales o medicación previa para ir orientando nuestra sospecha diagnóstica ante la gran variedad de patologías que pueden englobarse tras este cuadro clínico. A pesar de la clara indicación de iniciar tratamiento anticoagulante, debemos respetar la voluntad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2011;123:e269-367.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2010.

140/55. Síndrome de Túnel Carpiano como manifestación de hipotiroidismo.

Autores:

(1) Palomo Cobos, C.; (2) Benitez Lafuente, A.; (3) Manzano Guzmán, A.; (4) Ramblado Minero, M.; (5) Prieto Alfonso, R.; (6) Dominguez Mora, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto .Huelva.Grupo Salud Laboral de Semergen; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto.Huelva .Grupo Salud Laboral Semergen; (3) Médico de Familia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada; (4) Médico Vigilancia de la Salud. UPRL Distrito Huelva Costa Condado Campiña. Huelva.Grupo de Salud Laboral de Semergen; (5) Médico de Familia. UGC Cortegana Huelva. Grupo Salud Laboral de Semergen; (6) Médico de Familia.Consultorio El Campillo .Huelva .Grupo Salud Laboral de Semergen.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 52 años que desde hace 6 meses presenta cuadro de dolor articular de predominio nocturno , que afecta a articulaciones interfalángicas proximales de ambas manos fundamentalmente en primer y segundo dedos de ambas manos . ,acompañado de sensación de rigidez articular de menos de 4 horas de duración .Artralgias a nivel ambas caderas y rodillas No fiebre.No episodios de artritis anteriores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Afebril .Auscultación : corazón rítmico a 70 spm sin soplos ; pulmón con buen murmullo vesicular . Carótidas normales. No bocio. Abdomen : blando y depresible, sin masas ni megalias. .Inflamación difusa en dorso de ambas manos ,con Tinel y Phalen positivo en ambas manos. Resto articulaciones sin patrón capsular..Analítica : hemograma con anemia normocítica y normocrómica. y VSG normal..Colesterol total 308 con LDL 178 mg/dl.TSH 18,310 ng/dl T4 0,79 ng/dl Función renal normal PCR normal. FR 11.ANA Y Anti DNA negativos..EKG en ritmo sinusal sin alteraciones. Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos .Rx ambas manos sin geodas articulares .Se deriva a la paciente al hospital para estudio tiroideo.

JUICIO CLÍNICO

Hipotiroidismo primario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debido a que las hormonas tiroideas actúan sobre múltiples órganos ,las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo son muy diversas y dependen ,principalmente de la magnitud y del tiempo de evolución del déficit hormona1. . En el caso que nos ocupa habría que considerar otras causas de síndrome de túnel carpiano, síntoma muy frecuente por atrapamiento del nervio mediano debido al depósito de glucosaminoglicanos..Si bien debido a la escasa especificidad de las manifestaciones clásicas del hipotiroidismo ,el diagnóstico se basa fundamentalmente en las determinaciones de laboratorio y dado que mas del 95% de los casos de hipotiroidismo , la etiología

es primaria, la determinación de TSH es la mejor prueba de cribado.²

COMENTARIO FINAL

La historia clínica del paciente con enfermedad tiroidea debe orientarse a detectar síntomas de disfunción tiroidea; Tanto los pacientes que sufren patología morfológica benigna o maligna, en ocasiones no presentan síntomas o estos son de carácter leve. Es frecuente la afectación del sistema musculoesquelético con aparición de mialgias, pérdida de fuerza, rigidez calambres y fatigabilidad y es característico el retraso en la fase de relajación de los reflejos osteotendinosos.³

BIBLIOGRAFÍA

1. I. Torres Barea, M. Cayón Blanco, C. Coserria Sánchez y M. Aguilar-Diosdado. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz. España. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. Hipotiroidismo..2. C. López-Tinoco. P. Roldán Caballero. I. Mateo Gavira. M. Aguilar Diosdado. Patología Tiroidea Medicine. 2012;11:805-12.3. JL Herrera Pombo Hipotiroidismo. Medicine. 2008;10:922-9.

140/56. Dolor en fosa renal derecha tras caída accidental en domicilio

Autores:

(1) Camarena Herrera, Á.; (1) Perez Castro, M.; (2) Muñoz González, L.; (1) Reina González, R.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad-Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad-Jardín. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 81 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica y poliartrosis generalizada en tratamiento actual con enalapril y AINEs, respectivamente.

Acudió a urgencias aquejando dolor en el costado derecho tras sufrir una caída accidental en su domicilio. A la exploración presentaba dolor de tipo mecánico en el costado derecho, que aumentaba en inspiración profunda, sin otros síntomas. Le hicieron radiografía de parrilla costal sin encontrar fracturas costales y la paciente fue dada de alta con analgesia y reposo.

Ese mismo día acudió de nuevo por persistencia del dolor que ésta vez se irradiaba hacia la fosa iliaca derecha, percibiendo una coloración más oscura de la orina. Le realizan combur test donde aparecieron hematíes en orina. La puñopercusión renal derecha fue positiva y pidieron ecografía abdominal, informada como normal. Le

diagnosticaron de cólico renoureteral y le dieron alta domiciliaria con tramadol.

Pasados dos días, la paciente acude de nuevo a nuestro servicio derivada por Urología, ya que estando en su consulta comenzó a encontrarse mal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente presentaba mal estado general, sudorosa y aquejando dolor en el costado derecho. A la palpación del abdomen destacaba un dolor en hipocondrio derecho y en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Su hija comentó que tenía fiebre de 38,5° y los dos últimos días presentaba náuseas y vómitos. Se revisó su historia de los últimos días y se pidieron analítica de sangre y de orina. En sangre, leucocitosis con 90% de polimorfonucleares, GOT y GPT 31 y 21 respectivamente, amilasa 10, PCR 341. En orina hematíes, leucocitos y nitritos positivos. Se comenta caso con Urología de guardia, quienes ante la sospecha de hematoma renal, nos aconsejan TAC de abdomen. El TAC informa de colecistitis aguda.

JUICIO CLÍNICO

COLECISTITIS AGUDA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Después de las pruebas diagnósticas que se le realizaron a la paciente, y ante la clínica que presentaba, se planteó el diagnóstico de pielonefritis aguda o de que existiera un hematoma renal (dado el antecedente de traumatismo a ese nivel). En ningún momento se sospechó colecistitis aguda.

COMENTARIO FINAL

Cuando recibimos un relevo de otro compañero o cuando vemos a un paciente que hace poco tiempo ya ha sido estudiado por otro médico, no solemos empezar de cero con ese paciente. Dado que ya tiene pruebas complementarias realizadas y ya ha sido explorado, a veces no nos paramos a hacer una exploración más exhaustiva en busca de algo que haya podido pasar por alto el anterior médico. En medicina hay muchas patologías que pueden solaparse y una de ellas puede pasar desapercibida, como ha ocurrido en éste caso. Tenemos la suerte de conocer las enfermedades y tratamientos del paciente, pero es muy importante utilizar correctamente estos programas que disponemos, de tal forma que cada vez que entre algún paciente por la puerta de la consulta, siempre realicemos nuestra propia historia clínica y exploración, aunque que ya haya sido valorada anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

140/57. Dolor Abdominal en paciente joven. Final inesperado

Autores:

Roldán García, S.; García Moreno, S.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 38 años, acude a consulta por dolor abdominal. No alergias medicamentosas conocidas. No otros antecedentes de interés (personales ni familiares) ni hábitos tóxicos.

Estudio de la familia y de la comunidad: casada, con todos sus hijos menores de 25 años. Buen apoyo familiar. Acotamientos vitales estresantes: padre pluripatológico dependiente, madre con gran carga emocional y cuidadora principal, y marido de la paciente en desempleo desde hacía seis meses.

Refería dolor abdominal generalizado, intermitente, difuso, de un mes de evolución. En las últimas 24h había presentado náuseas y vómitos(sin productos patológicos). Presentó disminución de apetito y estreñimiento en los tres días previos. Refería hábito deposicional habitual estreñido. Negaba fiebre, pérdida ponderal o cualquier otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En consulta, se encontraba afectada por dolor, consciente y orientada, con palidez facial (no de mucosas, eupneica y afebril. Abdomen ligeramente distendido, con disminución de peristaltismo a la auscultación, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación de forma difusa. Blumberg, McBurney y Murphy negativos. No signos de peritonismo. Puñopercusión renal bilateralmente negativa. Tacto rectal con escasas heces en ampolla rectal.

Análíticas (hemograma, coagulación, bioquímica sanguínea y de orina y GSV) sin hallazgos patológicos.

Rx Abdomen: distensión colon ascendente y transverso. Niveles hidroaéreos. Stop brusco de luminograma en colon descendente.

Ante estos hallazgos, solicitamos TAC: llamativa distensión colon derecho y transverso. Colon descendente con cambio brusco de calibre con un segmento de paredes engrosadas de 2,6cm de longitud, sugerente de proceso neoplásico. Válvula ileo-cecal competente. No otros hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO

Obstrucción intestinal de colon. Sospecha neoplásica colónica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otros procesos obstructivos.

COMENTARIO FINAL

-El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes en urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias.

-Un 50% de dolores abdominales quedan sin diagnóstico. Dicho síntoma no está considerado como frecuentemente sugestivo de procesos neoplásicos intestinales.

-El cambio en los estilos de vida y el abandono progresivo de la dieta mediterránea parecen estar ocasionando aumento en la incidencia de procesos neoplásicos digestivos. Son necesarios más estudios para determinar la posible relación etiológica entre la aparición de estos tumores en pacientes jóvenes sin antecedentes familiares u otros factores de riesgo conocidos y los factores ambientales.

-Importancia de la exploración para la detección de signos de alarma como la obstrucción abdominal en atención primaria, apoyándose en estudios complementarios cuando se requieran.

-Corresponde a los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria identificar a los pacientes de riesgo elevado de cáncer colorrectal.

-La determinación de sangre oculta en heces es un buen método de cribado de CCR a pacientes 50-74 años o en casos de síntomas de alarma (anemia, rectorragia, estreñimiento crónico, dolor abdominal prolongado).

BIBLIOGRAFÍA

- Esteva M, Leiva A, Ramos M, et al. "Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer". *BMC Cancer*. 2013 Feb 23;13:87.

- Jiang L, Wu JT, Peng X. "Primary choriocarcinoma of the colon: a case report and review of the literature". *World J Surg Oncol*. 2013 Jan 28;11:23.

- Haggstrom DA1, Klabunde CN, Smith JL, Yuan G. "Variation in primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations by patient age and comorbidity". *J Gen Intern Med*. 2013 Jan;28(1):18-24.

140/58. En busca del origen desconocido.

Autores:

Barroso Recasens, C.; Bustamante Gómez, R.; García Moreno, S.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos, sin factores de riesgo cardiovascular, ni otros antecedentes de interés. Controles ginecológicos y mamográficos rutinarios normales. Acude a consulta por cuadro de desorientación temporoespacial

de horas de evolución, con habla confusa y respuestas incoherentes en el diálogo con sus familiares. A su llegada a consulta presentaba amnesia completa de dichos hechos y se encontraba asintomática. Los días previos no había presentado síntomas. Negaba disartria, pérdida de fuerza o sensibilidad, u otra focalidad neurológica. No fiebre, palpitaciones, dolor torácico, disnea o cualquier otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica, afebril, consciente y orientada. No presentaba adenopatías periféricas. Auscultación torácica sin alteraciones. Abdomen normal. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Tampoco observamos lesiones cutáneas llamativas en cuero cabelludo, tórax, abdomen o extremidades. Análíticamente, normalidad en hemograma, coagulación y bioquímica (incluyendo hormonas tiroideas y marcadores tumorales). El test de tóxicos fue negativo. Se realizó TAC craneal, visualizándose dos imágenes hiperdensas redondeadas compatibles con lesiones ocupantes de espacio, una situada en los ganglios de la base derecha, de 2.7cm, y otra en el lóbulo temporal izquierdo, de unos 3.2cm. Dichos hallazgos se confirmaron mediante resonancia magnética nuclear, compatibles con lesiones metastásicas. Un PET sólo detectó discreta hipocaptación en lóbulo temporal izquierdo en relación con edema de lesiones descritas en TAC. El TAC toraco-abdominal, así como la colonoscopia, mamografía, ecografía tiroidea y las exploraciones oftalmológica, otorrinolaringológica y ginecológica fueron normales.

JUICIO CLÍNICO

Metástasis cerebrales de tumor primario desconocido. Menos probablemente, neoplasia cerebral primaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lo comentado en juicio clínico. Previo al hallazgo de las imágenes del TAC descartamos alteraciones metabólicas, endocrinas y toxicomanías como posible origen de cuadro de desorientación transitoria.

COMENTARIO FINAL

Los episodios transitorios de desorientación temporoespacial no suponen una forma de presentación común de tumores cerebrales en pacientes de mediana edad, y menos aún en pacientes sin factores de riesgo u otras manifestaciones clínicas. Los pacientes con metástasis cerebrales y tumor primario conocido tienen una supervivencia mayor que aquellos cuyo origen es desconocido. Se requiere un alto nivel de sospecha y una anamnesis y exploración detalladas en busca de orígenes primarios posibles. Aún cuando se detecten lesiones cerebrales, la búsqueda del origen no siempre resulta fácil. Posiblemente sea necesaria una mayor accesibilidad de

pruebas de imagen en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria para evitar retrasos diagnósticos en estos casos. Nuestra paciente está pendiente de realización de biopsia cerebral para filiar origen de lesiones cerebrales.

BIBLIOGRAFÍA

- Riihimäki M, Thomsen H, Hemminki A, et al. Comparison of survival of patients with metastases from known versus unknown primaries: survival in metastatic cancer. *BMC Cancer*. 2013 Jan 28;13:36.
- Mills SJ, Thompson G, Jackson A. Advanced magnetic resonance imaging biomarkers of cerebral metastases. *Cancer Imaging*. 2012 Aug 10;12:245-52.
- Molina R, Bosch X, Auge JM, et al. Utility of serum tumor markers as an aid in the differential diagnosis of patients with clinical suspicion of cancer and in patients with cancer of unknown primary site. *Tumour Biol*. 2012 Apr;33(2):463-74.

140/59. Derrame pleural fúngico

Autores:

(1) Pascual Suaza, C.; (2) Gutiérrez Ruiz, R.; (2) Bustelo Gómez, I.; (3) Alonso Pino, M.; (4) Irún Delgado, P.; (4) Rangel González, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz; (2) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Puerto Real. Cádiz; (3) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Punta Europa Algeciras. Cádiz; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Olivillo". Cádiz.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 86 años de edad, institucionalizado en residencia, sin RAMc, exfumador de 20cig/día hasta hace 40 años (ICAT 30 paq/año) con antecedentes personales de Enfermedad de Parkinson, Ictus isquémico, Glaucoma, VHB.

Es remitido por DCCU al servicio de urgencias por cuadro de disnea súbita a mínimo esfuerzos y dificultad respiratoria de doce horas de evolución.

A la exploración COC, MEG, FC: 123 lpm, T.A. 115/63 mmHg, Sat O2: 98% con GN a 2 lpm, taquipneico con tiraje, diaforesis. Actitud cifoescoliotica.

ACP: Tonos rítmicos apagados, hipofonesis en hemitórax derecho y matidez a la percusión, MV disminuido sin ruidos con crepitantes en base izquierda. Abdomen blando depresible con hepatomegalia de dos traveses sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Edemas maleolares con fovea.

En radiografía de tórax en sedestación se aprecia velamiento de hemitórax derecho con infiltrado en campos inferiores izquierdos.

Se realiza analítica sanguínea con discreta leucocitosis y desviación izquierda, DD 3,11 microg/ml e hiperfibrinogenia, PCR 1,4 mg/dl, función renal conservada.

Se entrega consentimiento informado para realización de toracocentesis diagnóstica y evacuadora, extrayéndose 400cc de líquido purulento marrónáceo oscuro.

Bioquímica Líquido pleural: Leucocitos 4664 cel/mm³; LDH 2020 U/L; Glucosa < 60 mg/dl; Proteínas totales 4,1 g/dl; Lactato 13,2 mmol/L.

Ante la inespecificidad de las pruebas diagnósticas se realiza TAC toracoabdominal C/C donde se objetiva derrame pleural masivo derecho con una pequeña opacidad nodular con cavitación interna.

Ante la alta sospecha de derrame pleural infeccioso atípico se ingresa a cargo de Medicina Interna, Infecciosos, donde el paciente presenta una evolución tórpida con mala respuesta a tratamiento con ATB y antifúngicos siendo exitus en días posteriores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica, EKG, Radiografía tórax, TAC toracoabdominal

JUICIO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con las características de la exploración, pruebas complementarias y detalles del líquido pleural cabría descartar infección fúngica, patología tumoral o alteraciones bilio-pancreáticas.

COMENTARIO FINAL

En nuestro paciente no pudo determinarse la causa final del derrame siendo altamente sugestivo de derrame infeccioso atípico fúngico (precisó de toracocentesis diagnóstica para poder orientarnos) en el contexto de un cuadro clínico súbito sin clínica infecciosa previa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Victoria Villena Garrido A, Jaime Ferrer Sancho B, Luis Hernández Blasco C, Alicia de Pablo Gafas D, Esteban Pérez Rodríguez E, Francisco Rodríguez Panadero F, Santiago Romero Candeira C, Ángel Salvatierra Velázquez G, Luis Valdés Cuadrado H. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2006;42:349-72. - Vol. 42 Núm.07 DOI: 10.1157/13090586.
- 2.- Menéndez R, Cordero PJ, Santos M, Gobernado M, Marco V. Pulmonary infection with Nocardia species: a report of 10 cases and review. CITA

140/60. Lumbalgia, diagnósticos diferenciales, desafío en Atención Primaria

Autores:

(1) Nicola, C.; (2) Arce Corcuera, R.; (3) Parra Sánchez, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Serrejón. Cáceres; (2) Médico de Familia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Serrejón. Cáceres.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años, fumador de 40 cigarrillos al día, EPOC. Hace 2 meses consultó por lumbalgia de 10 días de evolución posterior a la conducción de camión, con pérdida de fuerza en miembro inferior derecho ya recuperado. Actualmente refiere lumbalgia, disnea, astenia, pérdida de peso de 5 kilos, dolor costal infraescapular izquierdo posterior a trauma al caerse del camión hace 10 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hace 2 meses examen físico normal, excepto: Hipoventilación difusa. Actualmente: tumoración paravertebral lumbar izquierda de límites netos, no móvil, no dolorosa. Analítica normal, orina: microhematuria y leucocituria leve. Ecografía: lesión quística homogénea de 6 x 15 cm, signos de derrame pleural basal izquierdo. Rx tórax: derrame pleural basal izquierdo. Rx Abdomen: espondiloartrosis con osteofitosis. TAC: engrosamiento nodular posteromedial basal, pleural/crural izquierdo, afectación esclerosa/blástica del 10º arco costal posterior, extensión a planos musculares paravertebrales, ipsilaterales, asociando otra masa anterior y paraaórtica izquierda, de localización intraabdominal, derrame pleural leve izquierdo y derecho. Adenopatía hilar izquierda 23mm. Líquido libre perihepático y periesplénico. RM: masa retroperitoneal sólida agresiva que envuelve aorta abdominal y sus ramas, vena cava inferior, infiltra riñón y glándula suprarrenal izquierda, musculatura paraespinal, pilares del diafragma, forámenes de conjunción izquierdos dorsolumbar y margen izquierdo de canal raquídeo nivel de T11-T12. PAF: citológico e inmunofenotípico, Linfoma No Hodgkin-B (LNH-B). Anatomía patológica: LNH-B folicular, nodular-difuso estadio IV B Flapi 2.

JUICIO CLÍNICO

Linfoma No Hodgkin Folicular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbalgia: postural, traumático, hernia discal intervertebral, complejo disco-osteofito, rotura interna discal, estenosis del conducto raquídeo con claudicación neurológica, espondilosis, artropatía de carillas-sacroiliaca, espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, metastásicas, linfoproliferativas, tumores óseos primarios, osteomielitis vertebral, absceso epidural espinal, sepsis discal, meningitis, aracnoiditis lumbar. Fracturas patológicas por osteoporosis, corticoideoterapia, hiperparatiroidismo, inmovilidad, enfermedad de Paget. Aneurisma aórtico

abdominal, disección de arteria vertebral, dolor irradiado de afección de vísceras, psiquiátricas, simulación, síndrome de dolor crónico.

COMENTARIO FINAL

Linfoma no Hodgkin, 85 % B, media de edad al diagnóstico 65 años, predominio masculino(1). Incidencia en España es 12,3 casos por cada 100.000 varones/año y 10,8 en mujeres, se diagnostican 3100 casos nuevos al año en hombres y 2400 en mujeres(2). Más del 30%, se presenta como linfadenopatía(2). Su gran variabilidad de presentación clínica, supone un reto para el médico de Atención Primaria. Para estudiar el pronóstico se utiliza el índice FLIPI (3) e IPI en folicular agresivo, presentando más posibilidades de cura, pero el pronóstico generalmente es malo(4).

BIBLIOGRAFÍA

(1) Marc S. Sabatine. *Pocket Medicine: The Massachusetts General Hospital Handbook of Internal Medicine. Fourth Edition.* Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkin; 2011. (2) Antonio Rueda, *Sociedad Española de Oncología. Madrid. 20 de Marzo de 2013. Linfoma No Hodgkin. Disponible en: www.seom.org* (3) Solal-Céligny P, et al. *Follicular lymphoma international prognostic index. Blood. 2004 Sep 1;104(5):1258-65.* (4) Laurie H. Sehn, et al. *The revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the standard IPI for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. Blood 2007;109: 1857-1861. doi:10.1182/blood-2006-08-038257*

140/61. Donde manda cerebro, no manda corazón: una clínica insidiosa

Autores:

(1) Rangel González, J.; (2) Alonso Pino, M.; (3) Bustelo Gómez, I.; (3) Gutiérrez Ruiz, R.; (1) Irún Delgado, P.; (1) Pascual Suaza, C.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Olivillo". Cádiz; (2) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Punta Europa Algeciras; (3) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 76 años, pluripatológico con múltiples FRCV, es DM, HTA, DLP, Obeso y exfumador. Como antecedentes cardiacos es portador de válvula mecánica Aortica hace más de 10 años y marcapasos definitivo por BAV completo, cardiopatía isquémica con angor de esfuerzo y cateterismo normal. Insuficiencia cardíaca Clase II-III de la NYHA.

Acude a nuestra consulta contándonos que se ha levantado del sofá para ir al baño y se ha mareado con caída al suelo y pérdida de consciencia que confirma su acompañante, de varios segundos de duración, sin periodo postcrítico ni relajación de esfínteres.

Exploración anodina y EKG con BRI y BAV de primer grado. Ante los antecedentes cardiológicos del paciente se deriva a SCCU para realización de pruebas complementarias. Se deriva al alta con juicio clínico de síncope vasovagal habiendo sido las pruebas normales.

A los doce días acude de nuevo a nuestra consulta por cuadro vertiginoso muy sintomático con mareo que describe con giro de objetos, náuseas y vómitos de inicio súbito.

A la exploración regular estado general, inquieto, COC, NHYP, eupneico en reposo.

AC: tonos apagados, puros y rítmicos, sin soplos, AP: MVC; sin ruidos sobreañadidos.

Neurológica: PINRLA, MOEc, nistagmo horizontal que se agota. Fuerza conservada bilateral simétrica 5/5. Marcha y deambulación con lateralización derecha. Romberg positivo a la derecha, Barany conservado.

ORL sin hallazgos.

Ante la aparición súbita de sintomatología se decide derivación a SCCU donde EKG, analítica y Rx sin normales. En TAC Cerebral se evidencia LOE en centro semioval derecho con realce periférico y centro necrótico. El paciente fue diagnosticado de glioblastoma multiforme de alto grado y rápida evolución falleciendo en los meses posteriores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EKG, Rx tórax, analítica general y TAC cerebral.

JUICIO CLÍNICO

glioblastoma multiforme de alto grado

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

síncope vasovagal, vértigo, loe cerebral, linfoma cerebral (en TAC no se describe edema)

COMENTARIO FINAL

A pesar la baja prevalencia del glioblastoma, debe ser considerado siempre, por ser una patología de rápido crecimiento, instauración y con mal pronóstico.

Nuestro paciente presenta múltiples FRCV y una cardiopatía establecida que hizo que el inicio de la clínica del glioblastoma fuese enmascarada como clínica secundaria a su cardiopatía. Por tanto, una visión integral del paciente y la valoración en conjunto de su sintomatología pudo hacernos sospechar que existía otra patología que produjese el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Nuño M, Ly D, Ortega A, Sarmiento JM, Mukherjee D, Black KL, Patil CG. *Does 30-Day Readmission Affect Long-term Outcome Among Glioblastoma Patients? Neurosurgery. 2014*

Feb;74(2):196-205. doi: 10.1227/NEU.0000000000000243. PubMed PMID: 24176955.

2.- Terri Armstrong, John de Groot, Jeffrey Wefel, *OncoLog*, junio 2013, Vol. 58, Nro. 6

3.- P. Nogués Bara; J. Aguas Valiente; J. Pallarés Quixal; *Glioblastoma cerebeloso. Caso clínico, Oncología (Barc.)* v.29 n.3 Madrid mar. 2006

140/62. Diagnóstico de TEP desde Atención Primaria

Autores:

(1) Irún Delgado, P.; (2) Alonso Pino, M.; (3) Bustelo Gómez, I.; (3) Guitérrez Ruiz, R.; (1) Rangel González, J.; (4) Pascual Suaza, C.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Olivillo". Cádiz; (2) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Punta Europa. Algeciras; (3) Médico de Familia. Adjunta del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Puerto Real. Cádiz; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años, sin RAMc. Fumadora de 20 cig/día (ICAT=15). Como enfermedades de interés psoriasis bien controlada. En tratamiento con ACHO desde hace dos meses.

Acude por dolor costal en hemitorax derecho que aumenta con la inspiración y los movimientos, sin clínica respiratoria.

A la exploración sin lesiones dérmicas, no dolor a la palpación.

SatO₂: 98%, FC 99 lpm. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos.

Ante la sospecha de dolor de tipo mecánico se pauta tratamiento analgésico.

En revisión a la semana, la paciente está asintomática.

A los diez días acude de nuevo por dolor en hemitorax derecho y tos no productiva, con exploración similar a la previa. Solicitamos radiografía de tórax donde se aprecian signos radiológicos de condensación en base derecha con elevación de hemidiafragma. Se pauta antibioterapia y se solicita analítica urgente. Se cita al día siguiente para recoger resultado. Analítica con discreta leucocitosis, coagulación con fibrinógeno 512 mg/dL y DD 1150 µg/litro.

A la exploración se encuentra inquieta, con aceptable estado general, eupneica en reposo.

AP: MV discretamente disminuido en base derecha. SatO₂: 93%, FC: 110 lpm.

Se deriva a SCCU con sospecha de TEP, a pesar de presentar una probabilidad clínica baja-intermedia según la escala de Wells y baja según la de Ginebra.

Allí se realiza ecografía-doppler de MMII sin hallazgos de TVP. En Angio-TC de tórax se determina TEP con afectación parcial arterial de ambos lóbulos inferiores y consolidación en segmento 8 derecho sugestivo de infarto pulmonar. Por lo que se decide ingreso en Medicina Interna y se inicia heparinización a dosis anticoagulantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía Tórax. Analítica. Ecografía doppler MMII. Angio-TC tórax.

JUICIO CLÍNICO

TEP bilateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

dolor osteomuscular de tipo mecánico, infección respiratoria tipo neumónica, TEP.

COMENTARIO FINAL

La Atención Primaria es el principal ámbito de prescripción de anticonceptivos, por lo que debemos hacer una minuciosa anamnesis, valorar alteraciones de la coagulación y elegir el ACHO adecuado.

El mayor riesgo se presenta en mujeres con alteraciones genéticas de la coagulación, siendo la más común la mutación del factor V de Leiden, con una prevalencia del 5% en la población general.

La incidencia de TEP no solo depende de los factores de riesgo, también del tipo de progestágeno.

Así, con la asociación de estrógenos (<50µg) más levonorgestrel la prevalencia es de 20 casos/100.000 mujeres/año. Sin embargo, con la asociación de estrógenos (< 20 µg) más desogestrel/gestodeno, la prevalencia aumenta a 30-40 casos/1 00.000 mujeres/año.

Los gestágenos inducen un efecto procoagulante similar al de la mutación del factor V de Leiden, siendo mayor a partir de los 30 años.

El riesgo de TEP aumenta durante el primer año de consumo de ACHO, en concreto los primeros cuatro meses, y no desaparece hasta el tercer mes de haberlo suspendido.

Por lo tanto, una adecuada selección de la población usuaria de ACHO, así como la elección del progestágeno asociado, pueden ayudarnos a disminuir la incidencia de eventos tromboembólicos.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Esteban-Jiménez, Ó.; Velázquez-Lupiáñez, L.; Martínez-Raposo Piedrafita, M.C.; Cebollada-Gracia, A.D.; *Tromboembolismo pulmonar en atención primaria. Publicado en Semergen.* 2013;39:175-8.

2.- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. United Kingdom Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Update. London: FRS; 2009. www.frsh.org.uk

3.- Ramírez Polo, IM, Rodríguez Martorell, J. Anticoncepción y trombosis. Sociedad Española de contracepción y sociedad Española de Trombosis y Hemostasia.

140/64. ¿A que edad es posible la celiaquía?

Autores:

(1) Villalba Baena, M.; (2) Ruiz Medina, A.; (2) del Río Caballero, A.; (2) Ligerio Molina, M.; (2) Expósito Molineiro, C.; (3) García Aparicio, M.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga; (3) Médico Residente de Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad 88 años.

Antecedentes Familiares (AF): sin interés.

Ex fumador.

No alergias conocidas.

Antecedentes personales (AP): Vitíligo, EPOC, Granulomas pulmonares calcificados, HTA, Dislipemia, Cardiopatía isquémica, Marcapasos, Hipertrofia Benigna de próstata (HBP), anemia ferropénica, Hernia Hiatal y Colón irritable.

En tratamiento con: Enalapril 20 mg (1/24), Simvastatina 20 mg (1/24), Acetilsalisílico ácido 100 mg (1/24), Torasemida 5mg (1/24), Finasteride 5mgr (1/24), Omeprazol 40 mg (1/24)

Octubre 2010 consulta por Epigastralgias recurrentes de 2 semanas, pirosis, digestiones lentas, plenitud y deposiciones en número de 3-4 al día líquidas o pastosas de color normal achacándolo a la alimentación. No fiebre, no sangre. Episodios similares anteriormente de menor duración

Tratamiento: dieta blanda y astringente. Observación.

Noviembre 2010 persistencia clínica, aumento de posiciones, pérdida de peso y vómitos.

Se realizan Pruebas complementarias

Resultados: destaca Anemia ferropénica leve. Ecografía abdominal: Quistes renales simples.

Mejoría al retirar la lactosa,

Enero 2011: nuevo episodio de diarrea.

Derivación a Digestivo.

Febrero 2011: Digestivo realiza Pruebas complementarias.

Resultados:

Serología: ac antigliadina y antiendomiso +, IG A +

Gastroscopia: Estenosis ápex bulbar duodenal, mucosa gástrica atrófica

Colonoscopia: divertículos sigmoideos.

Biopsia Intestinal: aplanamiento parcial, vellosidades hiperplásicas/crípticas, patrón inflamatorio, linfoplasmocitario y linfocítico.

calprotectina elevada.

Tratamiento dieta sin gluten

Evolución: 2012 alta digestivo, recuperación perdida ponderal y resolución clínica

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Atención primaria:

Análítica: general CEA, PSA, Ca 19,9 sangre oculta en heces.

Ecografía abdominal

Coprocultivo y urocultivo

II nivel asistencial:

Análítica, Gastroscopia, TAC abdominal, colonoscopia y biopsia intestinal.

Screening celiaquía.

JUICIO CLÍNICO

ENFERMEDAD CELIACA TIPO 3 A DE MARSH-OBERHUBER

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SII, Patología Biliar, Neoplasia colonica o gástrica, Enfermedad celiaca.

COMENTARIO FINAL

Hace pocos años, la Celiaquía era considerada una enfermedad típica infantil, pero los últimos estudios demuestran una mayor frecuencia en adultos, debido a casos no diagnosticados en la infancia por desconocimiento y/o ausencia de síntomas.

Pero siguen existiendo dificultades para diagnosticarla en el adulto por patrón clínico variado, manifestaciones atípicas y derivadas de complicaciones o procesos asociados a la enfermedad.

La presentación en ancianos poco probable pero un 25% de los casos adultos se dan entre 60-70 años. Menor frecuencia y aislada en mayores 70 años

Atención Primaria debe incorporar ante estos cuadros despistaje de Enfermedad Celiaca

Pensando en ella ante: Abortos repetición, Anemias ferropénicas no justificadas por otras causas, Colón irritable y Dermatitis herpetiformes.

BIBLIOGRAFÍA

S. Husby, S. Koletzko, Z.I.R. Korponay-Szabo, M.L. Mearin, A. Phillips, R. Shamir, R. Troncone, K. Giersiepen, D. Branski, C. Catassi, M. Leigeman, M. Ma'ki, C. Ribes-Koninckx, A. Ventura, and K.P. Zimmer, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease PGN _ Volume 54, Number 1,

January 2012 ESPGHAN Guidelines for Diagnosis of Coeliac 136-160

Rewers M. *Epidemiology of celiac disease: what are the prevalence, incidence, and progression of celiac disease? Gastroenterology* 2005; 128(4 Suppl 1):S47–51.

Bargetzi MJ, Schonberger A, Tichelli A, et al. *Celiac disease Dahlbom I, Korponay-Szabo IR, Kovacs JB, et al. Prediction of clinical and mucosal severity of coeliac disease and dermatitis herpetiformis by quantification of IgA/IgG serum antibodies to tissue transglutaminase.*

J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010;50:140–6.

Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca Ministerio sanidad y consumo 2008 18-26 pg.

140/65. Síndrome Rosai Dorfman (Histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva)

Autores:

(1) Villalba Baena, M.; (1) Ruiz Medina, A.; (1) Ligerio Molina, M.; (1) del Río Caballero, A.; (1) Cantón Cuadrado, N.; (2) García Aparicio, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga; (2) Residente Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad 70 años

No alergias conocidas.

Fumador

Antecedentes Familiares (AF): sin interés.

Antecedentes personales (AP): EPOC tipo Enfisema, SAOS, Sarcoma peritoneal (intervenido)(GIST) con peritonitis secundaria, FA, Cardiopatía hipertensiva, HTA, DM tipo II, Dislipemia, Insuficiencia venosa periférica severa con úlceras vasculares recurrentes, linfedema crónico bilateral, Obesidad mórbida y S. metabólico.

En tratamiento con: Furosemida 40 (1/24), Doxazosina 4 mg (1/24), Metformina 850 (1/24), Saxagliptina (1/24), Pantoprazol 20 (1/24), Insulina Lantus (14 UI/24), Sintrom (según controles), Oxigenoterapia (4 h/día), no tolera CPAP.

No necesitó Quimioterapia par Sarcoma.

Paciente en seguimiento por M. Interna y Oncología desde el año 2004.

Noviembre 2012, tras realización en AP de pruebas complementarias para revisión de su Síndrome metabólico, destaca Anemia con HB/5,8, con mal control de cifras de perfil lipídico, glucemias y HBGA1.

Es remitido a urgencias para transfusión.

Reajuste tratamiento.

Derivación a Digestivo y Hematología

Marzo 2013: ingreso en MI para estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Atención Primaria: Tras transfusión: analítica completa con CEA, Ca 19,9 y sangre oculta en heces y perfil tiroideo. Ecografía abdominal.

En la exploración destacaban: palidez de piel, pérdida de peso importante (15 KG) en 2 meses y palpación de adenopatías cervicales y axilares no dolorosas

II nivel asistencial: Analítica con Serología E-B, CMV, Toxoplasma; VHB, VHC, VIH, LUES, Rubeola, Brucella Rx Torax, FR; Inmunoglobulinas, ANA, Ac Anti DNA, Ac Anti ENA, ECA

TAC Toraco/Abdominal, PET-CT, Colonoscopia, Gastros-copia, Mediastinoscopia y biopsia

Ganglionar.

JUICIO CLÍNICO

SÍNDROME DE ROSAI DORFMAN (Histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neoplasias malignas de órganos en que se detectan afectación ganglionar. Adenopatías regionales.

COMENTARIO FINAL

Este síndrome es considerado una rara enfermedad benigna de causa desconocida, debida probablemente a alteraciones inmunológicas

Descrita en 1969, comunicándose hasta la fecha unos 500 casos en el mundo.

Se manifiesta principalmente por afectación ganglionar sobre todo a nivel cervical, pero también en cualquier órgano comprometiendo hasta en un 40%, piel, pulmón, sistema urinario, huesos, siendo su diagnóstico anatómopatológico y sin tratamiento de elección.

En nuestro caso la afectación ganglionar se encontraba a nivel de mediastino, región laterocervical, supraclavicular, axilar bilateral, retroperitoneo y región iliaca e inguinal

BIBLIOGRAFÍA

Enrique Quezada Pérez,* Gabriela Escobar Garibay,* María Isabel Castrejón Vázquez,* María Teresa Gorraez de la Mora,** Ricardo Guido Bayardo,* María Eugenia Vargas Camaño: *Enfermedad de Rosai-Dorfman (histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva): comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Alergia México* 2008;55(5):206-11

Rosai J, Dorfman F. *Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy. A newly recognized benign clinic pathological entity. Arch Pathol* 1969;87:63-70.

Sachdev R, Shyama J. *Co-existent Langerhans cell histiocytosis and Rosai-Dorfman disease: a diagnostic rarity. Cytopathology* 2008;19(1):55-58.

Kidd DP. *Rosai-Dorfman disease presenting with widespread Lauwers GY, Perez-Atayde A, Dorfman RF, Rosai J. The digestive system manifestations of Rosai-Dorfman disease (sinus*

histiocytosis with massive lymphadenopathy). Review of 11 cases. Hum Pathol 2000;31(3):380-5.

Lina Primo¹, Maximiliano Mestroni², Miguel Allevato³, Mario Marini⁴, Alberto Devés⁵ *Enfermedad de Rosai-Dorfman o histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva Rev Asoc Colomb Dermatol. 2013; 21: 3 (Julio-Septiembre), 274-279*

140/67. Cefalea persistente con algias faciales y crisis hipertensiva refractaria al tratamiento. A propósito de un caso..

Autores:

(1) Del Castillo Tirado, F.; (2) Rivas Martínez, M.; (1) Sánchez Martínez, M.; (1) García Hidalgo, M.; (3) López de la Cova Peña, A.; (2) Cobo Muñoz, J.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén; (2) FEA Urgencias. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años que acudió a Urgencias del Centro de Salud por cefalea hemisférica y cifras tensionales en 180/90 en farmacia. 5 días antes había consultado por "notarse el párpado derecho caído". Dolor incrementado al mover la cabeza, no aumenta con Valsalva. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Exploración física: Ligera miosis ojo derecho, movimientos oculares conservados, Romberg negativo, pares craneales conservados, no disimetrías, alteraciones en la marcha u otros síntomas cardinales neurológicos. Ptoxis en párpado derecho. Ligera hiperemia faríngea, ACR normal, abdomen normal.

-Pruebas complementarias: Tensión arterial en 185/90, Hemograma y Bioquímica con parámetros dentro de rangos de normalidad. Radiografía tórax normal. ECG: Ritmo sinusal a 61 lpm sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. TAC Craneal: sistema ventricular con tamaño y morfología normal, centrado en línea media. Adecuada diferenciación entre sustancia blanca y gris. No se observan colecciones ni masas.

JUICIO CLÍNICO

Migraña, Crisis Hipertensiva, Ptoxis parpebral a estudio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El síndrome de Horner es una entidad caracterizada por ptoxis (caída del párpado), enoftalmos (hundimiento del ojo) y miosis. Las causas que pueden provocarlos son aquellas que afectan a las fibras nerviosas simpáticas, como pueden ser accidentes cerebrovasculares,

tumores, migrañas con auras, tumor de Pancoast, lesión del plexo braquial o la afectación de la arteria carótida.

La paciente fue atendida de forma preferente en neurología para hallar la causa de la ptoxis parpebral. Se solicitó angio-TAC de troncos supraaórticos con hallazgo de carótida interna derecha filiforme a nivel de foramen carotídeo derecho y permeabilidad distal a nivel de sifón carotídeo de dicho lado. Posteriormente, y ante persistencia del cuadro de cefalea y ptoxis parpebral, se decidió realizar una angio-RM de troncos supraaórticos donde se encuentra una disección de tercio distal de carótida interna derecha con adecuada evolución radiológica. También se halla una lesión espontáneamente hiperintensa a nivel de su entrada en cráneo sugerente de hematoma mural en relación con la disección.

La paciente fue valorada por Angiología y Cirugía vascular y se ingresó para estudio.

COMENTARIO FINAL

En los servicios de Urgencias debemos descartar aquellas entidades de Síndrome de Horner que supongan riesgo vital para el paciente, sobre todo las causas endocraneales y vasculares por el riesgo vital asociado. En caso de no hallar causa, como fue el caso, la revisión en consultas de especialidad servirán para afianzar el diagnóstico etiológico.

BIBLIOGRAFÍA

Lyrer PA et al. Clinical import of Horner Syndrome in internal carotid and vertebral artery dissection. *Neurology*. 10.1212/WNL.0000000000000381

Asensio-Sánchez VM et al. Síndrome de Horner Traumático. *ARCH SOC ESP OFTALMOL* 2007; 82: 171-4

Oono S, Saito I, Inukai G, Morisawa K. Traumatic Horner syndrome without anhidrosis. *J Neuroophthalmol* 1999; 19: 148-151.

140/74. ¿Artritis séptica en paciente con hiperuricemia?

Autores:

(1) Muñoz González, L.; (1) Pérez Castro, M.; (2) Becerra Muñoz, V.; (1) Camarena Herrera, Á.; (1) Reina González, R.; (3) Paniagua Gómez, F.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Guadalmedina. Málaga; (2) Médico Residente de Cardiología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de salud Ciudad Jardín Málaga. Guadalmedina. Málaga.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes personales de HTA, DM, cólicos renoureterales e hiperuricemia y en tratamiento con Metformina, Glibenclámda, Candesartán/Hidroclorotiazia, Doxazosina y Alopurinol, que consulta

por gonalgia dicha intensa e impotencia funcional de una semana de evolución con imposibilidad de caminar en el último día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración presenta calor local e inflamación importante, exploración muy limitada por dolor, no signos de TVP. Ante esta sintomatología es importante descartar la posibilidad de artritis séptica de rodilla, por lo que se deriva para valoración de pruebas complementarias de carácter urgente.

En cuanto a las pruebas complementarias realizadas, comenzamos con analítica de sangre en la que destaca: leucocitos 12.6 (N 76.2% con 9.6 de absolutos, L 11.6%, M 8.8%), PCR 137, factor reumatoide <10, anticuerpo antipéptido 0.8. En líquido sinovial: leucocitos 12000, PMN 90%, hematíes 3200, glucosa 12, proteínas 4.4. Cultivo negativo. Visualización de líquido sinovial al MOLF con cristales de ácido úrico lo que nos llevó a su diagnóstico final. El paciente tuvo una evolución favorable, permaneciendo afebril y hemodinámicamente estable. En principio por sospecha de artritis séptica ingresó en medicina interna y recibió tratamiento empírico con Cloxacilina y Ceftriaxona que se retiró tras llegada de resultados analíticos más concretamente por la visualización del líquido sinovial ya comentado previamente.

JUICIO CLÍNICO

Artritis gotosa de rodilla.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Artritis séptica, lesión ósea, fractura, artritis gotosa.

COMENTARIO FINAL

En este paciente se tenía una alta sospecha de artritis gotosa, por sus antecedentes de hiperuricemia, o de artritis séptica. Para llegar a un diagnóstico final era necesario la realización de una artrocentesis por la alta sospecha de artritis infecciosa ya que esta es una urgencia médica pues es un proceso rápidamente destructivo que puede causar discapacidad significativa en cuestión de horas o días, con una mortalidad relativamente alta. Otras causas de artritis monoarticular pueden causar discapacidad a largo plazo. En todos los casos, el diagnóstico preciso y terapias adecuadas son cruciales para la reanudación de las actividades y la prevención de déficits a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Genes N1, Chisolm-Straker M. Monoarticular arthritis update: Current evidence for diagnosis and treatment in the emergency department. *Emerg Med Pract.* 2012 May;14(5):1-19; quiz 19-20.
- Sattui SE, Singh JA, Gaffo AL. Comorbidities in Patients with Crystal Diseases and Hyperuricemia. *Rheum Dis Clin North Am.* 2014 May; 40(2):251-278.
- Grassi W, De Angelis R. Clinical features of gout. *Reumatismo.* 2012 Jan 19;63(4):238-45.

140/75. Abordaje de la enfermedad de Parkinson

Autores:

Expósito Molinero, C.; Villalba Baena, M.; Ruiz Medina, A.; Cantón Cuadrado, N.; del Río Caballero, A.; Ligerio Molina, M.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad "Jesús Cautivo". Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Resumen:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 64 años que en 2010 presenta un cuadro de acinesia facial, lateralización a la derecha y temblor de reposo en extremidad superior derecha.

Primer debut en 2007 con rigidez en las piernas y astenia generalizada. Lo achacó al cuidado de su marido enfermo de Alzheimer.

Estado anímico depresivo de 30 años de evolución a raíz del fallecimiento de su padre. Ha ido en aumento con frecuentes recaídas desde 2008.

Acude a consulta en 2010, que tras anamnesis, exploración, diagnóstico diferencial y analítica de estudio:

- Derivación a psiquiatría. Comienza con Venlafaxina Clorhidrato y Tranxilium por trastorno depresivo mayor.
- Derivación a neurología por sospecha de enfermedad de Parkinson.
- Valoración por enfermero de cupo:
- Test de Pfeiffer: 2. No alteración cognitiva.
- Índice de Barthel: 90. Dependiente moderado

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Fascies de máscara, lateralización a la derecha, postura encorvada y temblor de reposo en extremidad superior derecha. Exploración neurológica normal.

Analítica sanguínea:

- Hemograma normal.
- Bioquímica: Glucosa 82; Triglicéridos 110; Colesterol total 233; LDL 153; HDL 58; Creatinina 0.90; Sodio, Cloro y Potasio dentro de la normalidad. Ácido fólico y vitamina B12 normales.
- Perfil hepático normal.
- TSH 4.53 normal.
- Orina: Sedimento normal.

Resonancia magnética:

- Cerebral: Normal. Destaca hipocaptación del trazador a nivel de ambas regiones putaminales.
- Lumbosacra: Múltiples cambios degenerativos y hernia discal a nivel de L5-S1 con dudoso compromiso radicular.

JUICIO CLÍNICO

Parkinson asimétrico derecho de inicio tremórico. UP-DRS 32 y estadio II de Hoehn y Yahr. Inicio de tratamiento con: Rasagilina 1mg 1/24 h, Pramipexol 0.7mg 1/8 h, Stalevo 50mg (levodopa 50, carbidopa 12.5, entacapona 200) 1/8 h y Motilium 1/8h.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Temblo parkinsoniano: De reposo, asimétrico, afecta a manos y extremidades inferiores, micrografía, evolución progresiva, son raros los antecedentes familiares(1%), se suele acompañar de bradicinesia, rigidez y pérdida de reflejos posturales, no mejora con alcohol.

Temblo esencial: Postural, intencional, simétrico, afecta a manos, cabeza y voz, escritura temblorosa, evolución estable o lentamente progresiva, antecedentes familiares frecuentes (30-50%), mejora con alcohol, no se acompaña de otros síntomas.

En síndromes parkinsonianos como Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP), Degeneración corticobasal, Atrofia de Múltiples Sistemas, etc presentan desórdenes rígido/acinéticos de carácter simétrico, mientras que el Parkinson tiene carácter asimétrico.

En la enfermedad de Alzheimer la afectación cognitiva aparece en etapas tempranas, mientras que el Parkinson ocurre en etapas tardías.

En la demencia con cuerpos de Lewy los pacientes comienzan con demencia de forma temprana, mientras que en el Parkinson aparece de forma tardía.

COMENTARIO FINAL

Con una buena historia clínica y un conocimiento actualizado de la enfermedad y sus diagnósticos diferenciales, podemos llegar a un diagnóstico precoz desde Atención Primaria descartando otras patologías y así, realizar una adecuada derivación del paciente y poder tratarlo a tiempo en la fase temprana de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., Braunwald E. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Editorial McGraw Gill. México 2012. 17ª edición.
- Rodrigo Avello Á., Olga Benavides C., Pedro Chana-Cuevas, Germán Cueto U., Andrés de la Cerda S, Ramiro Fernández C., Ramón Jara V., Carlos Juri C., Cecilia Klapp S., Carolina Kunstmann R., John Tapia-Núñez y José M. Tirapegui S. *Consenso Nacional de Expertos: recomendaciones para el manejo del paciente con enfermedad de Parkinson*. Rev. Chil. Neuropsiquiatr; Santiago 2012; 50 (4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272012000400008&script=sci_arttext&tlng=en
- Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm#enfermedad





Índice de Autores

A

Agrela Torres, S.	36
Agudo de la Paz, M.	35
Aguirre Rodríguez, J.	31
Alfredo Ortiz Arjona	14
Almagro Martín-Lomeña, V.	29
Alonso Ortega, N	52
Alonso Pino, M	42, 65, 67, 68
Ana Martínez Cañavate	11
Ana Rosa Jurado López	2, 10
Antonio Hidalgo Requena	8
Antonio Hormigo Pozo	2, 4, 5, 6
Antonio Ortega Cabezas	2, 13, 14
Aparicio Cervantes, M.	29
Arce Corcuera, R	44, 47, 58, 66
Ávila Rivera, J	57

B

Barroso Recasens, C	64
Becerra Muñoz, V	38, 71
Beigveder Montero, P.	29
Bellanco Esteban, P.	28, 39
Benitez Lafuente, A	32, 59, 62
Benítez Rivero, J.	28, 39
Boxó Cifuentes, J	53, 54, 55, 56
Bustamante Gómez, R	43, 64
Bustelo Gómez, I	42, 65, 67, 68

C

Cabrera Gómez, F.	29
Camacho Ibañez, J	48
Camarena Herrera, A	60, 61
Cantón Cuadrado, N	36, 51, 70, 72
Carreño Medina, D	52
Carrera Moyano, B	43
Carrera Vera, M.	29
Castro Moreno, J	57
Cava García, M.	28
Cobo Muñoz, J	71
Contreras Chova, F.	31
Cristóbal Trillo Fernández	7
Cuesta Plata, A	57

D

de Cruz Benayas, M.	31, 34
de la Casa, M	48
de la Fuente Rodríguez, J.	30
Del Castillo Tirado, F.	37, 71
del Río Caballero, A	36, 51, 69, 70, 72
de Tena Baquerizo, L	57
Díaz Mingorance, A.	31
Díez Moreno, R.	35
Domínguez Mora, M	32

E

Enrique de Toro Torres	25
Estrada López, M	45, 46, 48
Expósito Molinero, C	36, 51, 69, 72

F

Fernández Baena, M.	28
Fernando Navas Crespillo	25
Flores Acosta, J	57
Flores Cebada, E.	39
Francisco Atienza Martín	7, 26
Francisco Casas Maldonado	15, 19
Francisco Herrera Fernández	12

G

Gabriel Jiménez Moral	25
Gallego Galvez, M.	28
Galobart Morilla, P	48
Gálvez Moral, J.	41
García Aparicio, M	29, 69, 70
García Hidalgo, M	71
García López, A	30
García Moreno, S	43, 64
Garrido Pazos, M	59
Gloria Mateo González	23
Gómez Fernández, M	35
Gómez García, M	28
Gómez Pacheco, M	57
Gómez Sánchez-Lafuente, C	60, 61
González Gala, A	57
Guitérrez Ruiz, R	68

H

Hidalgo Requena, A. 41

I

Inés Bonilla Garríguez 2, 21

Irún Delgado, P. 42, 65, 67, 68

J

Jesús Vergara Martín 2, 23

Jorge Martín, N. 60

José Escribano Serrano 15

José Mancera Romero 2, 4, 5, 6, 23

Juan Antonio Gil Campoy 2, 10

Juan Carlos García González 12

Juan Carlos Villalobos Martín 27

K

Kuhn González, M. 37

L

Lavalle Guevara, C. 58

León Sánchez, M. 35

Leovigildo Ginel Mendoza 2, 15

Ligero Molina, M. 69, 70, 72

Lobato Martínez, R. 30, 33

López de la Cova Peña, A. 37, 71

López García, J. 32

López Luque, E. 53, 54, 55, 56

Lóriz Peralta, O. 34

Luis Hidalgo Rojas 15

M

Machuca Albertos, M. 39

Macías Delgado, T. 33, 59

M^a Jesús Alonso Llamazares 13

Manzano Guzman, A. 32

M^a Reyes Díaz Osto 9

María Rosa Sánchez Pérez 2

Márquez Casado, M. 35

Márquez Cera, J. 43

Márquez López, A. 37

Martín Ansede, E. 39, 40

Martincano Gómez, J. 37

Martín Cantero, M. 49

Martínez Faure, J. 30

Martínez Prieto, V. 35, 45, 46, 48

Martos Bares, I. 31

Mazano Guzmán, A. 32

Mercedes Ramblado Minero 22

Montes Montes, R. 35

Montoro Antón, A. 31

Moraleta Barba, S. 37

Muñoz González, L. 37, 38, 39, 49, 50, 60, 61, 63, 71

Muñoz Jiménez, B. 46, 48

Muñoz Puentes, M. 45, 46, 48

N

Navarro Agüera, J. 41

Navarro Quesada, F. 35

Nicola, C. 44, 66

O

Ortiz Mejía, A. 41

P

Palomo Cobos, C. 33, 59, 62

Paniagua Gómez, F. 37, 38, 71

Papeleo Pérez, R. 30

Parent Mathias, V. 50

Parra Sánchez, J. 66

Pascual Suaza, C. 42, 65, 67, 68

Perea García, J. 37, 49, 50

Perez Aquino, J. 32, 33

Pérez Ardanaz, B. 39, 40

Pérez Castro, M. 37, 38, 49, 50, 60, 61, 71

Pérez Durillo, F. 31

Pérez Durillo, J. 31

Pérez Eslava, M. 39

Pérez Gamero, M. 43

Pérez Pérez, F. 30, 33

Perez Pinilla, J. 48

Pérez Sánchez, J. 60

Poyato Ramos, R. 39, 40

Pozo Cascajosa, A. 35, 37, 45, 46, 48

Prieto Alfonso, R. 32, 33, 59, 62

R

Rafael Ángel Castro Jiménez	25
Rafael Gómez García de Castro	11
Ramblado Minero, M	32, 33, 59, 62
Rangel González, J	42, 65, 67, 68
Raya Rejón, A.	31, 34
Redondo Salvador, M	53, 54, 55, 56
Reina González, R	38, 49, 50, 60, 61, 63, 71
Rivas Martínez, M	71
Roldán García, S	64
Romero Morilla, S	46
Rosa Ramos Guerrero	22
Ruiz Gómez, J.	41
Ruiz Medina, A	36, 51, 69, 70, 72
Ruiz Tajuelo, S.	35

S

Sampedro Abascal, C	48
Sánchez Martínez, M	71
Sánchez Ortega, M	52
Sánchez Ortiz, J	60
Sánchez Salado, J.	30, 33
Sánchez Silvestre, A.	29
Santos de la Rosa, A	57
Sarmiento Jiménez, F.	28
Sillero Sillero, C.	41
Solana Moreno, M.	31

T

Teodoro Macías Delgado	22
Torres Cornello, M	57

V

Valverde Albacete, J.	30
Vicente Pastor Galiano	4
Villa Caro, R	57
Villalba Baena, M	36, 51, 69, 70, 72
Villarejo Villar, A.	31



