

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 4 • Vol. 4 • Mayo 2015

ISSN: 2254 - 4410

10º Congreso Andaluz

*de Médicos de
Atención Primaria*

SEMERGEN
Andalucía



Islantilla
(Huelva)

28, 29 y 30 de Mayo 2015
Puerto Antilla Grand Hotel



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

www.congresosemergenandalucia.com
info@congresosemergenandalucia.com

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

Comité editorial:

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Consejo Editorial:

Comité Organizador:

Presidente

Dr. D. José Bueno Vázquez
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Distrito Sanitario Huelva Costa.

Vocales

Dr. D. Antonio Álvarez Ollero
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Aljaraque. Bellavista. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva.

Dra. D^a. María Jesús Camacho Herrera
Médico de Familia. Directora de Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva.

Dr. D. Tomás Remesal Barrachina
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Isla Cristina. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva.

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

Comité Científico:

Presidenta

Dra. D^a. Inés Bonilla Garrigüez
Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Los Rosales. Distrito Sanitario Huelva Costa.

Vocales

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Médico de Familia. Director Unidad de Gestión Clínica de Aracena. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Huelva.

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. Director Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Distrito Sanitario de Sevilla.

Dra. D^a. María Trinidad Muñoz Romero
Médico de Familia. Responsable de Gestión Clínica Huelva Centro. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva.

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero
Médico de Familia. Responsable de vigilancia de la salud de la UPRL. Distrito Sanitario Huelva.

Dr. D. José Carlos Pastoriza Vilas
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva Costa. Huelva.

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

Dra. D^a. Isabel Carrillo Abadía
Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Moguer. Huelva.

Dr. D. Miguel Pedregal González
Médico de Familia. Técnico de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva.

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

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. 699 626 586

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



SEMERGEN Andalucía

© Copyright 2015 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:

Continuando con la trayectoria de años anteriores publicamos el cuarto número de la revista electrónica de SEMERGEN-Andalucía: "Revista Andaluza de Atención Primaria".

En la revista se publican los resúmenes de las mesas, talleres y de todas las comunicaciones admitidas por el comité científico del 10º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria celebrado en Islantilla (Huelva).

Con esta publicación pretendemos ser un referente en la potenciación de la investigación en Atención Primaria en Andalucía. En este congreso ha destacado la participación de los médicos residentes que han contribuido con numerosas comunicaciones y proyectos de investigación. Esta iniciativa editorial nos permite mostrar nuestro reconocimiento al esfuerzo personal de todos los médicos de familia, jóvenes y no tan jóvenes, que han participado con sus trabajos.

El congreso ofrece una amplia y variada oferta formativa con la intención de actualizar los numerosos campos de conocimiento y el mapa de competencias que debe dominar un médico de familia.

Semergen se adhirió al proyecto del Ministerio de Sanidad de "compromiso por la calidad de las sociedades científicas" y en esta línea se ofertan varios talleres sobre las recomendaciones "No hacer" que tienen como objetivo promover el uso más eficaz de los recursos tanto en relación a los tratamientos como a los test diagnósticos.

Por primera vez en nuestro congreso se realizan de forma paralela "Las jornadas de atención a la cronicidad" con la participación de directivos del Servicio Andaluz de Salud, representantes de todas las sociedades de médicos de atención primaria, de enfermería, de medicina interna y trabajadores sociales. El objetivo finalista es la identificación de los pasos y tiempos concretos para implantar, monitorizar avances y evaluarlos y consolidar las actividades que han demostrado utilidad en la atención a la cronicidad. El resultado de las jornadas se concretará en un documento de consenso que recogerá los pasos a seguir y que será evaluado en cuatro años, lo que indica la voluntad de continuidad que tiene este proyecto.

Las jornadas han supuesto un importante esfuerzo organizativo por parte de SEMERGEN-Andalucía y esperamos que sean útiles para afianzar el papel de la Atención Primaria como eje de la atención a los pacientes crónicos e impulsar la colaboración entre todos los niveles sanitarios y no sanitarios implicados en la atención a estos pacientes.

Por último agradecer al Comité Científico el importante trabajo realizado en la preparación del contenido científico del congreso y en la evaluación de las numerosas comunicaciones recibidas.

Dra. D^a Maria Rosa Sánchez Pérez
Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos SEMERGEN Andalucía

TALLERES

Taller: Diagnóstico de las Arritmias en Atención Primaria.

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Las arritmias son un frecuente motivo de consulta en Atención primaria, bien porque el paciente consulte por palpitaciones, disnea, cansancio, etc, o bien por tratarse de hallazgos casuales en estudios electrocardiográficos de rutina a pacientes crónicos: diabéticos e hipertensos, sobre todo.

El médico del primer nivel asistencial debe de estar familiarizado con las principales arritmias para saber manejarlas sin perder la tranquilidad y decidir cuales precisan tratamiento y cuáles no, y en caso de precisar algún tratamiento saber decidir si éste debe administrarse de forma urgente.

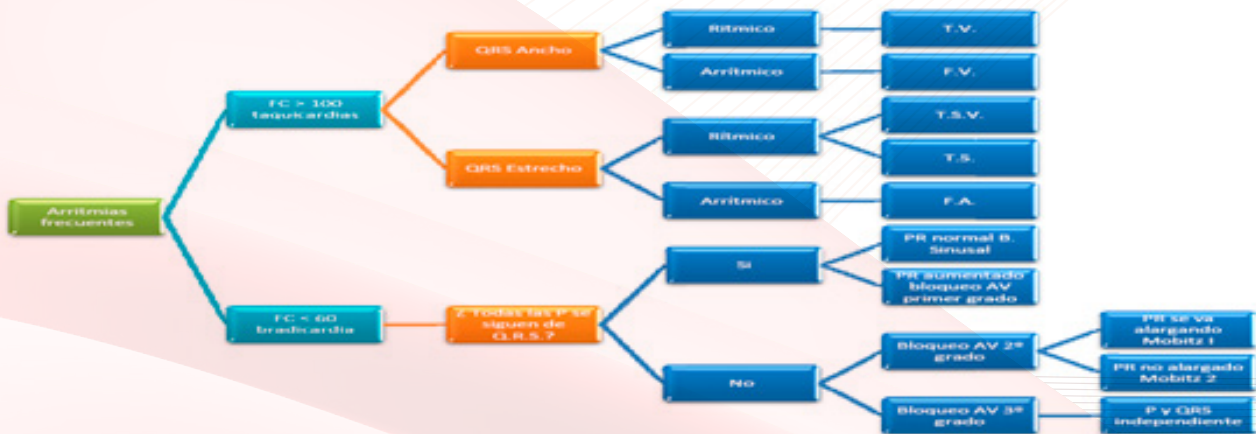
Para introducirnos en el manejo de las arritmias debemos de seguir un procedimiento sistemático para la interpretación de los electrocardiogramas, y no dejarnos llevar por alteraciones más o menos llamativas que puedan hacer perder la visión global del trazado. En primer lugar, aunque de escasa importancia para la interpretación de las arritmias, calcularemos el eje cardiaco (de forma rápida, valorando sólo las derivaciones I y AvF): el eje normal, tiene un trazado positivo en ambas derivaciones.

A continuación analizaremos la velocidad del tra-

zado (bradicardias, menos de 60 latidos por minuto y taquicardias si son más de 100) y seguiremos con la amplitud del QRS para obtener trazados con QRS ancho (más de 3 cuadritos de 1 mm) y QRS estrecho (o normal). Si el trazado es rítmico o arrítmico nos aportará la información definitiva para clasificar las principales arritmias; así tendremos, por ejemplo: taquicardias con QRS estrecho y arrítmicas (o dicho de otro modo fibrilación auricular) o taquicardias con QRS estrecho rítmico (como podría ser la taquicardia sinusal o la taquicardia supraventricular), entre otras muchas posibilidades (ver esquema).

Por último, analizaremos el segmento PR para detectar posibles bloqueos auriculoventriculares, y dependiendo de la relación entre la onda P y la onda R obtendremos bloqueos de grado I, II (con variantes Mobitz 1 y Mobitz 2) y grado III.

En resumen valoraremos diferentes electrocardiogramas y decidiremos qué tipo de tratamiento farmacológico o eléctrico precisan en cada caso: Beta bloqueantes, digoxina, antagonistas del calcio, amiodarona y sus respectivos antídotos, y posibilidades de desfibrilación o cardioversión.



Taller: Individualización del tratamiento con Insulina

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Cuando diagnosticamos a un paciente como diabético nos planteamos cuál es la mejor opción farmacológica, aparte de las recomendaciones acerca de la dieta, del ejercicio y del abandono del tabaco.

Según todas las guías el primer fármaco de elección es la metformina, a la cual podemos ir añadiendo fármacos si no conseguimos los objetivos de control que nos propusimos para nuestro paciente. La insulina es uno de los fármacos a nuestro alcance, y debemos de pensar en ella como una opción más, por tanto no se trata de un castigo para nosotros ni para nuestro paciente; es más, dependiendo de la

simptomatología con que debute la diabetes, o dependiendo de las cifras de HbA1c de partida, incluso puede ser el primer tratamiento a elegir.

¿Cómo insulinar? En el taller veremos, de forma práctica cuándo y cómo insulinar, así como que tipo de insulina puede ser más adecuado en cada caso.

Desde una insulinización basal, manteniendo o modificando la dosis de los antidiabéticos orales, si los hubiese, pasaremos a una terapia basal plus, a una basal plus plus, y a una bolo basal. Pero también veremos las indicaciones y uso de las mezclas de insulina, bien desde el inicio con 2 dosis, si los valores de HbA1C

son muy elevados, o tras no conseguir objetivos con una dosis de insulina basal. Así poco a poco iremos intensificando el tratamiento, bien con 3 dosis de mezcla o bien con 2 dosis de mezcla y una de insulina rápida

(“mezcla plus”), hasta llegar a la terapia bolo basal.

Veremos diferentes casos clínicos y de forma práctica decidiremos entre las diferentes posibilidades a nuestro alcance.

Taller: Patología Urogenital. C. Próstata

Dr. D. Leandro Fernández Fernández

El taller de Diagnóstico y manejo del cáncer de próstata, pretende que el médico de Familia se enfrente a situaciones de sospecha diagnóstica de cáncer de próstata, así como al manejo, consejo y seguimiento del paciente con carcinoma de próstata confirmado.

Partiendo de varios casos clínicos, repasaremos los métodos de diagnóstico, motivos de derivación, consejo ante el paciente diagnosticado de Carcinoma de próstata, seguimiento del mismo, técnicas de tratamiento y seguimiento postoperatorio, manejando de una forma global al paciente con neoplasia prostática.

Taller: Dejar de hacer en pruebas complementarias

Dr. D. Javier López Aguilar

Un apartado fundamental dentro de la gestión clínica, es la utilización de pruebas complementarias, basadas en la mayor evidencia posible. Se piden muchas pruebas en consulta de atención primaria debido a la rutina, la presión de los usuarios, la medicina defensiva o basándonos en guías/protocolos con un bajo nivel de evidencia. El taller tiene como finalidad el ser críticos con lo que hacemos en nuestra práctica

diaria, intentando ser lo más eficientes posibles, es decir, utilizando los recursos necesarios y adecuados para llegar al fin propuesto. Evitando de esta manera la utilización de pruebas complementarias inadecuadas o de dudosa fiabilidad, que aumentan el gasto sanitario y además, pueden llevarnos a conclusiones confusas e incluso erróneas.

Taller: Herramientas para la Seguridad del paciente

Dr. D. Francisco Tomás Pérez Durillo

Los sanitarios deben considerar los posibles daños que sus acciones pueden provocar y que la asistencia sanitaria realizada con las mejores intenciones puede tener consecuencias indeseables, además de las deseadas. A pesar de ello, la seguridad del paciente suele ser un tema poco tratado en Atención Primaria debido entre otros motivos a que los profesionales sanitarios no suelen recibir una formación reglada respecto a la misma.

La elevada frecuentación de la población en nuestro nivel de atención hace que sean numerosos los pacientes afectados. Aproximadamente 7 de cada 100 ciudadanos se ven afectados en un año, según el conocido estudio español APEAS, siendo graves el 7,3% de los mismos y, lo que es más trascendente, de éstos el 80% son evitables. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados.

Por ello resulta necesario integrar la cultura de la seguridad del paciente en nuestro quehacer diario promoviendo, tanto en profesionales sanitarios como

en los pacientes, el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente, estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos así como implantando prácticas seguras en los centros sanitarios.

Entre las herramientas y sistemas de los que disponemos se encuentran:

- Realización de Mapas de Riesgos para la identificación de riesgos.
- Empleo de Matrices de Riesgos o del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) con el fin de llevar a cabo un análisis proactivo de los riesgos detectados.
- Uso del Análisis de Incidentes Clínicos (AIC) o del Análisis de Causa Raíz (ACR) para realizar un análisis reactivo de los incidentes.
- Notificación de eventos adversos a través de sistemas centralizados como el del Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía.
- Trabajo compartido con los pacientes con iniciativas como la de Pacientes por la Seguridad del Paciente.

Taller: Salud Laboral: Gestión de IT y Enfermedad Profesional

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero

El Taller tiene como objetivo proporcionar conocimientos Salud laboral con el fin de atender las demandas más frecuentes que se presentan en la consulta diaria de los médicos de Atención Primaria y para ello

nos centraremos específicamente en conocer la normativa aplicable en la Incapacidad Temporal, de las Sospechas de Enfermedades Profesionales y de otras prestaciones y adquirir habilidades para su adecuada

gestión en la consulta del médico de familia.

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
- Casos Prácticos

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 Prácticos

Taller: Prescripción prudente y medicina mínimamente disruptiva: ¿nuevas perspectivas?

Dr. D. Francisco J. Atienza Martín

La medicalización de la vida y el exceso de consumo de medicamentos constituyen un problema de salud pública por los efectos adversos derivados de su uso. En atención primaria casi la mitad de los incidentes de seguridad se deben al uso de medicamentos.

Es imprescindible que los médicos adoptemos actitudes que lleven a una prescripción prudente desde una óptica de atención holística del paciente, con una adecuada evaluación de la adecuación de los medicamentos para evitar la polimedición no justificada.

Desde esta perspectiva holística también es necesario valorar la capacidad de los pacientes, especialmente en el caso de los ancianos frágiles, para realizar toda la carga que suponen sus enfermedades en su vida diaria, adaptando el régimen terapéutico (medicación, dieta, pruebas diagnósticas, visitas...) a sus recursos para llevarlo a cabo.

Aquí aparece el concepto de medicina mínimamente disruptiva que intenta adecuar la carga de la enfermedad a los recursos del paciente.

Taller: Cirugía Menor

Dr. D. Antonio Álvarez Ollero

Dr. D. Plácido Navarro Camacho

Sr. D. José Antonio Alfonso Maestre

Sra. D^a. María Luisa Brioso Díez

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Menor ambulatoria incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Se encuentra incluida en España como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de Atención Primaria desde 1995 (RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones) apareciendo definida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003. Esta práctica se encuentra regulada por el RD 1277-2003 de 10 de Octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Su desarrollo en el ámbito de Atención Primaria ha demostrado ser costo eficiente, disminuyendo los tiempos de espera y evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes. Además los estudios realizados demuestran una concordancia clínico-patológica y una mayor satisfacción de los usuarios.

Los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía necesitan, entre otras, de intervenciones básicas, encaminadas a garantizar la independencia del

paciente en la realización de autocuidados y/o derivados de las respuestas humanas del paciente ante la cirugía realizada, en un entorno adecuado de información, seguridad, confidencialidad y confort.

La práctica de la Cirugía Menor deben estar acompañadas de:

- Circuitos que permitan la confirmación anatomopatológica de las lesiones.
- Protocolos de seguimiento para la atención al dolor postquirúrgico.
- Protocolos que garanticen una práctica segura. Consentimiento informado y hoja de recomendaciones para el paciente.

El grupo de trabajo de expertos, mediante técnicas de consenso, sustentándose en manuales editados sobre la práctica de la Cirugía Menor determina realizar una clasificación de ésta en base al tipo de procedimiento a realizar, requisitos que deben de cumplir las instalaciones dónde éstas se realicen, y la formación que los profesionales deben de poseer para su realización; de manera que se determina que:

- Cirugía Menor Básica, (en adelante cmB)

- Se considera que la cmB es aquella que da

respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CIE9 MC: 86. 3; 86. 04; 86. 05; 86. 22; 86. 25.

- Podría ser realizada en todos los centros de salud que dispongan de una sala dónde se encuentre accesible un equipo de Reanimación Cardio-Pulmonar Avanzado.
- Los enfermeros/as han de haber superado un curso básico acreditado sobre las intervenciones específicas de la cmB y tener formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.

- Cirugía Menor Avanzada, (en adelante cmA)

- Sólo podrían realizarla profesionales que tengan acreditada su formación para ello.
- En los centros en que se realice se necesitaría disponer de otro tipo de instalaciones más complejas.
- Se considera cmA aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en el CIE9 MC: 86. 01; 86. 2; 86. 11; 86. 23; 86. 24; 86. 27.
- Podría ser realizada en todos los centros de salud que dispongan de una sala específica para la realización de este tipo de procedimientos y que deberá de cumplir las características definidas para tal fin.
- Los enfermeros/as han de haber superado un curso acreditados sobre las intervenciones específicas de la cmA así como un periodo de tutelaje práctico de al menos 210 horas y la formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.

OBJETIVOS

- Asumir en la consulta de Atención Primaria los procedimientos sencillos, realizados sobre piel o tejido celular subcutáneo, con anestesia local y en los que no se esperan complicaciones postquirúrgicas importantes.
- Mejorar la accesibilidad del paciente a los procedimientos de Cirugía Menor y al mismo tiempo su satisfacción al ser realizados por su médico en su centro de salud evitando esperas de citas y desplazamientos innecesarios.

CARTERA DE SERVICIOS

La Cirugía Menor comprende los procedimientos codificados en la CIE9 MC siguientes:

• CmB

86. 3. - Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Destrucción de piel por cauterización, criocirugía, electroterapia con bisturí eléctrico.

86. 04. - Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.

86. 05. - Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo.

86. 22. - Desbridamiento escisional de herida, inci-

sión o quemadura. Extracción mediante incisión de escara, necrosis y/o tejido desvitalizado.

• CmA

86. 01. - Aspiración de piel o tejido subcutáneo.

86. 2. - Escisión de piel y tejidos subcutáneo local.

86. 11. - Biopsia de piel y tejido subcutáneo.

86. 23. - Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña.

86. 24. - Quimioterapia de piel. Pelado quirúrgico de piel con nitrógeno líquido.

86. 27. - Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña.

682. 9. - Abscesos.

681. 00. - Absceso de dedo de mano.

681. 10. - Absceso de dedo de pie.

680. 9. - Forúnculos.

681. 02. - Panadizo dedo de mano.

681. 11. - Panadizo dedo de pie.

703. 0. - Uñas encarnadas.

078. 10. - Verrugas virales o papilomas.

078. 12. - Papiloma o verruga plantar.

214. 1. - Lipomas (valorar el grado de molestia, irritación o dolor a causa del crecimiento, así como su localización y tamaño, no abordable si es > 4-5 cm.)

879. 9. - Herida abierta de localización no especificada sin mención de complicaciones.

884. 0. - Herida no especificada de miembro superior sin mención de complicación.

894. 0. - Herida no especificada de miembro inferior sin mención de complicación.

729. 6. - Cuerpo extraño residual en tejido blanco.

215. 9. - Neoplasia benigna de tejido conjuntivo y otro tejido blando: Fibroma.

706. 2. - Quiste epidérmico o epidermoide.

216. 9. - Nevus.

702. 0. - Queratosis actínica.

702. 19. - Queratosis seborreica.

701. 1. - Hiperqueratosis NEOM.

702. 8. - Cuerno cutáneo.

078. 0. - Molusco contagioso.

228. 01. - Angioma puntiforme: punto rubí.

Quedan excluidas todas aquellas lesiones malignas o con presunción de malignidad.

CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso.
- Tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requieren un tiempo superior a una hora.
- Intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la cirugía.
- Domicilio en isócrona de una hora como mínimo, con respecto a un centro sanitario.
- Paciente con tratamiento anticoagulante, sin preparación previa.
- Alergia a anestésicos locales.
- Deterioro cognitivo que impida la correcta interpretación o comprensión por parte del paciente de la información que se le facilita, e impida la firma del consentimiento informado.

CONTRAINDICACIONES

- Contraindicaciones absolutas:

- Lesión sospechosa de malignidad.
- Lesiones puramente estéticas.
- Antecedentes personales de alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa).

- Contraindicaciones:

- Localización
 - Cara y cuello.
 - Fosa supraclavicular (pleura).
 - Axila (plexo y vasos braquiales).
 - Ingle (nervio y vasos femorales).
 - Epitróclea (nervio cubital).
 - Cara antero-externa de la rodilla (nervio ciático-poplíteo externo).
 - Cara palmar de la muñeca (nervio mediano y cubital y arterias radial y cubital).
 - Caras laterales de los dedos (nervios digitales).
- Antecedentes personales.
- Tratamiento con anticoagulantes orales o heparina. El tratamiento con antiagregantes plaquetarios que no puedan retirarse con antelación a la intervención.
- Cardiopatía isquémica grave.
- Vasculopatía periférica grave.
- Diabetes mellitus mal controlada.
- Insuficiencia respiratoria, renal o hepática grave.
- Coagulopatía.
- Déficit inmunitario (no entrarían en esta categoría los seropositivos para el VIH sino han desarrollado SIDA).
- Portador de marcapasos o desfibrilador (si va a utilizarse bisturí eléctrico).
- Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides.

- Alteraciones que cursan con atrofia cutánea o que interfieren con una normal cicatrización (senilidad extrema, daño solar crónica, esclerodermia, hipoproteinemia, hipercortisolismo, porfirias...).
- Pacientes poco colaboradores (intoxicados, agitados...).
- Pacientes especialmente lábiles o con antecedentes de lipotimia frecuentes.

No obstante, en la descripción de los procedimientos se especifican las contraindicaciones concretas para cada uno de ellos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TALLER DE CIRUGÍA MENOR

OBJETIVO GENERAL

Poner en marcha un programa de Cirugía Menor en Atención Primaria y actualizar conocimientos y técnicas básicas en el mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la estructura de una consulta de Atención Primaria de Cirugía Menor, organización, dotación necesaria y documentación.
- Conocer/actualizar fármacos, material fungibles, suturas e instrumental necesario.
- Conocer/actualizar conocimientos en las estructuras anatómicas de la piel.
- Conocer/actualizar lesiones abordables en la Cirugía Menor en Atención Primaria.
- Conocer/actualizar criterios de inclusión y exclusión. Qué derivar a Atención Especializada.
- Limitaciones, preparación y maniobras quirúrgicas elementales.
- Conocer/actualizar complicaciones y contraindicaciones de la Cirugía Menor.

Taller: Demencias: Proyecto “Al lado”

Dra. D^a. Inés Bonilla Garríguez

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 ó 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 Atención a los últimos días en el domicilio: Sedación y vía subcutánea

Dr. D. Tomás Camacho Pizarro

Sra. D^a. Rosa Pérez Espina

Sra. D^a. Sonia García Navarro

Resumen:

- Definición de situación de últimos días.
- Aspectos prácticos en el control de síntomas y cuidados de confort en la fase agónica.
- Descripción de la vía subcutánea, indicación de uso, fármacos utilizables, asociación de fármacos posibles, dispositivos de infusión.
- Pautas de sedación en la agonía.
- Comunicación en los últimos días.
- Marco legal.

Los Cuidados Paliativos constituyen un enfoque terapéutico por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la meticolosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Se define la situación terminal como la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Concurren síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención. La enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible.

Cada año en Andalucía se diagnostican 25.000 casos nuevos de cáncer, falleciendo por este motivo unas 15.600 personas lo que supone cerca del 24% del total de fallecimientos, siendo la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos. Si a esto añadimos otras patologías potencialmente susceptibles de desembocar en situación terminal (McNamara et al 2006)¹ como son: insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, EPOC, ELA y enfermedades de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer y SIDA, la población diana susceptible de recibir cuidados paliativos en nuestra Comunidad Autónoma se acerca a las 30.000 personas al año. La proporción de pacientes que requerirán atención por los recursos avanzados de cuidados paliativos se estima entre el 60-65% del total de pacientes en situación terminal, siendo el restante 35-40%, casos de menor complejidad, atendidos por los recursos convencionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

La Medicina Paliativa trata de recuperar el arte básico de cuidar a las personas que padecen una enfermedad terminal, con la finalidad de aliviar el sufrimiento y aportar dignidad en la fase final de la vida.

Los Médicos de Familia son los profesionales encargados de la atención sanitaria más cercana y directa del ciudadano, desde el inicio de la adoles-

encia hasta el final de la vida, mediante una visión integral de sus problemas de salud. Esta posición de privilegio dentro del sistema sanitario es la que con frecuencia nos sitúa en la fase final de la vida de nuestros pacientes, motivo por el que debemos mantener el mejor grado de competencia para aportar los mejores cuidados posibles al paciente y a su entorno más cercano. Se estima que un Médico de Familia con un cupo de alrededor de 1.500 pacientes, puede atender a lo largo de un año entre 3 y 5 pacientes terminales, algunos de los cuales, fundamentalmente en el medio rural y aportándoles la mejor atención, podrán morir en su domicilio. Con un conocimiento adecuado del arsenal terapéutico habitual en cuidados paliativos y nociones básicas de administración de los fármacos por las vías menos agresivas, podemos abordar con garantías los últimos días de vida de nuestros pacientes en su domicilio; esto suele generar, por una parte una gran satisfacción personal a los profesionales implicados, al comprobar la eficacia y trascendencia de sus actuaciones, y por otra un enorme sentimiento de gratitud de la familia por el apoyo prestado en esta fase tan crítica de sus vidas.

La situación de agonía o de últimos días es la fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente. Se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de días, en el curso de una enfermedad con diagnóstico y pronóstico sin posibilidad de tratamiento curativo.

En esta actividad docente ponemos a disposición de los Médicos de Familia la información científica más actualizada sobre conceptos generales de la situación de últimos días, marco legal en el que nos desenvolvemos, características técnicas de la vía subcutánea con indicaciones de uso, fármacos utilizables, asociaciones posibles, formas de infusión, dispositivos de infusión, ventajas e inconvenientes y nociones prácticas sobre hipodermocclisis. Abordamos también recomendaciones sobre los cuidados generales de confort del paciente en los últimos días de vida, así como estrategias de control de síntomas, indicación de sedación paliativa y uso de la farmacología más adecuada para el alivio del sufrimiento a través de una vía de administración cómoda, útil y eficaz, normalmente exenta de complicaciones, como es la Vía Subcutánea. Comentaremos también aspectos prácticos relacionados con la entrada en vigor de la Ley 2/2010 de 8 de abril, publicada en BOJA el 7 de mayo de 2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Durante el desarrollo del taller escenificaremos, de manera muy práctica, aspectos esenciales de coordinación entre el Equipo de Atención Primaria y el Dispositivo de Cuidados Paliativos, para garantizar la continuidad asistencial y proporcionar la mejor atención posible al paciente en situación terminal y a su familia.

¹ McNamara B, Rosenwax LK, Colman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32:5-12

Taller: Fibrilación Auricular y Anticoagulantes Directos Orales

Dr. Antonio José Fernández Romero

EL ABC DE LA F. A.

PERTINENCIA de la ponencia

La Fibrilación Auricular es la arritmia cardiaca más frecuente, llegando prácticamente al 20% de la población > de 80 años. A su vez, es uno de los motivos más frecuentes de consulta a Urgencias; y por lo tanto, su manejo es crucial.

El manejo de esta entidad por personal sanitario no especializado en Cardiología siempre ha supuesto mucha incertidumbre, seguramente debido a varios motivos: las situaciones clínicas de los pacientes con Fibrilación Auricular son muy diversas, las guías clínicas para su manejo han cambiado varias veces, han surgido fármacos nuevos en los últimos años y por el respeto al manejo de antiarrítmicos por sus posibles efectos secundarios. Todo ello ha llevado al desarrollo de múltiples algoritmos terapéuticos, ligeramente diferentes en cada centro.

El manejo de la Fibrilación Auricular siguiendo esta técnica del "ABC" es fácilmente recordable, le permite a todo médico seguir el mismo orden en la farmacopea y con ello unificar algoritmos de manejo. Además, este "ABC" está fundamentado en lo redactado en las guías de manejo de la Fibrilación Auricular por la Sociedad Europea de Cardiología.

RESUMEN

La Fibrilación Auricular (F. A.) es la arritmia cardiaca más prevalente. En el ECG se aprecia un trazado de base fibrilado con complejos QRS siempre arrítmicos.

Se debe a una actividad eléctrica completamente desorganizada en la aurícula izquierda, por lo que hay que sospecharla en pacientes con aurícula izquierda enferma y dilatada: valvulopatías (estenosis e insuficiencia mitral, estenosis aórtica...), hipertensos con cardiopatía hipertensiva y en la cardiopatía senil.

Se habla de F. A. paroxística cuando cardiovierte a ritmo sinusal espontáneamente en <48 horas; de F. A. persistente si dura > 7 días o requiere cardioversión eléctrica o farmacológica y de F. A. permanente cuando se decide no intentar cardiovertir y permanecerá en F. A. toda la vida.

El manejo básico de todo paciente con F. A. se fundamenta en lo que podemos resumir como: "el ABC de la F. A. ": A de Anticoagulación, B de bradicardizar (control de Frecuencia Cardiaca según las guías) y C de cardiovertir (control del ritmo según las guías). Este algoritmo se puede seguir para todo tipo de F. A. y para todo tipo de pacientes con F. A.

Pero antes de empezar a utilizar fármacos, hemos de asegurarnos si el paciente lleva más o menos de 48 h con la F. A. ya que si llevara más de este tiempo o si fuera de cronología indeterminada, estaría contraindicado cardiovertir al paciente si no estuviera anticoagulado previamente; salvo si existiera inestabilidad hemodinámica.

El tratamiento fundamental que más ha demostrado reducir morbilidad en la F. A. es Anticoagular al

paciente cuando esté indicado, y para ello las últimas guías clínicas aconsejan anticoagular cuando el paciente tenga al menos 1 criterio de la escala CHA₂DS₂-VASc, cuyo acrónimo se explica en la tabla adjunta. Aunque también hay que tener en cuenta que existe un riesgo alto de sangrado si tuviera al menos 3 puntos de la escala HASBLED (ver tabla). La anticoagulación se puede realizar con Heparinas (HBPM como paso previo a la ACO), con ACO (warfarina o acenocumarol) o con los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán o apixabán) si se cumplieran los requisitos del visado del Ministerio de Sanidad.

Bradicardizar significa que debemos cumplir el objetivo de controlar la Frecuencia Cardiaca del paciente con F. A. en menos de 110 spm en reposo (es un control no estricto tal como se ha demostrado en un ensayo clínico). Se aplicaría si procede (no procede si la F. A. del paciente ya estuviera bien controlada aún sin medicación). El fármaco bradicardizante de elección son los Betabloqueantes, dejando en 2º lugar si no pudiesen utilizarse (asma bronquial...) estos a los calcioantagonistas no dihidropiridínicos (verapamil o diltiazem). La digoxina está indicada para bradicardizar si el paciente estuviera en reposo (como en urgencias) o tuviera poca actividad física (ancianos) y sobre todo en situaciones de F. A. + Insuficiencia cardiaca (por ser inotrópico +)

Cardiovertir a ritmo sinusal en caso que estuviera indicado (no en F. A. permanente) y si se puede (si llevara menos de 48h desde el inicio de la F. A.). Los antiarrítmicos flecainida o propafenona son los indicados en 1ª línea si no existe cardiopatía: no antecedentes patológicos en la anamnesis (descartar HTA de larga evolución o con polifarmacia), exploración sin signos patológicos, Rx Tórax sin cardiomegalia ni datos de fallo ventricular, ECG sin hallazgos patológicos aparte de la F. A. Previo al uso de estos antiarrítmicos se debe bradicardizar (si procede) al paciente con betabloqueantes o calcioantagonistas. La amiodarona sería el antiarrítmico de elección para cardiovertir a pacientes con antecedentes de cardiopatía. La dronedarona un antiarrítmico parecido a la amiodarona pero sin Yodo (evita efectos secundarios), puede usarse en todo tipo de pacientes salvo en aquellos con insuficiencia cardiaca aguda o crónica grado III-IV de la NYHA.

En Urgencias, el método más rápido y eficaz de cardioversión es la Cardioversión eléctrica (CVE). Se puede realizar una vez verificado que el paciente lleva menos de 48 horas ó que lleva correctamente anticoagulado durante al menos 1 mes previo. El paciente ha de firmar un consentimiento informado ya que es una maniobra no exenta de complicaciones (1-3%). En ayunas de al menos 4 horas, con vía venosa periférica y suero fisiológico, bajo monitorización ECG, tensiómetro y pulsioximetría; oxigenación correcta y con el material preparado de vía aérea. Se pueden utilizar las planchas o parches del desfibrila-

dor en posición esternal-apex, Se seda al paciente con bolos de midazolam y/o propofol (1 mg/kg) y se procede a cardioversión eléctrica SINCRONIZADA bifásica a baja energía (100 J en 1ª primera opción, pudiendo subir a 200 y 360 J posteriormente).

Escala Riesgo Embógeno	Significado	Puntos
C	Cardiac Failure (IC)	1 p
H	Hipertensión	1 p
A ₂	Age ≥75 años	2p
D	Diabetes Mellitus	1p
S ₂	Stroke previo	2 p
V	Enfermedad Vascolar (IAM, claudicación intermitente, enfermedad carotídea)	1p
A	Age >64 años	1p
F	Female (mujer)	1 p

Escala Riesgo Sangrado	Significado	Puntos
H	HTA no controlada (>180/110)	1 p
A	Anormal función Renal y/o Hepática	1 p cada uno
S	Stroke previo	1p
B	Bleeding (sangrado) previo	1p
L	Lábil control de INR	1 p
E	Elderly > 64 años	1p
D	Drogas o abuso de fármacos (alcohol, AINES, corticoides)	1p

Taller: Terapia cognitivo-conductual en Atención Primaria

Rodríguez-Fernández, Luisa; Revuelta-Pérez, Francisco

Gran parte de los pacientes que sufren cuadros de ansiedad patológica acuden a los centros de atención primaria con quejas somáticas, cognitivas y emocionales donde el problema será descontextualizado de su sentido psicológico y abordado de manera exclusivamente farmacológica, por lo que la mayoría de estas demandas tienden a cronificarse. Se estima que el 20% de los pacientes que visitan las consultas de atención primaria presentan al menos un trastorno de ansiedad, convirtiéndose en hiperfrecuentadores. Además, un número importante de trastornos médicos están causados o fuertemente relacionados con elevados niveles de ansiedad.

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud. Parte de esta carga económica es obvia y mensurable, pero parte de ella es casi imposible de medir. Entre los componentes mensurables de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delincuencia e inseguridad pública, y el impacto negativo de la mortalidad prematura.

La relación entre trastornos físicos y mentales es compleja, recíproca y actúa de formas muy diversas. Los trastornos mentales conllevan a un estado de salud somática deficiente. Los cuadros de ansiedad además de producir trastornos mentales pueden desencadenar también una serie de trastornos físicos, como por ejemplo los llamados trastornos psicofisiológicos, entre los que cabe mencionar: los trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria,

hipertensión, infarto, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), trastornos respiratorios (asma), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos frecuentes en las consultas de atención primaria de salud, como algunos en los que está presente el dolor o la tensión (cefaleas tensionales, lumbalgia, artritis, dolor crónico), determinadas enfermedades relacionadas con el sistema inmune (cáncer, artritis reumatoide, etc.),

La relación inversa también existe. Las personas que sufren patologías somáticas crónicas como las EPOC, diabetes, hipertensión arterial, lumbalgia, artritis, dolor crónico y, en general, cualquier trastorno crónico que implica una pérdida importante de la calidad de vida o una amenaza para la supervivencia tiene una elevada probabilidad de desarrollar un trastorno mental como la depresión o el trastorno de ansiedad. Los índices de suicidio son mayores entre las personas que padecen enfermedades somáticas que entre otras personas; esto es especialmente relevante en personas de la tercera edad.

El abordaje terapéutico que ha revelado mayor eficacia en la disminución de la severidad de la ansiedad es la terapia cognitivo conductual combinada con las benzodiacepinas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un método activo y directivo que agrupa un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la Terapia de Conducta, que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y cuya finalidad es su corrección y la Terapia Cognitiva que considera el papel mediador de los procesos afectivos y cognitivos, esto es, expectativas, creencias y pensamientos; su

distorsión es considerada la causa de la sintomatología y la finalidad de la intervención es identificar y analizar estos pensamientos disfuncionales.

En este taller se presenta un programa de intervención grupal, enmarcado dentro de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) –que ha revelado una

mayor eficacia, menor tasa de abandono, beneficios mantenidos y nula iatrogenia en el tratamiento de los síntomas ansiógenos frente a otros enfoques-. Se analizan dichos datos en relación con la adherencia terapéutica, implementación costo-efectiva e indicadores biomédicos.

Taller: Dejar de hacer en Salud Mental

Dr. D. José Ángel Alcalá Partera

OBJETIVOS:

La enfermedad mental aparece con frecuencia en las consultas del médico de familia, que comparte la responsabilidad del diagnóstico, control, asistencia y seguimiento en numerosas ocasiones con el psiquiatra de referencia. Existe un progresivo aumento de las bajas laborales por depresión, ansiedad, estrés o agotamiento emocional entre los pacientes que acuden al centro de salud y suponen un motivo frecuente de demanda de atención.

La prescripción de psicofármacos y habilidades diagnósticas y de entrevista, son herramientas fundamentales para la asistencia de cualquier enfermedad psiquiátrica.

El taller pretende actualizar conocimientos teóricos

mediante una metodología práctica y participativa, para aprender a realizar un uso adecuado de habilidades clínicas y de tratamiento en la atención a problemas de salud mental en atención primaria, con especial hincapié en las intervenciones erróneas que se producen con más frecuencia en la práctica clínica diaria.

CONTENIDOS:

- 1) Consideraciones generales.
- 2) Patologías psiquiátricas más frecuentes.
- 3) La entrevista psiquiátrica.
- 4) Manejo adecuado de psicofármacos en atención primaria.
- 5) Cuestionario de autoevaluación, video de casos clínicos y repaso de ideas básicas.

Taller: El Ejercicio Físico en Atención Primaria: La Receta

Dr. D. Tomás Remesal Barrachina

Sra. D^a. Josefina Sánchez

- Se trata de ver la importancia que tiene el ejercicio físico tanto aeróbico, como el de fuerza en los pacientes que atendemos diariamente en nuestra consulta.
- Se expondría brevemente y con datos sencillos los beneficios que aporta este ejercicio a nuestros pacientes con HTA, diabetes, dislipemia, obesidad. ., así como al paciente sin ninguna patología, como prevención. Demostrar que no solo se precisa de ejercicio aeróbico, sino como el ejercicio de fuerza es beneficioso para las patologías que nos encontramos diariamente en la consulta
- Se trataría de ver cuando indicar el ejercicio y que tipo. Ya que todos los pacientes no pueden realizar el mismo y la misma intensidad.

El taller sera impartido junto a un preparador fisico que indicara como realizar los ejercicios y que tipo de ejercicio son mas faciles de realizar por todas las personas.

La idea no es dar una charla teorica, se trata que el preparador fisico explique de manera practica los ejercicios a realizar, esa manera practica no se trata de que el preparador fisico se ponga a hacer el los ejercicios, sino de que el alumno del taller sea el que haga los mismos y demostrarle como de manera sencilla se pueden llevar a cabo ejercicios de fortalecimiento muscular, porque el aerobico ya sabemos todos en que consiste. Son. Ejercicios que toda persona podra realizar en casa, sin necesidad de ir a un gimnasio. Para el taller solo se precisaria cintas elasticas, para llevar a cabo los ejercicios. Asi como alguna pesita de poco peso.



También llevara a cabo una leve informacion de los ejercicios fisicos que se estan impartiendo hoy en dia y de los beneficios y perjuicios de cada uno. Pilates, spinning, ejercicios en el agua. . .

OBJETIVOS:

1. Recalcar la importancia del ejercicio en prevencion

primaria y secundaria

2. Llevarnos la receta: hoja de ejercicios que podemos mandar a nuestros pacientes
3. Insistir en la facilidad de llevarlos a cabo
4. Demostrar que sin muchos medios se pueden llevar a cabo. Tomar conciencia de que todos pueden

llevarlos a cabo dentro de sus posibilidades.

Estructura del taller:

1. Presentación teórica 30 min aproximadamente
2. Actividad con el preparador físico de la parte práctica: 60 min

Taller: Dermatología en Atención Primaria

Dra. D^a. Carmen Jiménez Jerez

El taller consta de cuatro presentaciones dos de las cuales doy yo y las otras dos mi compañera

La primera presentación “De la lesión elemental al diagnóstico” iremos desglosando las lesiones elementales tanto primarias como secundarias a base de imágenes relacionándolas con diagnósticos que se dan a diario en la consulta de Atención Primaria. Aprenderemos a leer las lesiones dando una serie de datos que nos ayudaran a llegar al diagnóstico.

La segunda presentación “Eczemas” se hará un repaso por los eczemas ahondando sobre todo en la

dermatitis atópica, seborreica y los eczemas de contacto irritativo y alérgico. Los eczemas son una de las consultas más frecuentes en nuestra consulta.

Las otras dos presentaciones corresponden a mi compañera y repasan a través de imágenes los tumores de la piel insistiendo en los signos de alarma y motivos de derivación.

Todas las presentaciones son dinámicas y con muchas imágenes. Al final si da tiempo se pondrán imágenes al azar para que sean analizadas por los asistentes.

Dra. D^a. Juana Dominguez Vega

Abordaje de las patologías dermatológicas que con más frecuencia se atienden en medicina primaria. Comenzaremos con la introducción de lesiones elementales en dermatología, para después desarrollar

el tema centrándonos en lesiones eczematosas, infecciones de piel y tumores, con iconografía y diagnóstico diferencial de cada una de ellas.

Taller: Infiltraciones: Hombro, codo y rodilla

Dr. D. José Asterio Ortega Blanco

La práctica de realizar una inyección intra-articular en la consulta de primaria o del especialista es una técnica muy sencilla, al alcance de cualquier persona mínimamente entrenada.

Sus objetivos pueden dividirse en función de si lo que se pretende realizar es una artrocentesis (extracción de líquido sinovial de una articulación con finalidad diagnóstica y/o tratamiento) o una infiltración (introducción articular de medicación):

1. Aliviar, eliminar o disminuir la inflamación de dicha articulación, con lo que disminuimos sus manifestaciones clínicas.
2. Prevenir, disminuir o recuperar la pérdida de capacidad funcional de una articulación.
3. Aliviar el dolor en una zona anatómica donde pese al tratamiento convencional se sabe que la mejoría es nula a priori, o donde pese al mismo persiste dolor

articular o peri-articular.

4. Acelerar la evolución favorable de un proceso articular.
5. Evitar secuelas y alteraciones estructurales.
6. En todos ellos se pretende una recuperación funcional más temprana y un mejor control analgésico.
7. Como terapia coadyuvante en enfermedades reumatológicas crónicas, sustituyendo, disminuyendo o eliminando la necesidad de tratamientos más agresivos, ineficaces o con efectos nocivos.
8. Cuando existe contraindicación de otros tratamientos.

En este taller se realiza un repaso de las patologías más frecuentes a nivel del hombro, codo y rodilla susceptibles de infiltración, se repasa la anatomía de las zonas y se explican las referencias anatómicas de cara a la infiltración; por último, se describen las técnicas de infiltración más frecuentes que se utilizan en estos casos.

Taller: Atención al inmigrante, ¿consumen más medicamentos?

Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Dra. D^a. Isabel Carrillo Abadía

Andalucía es una de las regiones de España con mayor afluencia de población inmigrante, especialmente irregular, debido a su posición geoestratégica al sur de Europa, es la entrada de la inmigración del continente africano, con las nefastas consecuencias

que para esta población conlleva. Las condiciones de vida que rodean a los inmigrantes los convierten en una población vulnerable desde el punto de vista sanitario, siendo esta la razón por la cual es básico conocer las características sociales y culturales y las

necesidades en salud de esta población, así como para proporcionar una atención sanitaria adecuada. Esta población utiliza los recursos sanitarios, no sólo desde el punto de vista de la atención sanitaria urgente (la más utilizada, en concreto mal utilizada) sino desde la Atención Primaria (AP).

Antes de hablar de cuáles serían los requisitos necesarios para llevar a cabo la atención a la población inmigrante, se citarán algunas características diferenciales que pueden influir en la consulta diaria y en la salud de la población inmigrante y a tener en cuenta:

El idioma puede originar problemas de comunicación, hacer que la asistencia sea muchos más complicada y que no se resuelvan las patologías; pese a la existencia de servicios de teletraducción, que no siempre son eficaces o están disponibles en todo momento. Por otro lado, puede crear angustia en el profesional que dispone de muy poco tiempo para cada paciente y se enfrenta con algunos con problemas que es preciso solucionar de forma preferente.

Las diferencias culturales son importantes, ya que el concepto de salud y enfermedad de algunas culturas no coincide con el nuestro (como muestra establecer, por ejemplo, el estado de salud de la embarazada). Presentan también las mismas enfermedades que la población autóctona, pero moduladas por las características de sus patrones culturales.

Una vez que el paciente inmigrante se encuentra

en el país –de forma “legal” o “ilegal”–; por lo general no acude de forma habitual a los centros de AP, o cuando acude utiliza mal el primer nivel asistencial; pues demanda de forma urgente aquellas medidas que están programadas según el Sistema Nacional de Salud; pero con el inconveniente de esa utilización errónea de los recursos sanitarios implica un círculo vicioso asistencial que redundará en mala calidad de la asistencia sanitaria así como una racionalización anómala del uso de medicamentos.

Es difícil establecer cómo se emplean los fármacos, desde el punto de vista de la racionalidad, por parte de esta población, ya que suelen emplear de forma mayoritaria medicamentos prescritos en la atención sanitaria urgente, y que suelen corresponder a un grupo terapéutico muy concreto: antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. Sería preciso llevar a cabo estudios de *investigación epidemiológica* que permitan ofrecer respuestas serias y documentadas a las preguntas que todavía quedan por responder en este ámbito y desmentir algunas afirmaciones que carecen de todo fundamento. Sólo de este modo se conseguirá un verdadero conocimiento de sus necesidades y prioridades en salud, así como la oferta de servicios de calidad, en un entorno normalizado y adaptado a las particularidades de los distintos colectivos que viven en el país, en este caso los inmigrantes extranjeros.

Taller: Urgencias Pediátricas

Dra. D^a. Manuela Sánchez González

Dr. D. Manuel López Pérez

1. TALLER DE URGENCIAS INFECCIOSAS

A partir de un caso clínico que debuta con cuadro febril en paciente asmático se tratarán estas cuestiones:

- Evaluación pediátrica inicial en Urgencias
- Estratificación y tratamiento de crisis asmática
- Valoración y estabilización ABCDE en paciente pediátrico
- Identificación y diagnóstico de SEPSIS grave
- Signos y síntomas de gravedad. Activación “CÓDIGO SEPSIS”
- Pilares de la actuación ante Sepsis grave (tiempodependiente):

* *Antibióticos precoces previo hemocultivo*

* *Reanimación y estabilización cardiovascular: administración rápida de fluidos*

* *Control del foco, pruebas complementarias*

2. TALLER DE URGENCIAS CARDIOVASCULARES

Con el apoyo de varios supuestos casos clínicos vamos a desarrollar los siguientes temas:

- Algoritmo de actuación en RCP Básica y Avanzada Pediátrica
- Arritmias más frecuentes en PCR-P (Asistolia y Bradicardia severa): diagnóstico y manejo en Urgencias
- Otras arritmias no desfibrilables (AESP, TSV) y desfibrilables (FV y TV). Tratamiento urgente.
- Material de RCP-Pediátrica Avanzada.
- Identificación de los signos de shock, partiendo de un caso de shock anafiláctico.
- Tipos de shock, etiología, fisiopatología y manejo en urgencias.

Taller: Antibioterapia: ¿Que recordar y que olvidar?

Dr. D. Juan de Dios Alcántara Bellón

Los antibióticos constituyen uno de los hitos más trascendentes de la medicina. Desde su descubrimiento, han salvado millones de vidas, y han hecho posibles avances médicos inimaginables. Sin embargo, su uso indiscriminado e inadecuado es un factor clave en la aparición de las resistencias bacterianas. En muchos

países, como el nuestro, son frecuentes las infecciones por bacterias sensibles a un solo antimicrobiano, y crecen los casos de infecciones causadas por bacterias resistentes a todos los antibióticos conocidos.

Los antibióticos se acaban, es tiempo de actuar. Con este mensaje desesperado la Sociedad Ameri-

cana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) se dirigía a la comunidad médica en el año 2008.

Desafortunadamente, este mensaje sigue vigente hoy en día porque los dos problemas a los que pedía hacer frente, las resistencias bacterianas y el agotamiento de la eficacia de los antibióticos, no han dejado de aumentar. El problema es de tal magnitud que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la resistencia a los antimicrobianos como una grave amenaza para la Salud Pública mundial y ha realizado un llamamiento a todos los países para desarrollar estrategias para optimizar el uso de estos medicamentos.

Conocemos que una de cada dos prescripciones de estos fármacos es innecesaria o se realiza de manera inadecuada tanto en atención primaria. Como en hospitales El 90% de todas las prescripciones antibióticas se realizan en atención primaria. La razón principal es que la formación médica en antimicrobianos es

deficiente, porque existe un balance negativo entre la ingente cantidad de conocimientos que sobre las enfermedades infecciosas, las resistencias bacterianas y los antibióticos se genera continuamente, y el tiempo de formación que los médicos le dedicamos.

Las consecuencias de este uso inadecuado de los antimicrobianos son muy graves: incremento de la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

El objetivo de este taller es enseñar los conocimientos clave para el tratamiento antimicrobiano de los síndromes más frecuentes en atención primaria, para que no se olviden, y los principales errores que se comenten a diario para que no se repitan. Todo ello de forma concisa y práctica. Estos conceptos incluyen: los aspectos clave del diagnóstico microbiológico, la indicación de las pruebas diagnósticas o la ausencia de indicación de las mismas, así como los antibióticos más indicados, dosis y duración indicada.

Taller: Utilización de la DEXA en osteoporosis. Utilización adecuada de fármacos para la fragilidad ósea.

Dr. D. Francisco Manzano Gómez

No cabe duda que la Osteoporosis es un importante problema de salud pública cuando origina fracturas, y sobre todo cuando éstas son de cadera, dado que generan en los sistemas sanitarios grandes gastos por hospitalización y en los pacientes gran sufrimiento, pérdida de vida, hasta un 30% en el primer año, y gran dependencia en muchos de los que sobreviven.

Sin embargo, cada vez es más frecuente en la consulta de los médicos de atención primaria, atender a mujeres de mediana edad que preocupadas por la salud de sus huesos quieren ser diagnosticadas y tratadas de forma preventiva, en parte por los frecuentes mensajes de escaso rigor científico a que están sometidas.

Esto ha llevado a un cambio de rumbo en el tratamiento de la osteoporosis.

No existe ninguna prueba que nos sirva como cribado: ni los marcadores de remodelado ni la radiolo-

gía ni la densitometría ósea y así lo avalan la mayoría de las Sociedades Científicas.

La Densitometría central (DEXA) con valor en rango de osteoporosis, -2.5 DE. Es un factor de riesgo potente, pero con escaso valor predictivo positivo aplicada en poblaciones de bajo riesgo, por lo que ha de ser indicada en sujetos con cúmulo de factores de riesgo de osteoporosis entre los que necesariamente ha de ser considerada la edad.

El objetivo del tratamiento farmacológico es la prevención de fracturas. Los mejores predictores de fractura son la edad avanzada, la baja masa ósea (densitometría en rango de osteoporosis) y el antecedente de fractura previa. Que la eficacia preventiva de los medicamentos es mínima, siendo el grupo de mujeres que ya han presentado una fractura el que más va a beneficiarse de nuestra intervención

Taller: Úlceras por presión

Dr. D. Oscar Saavedra Bazaga

Sr. D. Manuel Jesús Cordero Ceada

Sr. D. Santiago Iglesias Rodríguez

Las úlceras crónicas y más concretamente las úlceras por presión suponen 80.000 pacientes atendidos en España al año, Esto nos hace pensar en la magnitud del problema, siendo un problema frecuente, con una destacada repercusión en el paciente, su familia, problemas sociales y alto coste en recursos socio-sanitarios.

Objetivo: Desde nuestro taller es realizar una visión global, formativa teórico-práctica para ayudar a identificar, diferenciar de otras patologías y por último tratamiento más adecuado.

Se aportará además de conocimientos teóricos, conocimientos prácticos compartiendo nuestra experiencia interdisciplinaria sobre casos concretos, reales,

que hemos atendido en la unidad de curas de nuestro centro "HOSPITAL BLANCA PALOMA HUELVA", tanto desde el punto de vista clínico como quirúrgico.

Con todo ello tratamos de colaborar con el profesional de atención primaria en su día a día compartiendo nuestros conocimientos, experiencia profesional además de ponernos a vuestra entera disposición para resolver dudas tanto durante como posteriormente al congreso.

MÉTODO DE TRABAJO:

1º. Se realizará test de valoración de conocimientos inicial para hacer recapacitar al profesional sobre posibles dudas que posteriormente pueden surgir.

2º. Se realizará la exposición teórica del taller (interca-

lando soluciones del test inicial e imágenes prácticas):
Definición, clasificación, valoración, tratamiento, prevención.

3º. Comentaremos 2/3 casos prácticos reales con interacción del aforo donde se aplicará de forma prácti-

ca los conocimientos anteriormente expuesto observando desde inicio a fin de tratamiento.

4º. Volveremos a realizar test inicial para valorar la asimilación de conceptos.

5º. Test de satisfacción.

Taller: Abordaje de la diabetes mellitus. ¿En que estamos pensando?

Dr. D. Miguel Pedregal González

El taller se basará fundamentalmente en dos aspectos:
- una parte clínica asistencial en la cual se revisarán los aspectos clínicos más relevantes de la Diabetes Mellitus tipo 2. Y, posteriormente se trabajarán casos clínicos reales. Se utilizará una presentación en Power Point muy interactiva. Y grupos de discusión sobre casos clínicos reales.

- y una parte comunicacional en donde se revisará

la consideración de la transmisión del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 como una “mala noticia”. Se revisará el lenguaje utilizado al informar al paciente. Y, finalmente, se trabajará la negociación con el paciente sobre todo, con el paciente candidato de tratarse con insulina. Se utilizará para ello, presentación en Power Point, informes de reflexión y role-playing.

Taller: Consejo sexual en la consulta de Atención Primaria

Dra. D^a. Cecilia Martos Montoya

La sexualidad sigue siendo un tema tabú en la sociedad y las disfunciones sexuales lo son aún más. Siendo la disfunción eréctil, la eyaculación precoz y la falta de deseo patologías con mayor prevalencia que las conocidas como “enfermedades prevalentes”, la gran mayoría de médicos no las abordan por desconocimiento y/o vergüenza y por descontento no se realiza búsqueda activa de ellas en pacientes con factores de riesgo. La salud sexual es un derecho fundamental y sin embargo sigue siendo la gran ignorada tanto en la atención primaria como en la especializada, pero es al médico de familia a quien el paciente consulta primero ante algún problema o duda con respecto a la esfera sexual (si es que se atreve a hacerlo). No se encuentra lo que no se busca y no se busca aquello que sería un problema encontrar. Se les pregunta a los pacientes hipertensos si tienen dolores torácicos, se realiza la determina-

ción de la HbA1c y la prueba del monofilamento a los diabéticos, se mide el PSA al intervenido de cáncer de próstata pero no se les pregunta si tienen algún problema con su vida sexual. Ignorar estos motivos permite seguir en la “zona de confort” al no tener que abordar un problema que no se ha detectado.

En este taller se aportan consejos para resolver dudas en torno a la sexualidad y para mejorar la vida sexual de nuestros pacientes.

Se dan a conocer los factores de riesgo de las disfunciones, cómo detectarlas en la consulta de Atención Primaria, cómo realizar el abordaje de las más frecuentes mediante intervenciones puntuales y qué debemos evitar para no ocasionar yatrogenia en la esfera sexual.

Los asistentes al taller tienen garantizadas la pérdida del miedo al abordaje de la sexualidad en sus consultas y por qué no, la mejora de su propia vida sexual.

Taller: EPOC del síntoma a la exacerbación

Dr. D. Antonio Hermoso Sabio

El 80% de los pacientes con EPOC presentan agudizaciones periódicas de sus síntomas que suelen aumentar progresivamente en frecuencia e intensidad, constituyendo uno de los factores determinantes de la mala calidad de vida de estos enfermos y una causa frecuente de muerte.

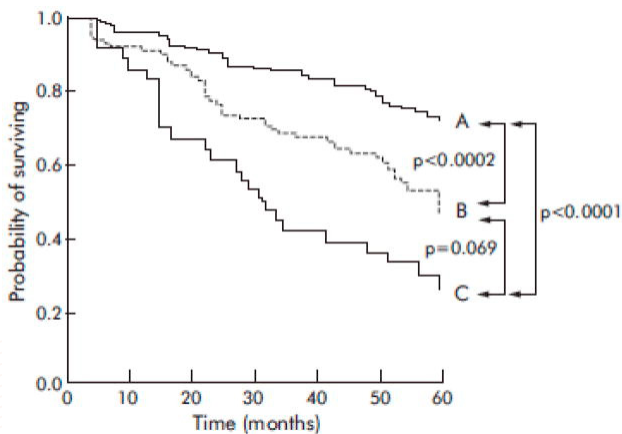
El síntoma es el fenómeno revelador de la enfermedad en el paciente con EPOC, junto con las exacerbaciones, el resultado de la espirometría y las comorbilidades que presenta. Analizando estos cuatro puntos podemos definir a nuestro paciente y la gravedad de su enfermedad.

Los síntomas fundamentales en la EPOC son los tos y expectoración, disnea, fatiga y limitación de la actividad. La variación de estos a lo largo del tiempo

nos da una gran información y nos puede indicar una agudización si el cambio es en poco tiempo.

El diagnóstico de exacerbación se basa exclusivamente en la presentación clínica, del paciente que se queja de un cambio agudo de los síntomas (disnea basal, tos y/o la producción de esputo) que está más allá de la normal variación diaria.

La importancia de la exacerbación radica en que afecta la calidad de vida del paciente, tiene efectos sobre los síntomas y la función pulmonar que tardan varias semanas en recuperarse, acelera la tasa de disminución de la función pulmonar, se asocia con una mortalidad significativa, sobre todo en aquellos pacientes que requieren hospitalización (figura 1) y tiene unos altos costos socioeconómicos.



Kaplan-Meier survival curves by frequency of exacerbations in patients with COPD: group A, patients with no acute exacerbations of COPD; group B, patients with 1–2 acute exacerbations of COPD requiring hospital management; group C, patients with >3 acute exacerbations of COPD.

Existe una considerable falta de reconocimiento de la importancia de la historia de exacerbaciones como un factor importante de la EPOC entre los médicos de Atención Primaria. Además no se considera la agudización como un factor a tener en cuenta a la hora de hacer cambios en el tratamiento de base de

En este taller se abordarán los aspectos fundamentales para la valoración de los pacientes con EPOC desde un punto de vista clínico, con especial interés en la sintomatología presente, tanto en relación con el curso crónico de la enfermedad como durante los procesos de exacerbación que la caracterizan. Igualmente haremos hincapié en cómo puede ayudarnos el hecho de conocer el nivel de actividad física que estos enfermos realizan diariamente, ya

estos pacientes.

Los tres pilares que sustentarían el reconocimiento adecuado de la importancia de las exacerbaciones serían su prevención, su detección precoz y su tratamiento adecuado.

Las exacerbaciones pueden precipitarse por varios factores los más frecuentes son las infecciones (bacterianas o virales), la contaminación y hasta en un tercio la causa no es identificable. Algunos pacientes son más predispuestos a las exacerbaciones. Hay condiciones con síntomas similares a la exacerbación o que pueden agravarla. También la suspensión de la medicación puede desencadenar una exacerbación.

Debemos evaluar la frecuencia, severidad y causas probables, investigar las visitas no programadas a servicios sanitarios, llamadas telefónicas de asistencia y asistencia a servicios de urgencia o emergencia.

Según la gravedad pueden ser leves, cuando la exacerbación de los síntomas respiratorios requiere cambio de tratamiento inhalado por el paciente, moderadas, cuando la agudización de los síntomas respiratorios requiere intervención médica, incluyendo un curso corto de esteroides y/o uso de antibióticos orales y graves cuando la exacerbación de los síntomas respiratorios requieren hospitalización.

Dr. D. Agustín Valido Morales

que nos permitirá matizar la sintomatología referida por éstos y establecer un tratamiento más personalizado. Al mismo tiempo, se profundizará en las distintas estrategias de tratamiento recomendadas por las principales guías, buscando un tratamiento individualizado, teniendo en cuenta los distintos perfiles definidos en la enfermedad y con especial diferenciación entre pacientes exacerbadores y no exacerbadores.

Taller: EPOC

Dr. D. José Antonio Maldonado Pérez

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se ha definido clásicamente como una entidad de evolución progresiva y caracterizada por la pérdida de función pulmonar, medida a través del FEV1 en la espirometría, y que, en general, es muy poco reversible. Esta visión, en principio simplista de la enfermedad, ha evolucionado en los últimos años en la medida que se ha hecho evidente que la EPOC es una enfermedad compleja, con componentes intra y extrapulmonares, y heterogénea cuya presentación clínica, radiológica y funcional varía ampliamente entre pacientes que presentan un similar grado de obstrucción bronquial. Esta complejidad y heterogeneidad se ha plasmado también en la necesidad de modificar los criterios de diagnóstico, evaluación de la gravedad y tratamiento de la EPOC y esta nueva situación muy probablemente debe modificar la asistencia de estos pacientes en atención primaria e, incluso, en la especializada. En esta línea se aban-

dona la visión basada solamente en la función pulmonar, aunque se conserva como dato fundamental para el diagnóstico, y se pasa al concepto de valoración multidimensional en el que se añaden datos clínicos, evolutivos y analíticos.

Las tendencias en esta línea en nuestro medio se concretan en dos opciones fundamentales; la vinculada a las normativa internacional GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) y la relacionada con la guía española de la EPOC (GesEPOC); ambos escenarios están ampliamente difundidos y han sido actualizados recientemente (2015 y 2014 respectivamente). Lo cierto es que presentan un enfoque diferenciado entre ellas, dentro del marco de la valoración mutidimensional, y es posible que esto esté conduciendo a cierto nivel de complejidad y confusión en nuestra actividad asistencial diaria, más cuando coincide con la irrupción en el mercado de multitud de nuevos fármacos y sistemas de inhala-

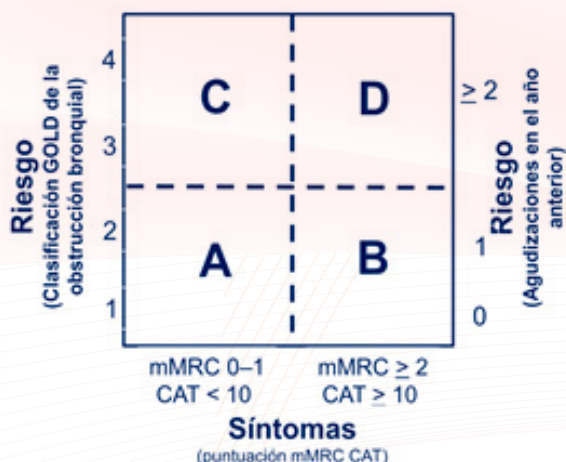
ción para esta enfermedad.

El objetivo de la actividad hoy en este congreso va a ser hacer una valoración con toques de comparación de ambas guías pero en los aspectos más relacionados con su aplicación práctica real en primaria. Nos centraremos en tres aspectos: datos necesarios para aplicar ambas guías, factibilidad en tiempo para su realización y si incluyen datos sobre la posibilidad de modificación de tratamiento en el seguimien-

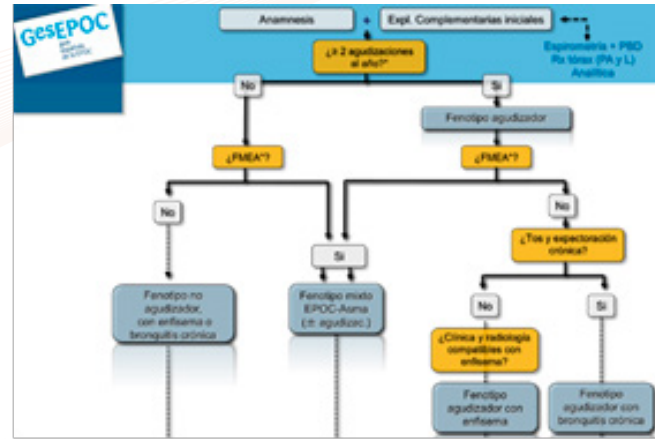
to evolutivo de estos enfermos. Como herramienta didáctica utilizaremos la discusión abierta o centrada en casos clínicos representativos.

Los datos necesarios para la utilización de estas guías en las fases de diagnóstico y valoración del impacto o gravedad se indican en la tabla siguiente.

GOLD	GesEPOC
Antecedentes de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo (Pq/año) • Exposición doméstica o laboral • Exposición ambiental • Historia familiar de EPOC u otras enfermedades respiratorias • Historia personal de asma, alergia sinusitis, infecciones respiratorias en la infancia u otras enfermedades respiratorias. 	Antecedentes de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo (Pq/año) • Exposición doméstica o laboral • Exposición ambiental • Historia familiar de EPOC u otras enfermedades respiratorias • Historia personal de asma, alergia sinusitis, infecciones respiratorias en la infancia u otras enfermedades respiratorias.
Síntomas respiratorios: <ul style="list-style-type: none"> • Disnea (mMRC) • Tos • Expectorcación • Sibilantes 	Síntomas respiratorios: <ul style="list-style-type: none"> • Disnea (mMRC) • Tos • Expectorcación • Sibilantes
Espirometría: <ul style="list-style-type: none"> • Relación FEV1/FVC < 0,7 (70%) • FEV1 post broncodilatador (%Teórico) 	Espirometría: <ul style="list-style-type: none"> • Relación FEV1/FVC < 0,7 (70%) • FEV1 post broncodilatador (%Teórico)
COPD Assessment Test (CAT)	Nº Exacerbaciones moderadas último año
Nº Exacerbaciones último año	Criterios Fenotipo Mixto (FMEA) Mayores: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba broncodilatadora muy positiva • Eosinofilia esputo • Historia de asma Menores: <ul style="list-style-type: none"> • IgE elevada • Historia de atopia • Dos pruebas broncodilatadoras positivas
Comorbilidades	Nº Exacerbaciones graves último año
	Índice masa corporal (Espirometría)
	Complementarias: <ul style="list-style-type: none"> • CAT • Intensidad de síntomas • Gravedad de las agudizaciones • Comorbilidades



Ambas guías nos clasifican los pacientes en cuatro grupos mediante el desarrollo de un determinado algoritmo en cada caso.



GOLD nos define cuatro posibilidades:
 A. Pocos síntomas y bajo riesgo
 B. Más síntomas y bajo riesgo
 C. Pocos síntomas y alto riesgo
 D. Más síntomas y alto riesgo

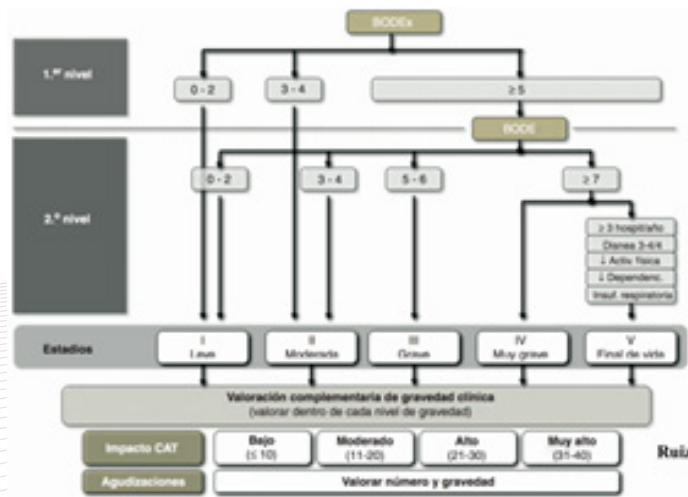
GesEPOC nos define cuatro posibilidades:
 • Fenotipo no agudizador(bronquitis crónica o enfisema)
 • Fenotipo mixto EPOC-Asma (agudizador o no)
 • Fenotipo agudizador con enfisema

En el caso de GOLD la evaluación ya termina pero en el caso de GesEPOC se debe establecer un nivel de gravedad en función del cálculo del BODEx como variable multidimensional, en atención prima-

ria, estableciendo la gravedad en una integración con la información complementaria según los siguientes esquemas:

		BODEx			
		0	1	2	3
B	IMC (kg/m ²)	> 21	≤ 21		
O	FEV ₁ (%)	≥ 65	64 - 50	49 - 35	≤ 35
D	Diseña (MRC)	0 - 1	2	3	4
Ex	Exacerbac. hospitalarias	0	1 - 2	≥ 3	

0 - 9 puntos
 - Leve: 0 - 2 puntos
 - Moderada: 3 - 4 puntos
 - Necesita valoración con BODE: ≥ 5 puntos



Finalmente, la asignación a cada uno de los grupos, sea con GOLD o GesEPOC conlleva la utilización de un determinado tratamiento que incluirá medidas no farmacológicas (abandono del tabaco, rehabilitación, vacunación, etc.) y farmacológicas basadas fundamentalmente en el uso de broncodiladores de larga duración salvo casos muy ligeros.

Lo cierto es que este proceso lleva a una asignación que se ha comprobado que puede tener diferencias; así en 2013 se comunicó la experiencia de un grupo de atención primaria de Barcelona sobre 64 pacientes valorados con ambas guías. La asignación fue como sigue:

	GOLD	GesEPOC
Muy grave	6,3	4,7
Grave	26,6	14,1
Moderado	46,9	26,6
Ligero	20,3	54,7

En el caso de GOLD el tratamiento previo del paciente coincidió con el propuesto mientras que con GesEPOC solo ocurrió este hecho en el 36% de los pacientes. Hubo coincidencia en la asignación de tratamiento por las guías sólo en el 33% de los casos. Esto nos indica la necesidad de ampliar estudios es esta lí-

nea antes de definir la bondad de una u otra guía.

Un hecho constatado, tanto en la publicación anterior como por el Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP) es la factibilidad del uso de estas guías en el entorno de la medicina de familia; la cumplimentación en el caso del grupo de Barcelona precisó de 6 min para GOLD y 10 para GesEPOC. En el caso del GRAP los tiempos medios de cumplimentación fueron de 6,73 min para GOLD y 7,48 para GesEPOC.

En cuanto a la modificación del tratamiento en el seguimiento evolutivo de estos pacientes, es evidente que la posibilidad de ir escalando medicación en función de la persistencia de síntomas está avalada por ambas; el tema fundamental se centraría en la posibilidad de reducir medicación y, en este sentido, lo lógico sería hablar de la posibilidad de la reducción o eliminación de los corticoides inhalados u otros inmunomoduladores ya que la medicación broncodilatadora difícilmente va a poder ser modificada. La evidencia en este sentido es escasa y centrada en los corticoides inhalados. Los diversos estudios e incluso un meta-análisis sugieren que no hubo diferencias significativas entre el grupo que suspendió la medicación frente al que lo continuó aunque en algún caso hubo un discreto incremento de síntomas. Parece que la retirada de corticoides es segura, al menos en el subgrupo no agudizador ya que en el agudizador no estaría indicada su retirada. Por ello, el punto fundamental en este aspecto está en la selección del candidato que debe ser aquel paciente que se mantiene estable sin agudizaciones durante 2 años y siempre la reducción debe ser supervisada de cerca y de forma muy progresiva. En esta línea está en desarrollo la propuesta de establecer una cualidad de control de la EPOC en similitud de la valoración del control del asma tan ampliamente aceptado ya. Los criterios serían bajo impacto clínico, acorde a la gravedad basal del proceso, y estabilidad clínica mantenida con ausencia de empeoramiento de síntomas y ausencia de exacerbaciones; con estos criterios se podría definir una situación de EPOC controlada que faculte la posibilidad de modificaciones del tratamiento y que suponga una herramienta que en el futuro se incluya en las guías en ese camino tan buscado por todos de la medicina personalizada.

Los broncodilatadores de acción prolongada constituyen la base del tratamiento de la EPOC y se asociarán a corticoides en pacientes con fenotipo mixto o cuando las agudizaciones y el nivel de gravedad lo aconsejan.

Los diferentes dispositivos de inhalación vehiculizan los fármacos necesarios para tratar la EPOC en su fase estable.

Los inhaladores se clasifican en cartuchos presurizados (pMDI) y dispositivos de polvo seco (DPI). El dispositivo Respimat reúne características intermedias entre los cartuchos presurizados y los nebulizadores. No contiene propelente y produce una niebla fina con mayor duración de la nube de aerosol, ello facilita la coordinación de la pulsación con la inspiración y reduciendo la necesidad del uso de cámaras espaciadoras.

A pesar de los esfuerzos realizados para instruir en el uso correcto de inhaladores a profesionales sanitarios y pacientes, diversos estudios demuestran conocimientos deficientes y uso inadecuado de los inhaladores en una gran parte pacientes con EPOC. Cuando no se utilizan adecuadamente los inhaladores, se produce un peor control de enfermedad. Es necesario que médicos, enfermeras, farmacéuticos y pacientes conozcan perfectamente las instrucciones precisas para que los diferentes productos inhalados lleguen a los bronquios más distales, la pequeña vía aérea, donde se depositarán por sedimentación realizando su efecto terapéutico.

Una parte del fármaco inhalado será desaprovechado, bien por impactación en las vías aéreas superiores o por dificultad para sedimentarse por lo que será exhalado con la espiración. Los factores que afectan al depósito de un aerosol en el pulmón dependen principalmente del tamaño de la partícula y del flujo inspiratorio del paciente.

En ocasiones, debido fundamentalmente a la edad del paciente o a su nivel cultural, resulta difícil instruir correctamente en el manejo de los diferentes inhaladores. Debemos utilizar experiencias previas con cualquier dispositivo si el paciente ya lo utilizó y fue efectivo. El paciente ha de participar en la elección del dispositivo mostrándole todos los que existen, enseñándole su manejo y explicando sus ventajas e inconvenientes de manera que la elección del tipo de inhalador sea una decisión conjunta. Tenemos que entender sus miedos y limitaciones, tanto físicas como mentales (artritis o artrosis deformante en las manos, alteraciones cognitivas) que harán necesaria la colaboración de familiares o cuidadores a los que tendremos también que instruir. Por tanto realizaremos, como siempre, una elección individualizada del inhalador y, si es posible, no utilizar diferentes tipos de dispositivos.

Foro de Debate: A tres bandas: abordaje farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2.

Dr. D. Joaquín Segado Rodríguez

Dr. D. José Escribano Serrano

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo

Dr. D. José Mancera Romero

La metformina es el fármaco de elección como primer escalón terapéutico en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Habitualmente, tras

un tiempo en monoterapia, los objetivos de control que se plantean no se cumplen y es necesario añadir un segundo fármaco.

Existen varias opciones entre las que elegir este segundo fármaco.

En este foro nos planteamos hablar sobre la mejor opción y analizaremos las ventajas e inconvenientes de tres grupos farmacológicos: sulfonilureas, inhibidores de la enzima DPP4 y los inhibidores de los co-transportadores sodio-potasio (iSGLT2).

Se analizarán aspectos relacionados con el peso,

el riesgo cardiovascular, las hipoglucemias, el precio, los objetivos de la Administración.

La individualización del tratamiento será uno de los ejes primordiales de las intervenciones y se mostrarán los perfiles ideales de los pacientes en las diferentes opciones terapéuticas.

La participación de los asistentes será primordial y se interactuará de manera activa con los ponentes.

Taller: Diagnóstico Diferencial del Dolor Abdominal

Dra. D^a. Blanca Serrano Falcon

Estreñimiento y molestias abdominales en el SII

El SII es una patología funcional del tubo digestivo. Viene definida según los criterios Roma III como el conjunto de síntomas que engloban dolor o molestia abdominal asociado a una alteración en el hábito defecatorio (estreñimiento, diarrea o ambos). Factores biológicos y psicológicos influyen en su génesis, si bien la causa final aún no es conocida.

Se trata de una patología frecuente, presente en 8,3%- de la población española según un estudio realizado en 2012 (Rey E, Mearin F. Rev Esp Enf Dig 2012). La importancia radica, además de su frecuencia, en el deterioro de calidad de vida que presenta quien lo padece y en las múltiples visitas médicas que precisan, con el consiguiente coste económico de ello derivado. Se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes con SII consultan (Badia et al. Pharmacoeconomics 2002;20:749-75), acudiendo aproximadamente una vez cada 2 meses al médico en relación a su SII (Mearin F et al Value in Health 2014). Ello supone sobre 3000 euros anuales según este mismo estudio entre costes directos e indirectos.

En la práctica clínica nos encontramos además con ciertas dificultades añadidas. Por un lado la dificultad por parte del médico para identificar y diagnosticar a este grupo de pacientes. En este sentido, debe realizarse un diagnóstico positivo basado en la anamnesis (y apoyados en los Criterios Roma III) y exploración física. Una analítica de sangre que in-

cluya PCR, VSG y serología de enfermedad celíaca especialmente en os casos de diarrea ayuda a excluir otros diagnósticos (Hookway C. BMJ 2015). En caso de síntomas de alarma o personas mayores de 50 años se debe añadir, además, una colonoscopia completa para reafirmar el diagnóstico, sin que deba ser considerado inicialmente un diagnóstico de exclusión (Tort S et al Gastroenterol Hepatol. 2006 Oct;29(8):467-521). Por otro lado, la desconfianza del paciente, la falta de información adecuada y el exceso de ella procedente de fuentes como internet y otros medios de comunicación. Más de la mitad de pacientes reconocen falta de información por parte del médico en cuanto a cómo controlar sus síntomas (Mira JJ et al. Rev Esp Enferm Dig 2015). De cualquier modo, tranquilizar al paciente y los consejos sobre medidas generales no consiguen de forma aislada un control efectivo de la patología.

Además, las medidas farmacológicas no controlan de una manera satisfactoria los síntomas (Mearin F et al. Gastroenterol Hepatol 2015; 38 (3):160). Los fármacos disponibles tratan de forma aislada los diferentes síntomas del SII, con dudosa eficacia, como queda ilustrado en la siguiente tabla (Chang L et al. Gastroenterology 2014). Linaclotida, recientemente comercializado en nuestro país, ha demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor abdominal y estreñimiento en los pacientes con SII-E (Ford CA et al. Am J Gastroenterol 2014).

	Síntomas globales	Dolor Abdominal	Hinchazón	Frecuencia/Consistencia de las deposiciones
Fibras; laxantes		(-)	(-)	+
Antiespasmódicos	+	+		
Antidepresivos*	(+)	+		±
Procinéticos	(+)	(+)	(+)	+
Secretagogos	(+)	(+)	(+)	+
Linaclotida	+	+	+	+

Es importante asociar al tratamiento farmacológico información sobre el significado de padecer SII, su etiología y consecuencias, además de consejos sobre dieta y actividad física. Un manejo multidisciplinar en colaboración con Salud Mental puede ser

de utilidad en casos seleccionados y una adecuada coordinación entre Atención Primaria y Aparato Digestivo es fundamental para un mejor enfoque global del paciente.

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

165/16. CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN NUESTROS MAYORES DEPENDIENTES

AUTORES:

(1) Ruiz Medina, A.; (1) Cantón Cuadrado, N.; (2) Rosua Urbano, H.; (2) Castro Serrano, M.; (3) Agrela Torres, S.; (4) Villalba Baena, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Las benzodiazepinas (BZD), ampliamente utilizadas en atención primaria, aumentan el riesgo de caídas, especialmente en los dependientes mayores de 65 años.

Objetivo: determinar la relación entre el nivel de dependencia y el consumo de antidepresivos y BZD y su perfil farmacológico: BZD de acción corta (BZDAC) o larga (BZDAL).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Variables cualitativas. Período de estudio: Enero 2013 a Enero 2014. Población: mayores de 65 años de 2 Centros de Salud urbanos de Málaga. Universo muestral: 8916 (N=8916). Muestra: 320 (n= 320). Revisión de historias clínicas de Diraya, valorando prescripción de BZD, antidepresivos y grado de dependencia (test de Barthel).

RESULTADOS

140(43,8%) consumían BZD; 180 (56,2%) no consumían.

Nivel de dependencia: 124 (38,8%) excluidos por incumplir criterios. Dependientes totales (Barthel 0-20): 6 (1,9%). Graves (Barthel 20-40): 5 (1,6%). Moderados (Barthel 40-60): 9 (2,8%). Leves (Barthel 60-80): 24 (7,5 %). Independientes (Barthel superior a 80): 152 (47,5%)

Relación entre nivel de dependencia y consumo de BZD. Dependientes totales: 5 (83,33%) consumían BZD. Graves: 2 (40%). Moderados 6 (66,67%). Leves 15 (62,51%). Independientes 66 (43,42%), Estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en todos los grupos.

Perfil de la BZD utilizada: dependientes totales 5 (100%) BZDAC. Graves 4 (100%) BZDAC. Moderados 4 (66,67%) BZDAC y 2 (33,33%) BZDAL. Leves 9 (60%) BZDAC y 6 (40%) BZDAL. Independientes 45 (68,18%) BZDAC y 21 (31,82%) BZDAL.

Relación entre nivel de dependencia y consumo de antidepresivos. Dependientes totales: 1(16,67%).

Graves: 2(40%). Moderados: 3(33,3%). Leves 6(25%). Independientes 25(16,45%). No significativo ($p > 0,05$) en todos los grupos.

CONCLUSIONES

El grupo de mayor riesgo es el mayor consumidor de BZD. El perfil farmacológico más empleado es BZDAC. El consumo de antidepresivos en la población dependiente es menor que el de BZD.

165/19. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

Espinosa Collado, A.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fé. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La posibilidad de conocer las características, tanto de los pacientes como de las actuaciones básicas que se producen en un Servicio de Urgencias de un Centro de Salud de una zona rural, puede ayudar a mejorar el funcionamiento del servicio.

Objetivo primario: El objetivo de este estudio sería conocer el grado de utilización de los Servicios de Urgencias de un Centro de Salud.

Objetivo secundario: Se evaluará las características demográficas de la población, donde y cuando se producen las consultas (Centro o Domicilio), crona de atención domiciliaria concordancia de las prioridades entre el Centro Coordinador y la posterior atención, el tratamiento instaurado, las derivaciones de los pacientes, si ha sido visto por su médico anteriormente, la utilización del servicio por el motivo de visita actual, la utilización del servicio en los últimos años y los pacientes atendidos según pertenezcan al área básica de salud, sean desplazados o atención fuera de zona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, en el que se han recogido de la Historia Clínica los datos para su elaboración: Pacientes que acudieron a la consulta durante cinco guardias en el mes de Febrero, de un equipo de Atención en el Centro y otro de Atención Domiciliaria (A partir de las 24 horas ambos equipos atienden de forma indistinta en el Centro y en el Domicilio).

RESULTADOS

Se han recogido un total de 285 casos (el 68,8 atendidos en el Centro y el 29,2% en el domicilio). La edad media es de 42,7 años y una moda de 30 años (2,8% del total de los casos). El intervalo de edad es muy amplio, que va desde los seis meses de edad hasta los 97 años (Rango: 97,5). El 74% de los pacientes

son menores de 65 años. En este caso si se produce una diferencia significativa entre los atendidos en el Centro (media de 31,01 años) y la Atención Domiciliaria (media de 69,52 años).

La distribución por sexos sería de un 39,6% de hombres frente al 58,9% de mujeres.

Los motivos de consulta son muy variados y tienen mucha relación con la estacionalidad.

Se valora la frecuentación con el número de asistencias por el motivo actual (el 47% acudió una sola vez, aunque hay casos extremos de hasta 40 veces) y el número de veces que acudió el paciente por año (el 69,3% acudió menos de dos veces al año).

CONCLUSIONES

Las urgencias de un Centro de Salud de una zona rural se atienden de forma mayoritaria en el Centro (68,8%), aunque un porcentaje muy alto se atiende en el domicilio, con una media de edad muy alta (69,52 años) y una patología con alta sensación de atención inmediata (Disnea).

Por regla general, la mayor parte de los pacientes utilizan los servicios de Urgencias menos de dos veces al año, aunque hay un porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores, que saturan el Servicio.

Hay una diferencia significativa ($p < 0,000$) entre la prioridad marcada por el Centro de Coordinación y la confirmada por el equipo (que es mayor).

165/23. CONOCIMIENTOS DE NUESTROS JÓVENES SOBRE LAS PRÁCTICAS DE RIESGO

AUTORES:

(1) Rull Martínez, M.; (1) Ortega Urbano, F.; (2) López Robles, F.; (3) Ramírez Compás, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Benaolán. Málaga; (3) Enfermera. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Determinar los conocimientos de los adolescentes de 1º Bachillerato de un instituto de zona rural sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y la prevención de estas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se imparten un Taller de Educación Sexual en una clase de 1º de Bachillerato en un Instituto Rural de Málaga (Cortes de la Frontera). Se reparte un cuestionario pre y post test, al comienzo y al final del seminario, cada uno constaba de 10 ítems y se comparan las respuestas de los mismos.

La muestra es de 32 alumnos entre 16-17 años, de ambos sexos y participación del 100% del alumnado.

RESULTADOS

El método anticonceptivo más conocido y usado era el preservativo y luego la píldora y parches transdérmicos, que se incrementa su conocimiento después del taller. Conocían la Píldora Postcoital el 73%, las usaron en alguna ocasión el 15%.

La ETS más conocida fue VIH, Sífilis y Gonorrea y menor proporción Hepatitis y Verrugas genitales. Los conocimientos sobre estas patologías y las medidas preventivas aumentaron tras el seminario.

El 63% consultaba las dudas sobre sexualidad en internet, 22% a los amigos y el resto a sus padres.

CONCLUSIONES

Los talleres sobre sexualidad son de gran utilidad para resolver las dudas o falsos mitos. Asesorar sobre páginas fiables en internet ayudara a resolver cualquier cuestión.

Nuestra labor como sanitarios en promocionar la salud sexual y reproductiva de nuestros adolescentes es esencial para disminuir las ETS y embarazos no deseados.

165/43. DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE HIPOVITAMINOSIS

AUTORES:

(1) Calvo Sabio, J.; (2) Ruiz Gómez, A.; (3) Ortega Carpio, A.; (4) Retortillo Ramos, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva; (2) Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud Isla Chica. Huelva; (3) Médico de Familia. Tutor de Residentes. Centro de Salud el Torrejón. Huelva; (4) Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

El proyecto se engloba dentro de las enfermedades por déficit nutricionales, siendo en este caso específico, el déficit de vitamina B12 que genera secundariamente y con mayor predominio en ancianos, enfermedades neurológicas tales como: demencia, daño neurológico y anemia así como otras complicaciones que pudieran ser irreversibles.

OBJETIVOS:

PRINCIPAL:

Determinar la prevalencia de hipovitaminosis B12 en pacientes con riesgo de presentarla

SECUNDARIOS:

Analizar la influencia de las principales variables de riesgo de hipovitaminosis B12 en la presencia de déficit de esta vitamina según:

- Edad
 - Diabetes
 - Tratamiento con Metformina, Omeprazol o Aspirina
 - Consumo cárnico y de alcohol
- Evaluar la influencia del nivel de Vitamina B12 en las patologías producidas por la deficiencia de esta vitamina
- Anemia
 - Deterioro cognitivo

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio:

Se estudiaron pacientes del centro de salud Isla Chica con riesgo leve-moderado de presentar

hipovitaminosis B12 de >60 años que reúna al menos uno de estos dos criterios:

- Diabéticos en tratamiento o no con metformina
 - Pacientes antiagregados por cualquier motivo en tratamiento con IBPs por más de seis meses de duración.
- Se consideraron criterios de exclusión los pacientes en tratamiento con vitamina B12 o suplementos vitamínicos o que periódicamente puedan recibirla por su patología de base predisponente (pacientes con anemia perniciosa, anemia megaloblástica juvenil, gastritis atrófica crónica, gastrectomía, infección por VIH, enfermedad inflamatoria intestinal crónica) o bien, aquéllos que rehúsen dar su consentimiento informado.

La selección de la muestra se hizo de forma consecutiva, aprovechando la consulta de los pacientes o su familiar (para el caso de los pacientes en domicilio) en el centro de salud con motivo de la revisión de su patología crónica.

Al tratarse de un estudio descriptivo observacional que tiene como objetivo principal estimar la prevalencia de hipovitaminosis B12 en pacientes de riesgo, y teniendo en cuenta que este porcentaje oscila en torno al 10%, hemos estimado una muestra de 138 pacientes para realizar la estimación del porcentaje con una precisión del 5% y una confianza del 95%.

Variables del estudio:

- Variables principal: vitamina B12 (analítica, cuantitativa, los rangos de normalidad de la vitamina B12 oscilan entre 200-900 pg/mL; En general se considera hipovitaminosis B12 por debajo de 200 pg/mL, aunque sólo suele indicarse tratamiento cuando existe repercusión clínica o un déficit asintomático severo (>30% sobre el límite inferior). La determinación de vitamina B12 se efectuará siguiendo la metodología de laboratorio del Hospital Juan Ramón Jiménez que se realiza mediante la técnica de inmunquimioluminización.

- Variables secundarias:

- Edad (años): cuantitativa continua
- Sexo (hombre o mujer): dicotómica
- Toma de IBP (Si/No): dicotómica
- Tiempo que lleve tomando IBPs
- Dosis de IBP (20 mg/ 40 mg):
- Tipos de IBP
- Cumplimentación terapéutica de la toma de IBP mediante el test de Morinsky Green.
- Toma de metformina (Si/No): dicotómica
- Dosis de metformina (1/2/3): cuantitativa discreta
- Patología crónica de base (HTA, DM2, dislipemia, obesidad, IRC, IC, EPOC) (Si/No): dicotómica
- Atención domiciliaria (Si/No): dicotómica
- Antiagregación (Si/No): dicotómica
- Frecuencia de consumo semanal de carne (1/2/3 días a la semana): cuantitativa discreta.
- Consumo de alcohol semanal (Bajo <17 UBE/ Alto 17-28 UBE/ Peligroso riesgo >28 UBE --- 1 Unidad de bebida estándar = 10gr de alcohol por consumición): cuantitativa discreta.
- Repercusión cognitiva mediante test Short portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (1/10): cuantitativa discreta. Test para hacer una

aproximación al diagnóstico de deterioro cognitivo, donde se consideraría normal de 0-2 errores y deterioro cognitivo si > 3 errores

- Repercusión hematimétrica mediante valoración de hemoglobina y volumen corpuscular media: cuantitativa continua.

Recogida de datos:

Durante los meses de julio 2014 a enero 2015 fuimos recopilando pacientes de forma consecutiva hasta completar el tamaño de muestra prefijado.

A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se le solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio y se les pedirá una analítica por módulo de petición analítica-Diraya que incluya vitamina B12 junto con el teléfono para citarlos de manera programada y las preferencias de horario para efectuar la entrevista.

Se intentó obtener el máximo posible de la información necesaria para cumplimentar el protocolo a partir de los registros existentes en la historia digital de paciente (Diraya). Posteriormente se concertó una entrevista telefónica para completar los datos que no suelen venir recogidos (SPMSQ, Morinsky Green, encuesta nutricional. En el caso de los pacientes de atención domiciliaria se efectuara una visita programada a su domicilio.

Todas las variables se registraron en un cuaderno de recogida de datos que se confeccionó específicamente para el trabajo y posteriormente se volcaron en una base de datos de SPSS 15.0 para su análisis.

Análisis de datos:

Las variables cualitativas se describirán mediante la determinación de porcentajes mientras que las variables cuantitativas mediante medias y desviación típica. Para el análisis de los objetivos secundarios se utilizó como test de contraste de hipótesis entre variables cualitativas la ji-cuadrado, y la t-student para variables cuantitativas. Previo al análisis estadístico se comprobaron condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza usados se construyeron al 95% y los valores p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean igual o inferiores a 0.05. Finalmente efectuaremos análisis multivariante para evaluar la interrelación entre variables, tomando como variable dependiente la deficiencia de vitamina B12.

Limitaciones del estudio:

- Por razones de eficiencia no se realiza muestreo aleatorio, lo que va a limitar la validez externa del estudio.
- No se ha podido realizar el análisis de Helicobacter Piloni en el estudio que tal como se explica en la justificación del mismo, es una variable independiente que puede condicionar la absorción de vitamina B12 y puede condicionar los resultados del trabajo.
- Debido al diseño del estudio, no se podrán inferir relaciones causales entre el consumo de IBP y la presencia de hipovitaminosis B12.

RESULTADOS

- Menos del 5% de nuestros pacientes tenían hipovitaminosis B12. De hecho, al comparar sus niveles de B12 con un grupo control de población sana, encontramos

que sus niveles de B12 eran mayores que en los pacientes sin riesgo de hipovitaminosis B12, aunque las diferencias no fueran significativas. Llamativamente encontramos más pacientes con hipovitaminosis B12 en el grupo de controles sanos (10%) que en el de riesgo.

- El análisis de hipovitaminosis B12 por subgrupos de riesgo no encontró diferencias significativas entre niveles de B12 en los diferentes grupos de riesgo, si bien se detectó una tendencia a mayor hipovitaminosis en los pacientes con mayor carga de riesgo (edad+IBP+DMT2) y un pequeño efecto “protector” paradójico de los IBP que tuvieron niveles medios de B12 superiores (n.s.). Tampoco encontramos una clara asociación entre edad y niveles de Vitamina B12 en población de riesgo.

- Aunque no encontramos asociación significativa entre consumo de carne semanal y niveles altos de B12 debido al escaso número de sujetos en los grupos de >3 días a la semana, se puede apreciar una tendencia a asociarse el consumo de carne semanal frecuente con los mayores niveles de Vitamina B12 medios.

- A diferencia de la diapositiva anterior, el mayor consumo diario de alcohol tendió a originar niveles de Vitamina B12 en sangre menores de forma no significativa.

- El consumo de AAS en la muestra tendió a asociarse de forma no significativa con la disminución de niveles de Vitamina B12.

- El análisis del subgrupo de Diabéticos en tratamiento con AAS mostró un descenso no significativo de los niveles de Vitamina B12, así como el de Metformina, aunque este en menor medida.

CONCLUSIONES

1.- En nuestra población los pacientes con alto riesgo de hipovitaminosis B12 (>60 años con o sin algún factor de riesgo añadido) tienen una prevalencia de hipovitaminosis B12 del 4,5% menor de la descrita en la literatura, e incluso menor de la que encontramos en un grupo control extraído de la misma población pero sin factores de riesgo

2.- No encontramos ninguna variable predictora que se asocie con hipovitaminosis B12, si bien el estudio no tenía potencia para detectarlas en el supuesto de que las hubiera.

3.- Podemos descartar razonablemente que el uso de IBP en nuestra población se asocie con hipovitaminosis B12; el subgrupo de pacientes DMT2 tratados con IBP o Aspirina si parece tener unos niveles de Vitamina B12 menores, aunque hacen falta estudios específicos para confirmar esta hipótesis.

165/47. HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES EPOC. CLASIFICACIÓN POR GRAVEDAD Y FENOTIPO.

AUTORES:

(1) Mateos Velo, L.; (2) Membrillo Contioso, E.; (3) González Trujillo, A.; (4) Carrillo Abadía, I.; (5) Díaz Saborido, A.; (6) Palomo Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.; (6) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto. Huelva Grupo de Salud Laboral.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La heterogeneidad de la EPOC impide su descripción exclusivamente por FEV1.

El fenotipo debería ser capaz de clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico.

Pocos estudios llevados a la práctica.

Objetivos Principales:

Clasificar a los pacientes EPOC por gravedad y por fenotipos.

Describir la población EPOC del centro de salud de Valverde.

Determinar la relación entre el grado de gravedad de la espirometría, y la del índice BODEX.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

- Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.
- La población de estudio:
- Se estudiaron a los pacientes con diagnóstico de EPOC del centro de salud de Valverde.
- Análisis estadístico:
- Para comparar variables cualitativas se llevó a cabo un test de la Ji Cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

- El 86,44% eran de sexo masculino.
- La Edad media de los pacientes era de 66,20 años. Y el Hábito tabáquico medio fue de 55,30 paq/ año
- Según FEV1: el 32,20% eran leve, 42,37% moderados, 11,86% severos y 13,56% muy severos.
- Según la actual Gold: la mitad de los pacientes estaban en un estadio A.
- Cuando se realizó el índice Bodex sólo el 8,47% de paciente tenía un índice \geq de 5.
- Respecto a la Clasificación por Fenotipo: 49,15% eran no agudizadores.
- Las derivaciones indicadas por espirometría eran del 25,42% mientras que con el Bodex se reducía al 8,45%.

CONCLUSIONES

Valoración más íntegra por Bodex que por FEV1 y disminución de las derivaciones.

Dificultad para clasificar a los pacientes por fenotipo y aumento de las derivaciones.

165/58. ¿CÓMO DIAGNOSTICAMOS LA INSUFICIENCIA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

AUTORES:

(1) López Pradas, C.; (2) Pardo Álvarez, J.; (3) Pérez Collado, M.; (4) Martín Martín, J.; (5) González Braza, M.; (6) Sánchez Ramos, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico Familia. UGC El Torrejón. Huelva; (3) Enfermera. UGC El Molino de la Vega. Huelva; (4) Médico. Hospital Blanca Paloma. Huelva; (5) Enfermera. Hospital Blanca Paloma. Huelva; (6) Profesor Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN** (incluyendo objetivos)

La Insuficiencia Venosa crónica (IVC) es la enfermedad vascular más frecuente.

Conocer criterios de exploración utilizados por los médicos de familia (M.F.) y métodos diagnósticos utilizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Ambito: Atención primaria. Zona Urbana. Criterios: MF con un año en mismo centro. Muestra de 80 respondiendo 70. Se realizó cuestionario autocumplimentado, elaborado por expertos, sometido a prueba de jueces, pilotaje previo de 20 médicos. Consta de 10 ítems respuesta múltiple likert incluyendo variables de exploración: Valoración de edad, sexo, profesión, antecedentes familiares, evaluación del dolor, pesadez, edemas, inspección. Utilización de recursos diagnósticos doppler y del índice tobillo-brazo. Realización de alguna actividad de formación continuada en IVC en último año. Análisis estadístico: media y DT para variables cuantitativas, porcentajes para cualitativas. Paquete estadístico SPSS- 17. Solicitamos consentimiento informado.

RESULTADOS

Valoran edad, 83%. Consideran profesión 77%. El sexo es considerado por 100%. Criterios de antecedentes familiares, 100% lo tienen en cuenta (88,7% siempre / 11,3% mayoría de veces.). El 95,7% evalúan dolor siempre (58,8%) o mayoría (41,2%). Resultados similares (95,7%) es tener edemas. El 100% valoran pesadez de piernas siempre / mayoría de veces (84,5% / 15,5%). Realizan exploración adecuada (bipe + supino) 92,9% siempre / mayoría (63,6% / 36%). Utilizan Doppler 84,5%, siempre o mayoría (30,7% / 69,3%). Similar para índice tobillo-brazo. El 74,3% no ha realizado ninguna formación.

CONCLUSIONES

Los médicos de familia tienen en cuenta los criterios clínicos establecidos para hacer un buen diagnóstico de IVC. Adecuado uso del doppler. Escasa formación continuada.

165/68. EVOLUCIÓN DEL DOLOR Y LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA**AUTORES:**

(1) Fernández García, F.; (2) Carrasco Racero, M.; (1) Montoro Ortiz, M.; (3) Benítez Bohorquez, I.; (4) Miranda García, A.; (4) Rivera Fenoy, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (2) Enfermera Primaria. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Sur. Ronda. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN** (incluyendo objetivos)

La lumbalgia es un problema que se caracteriza por la alta prevalencia en la población y por sus grandes repercusiones económicas y sociales, ya que se ha convertido en una de las primeras causas tanto de consulta en la atención primaria como de absentismo laboral. El objetivo de este estudio es describir la evolución de los pacientes con lumbalgia inespecífica y evaluar su repercusión en el estado funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional longitudinal. En él participaron 25 pacientes mayores de 18 años con un cuadro de lumbalgia inespecífica. Dicho estudio se llevó a cabo en las consultas de Atención Primaria de un ámbito rural.

Las mediciones que se llevaron a cabo fueron: características del dolor (localización, irradiación, desencadenantes...), antecedentes, maniobras de exploración física, exploraciones complementarias, evaluación del dolor mediante escala visual analógica (EVA), tratamiento y datos sociodemográficos y laborales. La repercusión del dolor en el estado funcional fue evaluada mediante el Índice de Discapacidad de Oswestry, el cual incluye 10 ítems referidos a actividades cotidianas (aseo personal, levantar peso, caminar, etc). Finalmente se realizó una reevaluación al cabo de dos semanas.

RESULTADOS

El porcentaje de mujeres fue del 81.4%. La edad media fue de 57.5 años. Antecedentes similares en el 82%. Evolución superior a 6 semanas en el 45.8%. Lumbalgia de tipo mecánico en el 90.3%, con signos de elongación ciática positivos en el 32% y atribuida a enfermedad degenerativa en la mayoría de las ocasiones. Tratamiento farmacológico con analgésicos y/o aines en todos los pacientes. Cumplimiento terapéutico autocomunicado del tratamiento farmacológico en el 79.6% y otras medidas en el 71.2%. La puntuación inicial de la EVA (rango 0 a 10) fue de 5.8%, descendiendo a 4.1% al cabo de 2 semanas ($p=0.004$). El % inicial de discapacidad (Oswestry) fue de 38.1 y de 26.9 al cabo de dicho período ($p=0.02$). La mejoría fue significativamente superior en lumbalgias de carácter intermitente (100% versus 23.5%, $p=0.005$) y en las de comienzo insidioso (100% versus 55.6%, $p=0.01$).

CONCLUSIONES

Mejoría clínicamente relevante de la discapacidad originada por la lumbalgia inespecífica en el 40.9% de los casos al cabo de dos semanas con tratamiento médico. Se comprobó alguna mejoría en el 81.8% de los casos.

165/72. EL PACIENTE DE ALZHEIMER Y SU REPERCUSIÓN FAMILIAR.

AUTORES:

(1) Pazos Bernal, N.; (2) Fernández García, F.; (3) Carrasco Racero, M.; (4) Benítez Bohorquez, I.; (2) Montoro Ortiz, M.; (5) Montesinos Sánchez, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda . Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (3) Enfermera Primaria. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Sur. Ronda. Málaga; (5) Enfermera Primaria. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Cuando una persona sufre Alzheimer, toda la familia padece la enfermedad. Los cuidadores, normalmente cónyuges o hijos, ven muy restringido su tiempo libre y el resto del núcleo familiar siente inquietud, miedo y rechazo. La familia debe enfrentarse a múltiples problemas diarios como pueden ser el sueño nocturno, la incontinencia, el aseo o la alimentación. Por todo esto, nos planteamos el objetivo de conocer la repercusión familiar a nivel físico, psíquico, familiar y socioeconómico del cuidado de un paciente con Alzheimer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, basado en entrevistas personales (cuidador principal) y cuestionarios autocumplimentados (para el resto de los familiares). Los sujetos participantes fueron familiares mayores de 18 años de 45 pacientes pertenecientes a una asociación de Alzheimer de la localidad.

Se recogieron datos del enfermo (años de evolución, escalas de dependencia de Barthel, apoyo social) y de los familiares: cuidador principal o no, edad, sexo, parentesco, estudios, trabajo, cuidador profesional o no, repercusión física, psíquica (Goldberg), social y laboral y sobrecarga del cuidador (test de Zarit).

RESULTADOS

Los pacientes tienen una media de 5 años de evolución y 76 años de edad siendo mayoritariamente mujeres (69.4%). Un 26.5% reciben ayuda domiciliaria. El perfil del cuidador principal es el de una mujer (64.7%), cónyuge (56.9%) ó hija/o (27.5%) del enfermo/a, sin trabajo (78%), con estudios primarios (48%), con edad media 62.2 años y dedicación de 160.1 horas semanales. Un 9.8% son cuidadores contratados. La autopercepción de la salud es peor en los cuidadores principales que en los demás familiares ($p < 0.001$). La presencia de ansiedad y depresión también es mayor en el cuidador principal (58.8% vs 35.3%). La presencia de ansiedad parece relacionarse con un índice de Barthel inferior; algo similar ocurre con la depresión. La sensación de sobrecarga es más frecuente en el cuidador principal (80.5%). En general las relaciones sociales y laborales son consideradas bastante o muy afectadas por el 20.4%. Un 46% cree afectadas negativamente las relaciones intrafamiliares. El 46%

considera que su familia no dispone de suficiente dinero para cuidar al enfermo.

CONCLUSIONES

El cuidado de un paciente con Alzheimer tiene una repercusión negativa en todos los aspectos estudiados sobre todo para el cuidador principal.

165/73. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

AUTORES:

(1) Pérez Pérez, F.; (2) Rodríguez Ruiz., H.; (2) Sánchez Salado, J.; (1) Martínez Faure, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Cádiz; (2) Enfermero. Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Además de la prudencia, el médico debe disponer de unos principios éticos que ayuden a determinar su carácter ético y a discernir cómo debe actuar. La bioética actual presenta el modelo de los principios como criterio de discernimiento. Ante la insuficiencia de dichos principios, la bioética personalista propone algunos principios.

Se trataría de elaborar un conjunto de paradigmas o cuadro sistemático para la solución de casos límites surgidos en la práctica de la Medicina. En esta perspectiva no sería necesaria una fundamentación ética, es decir, una justificación última de los valores y principios: éstos constituirían sólo un soporte teórico a la acción, modificables en función de las circunstancias. Aunque seguido por la National Commission en el Belmont Report, fueron Beauchamp y Childress los que articularon este modelo de una forma coherente y exhaustiva, señalando 4 principios: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, interpretados y justificados en el contexto de dos tipos de teorías éticas: la teoría deontológica y la teleológica.

Objetivos

1. Formación continuada en Bioética de los médicos de familia que desempeñan su profesión en Servicios de Urgencias y Emergencias.
2. Elaboración y puesta en marcha de un programa de formación continuada para las diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeros, técnicos y operadores).
3. Fomentar la aplicación del modelo de los principios a la problemática de los servicios de Urgencias y Emergencias como forma de resolución y de toma de decisiones conflictivas.
4. Concienciar sobre la importancia de los principios de la Bioética en el ejercicio profesional, especialmente en Servicios de Urgencias y Emergencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Constitución de una Comisión de Bioética multidisciplinar.

2. Establecimiento de un programa anual de cursos dirigido a profesionales sanitarios de las diferentes categorías.
3. Creación de una página web para formación on-line en Bioética.
4. Acuerdo con diferentes Instituciones y empresas privadas de la zona (Colegio de Médicos, Escuela Universitaria “Salus Infirmorum”, Empresa de Transporte de Críticos Semyu112, Universidad) para programar actividades formativas conjuntas.
5. Coordinación de la elaboración de Protocolos de actuación en Urgencias y Emergencias.
6. Finalmente, intentar conseguir el reconocimiento por parte de Sociedades Científicas.

RESULTADOS

Los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) se han convertido en un nuevo escenario donde los médicos de familia desempeñan su profesión. Al igual que otros campos de la Medicina, la Medicina de Urgencias y Emergencias presenta conflictos éticos que hay que resolver, habitualmente con escasa capacidad de respuesta por la premura que se necesita. Su accesibilidad (puerta de entrada en muchas ocasiones al Sistema Sanitario), su disponibilidad durante las 24 horas de los 365 días del año, su situación dentro del Sistema Sanitario Público (coordinando entre Atención Primaria y Hospitalaria) y su relación con las diferentes Compañías Aseguradoras, su relación con instituciones como las Fuerzas de Seguridad del Estado, la posibilidad de coordinar diferentes recursos –sanitarios o no–, su capacidad de gestión de incidentes de múltiples víctimas, su papel en la gestión de trasplantes, etc. hace de los CCUE un lugar en el que se producen importantes desafíos sanitarios que llevan consigo grandes desafíos bioéticos. Los médicos de familia que desempeñan su trabajo en dichos CCUE están perfectamente cualificados para su labor, pero la presión asistencial y la premura necesaria pueden hacerles caer en actitudes rutinarias, por lo que es importante ser conscientes y ejercitarse en el modelo de los principios de la Bioética y en la resolución de conflictos cuando éstos entran en colisión.

Los CCUE resultan cruciales para la aplicación de los 4 principios de la Bioética:

1. Principio de autonomía: son muchas las dudas y consejos sanitarios que se hacen desde los CCUE, siempre potenciando la autonomía de los usuarios, consultando voluntades anticipadas, gestionando ingresos involuntarios (por orden judicial o facultativa) o registrando consentimientos informados.
2. Principio de beneficencia: los CCUE están a disposición de los usuarios las 24 horas de los 365 días del año con el fin de ayudar en todo lo posible a cualquier usuario que lo solicite.
3. Principio de no maleficencia: en muchas ocasiones son los CCUE los que evitan efectos indeseables o una vez producidos los mitigan, limitación del esfuerzo terapéutico, sospecha de malos tratos.

4. Principio de justicia: el adecuado y eficiente uso de los recursos sanitarios o no sanitarios cobra especial importancia en los CCUE

CONCLUSIONES

La formación en Bioética de los médicos de familia que trabajan en CCUE debe ejercitarse de forma ininterrumpida con implicación del Comité de Ética Asistencial y de la Empresa formando parte de la formación continuada, como se viene haciendo en la actualidad

165/79. DIFERENCIAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) SEGÚN GÉNERO

AUTORES:

(1) Molina Sánchez, B.; (1) Castillo Barrera, J.; (2) Medero Canela, R.; (3) Macías Beltrán, I.; (4) Rodríguez Sánchez, M.; (5) Velázquez Giménez de Cisneros, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

El dolor torácico es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias Hospitalaria. La rápida identificación y adecuación del abordaje terapéutico son clave para el éxito.

Objetivo principal: definir las características de presentación del SCA según el género. Objetivo secundario: detectar la posible relación de variables con el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en Urgencias Hospitalaria. Muestra consecutiva de pacientes atendidos por dolor torácico cardiológico en 2 meses (n=69): mujeres (n=27), hombres (n=42). Variables: edad, origen dolor, FRCV, coronariografía y lesión, stent e ingreso. Recogida de datos mediante historia digital. Análisis estadístico: media, desviación típica y porcentajes para estudio descriptivo, Chi cuadrado y prueba de t o ANOVA para inferencia estadística.

RESULTADOS

Hombres: edad 63.12, DT 12.23, IC 95% (59.31-66.93). Origen dolor: angina estable 23.8%, SCA-SEST 52.4%, SCACEST 7.1%, no isquémico 16.7%. FRCV 92.9%. Coronariografía 28.6%, de ellas lesión y stent en 100%. Ingreso 81%.

Mujeres: edad 69.37, DT 13.79, IC 95% (63.92-74.83). Origen dolor: angina estable 33.3%, SCA-SEST 48.1%, no isquémico 18.5%. FRCV 92.6%. Coronariografía en 7.4%, de ellas lesión y stent en 100%. Ingreso 55.6%.

Existe relación estadísticamente significativa entre sexo y realización coronariografía (p 0.02) e ingreso (p 0.03).

CONCLUSIONES

No existen grandes diferencias en cuanto a la edad y los FRCV. Los hombres presentan más frecuentemente SCA y las mujeres angina estable. Se realiza coronariografía más frecuentemente en hombres aunque en todas se encuentra lesión y precisan tratamiento, no habiendo diferencias en cuanto a sexo. Se ha encontrado relación en cuanto al ingreso, siendo más frecuente en hombres.

165/87. INGRESOS EN URGENCIAS POR MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS

AUTORES:

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

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Iznalloz. Granada; (2) Enfermera de familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Los ingresos en el servicio de urgencias (SUE) por motivos “psiquiátricos” son frecuentes. Los objetivos de este estudio son: 1. Determinar los diagnósticos más frecuentes de consulta en SUE por “motivos psiquiátricos”. 2. Establecer si existen diferencias entre hospitales de distintas zonas (H. Virgen de las nieves, H. Torrecardenas y H de Motril).

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos pacientes que ingresan en los SUE de los hospitales V nieves, torrecardenas y Hospital de motril durante el periodo comprendido de enero 2013-diciembre 2013. • Realizamos correlación: motivo de ingreso supuestamente psiquiátrico con diagnóstico final al alta en urgencias (o ingreso si procediese). • Realizamos estudio comparativo entre los tres centros. Mediante prueba X2

RESULTADOS

Se obtienen las causas de ingreso en SUE y los diagnósticos al alta de los mismos pacientes. Al ingreso las causas más frecuentes en los tres hospitales fueron: Intoxicaciones (1467 HVN, 1290 H torrecardenas, 889 H motril), Trastornos de ansiedad (680 HVN, 459 H torrecardenas, 239 H motril), intento de autólisis (123 HVN, 85 H torrecardenas, 45 H motril) y crisis en paciente psiquiátrico (64 HVN, 30 H torrecardenas, 39 H motril $p=0.02$).

165/94. CHIKUNG EN FIBROMIALGIA PARA LA MEJORA DE ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

AUTORES:

(1) Rodríguez Sánchez, M.; (2) Brome Robles, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (2) Trabajadora Social. Centro de Salud de Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La Fibromialgia (FM) es una de las causas más frecuentes de dolor musculoesquelético crónico generalizado, con una considerable disminución de la calidad de vida. Constituye una causa importante de hiperfrecuentación y un elevado consumo de recursos y su prevalencia va en aumento.

No existe tratamiento definitivo para la FM, obteniéndose los mejores resultados con un abordaje multidisciplinar.

El Chikung es una disciplina empleada de forma preventiva y terapéutica en la Medicina Tradicional China (MTC) desde hace miles de años basada en la realización de suaves ejercicios físicos coordinados con la respiración y la concentración mental. Según la MTC la práctica del Chikung (Chi=energía, Kung=trabajo, destreza), permite el flujo armonioso de la energía vital, eliminando los bloqueos y aumentando la cantidad y calidad de la misma.

Con este trabajo de investigación se pretende buscar evidencias a favor de la práctica del Chikung como terapia efectiva para la FM, así como valorar su utilidad como herramienta que ayuda a la persona a ser parte activa en su curación, reforzando su autonomía y su integridad como ser humano.

Objetivos:

- Describir las características sociodemográficas y clínicas
- Determinar la efectividad del Chikung en pacientes con fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de diseño: Estudio de Intervención sin grupo control.
- Población de estudio: pacientes diagnosticados de FM pertenecientes al área de UGC Cartaya.
- Ante la demanda --> Grupo heterogéneo
- Tamaño muestral: 27
- Intervención: Práctica de Chi Kung durante un periodo de 10 meses, 1 hora 3 veces por semana.

Para medir la efectividad se ha realizado un análisis mixto:

- CUANTITATIVO: mediante la realización y el análisis de los siguientes cuestionarios validados, antes de comenzar el estudio y posteriormente cada 3 meses hasta la finalización del mismo: Escala Goldberg, S-FIQ y WOMAC. Otras variables: edad, sexo, patologías concomitantes y tratamiento farmacológico actual, son recogidas en una entrevista individual en consulta.
- CUALITATIVO: Grupo focal

RESULTADOS

- Descripción de las características clínicas y sociodemográficas.
- Variables dependientes analizadas:
 - Síntomas ansioso-depresivos
 - Dolor y capacidad funcional en pacientes con artrosis
 - Impacto vital de la fibromialgia

En todas ellas se objetiva una tendencia a la mejoría, sin significación estadística ($p>0.05$)

- El análisis cualitativo mediante el grupo focal muestra la percepción subjetiva de los participantes.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se pretende abrir una puerta hacia otro enfoque terapéutico, ya que el abordaje farmacológico como única estrategia no resuelve el problema de la FM, la ansiedad o la depresión.

A pesar de no obtener significación estadística se objetiva una tendencia a la mejoría en los datos objetivos y los pacientes expresan en el grupo focal cambios a distintos niveles muy positivos.

Actualmente el grupo continúa, y creciendo... :)

165/97. PERFIL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Fuentes Calvente, C.; (2) Márquez Vera, E.; (3) Medero Canela, R.; (4) Domínguez Teba, A.; (2) Macías Beltrán, I.; (5) Velázquez Giménez de Cisneros, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La fibromialgia presenta prevalencia del 2-3% en nuestra población. Se caracteriza por dolor crónico con agudizaciones así como otros síntomas inespecíficos. Supone un importante consumo de recursos y costes sanitarios representando 5-10% de consultas de Atención Primaria. Esto conlleva a la necesidad de conocer las características de estos pacientes para poder abarcar esta patología de forma global. Objetivo principal: describir el perfil del paciente con fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Muestra: pacientes diagnosticados de fibromialgia en un Centro de Salud Rural (n=64). Criterios de inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico de fibromialgia que acepten participar. Variables: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, rol de cuidador y patología mental. Recogida de datos mediante entrevista clínica. Análisis estadístico con SPSS usando media y desviación típica para cuantitativas, porcentajes para cualitativas.

RESULTADOS

100% mujeres. Edad media 55,64 años, DT 11,09, IC 95% (52,9-58,26). Estado civil: soltero 6,1%, en pareja 3%, casado 78,8%, divorciado 7,6%, viudo 4,5%. Nivel de estudios: sin estudios 30,3%, estudios primarios 48,5%, secundarios 15,2%, universitarios

6,1%. Situación laboral: empleados 22,7%, desempleados 77,3%. Rol de cuidador: ninguna persona 77,3%, una persona 15,2%, más de una 7,6%. Enfermedad mental: sin enfermedad 24,2%, ansiedad y/o depresión 74,2%, otro tipo de enfermedades 1,5%.

CONCLUSIONES

La totalidad de pacientes estudiadas fueron mujeres. Fundamentalmente son casadas, con bajo nivel de estudios y desempleadas. No parece haber alta frecuencia de cuidadoras y más de un 70% presentan ansiedad y/o depresión.

165/107. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN. HIPERFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS RURALES.

AUTORES:

(1) López González, J.; (2) Velázquez Giménez de Cisneros, G.; (3) Medero Canela, R.; (4) Márquez Vera, E.; (5) Macías Beltrán, I.; (6) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bollullos Par. Bollullos Par del Condado. Huelva; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (5) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (6) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La hiperfrecuentación es un problema de salud pública por los altos costes generados. Fenómeno problemático que ocupa el 50% de las consultas de atención primaria y un 20% son innecesarias. Se plantea: Determinar prevalencia de hiperfrecuentación en urgencias rurales. Determinar relación con edad, sexo, nacionalidad, proximidad centro, aportación económica al Servicio Andaluz de Salud (SAS), horario consulta, motivo consulta, tipo asistencia (médica, enfermería, ambas u hospitalaria), número visitas año, revisión por médico de atención primaria (MAP). Determinar relación hiperfrecuentadores, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad crónica y polifarmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida de datos programa informático Diraya. Cálculo muestral programa Open Epi (236 personas). Aleatoriedad programa números aleatorios. Análisis de datos programa estadístico SPSS 15.0. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Para variables cualitativas uso porcentajes y en cuantitativa media y desviación típica. Comparación medias: t student y ji cuadrado. Test Welch en t student con varianza distinta. Análisis multivariante mediante regresión logística. Comprobación condiciones de aplicación.

RESULTADOS

Únicamente presentó significación estadística (ES) sexo femenino $p < 0.003$. Resto no presentaron. Análisis multivariante sexo femenino (ES). Aproximándose ES: proximidad centro, tipo asistencia y horario consulta.

CONCLUSIONES

Perfil del estudio: Sexo femenino, edad media 28 años, nacionalidad Europa del Este, horario consulta 8 a 15 horas, motivo consulta: malestar general – fiebre, tiempo asistencia medio 12 minutos, número visitas año 15, asistencia hospitalaria y sí presentan revisión por MAP. Estas últimas podemos pensar si causan al profesional un estrés más acentuado o puedan provocar errores en la práctica diaria.

165/108. COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES**AUTORES:**

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

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Orcera. Jaén; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Linares B. Jaén.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN** (incluyendo objetivos)

Consideramos importante poder averiguar los comportamientos sexuales de los adolescentes de la zona a fin de establecer estrategias para mejorar la información que poseen y evitar las ETS y embarazos no deseados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Encuesta validada estructurada y anónima a una muestra de 66 adolescentes de 4º ESO, análisis cuantitativo de edad y cualitativo de porcentajes de comportamientos sexuales

RESULTADOS

Participan 66 adolescentes, El 51,52% era mujer. La edad media era de 15,6 años. Tienen pareja o ligue el 39,39% y estable el 61%. El grado de confianza es total o bastante en el 84,62%. La edad de la primera masturbación se da mayormente de 10-13 años (30,30%). El primer beso en los labios se da mayormente de 10-13 años (37,88%). El 37,88% de los encuestados ya ha tenido la primera relación coital al momento de la encuesta, Ambos sexos utilizan el preservativo en el 72% de las ocasiones. Mantiene sexo con penetración el 37,88%, se masturba el 46,96% y han tenido 2 parejas sexuales (12,5%), 3 (25%) y 4 o más (29,17%). El preservativo es usado actualmente en el 54,16% de las relaciones con penetración.

CONCLUSIONES

Se trata de una población sexualmente activa a edades tempranas, susceptible de contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados que no usa preservativo en toda relación con penetración.

165/119. MEJORA DE SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTO: REVISIÓN BOTIQUINES DOMÉSTICOS.**AUTORES:**

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

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada; (2) Enfermera de Familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN** (incluyendo objetivos)

Mejorar seguridad del paciente en utilización de medicamentos. Establecer estrategias educativas para uso correcto de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valoración de stock de fármacos en domicilio. Se extrae listado mayores 65 años ($n=1842$), excluyendo inmovilizados (341). Selección aleatoria muestra de 100. Hoja de datos: edad, sexo, nivel estudios, integrantes unidad familiar, parentesco, tipo botiquín, ubicación, contenido, número envases, caducidad, recuento unidades. Visita domiciliaria para valoración incumplimiento, verificamos prescripción, observando concordancia envases expendidos y recuento de envases/unidades. Se diseña hoja informativa botiquines domésticos y desarrollo actividad multidisciplinar promoción de salud (taller).

RESULTADOS

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

CONCLUSIONES

Número elevado de botiquines en lugares no adecuados. Mas de la mitad son desplazables. Mayoría de pacientes polimedicados. Suponiendo incumplimiento por duplicidad, con grupos terapéuticos riesgo vascular. Necesaria revisión periódica de polimedicados para minimizar riesgos. Necesidad de educación en almacenamiento y uso adecuado de medicamentos.

165/121. PROGRAMA PIRASOA. ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS**AUTORES:**

(1) Albarrán Núñez, M.; (2) Borne Jerez, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva;

(2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Las infecciones son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP). El 70% reciben antimicrobianos. España se encuentra entre los países de mayor consumo de la UE. Existen múltiples causas que conllevan a una mayor morbimortalidad, aumento del gasto sanitario, deterioro de la eficacia de futuros tratamientos... Por ello, nos planteamos conocer el perfil de prescripción de los antibióticos en las consultas de AP, analizar el grado de adecuación de las mismas antes y tras implantar el Programa PIRASOA. Conocer las enfermedades infecciosas más prevalentes, tipo de antibióticos más utilizados, motivos de inadecuación y si ha habido modificación en las prescripciones tras dicha intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de intervención pragmático sin grupo de control de prescripción-indicación. Población: usuarios con prescripciones durante Noviembre-Diciembre de 2013 y 2014. Tamaño muestral 323 usuarios en cada periodo.

RESULTADOS

Se obtuvo un 74% de prescripciones inadecuadas sin diferencias estadísticamente significativa antes y tras implantar PIRASOA, siendo el motivo principal situaciones que no requerían antibióticos (69%). El antibiótico más utilizado fue amoxicilina-clavulánico. El tipo de infección más prevalente fue la respiratoria. No hubo modificación en la utilización de antibióticos en relación al PIRASOA.

CONCLUSIONES

Hay un alto porcentaje de inadecuación en la prescripción de antimicrobianos, similar a otros estudios realizados. Supone un aspecto de gran relevancia, pues somete al paciente a riesgos innecesarios (reacciones adversas, sensibilización a fármacos), un aumento del número de futuras consultas por procesos leves e impacto ecológico importante en cuanto a generación de resistencias.

165/122. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABÉTES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) García Sardón, P.; (2) Velázquez Giménez de Cisneros, G.; (3) García Martín, P.; (3) Trujillo Díaz, N.; (4) Filella Sierpes, A.; (5) Pedregal González, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Luis Taracido/ Hospital Infanta Elena. Huelva; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y comunitaria. UGC Luis Taracido. Huelva; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva; (4) Médico de Familia. UGC Luis

Taracido. Huelva; (5) Médico de Familia. Técnico de Salud en Unidad Docente de Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

-Describir el Riesgo Cardiovascular (RCV) en pacientes Diabéticos tipo 2 (DM2) de una consulta de Medicina de Familia.

-Determinar la relación entre RCV y edad, sexo, cifras de hemoglobina glicada (HbA1c), años de evolución y tratamiento con insulina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Se seleccionó una muestra consecutiva de 100 pacientes diagnosticados de DM2 de una consulta de Medicina de Familia de un Centro Rural.

Variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento con insulina y última cifra de HbA1c.

Análisis estadístico:

Descriptivo: Para las variables cuantitativas media y desviación típica (DT); porcentajes para las cualitativas. Inferencial: intervalos de confianza al 95% (IC), test de la t para comparar medias, Ji-cuadrado para variables cualitativas y análisis multivariante mediante regresión logística tomando como variable dependiente el RCV. Se comprobaron las condiciones de aplicación.

RESULTADOS

El RCV en pacientes fue elevado en el 12% (IC 6,67-19,51) y muy elevado en el 88% (IC 80,89-93,33).

El sexo, 53 hombres y 47 mujeres. La edad, 67,65 años (DT 11,38). El 29% de los pacientes estaban en tratamiento con insulina. La evolución de la enfermedad fue de 10,29 años (DT 18,47) años y la cifra de HbA1c 6,96 (DT 1,30).

Únicamente se encontró relación estadísticamente significativa con la edad ($p=0,001$) y el tiempo de evolución de la enfermedad ($p=0,016$). No hubo relación con el sexo, las cifras de HbA1c y el tratamiento con insulina.

En el análisis multivariante con regresión logística binomial sólo se encontró relación estadísticamente significativa con la edad ($p=0,005$).

CONCLUSIONES

El RCV fue muy elevado en los pacientes con DM2. Es muy importante el manejo y control de la evolución de esta patología crónica en la práctica asistencial de Medicina de Familia.

La edad y el tiempo de evolución de la enfermedad están relacionados con el aumento del RCV.

En el análisis multivariante únicamente se encuentra relación con la edad.

165/123. PERFIL DEL PACIENTE DEMANDANTE DE AVISOS DOMICILIARIOS URGENTES.

AUTORES:

(1) Borne Jerez, S.; (2) Albarrán Núñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva;

(2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Los avisos domiciliarios urgentes son una situación poco estudiada en nuestros días a pesar de que constituyen una gran demanda en nuestra práctica habitual, debiendo realizarlos durante la mañana a pesar de que la mayoría no se consideran urgentes. Como objetivos se establecerá el perfil del paciente demandante de avisos urgentes, conocer si los avisos realizados son urgentes o demorables y comprobar si los pacientes incluidos en el programa de visitas domiciliarias realizan mayor número de avisos urgentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional descriptivo, que incluye los avisos urgentes durante los meses de Octubre a Diciembre de 2014, registrados del Listado de avisos del Centro de Salud Isla Chica.

Las variables recogidas han sido: edad, sexo, inclusión o no en programas de visitas domiciliarias, motivo de consulta, déficit de movilidad, patología grave, día de la semana, cupo médico, si presentaban o no criterio de urgencia y si precisaban actuación por parte de enfermería o su traslado a otro centro.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes tienen más de 80 años, siendo más demandantes las mujeres, por causa respiratoria; el 76% de los demandantes no está incluido en el programa de visitas domiciliarias programadas. El 90% de los casos no precisó traslado a otro centro ni atención enfermera. El 50.7% de los avisos son urgentes.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, podemos destacar que la mayoría de los avisos no son demorables y que los pacientes incluidos en el programa de visitas domiciliarias realizan una menor demanda urgente.

165/134. DIABÉTICO MAYOR DE 65 AÑOS. ¿DAÑO ARTERIAL PERIFÉRICO?

AUTORES:

(1) Medina Díaz, J.; (1) Ahmad, K.; (2) Salmerón Gualda, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Macael. Almería; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Campheroso. Almería.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica en nuestros pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que sean mayores de 65 años y analizar su relación con respecto a factores metabólicos asociados

MATERIAL Y MÉTODOS

Se localizó a los diabéticos tipo 2 (DM2) correspondiente gracias al registro del proceso de Diabetes del programa Diraya. Se les propuso participar cuando

acudieron a consulta o por teléfono. De los 85 pacientes con diagnóstico de DM2 participaron 56, 3 de ellos fueron excluidos por presentar amputación de miembros inferiores (MMII), 8 pacientes se negaron a realizar el presente estudio, 8 pacientes habían fallecido, 8 pacientes no fueron localizados y 2 pacientes fueron excluidos por imposibilidad de desplazarse al centro. Valoramos la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) mediante el cálculo del índice tobillo brazo por doppler portátil (ITB-D) y consideramos EAP leve-moderada (ITB-D 0,41-0,9), EAP severa (ITBD mayor de 1,3) y su correlación con factores clínicos metabólicos (analítica basal de perfil diabético, dislipemia, obesidad, hipertensión, tabaquismo y otros factores relacionados).

RESULTADOS

La prevalencia de EAP fue del 27,5 % (ningún caso de EAP grave y 8,9% EAP arteriosclerótica). No encontramos relación significativa entre ITB-D y el antecedente de HTA, dislipemia, ni tabaquismo. Los pacientes con obesidad presentaron valores estadísticamente significativos (d.s.) inferiores de ITB-D. Existe d.s.

CONCLUSIONES

El daño arterial periférico es elevado en nuestra población diana en relación con estudios previos, teniendo en cuenta el elevado tiempo de evolución de la enfermedad y la edad avanzada de nuestros pacientes podría explicar dicho resultados

165/136. DETERMINAR EL MANEJO DE LOS ASCUS (CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INCIERTO) EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) González Trujillo, A.; (2) García Jiménez, M.; (3) Trueba Carreón, J.; (4) Carrillo Abadía, I.; (5) Mateos Velo, L.; (5) Membrillo Contoso, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (2) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (3) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Es un diagnóstico controvertido que crea inquietud. El diagnóstico y seguimiento se realiza en Atención Primaria. Su manejo no está claro.

OBJETIVOS:

Describir el manejo de pacientes que presentan ASCUS.

Determinar la relación con la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población/muestra: 21 mujeres con ASCUS (2013).
Técnicas de análisis: media y desviación típica para variables cuantitativas; porcentajes para cualitativas.
Intervalos de confianza al 95%.

Mediciones:

- Manejo:
 - Citología 0: ASCUS.
 - Citología 1: a 6 meses.
 - Citología 2: a 12 meses si persiste ASCUS o superior, o ≥ 25 años.

Errores:

0: tras citología inicial con ASCUS, no repetir en 6 meses.

1: tras citología 6 meses, no repetirla 6 meses en ≥ 25 años o, < 25 años actitud diferente a repetirla si nuevamente ASCUS o L-SIL o derivarla a cribado poblacional si normales.

2: tras citología 12 meses, no derivarla Ginecología si ASCUS o superior, no derivarla a cribado poblacional si normal.

- Edad.

RESULTADOS

Prevalencia: 2,7 % (1,72-4,03).

En un 28,6% (12,48-50,23) se repite citología a los 6 meses y en un 14,3% (3,77-24,14) a los 12 meses.

Un 71,4% (49,77-87,52): actitud incorrecta en la primera citología.

Un 80% (60,2-93,64): derivación a Ginecología.

18 mujeres ≥ 25 años. En 3 de ellas se realizó un adecuado manejo de los ASCUS.

CONCLUSIONES

No se realiza un adecuado manejo de los ASCUS.

Más frecuentes en mujeres ≥ 25 años.

Un manejo adecuado evitaría derivaciones innecesarias.

165/144. MEJORA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS CON LA IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

AUTORES:

(1) Bedoya Belmonte, J.; (2) Bujalance Zafrá, M.; (3) González Vera, C.; (1) Díaz Caro, E.; (1) Rodríguez González, M.; (1) Bandera Verdier, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga; (3) Enfermera. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Describimos los resultados de diferentes indicadores de calidad, hemoglobina glucosilada, exploración de pies y retinografía, tras la puesta en marcha de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, desde 2005 hasta 2013 de pacientes diabéticos.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano, clase socioeconómica media-alta.

Participantes: Se reclutan todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud, hombres y mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus, desde la implantación de los Procesos asistenciales Integrados en el 2005 y hasta el momento del estudio en 2013.

Mediciones Principales: datos epidemiológicos referidos a número total de mujeres y hombres con diagnóstico de diabetes mellitus, número de determinaciones de hemoglobina glucosilada, número de realizaciones de retinografía y número de exploraciones de pies.

RESULTADOS

Se ha producido un incremento en el porcentaje de determinación de hemoglobina glucosilada pasando del 27.16% al 72.3% en mujeres y del 25.16% al 74.38% en hombres, de retinografías que pasa del 1.41% al 45.27% en mujeres y del 2.08% al 39.78% en hombres y de exploraciones de pies que pasa del 0.2% al 42.71% en mujeres y del 0.62% al 44.54% en hombres.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de los Procesos Asistenciales Integrados ha facilitado el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes por parte de las enfermeras y médicos de familia y ha mejorado los indicadores de calidad, incluyendo la realización de hemoglobina glucosilada y exploración de pies al menos una vez al año y realización de retinografía cada dos años.

165/185. INTELIGENCIA Y TDAH: ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS ATENCIONALES EN POBLACIÓN INFANTIL

AUTORES:

(1) Membrillo Contioso, E.; (2) Lorca Marín, J.; (3) González Trujillo, A.; (4) Mateos Velo, L.; (5) Palomo Cobos, C.; (6) Díaz Saborido, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Doctor en Psicología. Profesor asociado de la Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibrleón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (5) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (6) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Las Redes Atencionales (Posner y Fan) es una propuesta integradora sobre las diversas concepciones de la atención. Defiende que las manifestaciones atencionales son producidas por un sistema modular compuesto por tres redes (Alerta, Orientación y

Ejecutiva). Cada una de ellas se encargaría de funciones atencionales distintas y asociadas a áreas cerebrales específicas. Existen evidencias de la importancia de la red Ejecutiva en patologías clínicas y subclínicas. Las tareas atencionales para evaluar dichas redes permitirían una exploración anatómico-funcional de poblaciones clínicas y subclínicas como en el caso del TDAH, Superdotación o discapacidad Intelectual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 80 niños (7.9 \pm 1.5 años), diestros, agrupados por: TDAH y nivel de Coeficiente Intelectual (CI). Control de factores conductuales a través de EDAA y CBCL, y nivel de CI a través de WISC IV y Tony-2. Todos los TDAH medicados con Metilfenidato. 3 grupos: sub-clínico (TDAH, CI Alto y Bajo) y un cuasicontrol (sin trastornos conductuales y CI Medio). Variables Dependiente registradas: latencias de respuesta y Tiempos de Respuesta (TR). Prueba utilizada: "Ángeles y Demonios", programada en DMDX4 y constituida por varias tareas atencionales.

RESULTADOS

Todos los grupos presentan diferencia significativa en CI a excepción del grupo medio-TDAH. Todos muestran mismo patrón de respuestas en las tareas atencionales. El grupo con TDAH obtiene mayores TR, seguidos de los grupos con CI muy bajo, medio y superior.

CONCLUSIONES

Relación inversa entre CI y TR invertido en cada tarea. Relación inversa entre latencia y CI en tareas de respuesta automática. Relación directa en latencia y CI en tareas de respuesta controlada. El grupo TDAH tiene un coste muy alto de latencia tanto en tareas automáticas como controladas.

165/193. ¿SEGUIMOS USANDO ADECUADAMENTE EL OMEPRAZOL EN NUESTRA CONSULTA?

AUTORES:

(1) Domínguez Teba, A.; (2) Macías Beltrán, I.; (3) Medero Canela, R.; (4) Trueba Carreón, J.; (3) Márquez, E.; (5) Fuentes Calvente, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibrleón. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Revisión de la prescripción de omeprazol en atención primaria

Objetivos:

- Determinar el perfil de paciente
- Valorar si la prescripción es adecuada y la dosis correcta
- Establecer relación entre adecuación y perfil clínico

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo.

Muestra aleatoria de pacientes de un cupo de atención primaria con prescripción en receta XXI de omeprazol (n=81)

Variables: edad, sexo, patología que justifica su uso, dosis correcta y adecuación:

Análisis estadístico: descriptivo: media, desviación típica y porcentajes. Inferencia estadística: Chi cuadrado y T student, comprobaron condiciones de aplicación. Recogida de datos: Diraya.

RESULTADOS

El 53 % son mujeres, con edad media de 69 años (IC 66-73) y desviación típica 14 años. El uso habitual está justificado por tratamientos en ulcus gástrico-duodenal (1.2 %), en enfermedad por reflujo gastroesofágico (12.3 %) y en erradicación del H. pylori (2.5 %). Como prevención del ulcus producido por antiinflamatorios en un 48.1% y por anticoagulantes en un 3.7 % los casos, ya sea debido a una edad superior a 65 años (89.7%) o uso de otros fármacos gastrolesivos (10.3%). Un 84 % de los pacientes tienen dosis correcta. La prescripción es adecuada en un 72.2 % . Existe relación entre adecuación y edad (p=0.002)

CONCLUSIONES

Un tercio de los pacientes siguen con prescripción inadecuada . Se trata de una población longeva cuya prescripción es debida a la prevención de gastropatía por el uso de antiinflamatorio en una edad superior a los 65 años. Cuanto más años tengan nuestros pacientes, mejor se adecua el uso de omeprazol.

165/210. INTERVENCIÓN COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EN PACIENTES CON ANSIEDAD

AUTORES:

(1) Atienza Martín, F.; (2) Revuelta Pérez, F.; (3) Rodríguez Franco, L.; (4) Losada Ruiz, M.; (5) Rodríguez Fernández, L.; (6) Marín Andrés, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Virgen de África (DSAP Sevilla).; (2) Profesor Titular. Universidad de Huelva. Huelva.; (3) Profesor Titular. Universidad de Sevilla. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.; (5) Psicóloga. Huelva.; (6) Directora Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Los trastornos por ansiedad constituyen un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, consumiendo gran cantidad de recursos en visitas y fármacos. Aunque se utilizan con frecuencia, en su manejo, fármacos ansiolíticos y antidepresivos, las guías de práctica clínica recomienda la terapia de tipo cognitivo-conductual como intervención de primera elección

en el manejo de estos pacientes. Sin embargo no es frecuente su utilización en el ámbito de la atención primaria, probablemente por déficits formativos de los profesionales de este nivel. El objetivo de este trabajo es mostrar la utilidad de una intervención grupal de este tipo de terapia en condiciones reales de práctica habitual en atención primaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes derivados por su médico de familia por trastorno de ansiedad. La intervención consistió en 6 sesiones grupales de dos horas de duración que incluían:

- Técnicas de relajación y respiración profunda
- Técnicas de inoculación de estrés
- Técnicas de identificación y manejo de distorsiones cognitivas
- Técnicas de solución de problemas
- Técnicas de manejo de emociones

Los grupos estaban formados por 6-12 pacientes guiados por un terapeuta experto en estas técnicas (médicos de familia y psicólogo)

Al inicio y al final de la terapia se evaluó el grado de ansiedad con el inventario de ansiedad de Beck (BAI), también se evaluó la presencia de distorsiones cognitivas mediante el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Luján

RESULTADOS

Se analizan 88 pacientes con una edad media de 48,8 años (DE: 13,5) el 83% mujeres
BAI inicial: 40,19; BAI final: 25,18 ($p < 0,0001$) d de Cohen: 1,43

Ansiedad mínima: Inicial: 1,1% Final: 9,1%

Ansiedad leve: Inicial: 5,7% Final: 9,1%

Ansiedad moderada: Inicial: 6,8% Final: 31,8%

Ansiedad grave: Inicial: 86,4% Final: 50% ($p < 0,001$)

CONCLUSIONES

La intervención grupal de corte cognitivo-conductual en el ámbito de la atención primaria es útil para la reducción de la ansiedad en pacientes con trastornos por ansiedad.

Es importante la difusión de este tipo de intervenciones en el ámbito estudiado

165/214. HIPERFRECIENTACIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

AUTORES:

(1) Atienza Martín, F.; (2) Revuelta Pérez, F.; (3) Rodríguez Fernández, L.; (4) Losada Ruiz, M.; (4) Marín Andrés, G.; (5) Duque Bañón, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Virgen de África (DSAP Sevilla).; (2) Profesor titular Universidad de Huelva. Huelva; (3) Psicóloga en Huelva. Huelva; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.; (5) Coordinadora de cuidados. UGC Virgen de Africa. (DSAP Sevilla).

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Los pacientes con alto riesgo cardiovascular (ARCV) constituyen un grupo con alto consumo de recursos

asistenciales. Además de su patología otros factores contribuyen a generar demanda asistencial en este grupo. El objetivo de este estudio es evaluar otras características que influyen en la hiperfrecuentación de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de pacientes de ARCV de un centro de salud urbano mediante muestreo aleatorio.

Revisión de historias y aplicación de cuestionarios (personalidad, salud percibida, afrontamiento, apoyo social, función familiar y adherencia)

Estadística descriptiva (media, desviación típica, frecuencias) e inferencial (t-Student para variables cuantitativas, chi-cuadrado para cualitativas; análisis multivariante mediante regresión lineal)

RESULTADOS

211 pacientes estudiados, 52,1% mujeres; edad media 65,17. Hiperfrecuentadores: 42,18%

Modelo bivalente en relación a la hiperfrecuentación (Normofrecuentador (NF); Hiperfrecuentador (HF))

- Ser Universitario: NF: 27,05% HF: 12,36% $p = 0,009$

- Promedio de fármacos: NF: 8,52 HF: 13,55

$p < 0,0001$

- GHQ-28 (escala global): NF: 6,55 HF: 9,69 $p = 0,001$

Modelo multivariante: R^2 de Cox = 0,242; R^2 de Nagelkerke = 0,326; porcentaje de clasificación = 73,5%.

Las variables predictoras independientes fueron el promedio de fármacos ($p < 0,0001$) y la subescala de disfunción social del GHQ-28 ($p = 0,029$).

La fórmula fue: $\text{Logit}(p) = -3,737 + 0,787 \cdot \text{Nivel educativo} + 0,184 \cdot \text{Número de fármacos} + 0,145 \cdot \text{EPQ: psicoticismo} + 0,167 \cdot \text{GHQ: síntomas somáticos} + 0,288 \cdot \text{GHQ: disfunción social} - 0,101 \cdot \text{GHQ: escala global}$

CONCLUSIONES

El número de fármacos utilizados es un predictor independiente de la hiperfrecuentación en paciente de ARCV. Otros factores como el malestar psíquico también influyen aunque en menor medida.

165/215. FACTORES IMPLICADOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON ALTO RIESGO CA

AUTORES:

(1) Atienza Martín, F.; (2) Revuelta Pérez, F.; (3) Rodríguez Fernández, L.; (4) Losada Ruiz, M.; (4) Marín Andrés, G.; (5) Duque Bañón, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Virgen de África (DSAP Sevilla).; (2) Profesor titular Universidad de Huelva. Huelva; (3) Psicóloga en Huelva. Huelva; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.; (5) Coordinadora de cuidados. UGC Virgen de Africa. (DSAP Sevilla).

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La adherencia terapéutica de los pacientes con alto riesgo cardiovascular (ARCV) es un factor relacionado con el riesgo de aparición de eventos cardiovasculares. El objetivo del estudio es evaluar la

importancia de factores clínicos, psicológicos, sociales y familiares en la adherencia terapéutica de pacientes con ARCV de un centro de salud urbano

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de pacientes de ARCV de un centro de salud urbano mediante muestreo aleatorio.

Revisión de historias y aplicación de cuestionarios (personalidad, salud percibida, afrontamiento, apoyo social, función familiar y adherencia)

Estadística descriptiva (media, desviación típica, frecuencias) e inferencial (t-Student para variables cuantitativas, chi-cuadrado para cualitativas; análisis multivariante mediante regresión lineal)

RESULTADOS

211 pacientes estudiados, 52,1% mujeres; edad media 65,17. No cumplidores 45,5%

Modelo bivariante en relación a la adherencia terapéutica (C: cumplidores; NC: no cumplidores)

- Edad Media: C: 66,9 NC: 63,9 p= 0,014

- Ser universitario: C: 26,1% NC: 14,6% p= 0,041

- Promedio fármacos: C: 9,7 NC: 11,7 p= 0,011

- GHQ-28 (global): C: 5,5 NC: 10,7 p<0,0001

- Apgar familiar: C: 9,1 NC: 8,3 p= 0,008

- BMQ (global) C: 15,7 NC: 24,9 p<0,0001

En el modelo multivariante se excluyó el BMQ (creencias sobre los medicamentos) al presentar una d de Cohen de 2,628 y al realizar ANOVA su F fue de 237,5 por lo que su inclusión impediría el análisis de otras variables. La fórmula fue: Logit (p) = 1,280 + 1,111*Cribado + de problema psicológico y/o social + 0,178*Puntuación APGAR-familiar – 0,188*GHQ: ansiedad - 0,501 COPE: negación – 0,563*COPE: crecimiento personal, con un porcentaje de clasificación del 71%.

CONCLUSIONES

Las creencias sobre los medicamentos son las principales predictoras de la adherencia terapéutica. Otras variables demográficas, psicológicas y sociales tienen una menor influencia

165/216. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES EN MÁLAGA EN EL AÑO 2013

AUTORES:

(1) Luna Moreno, M.; (1) Ruíz del Moral, L.; (2) Muñoz González, L.; (2) Pérez Castro, M.; (3) Hormigo Pozo, A.; (4) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Nuestro objetivo es analizar la utilización de fármacos hipoglucemiantes en el DS Málaga durante el año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Distrito Sanitario XXX. 42.060 personas incluidas en el proceso diabetes. Subgrupo terapéutico “A10 (Fármacos usados en diabetes)”. Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD)/1000 habitantes y día siguiendo la descripción de la OMS.. Año 2013. Medidas de frecuencia.

RESULTADOS

Durante el año 2013 se utilizaron 10 512 784 DDD de fármacos hipoglucemiantes.

4 241 031 DDD fueron insulinas (29%). Las insulinas más utilizadas fueron las prolongadas (37%) y dentro de ellas la glargina (71%); seguidas de las mezclas (33%), entre las que asparta/asparta protamina representaron el 53%; las rápidas (17%), con predominio de la asparta (53%); y las menos usadas fueron las insulinas intermedias (13%) con una mayoría de isofánica humana (76%).

Los antidiabéticos orales (ADO) supusieron el 70% de las DDD de los fármacos hipoglucemiantes. De mayor a menor a utilización se situaron metformina (65%), sulfonilureas (26%), inhibidores de la dipeptidil peptidasa - 4 (iDPP4) (15%), y, muy lejos, glinidas (2%), glitazonas (0.5%) e inhibidores de la alfa-glucosilasa (0.55). La metformina se utilizó asociada a otro ADO en el 18% de las ocasiones.

Los análogos del glucagon-like peptide-1 (GLP 1) solo se usaron en un 1.3%, con predominio de liraglutida (78%).

CONCLUSIONES

Menos de 1/3 de las personas con diabetes en Málaga utilizan insulina.

Metformina, sulfonilureas e iDPP4 son los ADOS mayoritariamente utilizados.

1/3 de las personas con diabetes no toman metformina.

165/217. UTILIZACIÓN DE ANALGESIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES:

(1) Fernández García, F.; (2) Carrasco Racero, M.; (1) Montoro Ortiz, M.; (1) Aranda Escribano, M.; (3) León Marín, M.; (3) Montesinos Sánchez, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (2) Enfermera Primaria. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (3) Enfermera Primaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda (Málaga).

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su

origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad.... El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S.

El objetivo de este estudio trata de describir el tratamiento y el grado de control en pacientes oncológicos derivados a una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal. Se hizo una revisión de 75 historias de pacientes derivados a la UCP durante el primer semestre del año 2014. Las variables recogidas fueron sexo, edad, localización del tumor primario, metástasis y localización, procedencia del paciente (Atención Primaria u Hospital), tipo de dolor, intensidad (medida con escala visual analógica EVA), presencia de dolor irruptivo, tratamiento basal, de rescate y coadyuvante.

RESULTADOS

El porcentaje de hombres fue del 68.7%, siendo el 52.9% mayores de 65 años. El 35.2 % fue derivado desde Oncología frente al 64.8 % desde AP. La localización más frecuente es la pulmonar (26.7%), seguida de colorrectal (16.7%) y páncreas (7.6%). El 78.6% presentaba metástasis, siendo múltiples en 52.4% de los casos. Las localizaciones metastásicas predominantes fueron hepática (41.7%), pulmonar (30.1%) y ósea (30.2%). Casi el 70% presentaba dolor, siendo el visceral el más frecuente (45.8%). Más de la mitad (55.1%) refería dolor irruptivo.

Los fármacos más utilizados de cada grupo fueron: Analgésicos menores como Paracetamol y Metamizol (41.2%) en primer escalón, Tramadol y Codeína (56.3%) en el segundo; y opioides como Morfina y Fentanilo (80.6 %) en el tercero. El 21.37% no recibía analgesia basal, mientras el 51.2% no recibía tratamiento del dolor irruptivo.

El 68.5% tenía tratamiento coadyuvante siendo los más frecuentes: Corticoides(33.8%) y Benzodiazepinas (31.6%).

Sólo en 3 historias se recogía la EVA al ingreso. La valoración realizada por la UCP mostró un 50.8% de pacientes con dolor no controlado (EVA>3).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes presenta dolor tanto basal como irruptivo. Más de la mitad es derivada sin tratamiento analgésico de rescate. Prácticamente no se utiliza la EVA. En definitiva, el dolor no está controlado en uno de cada dos pacientes lo que refleja un grave problema en la formación/concienciación de nuestros profesionales en el abordaje de este tema. Se evidencia, por tanto, la necesidad de realizar una formación adecuada de los profesionales, que los capacite para realizar un tratamiento satisfactorio del dolor.

165/218. TCE LEVE: VALIDACIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS PARA PREDECIR LESIÓN INTRACRANEAL.

AUTORES:

(1) Montoro Ortiz, M.; (1) Fernández García, F.; (2) Carrasco Racero, M.; (1) Aranda Escribano, M.; (2) Parra Chacón, E.; (2) Chacón Menacho, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga; (2) Enfermera Primaria. Centro de salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo. El TCE representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas. En el TCE leve (ECG 14-15) los pacientes han podido experimentar una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos (aunque no es frecuente) y las quejas que se presentan incluyen dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.

El objetivo de este estudio es determinar la validez de los síntomas y signos para predecir lesión intracraneal en pacientes que acuden con TCE leve al servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. El emplazamiento fue el servicio de urgencias extrahospitalarias del área de Serranía de Ronda. Los participantes fueron 47 pacientes mayores de 18 años que presentaron TCE leve, recogidos de forma consecutiva entre Enero y Junio del año 2014 por este servicio y que fueron trasladados a medio hospitalario. Se definió TCE leve aquel traumatismo sin deterioro neurológico ni pérdida de conciencia (Glasgow 15/15 inicial).

Se evaluó la presencia de los siguientes síntomas o signos: cefalea, traumatismo por encima de las clavículas, náuseas ó vómitos, intoxicación etílica, convulsión, edad>60 años, la toma de algún antiagregante-anticoagulante (AAS y Sintrom), amnesia del episodio y mareo-síncope. La presencia de lesión intracraneal se determinó mediante TAC realizado en el hospital de la Serranía. Se calculó la sensibilidad y la especificidad de la presencia de uno o varios síntomas a la hora de predecir lesión intracraneal.

RESULTADOS

Los síntomas ó signos que aparecieron con más frecuencia fueron: traumatismo por encima de las clavículas, cefalea, amnesia e intoxicación etílica. De los 47 pacientes se solicitó TAC en 19, de los cuales 3 presentaron lesión intracraneal. La sensibilidad en la predicción de lesión intracraneal cuando aparece

1 sólo síntoma fue del 100% y la especificidad del 11%. La sensibilidad para dos ó más síntomas fue del 81.6%, la especificidad del 63%.

CONCLUSIONES

Los pacientes con TCE leve que presentan 2 ó más síntomas tienen mayor probabilidad de padecer lesión intracraneal: en estos casos estaría indicado solicitar una TAC. Los síntomas que más se asociaron a la aparición de lesión intracraneal fueron cefalea, náuseas-vómitos, edad > 60 años y la toma de Sintrom.

165/220. GRADO DE CONTROL METABÓLICO Y DE OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYORES EN PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA UGC DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

Molino Peinado, J.; Corrales Soto, J.; Jatri Edjil-Mahmud, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Considerando la importancia de un adecuado control metabólico y de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores en diabéticos tipo 2, el objetivo de nuestro estudio fue conocer dicho control en los pacientes de nuestros 3 cupos en el Centro de Salud incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Diabetes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (autoauditoría), revisando datos de todos los pacientes (n = 119) con al menos una determinación de Hb1Ac en los 9 meses previos (enero a septiembre de 2014) al inicio del estudio. Se realizó análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS

62 pacientes (52,1%) eran hombres y 57 (47,9%) mujeres, con una media de edad de 63,5 ($\pm 10,7$) años. Una cifra HbA1c menor del 7% la presentaron 83 pacientes (60,7%), y menor del 8% (objetivo "pacientes diabéticos con aceptable control metabólico" de nuestra UGC para 2014) 100 pacientes (84,03%). Conforme a las recomendaciones de la ADA 2014, la PAS tenía un control correcto en el 74%, la PAD en el 43%, ambas variables en el 21%, el colesterol total en el 22,68%, el colesterol LDL en el 21%, el HDL en el 75,58 y 47,3% (hombres y mujeres respectivamente), los triglicéridos en el 52% y el IMC en el 6,86%. El tabaquismo afectaba al 21,15% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Tenemos un amplio margen de mejora para conseguir un adecuado control metabólico y de FRCV en nuestros pacientes. Proponemos revisar el tratamiento farmacológico y ampliar a los pacientes la información sobre sus objetivos de control y medidas higienicodietéticas.

COMUNICACIONES POSTER

165/7. MAPEO DE ACTIVOS DE LOS TRABAJADORES DE UN CONSULTORIO RURAL

AUTORES:

(1) Domínguez Mora, M.; (2) Garrido Pazo, M.; (3) Benítez Lafuente, A.; (4) Macías Delgado, T.; (5) Palomo Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud del Campillo. Huelva; (2) Médico de Familia. UGC Cortegana. Huelva. Grupo Salud Laboral Semergen; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Río Tinto. Huelva; (4) Médico de Familia. UGC Cortegana Huelva. Grupo Salud Laboral semergen; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto. Huelva Grupo de Salud Laboral.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Realizar una evaluación del entorno del trabajo de los profesionales de un Consultorio del servicio Andaluz de Salud, a través de la identificación de los recursos por los propios trabajadores con el fin de potenciar un entorno saludable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos mediante la técnica cualitativa de Photovoice, un mapeo de recursos en un Consultorio rural

de una Zona Básica de Salud, para identificar y potenciar los identificados por los trabajadores como activos en salud. Para ello se explicó a los trabajadores del centro, que debían tomar una foto de lo que ellos considerasen positivo para su salud y adjuntar una pequeña explicación del por qué de esa elección. En una segunda fase se analizan conjuntamente los resultados y los factores sobre los que habrá que incidir.

RESULTADOS

Nuestros trabajadores valoran de forma positiva e entorno natural que rodea el Consultorio, así como las zonas de estar con los compañeros y con los pacientes fuera de la consulta.

CONCLUSIONES

La creación de un entorno de trabajo saludable incluye medidas organizativas, medidas sobre el entorno y sobre los individuos, siendo la participación de los mismos fundamental a la hora de identificar los factores que ellos consideren que favorecen su salud. En nuestro estudio el entorno rural del centro y las relaciones sociales, se valoran como activo por los propios trabajadores, por lo que la creación de un entorno de trabajo saludable, deberá potenciar estos factores.

165/8. PERFIL DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Macias Delgado, T.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medico de Familia.UGC Condado. Huelva .; (2) Medico de Familia.UGC Cortegana.Huelva .Grupo de Salud Laboral Semergen.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Valorar las características de los accidentes de trabajo producidos durante el año 2014 en el Distrito Sanitario Huelva Costa Condado Campiña, con el fin de realizar la planificación de la actividad preventiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de los accidentes producidos desde 1 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2014, a través del Documento del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales (CATI) registrados en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y la investigación del mismo, donde se valora el tipo de accidente, si fue causa o no de Incapacidad Temporal, la categoría profesional y la causa del accidente.

RESULTADOS

Durante el año 2014 se han producido un total de 81 de accidentes, y de los que 34 fueron causa de Incapacidad Temporal. En cuanto a las categorías profesionales, 28 se producen en DUE, 25 en Médicos, 9 en Auxiliares de Enfermería, 11 en Celadores, 6 en Administrativos, 1 en Trabajadores Sociales y 1 en Técnicos Especialistas. Respecto a las causas 12 se producen por caídas al mismo nivel, 1 por choque contra objetos inmóviles, 1 por golpes contra objetos y herramientas, 4 por sobreesfuerzos, 17 son agresiones, 27 son accidentes biológicos, 13 in itinere /en misión, 1 atropello y 5 son otras patologías agravadas por el trabajo.

CONCLUSIONES

En nuestro Distrito por categorías destaca en número el personal sanitario, en cuanto al tipo destacan los accidentes biológicos y las agresiones. Si bien menos de la mitad son causa de Incapacidad Temporal, se hace necesario planificar la Actividad Preventiva hacia la Formación en Prevención de accidentes con riesgos biológico y Gestión de Conflictos, independientemente de otro tipos de medidas de seguridad.

165/9. ESTUDIO DE UNA INTOXICACIÓN POR AMONIACO EN TRABAJADORES DE UN MATADERO INDUSTRIAL

AUTORES:

(1) López García, J.; (2) Benitez Lafuente, A.; (3) Palomo Cobos, C.; (4) Garrido Pazo, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Epidemiología. Hospital de Rio Tinto. AGS Norte. Huelva. Grupo de Salud Laboral.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte. Huelva. Grupo de Salud Laboral.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Rio Tinto. Huelva; (4) Médico de Familia. UGC Cortegana Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Identificar la probabilidad de sospecha de Enfermedad profesional un brote de intoxicación por amoniaco producido en un matadero de la Sierra de Huelva

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio del brote por exposición a tóxicos detectado en un matadero de industrias cárnicas, siguiendo protocolo específico de estudio de la Consejería de Salud de La junta de Andalucía, valorando el tipo de accidente, el número de trabajadores afectados, identificación del toxico, manifestaciones clínicas y si precisaron o no ingreso y su posible inclusión en alguno de los grupos de enfermedad des profesionales recogidos en el RD 1299/2006 del 10 de Noviembre de Enfermedades Profesionales.

RESULTADOS

Se trata de una Intoxicación por exposición a amoniaco en forma gaseosa por rotura de un manguito en una cámara de congelación, que da lugar a un escape de gas. La sintomatología consistió en cefalea, sensación de disnea, prurito, dolor tórax, irritación de conjuntivas y vómitos. Estuvieron expuestas 25 personas, de las cuales demandaron asistencia sanitaria 12, precisando ingreso hospitalario 2 de ellas. La exposición al amoniaco queda recogida como Enfermedad Profesional en el grupo 1 (causadas por agentes químicos), identificándose, 1J0111 como agente J y subagente 01 relacionándose con la industria alimentaria.

CONCLUSIONES

Resulta de interés en los casos de intoxicaciones producidas en el medio laboral, no solo es estudio desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, sino desde el punto de vista laboral, con el fin de establecer la sospecha del carácter profesional de dichos eventos.

165/10. MÓDULO PROCESO INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Macias Delgado, T.; (3) Benitez Lafuente, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medico de Familia.UGC Condado. Huelva.; (2) Médico de Familia. UGC Cortegana Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Rio Tinto.Huelva .Grupo Salud Laboral.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Explicar las características del nuevo modulo implantado en el servidor informático Diraya, sus herramientas así como las ventajas en la gestión de la Incapacidad Temporal en la consulta diaria del medico de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde la implantación del nuevo Módulo en Atención Primaria de Salud en Huelva el día 16 de Febrero de

2015, se han realizado sesiones de talleres informativos para cargos intermedios y médicos de familia, donde se explican las ventajas del módulo compartido con IT y las potencialidades del buzón de profesionales como medio de comunicación eficaz entre médico de familia e inspección y la aplicación de los Tiempos óptimos personalizados de duración de Incapacidad Temporal en Andalucía.

RESULTADOS

El Módulo ha supuesto una nueva vía de comunicación rápida entre Inspección Médica y Médico de Atención Primaria en la gestión de la incapacidad temporal, así mismo la aplicación de los Tiempos óptimos permite un mejor control de la prestación y la combinación de variables para estimar duración de la Incapacidad.

CONCLUSIONES

La comunicación entre los Médicos de Atención Primaria y las Inspecciones del Servicio Público de Salud constituyen un medio esencial para mejorar la gestión de la Incapacidad Temporal en APS, así como evitar la demora en la resolución de los problemas en la consulta diaria, siendo el nuevo Módulo una herramienta más para conseguir este objetivo.

165/12. RESIDENTES EN LA UNIDAD MÉDICA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Macias Delgado, T.; (3) Garrido Pazo, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Condado. Huelva.; (2) Médico de Familia UGC Cortegana. Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN; (3) Médico Familia. UGC Cortegana. Huelva. Grupo Salud Laboral.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Formar a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en la gestión de la incapacidad temporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2009, comienza la colaboración del programa formativo en gestión incapacidad temporal, con formación en la base legislativa y valoración funcional de los procesos de Incapacidad Temporal. Se realiza un itinerario formativo para los residentes de tercer año en colaboración con la Unidad Docente de Medicina Familiar y con la Unidad Médica del Instituto Nacional de Seguridad Social.

RESULTADOS

Desde su implantación han rotado 6 promociones de 21 residentes de tercer año, realizándose la formación en tres áreas específicas: base legislativa de incapacidad temporal, gestión de la misma con uso de nuevos recursos tecnológicos y de información, y valoración funcional de los procesos de incapacidad temporal.

CONCLUSIONES

La comunicación entre los médicos de Atención Primaria y las Inspecciones del Servicio Público de Salud constituyen un medio esencial para mejorar la gestión de la Incapacidad Temporal, siendo

la formación en el periodo de residente un recurso esencial para el adecuada valoración de este proceso en la consulta diaria del Médico de Familia.

165/13. CRITERIOS DE RESTRICCIONES DE TAREAS EN TRABAJADORAS GESTANTES DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Macias Delgado, T.; (2) Benitez Lafuente, A.; (3) Palomo Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto. Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Crear un procedimiento unificado de medidas de adaptación de puesto de trabajo en personal sanitario gestante de nuestro Distrito de Atención Primaria, en cuanto a restricciones y modificaciones de tareas según categoría, actividad y tiempo de gestación

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza la aplicación de un modelo de adaptación de puesto en el que se valoran el tiempo de gestación, la categoría profesional y las tareas fundamentales en el puesto de trabajo, aplicando la normativa recomendada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

RESULTADOS

En nuestro Modelo se realiza una clasificación general según tiempo de gestación, en la categoría Médicos, fisioterapeutas, auxiliares de clínicas y DUE. En las tareas se realiza una diferenciación en el caso de médicas y en puerta de hospital y para médicas y DUE y en centros periféricos o urbanos. Aplicando las Recomendaciones de la SEGO, se restringen el trabajo nocturno, los traslados en ambulancia y determinadas tareas conforme avanza tiempo de gestación.

CONCLUSIONES

La creación de un procedimiento interno de adaptación de puestos para restricciones o modificaciones de tareas supone unificar los criterios de adaptación en aquellas trabajadoras gestantes en las que se hace necesario evitar el riesgo presente en su medio de trabajo con la consiguiente protección de la embarazada.

165/17. ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS PRESENTADAS AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE MÁLAGA

AUTORES:

(1) Agrela Torres, S.; (2) Ruiz Medina, A.; (2) Cantón Cuadrado, N.; (3) Flaquer Antúnez, M.; (4) Rey Martín, A.; (4) De Los Riscos Mateos, E.

CENTRO DE TRABAJO:

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

año de Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (4) Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) en Andalucía se constituyen según el decreto 439/2010 de 14 de diciembre, como órganos consultivos de profesionales, ciudadanos y directivos. Es objeto de este estudio analizar las consultas presentadas al CEA, según el perfil de los consultantes, su ámbito de actuación y los valores que han entrado en conflicto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo, con variables cualitativas, en el que la muestra coincide con el universo muestral: las 23 consultas cursadas al CEA, desde su acreditación en junio de 2011 hasta marzo de 2015.

RESULTADOS

De 23 consultas cursadas se admitieron a trámite 21, con esta distribución por años: una en 2011, tres en 2012, seis en 2013, ocho en 2014 y cuatro en 2015 (hasta marzo).

18 consultas (78,4%) las realizaron Médicos, de las que 12 (52,17%) fueron de Médicos de Familia. Dos (8,7%) de ciudadanos y una (4,3%) de Enfermería, Trabajo Social y Gerencia de Institución. 14 consultas procedían de AP (60,9%), 4(21,7%) de Hospital, 2(8,7%) de Centro Asistencial y 2(8,7%) de ciudadanos. 10 consultas (43,5%) las realizaron varones y 13 (56,5%) mujeres. Se vieron implicados valores relacionados con los cuatro principios de la bioética: 19 veces la autonomía, 16 la beneficencia, 10 la no maleficencia y 6 la justicia.

CONCLUSIONES

Los Médicos de Familia son el grupo profesional que más ha consultado al CEA.

La mayoría de las consultas proceden de AP.

Los principios que más han entrado en conflicto son Autonomía y Beneficencia.

165/22. ENFERMEDAD REUMÁTICA

AUTORES:

(1) Rull Martínez, M.; (1) Ortega Urbano, F.; (2) López Robles, F.; (3) Ramírez Compás, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Benaoján. Málaga; (3) Enfermera. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Estimar la prevalencia de enfermedad reumática más frecuente. Describir la utilización de recursos sanitarios y valorar el impacto socioeconómico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento Centro de Salud urbano.

Mayores de 50 años con algún tipo de enfermedad osteoarticular. Muestreo aleatorio. Se estimó una prevalencia del 17% y confianza 95% (n = 178). Variables: Edad, sexo, patología osteoarticular, derivaciones a traumatología, solicitud de pruebas radiológicas, solicitud FR y VSG, analgesia, infiltraciones, días de Incapacidad Temporal (IT), calidad de vida (WOMAC) y nivel de incapacidad (Katz).

RESULTADOS

El 60.9% mujeres, edad 63.74 (DT 12.24). La patología osteoarticular más prevalente fue la artrosis, 39.7% (IC 31.43-40.02). Acudieron entre 3-4 consulta el 54 % (IC 44.83-62.91). El 62.2 % (IC 60,03-70,38) no se derivó. El 41.1% (IC 38.7-73.97) no requirió pruebas complementarias. Tomaron AINEs el 53.8 % (IC 48.22-58.07), un 7.5 % (IC 8.22-20.07) y paracetamol el 38.7 (IC 35.22-48.17) y el 15.6 % (IC 6.13-17.13) se infiltró. Se encontraban en IT el 1.5 % (IC 0.125-3.92). Tenían dificultad para levantarse después de estar sentado (WOMAC) el 36.2 % (IC 33.22-56.81). La categoría A del Katz fue la más frecuente, 62.42% (IC 54.75-78.69).

CONCLUSIONES

La enfermedad osteoarticular más frecuente fue la artrosis. La mayoría recibieron AINEs y Paracetamol. Más de la mitad uso con frecuencia la consulta de Atención Primaria. La IT fue menor de lo esperado. La mayoría eran independientes para ABVD.

Palabras Clave:

Prevalencia, Osteoarticular, Enfermedad reumática.

165/29. BENEFICIOS DE LA PITAVASTATINA EN PACIENTES DIABÉTICOS DE ALTO RIESGO

AUTORES:

Barrero García, F.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud Benacazón. Sevilla.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

El objetivo es comprobar si la Pitavastatina consigue, además de un mejor control lipídico, ventajas adicionales en el metabolismo glucémico en pacientes diabéticos con alto riesgo vascular tras doce meses de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

40 pacientes con diabetes tipo2 y riesgo vascular alto que no presentaban cifras objetivo en el control del c-LDL a pesar de tener prescritas otras estatinas, fueron incluidos en el estudio. Todos fueron revisados a los tres, seis y doce meses, analizándose los siguientes parámetros bioquímicos: Colesterol Total (CT) y Fracciones (c-LDL y c-HDL), Triglicéridos (TG) y Hemoglobina Glicosilada (Hb1Ac). El tratamiento fue de 4mg de Pitavastatina. Análisis estadístico con Chi cuadrado para variables categóricas, T-student y análisis de varianza para la comparación de medias y correlaciones.

RESULTADOS

Se evalúa el porcentaje de reducción del CT y el porcentaje de pacientes que consiguen el objetivo del c-LDL al finalizar el mismo.

El c-LDL de 128mg/dl al inicio, descendió a 115mg/dl al tercer mes, 108mg/dl** al sexto mes y 92mg/dl* a los doce meses.

El c-HDL de 38mg/dl al inicio, se incrementó a 42mg/dl al tercer mes, a 46mg/dl al sexto mes y 50mg/dl* al final. Los TG con 190mg/dl* al inicio, 180mg/dl al tercer mes, 183mg/dl al sexto mes y descendió a 156mg/dl* a los doce meses.

La Hb1Ac estaba al inicio en 7,8%*, descendió a 7,5% el tercer mes, a 7,2%** en el sexto mes y a 6,9%* al final del estudio, mejorando de manera significativa, con una $p < 0,001$.

El CT se redujo un 18%; asimismo el porcentaje de pacientes que consiguen objetivo en el c-LDL aumentó al 68%(inicialmente era de un 35%).

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

CONCLUSIONES

El tratamiento con Pitavastatina, demuestra que, no sólo mejora el perfil lipídico de los pacientes, sino que a nivel del metabolismo hidrocarbonado, también produce un efecto positivo, siendo una ventaja adicional a tener en cuenta en el tratamiento global del paciente diabético.

165/46. ANTICOAGULACIÓN CON ACENOCUMAROL. ¿REALMENTE ESTAMOS HACIÉNDO BIEN?

AUTORES:

(1) Montero López, J.; (2) Cruz Rodríguez, M.; (3) Pueyos Rodríguez, S.; (4) Álvarez Lamonda, B.; (2) Martí Canales, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril-San Antonio. Granada; (2) Médico de Familia. UGC Motril San Antonio. Granada; (3) Médico Residente de 1er año de medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril San Antonio. Granada; (4) Médico Residente de 4º año de medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril San Antonio. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Numerosos estudios ponen de manifiesto la importancia de la anticoagulación con acenocumarol/ warfarina en los pacientes con distintas patologías. Sin embargo el control del INR (International Normalised Ratio) no es el óptimo debido a factores externos como son el incumplimiento terapéutico, fármacos concomitantes tanto sometidos a prescripción como productos de herbolario, etc. Nos planteamos nuestro pequeño estudio como una auto-auditoría. Nuestro objetivo fue estimar el porcentaje de pacientes tratados en nuestro Centro con acenocumarol/warfarina que se encuentran en rango terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 100 personas de ambos sexos seguidas en el programa de control de anticoagulación se eliminaron 4 por tener menos de 10 controles en el periodo agosto 2013-agosto-2014. Igualmente se eliminó 1 individuo por mostrar valores incoherentes de INR. Se determinó el porcentaje de controles con

INR en rango terapéutico con el método clásico (porcentaje) y también con el método de Rosendaal.

RESULTADOS

La muestra final estaba compuesta por 95 pacientes, de ellos 47 mujeres y 48 varones, con media de edad 59 años. Los diagnósticos más frecuentes fue el de Fibrilación auricular no valvular (66.5%), trombosis arterial (7,3%), FAV (5%), y TEP (5%).

Los pacientes en rango terapéutico de INR supusieron el 43%, mientras que si aplicamos la ecuación de Rosendaal, la cifra ascendió al 61%.Centrandonos en el diagnóstico más frecuente, FANV, 31 pacientes mostraban un tiempo en rango terapéutico inferior al 60%. De ellos 34 eran varones (TRT 66%), y 27 mujeres (TRT 63%).El 49% de los varones y el 56% de las mujeres mostraban valores inferiores aTRT 66%

CONCLUSIONES

Es inadmisibles el mal control de nuestros enfermos anticoagulados. Necesitamos dedicar un mayor esfuerzo a investigar las causas del mal control dada la gravedad de la patología y la importancia de la prevención en éste caso. En los casos en que fuese preciso no puede dilatarse la adopción de tratamientos alternativos a acenocumarol/warfarina.

165/76. PREVALENCIA DE PACIENTES MAYORES DEPENDIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) Medero Canela, R.; (2) Macías Beltrán, I.; (3) Domínguez Teba, A.; (4) Fuentes Calvente, C.; (4) López González, J.; (4) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Las personas dependientes presentan peculiaridades clínicas y psicosociales que les confiere extrema vulnerabilidad; conocer a fondo su situación ayudará a realizar mejor abordaje. Objetivo principal: determinar prevalencia de dependencia en mayores de 65 años. Objetivos secundarios: definir su perfil clínico y psicosocial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de prevalencia. Muestra aleatoria (n=90) de pacientes de un Centro Salud. Criterios de inclusión: mayores de 65 años no institucionalizados que den consentimiento informado. Variables: edad, estado civil, nivel educativo, vivir solo, IMC, patología subyacente, cuidador, dependencia para ABVD y AIVD, estado cognitivo. Recogida de datos mediante entrevista clínica. Análisis estadístico con SPSS. Medidas descriptivas (media

y desviación típica para cuantitativas y porcentajes para cualitativas).

RESULTADOS

50% mujeres. Edad 74.12, DT 6.65, IC 95% (72.53-75.52). Estado civil: 3.3% soltero, 64.4% casado, 2.2% divorciado, 30% viudo. Nivel educativo: sin estudios 76.7%, básicos 20%, superiores 3.3%. 90% no vive solo. IMC 30.34, DT 5.19, IC 95% (29.35-31.43). Patología subyacente: 90% cardiovascular, 23.3% respiratoria, 11.1% inmunitaria y 10% tumoral. Cuidador 22.2%. Dependencia: 72.2% independiente, 15.6% dependencia leve, 2.2% moderada, 6.7% grave y 3.3% total. Estado cognitivo: 84.4% normal, 8.9% deterioro leve, 5.6% moderado y 1.1% importante. 32.2% (25 personas) dependencia para AIVD.

CONCLUSIONES

La prevalencia de dependencia en mayores de 65 años es 27.8%, sobretodo dependencia leve. No existen diferencias en sexo y fundamentalmente son casados o viudos, con bajo nivel educativo que no viven solos. La patología predominante es cardiovascular y existe alto índice de obesidad. La mayoría no tienen deterioro cognitivo y casi todos los dependientes tienen cuidador.

165/77. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ICC ATENDIDOS EN URGENCIAS

AUTORES:

Castillo Barrera, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La ICC es una enfermedad prevalente en nuestro medio con alta carga para el sistema sanitario. Es motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias del hospital, siendo muy importante el manejo terapéutico tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

Objetivo principal: determinar las características clínicas de los pacientes atendidos por ICC. Objetivos secundarios: valorar la adecuación al tratamiento y la frecuencia de ingresos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de prevalencia. Muestra consecutiva de pacientes atendidos por ICC en Servicio de Urgencias Hospitalario en 6 meses (n=115). Variables: edad, sexo, patología concomitante, número de reagudizaciones e ingresos en último año, adecuación del tratamiento ambulatorio e ingreso. Recogida de datos mediante historia digital. Análisis estadístico con SPSS. Media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas.

RESULTADOS

55.7% mujeres. Edad 77.68, DT 9.78, IC95% (75.87-79.49). Patología concomitante: cardiopatía isquémica 30.4%, valvulopatía 14.8%, HTA 70.4%, miocardiopatía 5.2%, arritmias 40%. Número de reagudizaciones: lo más frecuente es 1 en 66 casos y 2 en

27 casos. Número de ingresos: lo más frecuente es ninguno en 29 casos y 1 en 54 casos. Tratamiento adecuado (IECA/ARAI y betabloqueantes) en 18.55. Ingreso 65.2%.

CONCLUSIONES

Se trata fundamentalmente de mujeres de avanzada edad. La patología concomitante y posible etiología de la insuficiencia cardíaca más frecuente es la hipertensión seguida de las arritmias y cardiopatía isquémica. La mayoría no han ingresado en el último año habiendo presentado un episodio de descompensación. El tratamiento no es adecuado en la inmensa mayoría. Precisan ingreso un alto porcentaje de pacientes atendidos.

165/81. DESCRIPCIÓN DE POBLACIÓN EN TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS MAYORES EN CENTRO DE SALUD

AUTORES:

(1) Márquez Vera, E.; (2) Fuentes Calvente, C.; (3) Medero Canela, R.; (1) Macías Beltrán, I.; (4) Domínguez Teba, A.; (2) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

En España el uso de opiáceos por dolor crónico (DC) (oncológico y no oncológico (DCNO)) es del 1%, estando muy por debajo de otros países de la UE, como Reino Unido (13%). A diferencia del dolor oncológico donde el uso de opiáceos mayores está extendido, en el DCNO su uso es mucho menor. Escaso control del dolor (11%)

Objetivo principal: describir el perfil de pacientes en tratamiento con opiáceos mayores por dolor crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Se obtuvo muestra del Listado de Farmacia de pacientes en tratamiento con opiáceos (n=49). Criterios de inclusión: paciente en tratamiento con opiáceos mayores y dolor crónico. Criterios de exclusión: dolor agudo. Variables: Edad, sexo, talla, peso, origen del dolor, y principio activo. Recogida de datos mediante Historia Clínica. Análisis mediante programa SPSS. Medidas descriptivas (media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas).

RESULTADOS

81.6% mujeres. Edad 67,19, DT 13,33, IC 95% (63,35-71,01). Altura 162,95, DT 8,68, IC 95%

(160,31-165,59). Peso 81,1 kg, DT 22,02, IC 95% (74,4-87,79). IMC 30,49, DT 7,75, IC 95% (28,13-32,85). Principio activo: Fentanilo 61,2%, Buprenorfina 20,4%, Morfina 10,2%, Oxiconona 6,1%, y tapentadol 2%. Tipo dolor: degenerativo 57,1%, oncológico 18,4%, miofascial 12,2%, inflamatorio 10,2% y neuropático 2%.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tratados son mujeres con sobrepeso/obesidad de más de 65 años.

El principio activo más usado fue el fentanilo seguido de buprenorfina. El dolor crónico más frecuente fue el degenerativo seguido del oncológico.

165/83. NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES DOMICILIARIOS

AUTORES:

(1) León Arévalo, I.; (2) López Pradas, C.; (3) Medero Canela, R.; (4) Macías Beltrán, I.; (5) Pedregal González, M.; (6) Pardo Álvarez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (5) Médico de Familia. Técnico de Salud en Unidad Docente de Huelva.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Conocer en población mayor de 65 años con dependencia domiciliaria los niveles de Vitamina D. Valorar prevalencia de hipovitaminosis D (HD), y de hiperparatiroidismo secundario. Valorar relación con nivel de dependencia, edad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal, zona básica urbana. Muestreo aleatorio de población mayor de 64 años con diferentes grados de dependencia atendido en su domicilio. Consentimiento informado. Análisis de historia clínica: filiación, antecedentes patológicos y a través de visita domiciliaria o llamada telefónica, valorar capacidad funcional (Barthel). Extracción para niveles de 25-hidroxivitamina D y hormona paratiroidea intacta. Para conocer niveles séricos bajos, determinamos valor de corte de 25 ng/ml, con 2 categorías de niveles bajos: insuficiencia, entre 11 y 25 ng/ml y deficiencia, menor o igual a 10 ng/ml. Los valores de Paratohormona 15-65 pg/ml. Análisis estadístico para variables cualitativas Chi cuadrado, cuantitativas test de la t de student y test no paramétricos (Jonckheer-Tepstra).

RESULTADOS

Muestra de 107 pacientes. Edad media 81,24 años (DT 7,356). Mujeres 78,5%. Hombres 21,5%. Niveles de vitamina D en suficiencia 2,8% (0,72-57,51),

insuficiencia 14,2% (8,37-21,59) y Deficiencia 83,18 (75,19-89,39). Niveles de PTH como hiperparatiroidismo 51,82% (42,49-61,05). No existe relación de hipovitaminosis D con edad ($p=0,49$), ni con sexo ($p=0,37$) ni con Barthel ($p=0,048$). Tampoco aparece relación entre hiperparatiroidismo edad ($p=0,790$), sexo ($p=0,507$) ni dependencia ($p=0,137$).

CONCLUSIONES

Elevada prevalencia de hipovitaminosis D en población dependiente de nuestra zona, con hiperparatiroidismo secundario. Ampliar el estudio para valorar relación con factores causales.

165/98. SITUACIÓN ACTUAL DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE HUELVA.

AUTORES:

(1) Velázquez Giménez de Cisneros, G.; (2) López González, J.; (2) Rodríguez Sánchez, M.; (3) Medero Canela, R.; (2) Fuentes Calvente, C.; (4) Márquez Vera, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Análisis de los puntos donde se realiza cirugía menor en el ámbito de los distritos de atención primaria de la provincia de Huelva. Realización de memoria y ficha de cada uno de los puntos. Realización de cuestionario para la evaluación de todos los puntos donde se realiza cirugía menor en la provincia de Huelva. Análisis de la situación y conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Muestra: Todos los puntos donde se realiza cirugía menor en los centros de atención primaria de la provincia. Variables: espacio, iluminación, camilla específica, antisepsia, crioterapia, bisturí eléctrico, esterilización, hoja de información, listado de verificación, consentimiento, medicación, juicio clínico y derivación. Análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

En el 13,3% existe un espacio exclusivo. Iluminación adecuada en el 63,3%. En el 70% existe un equipo básico completo de cirugía menor y en el 83,3% un equipo de esterilización específico. En el 73,3% existe hoja de información y en el 60% un listado de verificación quirúrgica. En el resto de variables estudiadas el cumplimiento fue del 100%.

CONCLUSIONES

En fichas se recogen aspectos como material disponible, si las unidades comparten espacio con otros usos y si las lesiones tratadas se ajustan a lo contemplado en la cartera de servicios de cirugía menor. Los

profesionales que realizan la cirugía menor plantean la necesidad de mejorar la formación en este campo. En las unidades de gestión clínica que disponen de cirugía menor y que cuentan con médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, estos se forman con mucho interés en dicha disciplina.

165/130. IMPORTANCIA DE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) SOBRE EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DIABETICOS. ESTUDIO MADICA®.

AUTORES:

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

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. U.G.C. "La Laguna". SAS Cádiz.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Es ampliamente conocida y justificada con la evidencia disponible la necesidad de realizar valoración geriátrica integral del anciano diabético para establecer objetivos terapéuticos. Como objetivo secundario de la segunda fase MADICA®, Mayores Diabéticos de Cádiz, valorar si tras intervención sobre profesionales en valoración geriátrica, se reduce la inercia que supone no realizarla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo MADICA® y de cohorte cuasi experimental MADICAII® en Cádiz. Población de estudio >65 años diabéticos, n=570, IC 95% y error $\alpha=0.05$. Intervención sobre profesionales: 12 sesiones clínicas formativas en el grupo de intervención: C.S. La Laguna, y el brazo de control en C.S. Loreto, sin intervención, pero se atendió según protocolo del Plan Integral de Diabetes de Andalucía. Revisión de historias clínicas analizando variables sociodemográficas, analíticas, farmacológicas, valoración geriátrica, entre otras de peso, talla, IMC. Se utiliza programa informático Epidat 3.1.

RESULTADOS

Tras la intervención, en el C.S. La Laguna la valoración mediante escala Barthel se realizó en el 48,42% de los pacientes, con valor medio 83,61 y DE 25,57, Lawton-Brody el 9,47%, media 5,72; DE 2,60; p=0.000 respecto a MADICA®. En el grupo de no intervención, sólo el 23,15% estaban valorados, p=0.47.

CONCLUSIONES

El tratamiento del anciano diabético debe ser individualizado, ello requiere una valoración geriátrica integral. No cumpliendo esta premisa se incurre en inercia. Postintervención hay una mejoría estadísticamente significativa, que revela la necesidad de formación persiguiendo buena práctica clínica.

165/139. VALORACIÓN DE RECAÍDAS TRAS ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO.

AUTORES:

(1) Macías Beltrán, I.; (2) Medero Canela, R.; (3) Domínguez Teba, A.; (4) Barreiro Solla, M.; (1) Márquez Vera, E.; (5) Fuentes Calvente, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La recaída es considerada una fase más dentro del proceso de abandono. No debe ser considerada fracaso, sino experiencia positiva para conseguir abandono definitivo.

Objetivos: Describir características sociodemográficas y relacionadas con recaída.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en Centro de Salud urbano.

Se seleccionaron fumadores (n=80) entre 40 y 65 años con algún factor de riesgo cardiovascular y que habían recaído en el hábito tras el abandono. Recogida de datos a través de encuestas.

Variables: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión, intentos y motivos de abandono, tiempo abstinentes, motivos de recaída, tratamiento farmacológico e intervención recibida.

Análisis estadístico con SPSS, utilizando porcentajes para cualitativas y media y desviación típica para cuantitativas.

RESULTADOS

55% hombres, edad 52.66, DT 7.46, IC 95% (51-54.32). 65% casado. 44.3% estudios primarios. 32.3% jubilados o parados. Intento de abandono 75%, 1.73 media de intentos, DT 1.30, IC 95% (1.40-2.07) y 19.59 meses como media de tiempo abstinentes antes de recaída, DT 42.78, IC 95% (8.54-30.64). Motivos para dejar de fumar: 61.70% relacionados con salud, 10% económicos. Tratamiento farmacológico 7. 81.7% no recibieron intervención antitabaco. De los que sí: 8.3% avanzada individual, 6.7% básica y 3.3% avanzada grupal. Motivo de recaída: adicción (45.8%), acontecimientos vitales estresantes (18.6%).

CONCLUSIONES

La mayoría realizó intento previo de abandono presentado recaída tras ello. Escasos pacientes han realizado tratamiento farmacológico y recibido intervención antitabaco previa. El principal motivo de recaída es la adicción a nicotina, seguido de acontecimientos vitales estresantes. Debemos realizar más

intervenciones antitabaco e incluso buscar nuevos tipos de intervención.

165/140. VALORACIÓN DEL PERFIL DE LOS FUMADORES DE UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) Macías Beltrán, I.; (2) Domínguez Teba, A.; (1) Medero Canela, R.; (3) Barreiro Solla, M.; (4) López González, J.; (4) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

El tabaco es la primera causa de morbimortalidad prematura evitable, siendo uno de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) modificables más importantes. Objetivos: Describir características sociodemográficas y relacionadas con factores de riesgo cardiovascular y consumo de tabaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en Centro Salud urbano. Se seleccionaron fumadores entre 40 y 65 años, con algún FRCV (n=80). Recogida de datos a través de encuestas.

Variables: edad, sexo, estado civil, nivel estudios, profesión, factores de RCV, edad vascular, conocer riesgos del tabaco, enfermedad por tabaco, edad comienzo del hábito, años fumando, número cigarrillos/día, índice paquetes/año, grado dependencia y motivación, fase y motivos de abandono.

Análisis estadístico con SPSS, utilizando porcentajes para cualitativas, media y desviación típica para cuantitativas.

RESULTADOS

55% hombres, edad 52.66, DT 7.46, IC 95% (51-54.32). 65% casado. 44.3% estudios primarios. 32.3% jubilados o parados. RCV: HTA 64%, dislipemia 18%, DM 18%. Edad vascular 59.99, DT 10.35, IC 95% (57.68-62.29). 100 % tiene información, 16% enfermedades por tabaco. Edad inicio hábito 17.71, DT 6.70, IC 95% (16.22-19.20). 34.74 años fumando, DT 8.84, IC 95% (32.77-36.70), 15.19 cigarrillos/día, DT 10.07, IC 95 % (12.95-17.43). Índice paquetes/año 15.19, DT 10.07, IC 95% (12.95-17.43). 54% dependencia media-alta. 65% baja motivación. 88.8% dejarían de fumar por motivos de salud. 56.30% fase precontemplativa.

CONCLUSIONES

La mayoría son fumadores de edad media, casados e hipertensos, con edad vascular de 60 años y RCV moderado. Todos conocen riesgos que supone el

tabaco; a pesar de ello, tienen elevado índice paquetes/año, alta dependencia a nicotina y bajo grado de motivación.

165/149. PREVALENCIA DE LA DIABETES EN DIFERENTES HÁBITATS DE POBLACIÓN DE MÁLAGA

AUTORES:

(1) Luna Moreno, M.; (1) Ruíz del Moral, L.; (2) Muñoz González, L.; (2) Pérez Castro, M.; (3) Paniagua Gómez, F.; (4) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce; (2) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en diferentes hábitats de población de Málaga.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, realizado en Atención Primaria. Año 2014. Datos aportados por el Distrito Sanitario (DS) de una base de datos electrónica. Se recogieron sexo, edad, hábitat poblacional (urbano, rural y de transición). Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Las diferencias entre los distintos grupos se analizaron mediante los test de la chi cuadrado o la t de Student. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0.05.

RESULTADOS

La población mayor de 18 años del DS fue de 604 312 personas, 315 337 (52.2%) mujeres. Tenían diagnóstico de diabetes 49 584 personas, de las que 25160 (50.7%) eran hombres. La prevalencia de la diabetes fue del 8.2% (8.7% en hombres y 7.74% en mujeres, $p < 0.005$). La edad media de las personas con diabetes fue de 67.07 ± 13.2 años (65.22 ± 12.8 hombres y 68.98 ± 13.5 mujeres, $p < 0.005$). En el hábitat urbano la prevalencia fue del 8.2%, en el rural 8.75% y en el de transición 7.51% ($p = 0.39$).

CONCLUSIONES

En Málaga no existen diferencias de prevalencia de diabetes entre los hábitats poblacionales.

165/165. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES EPOC HOSPITALIZADOS.

AUTORES:

(1) López González, C.; (2) Morán Rocha, M.; (3) Díaz Carrasco, M.; (4) Ortega Molina, J.; (5) García Sardón, P.; (6) Ramos Clemente, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Huelva.;

(2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos del Condado. Huelva; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bollullos del Condado. Huelva; (6) Médico Internista en Hospital Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Este estudio analiza la relación entre: a) el servicio hospitalario de ingreso, número de reagudizaciones postingreso y adecuación del tratamiento a la guía de práctica clínica (GPC); b) comorbilidades y número de veces que el paciente acudió a urgencias el año previo al ingreso

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra fue de 94 pacientes con EPOC ingresados en 2013. Las variables analizadas fueron: fumador activo, hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), insuficiencia cardiaca (IC), SAOS, veces que acude a urgencias el año antes y postingreso, servicio (Neumología o MI); tratamiento antes y postingreso y adecuación del mismo a la GPC. La adecuación del tratamiento se comparó con la GesEPOC 2014. Para analizar la relación entre las distintas variables se utilizó la Ji Cuadrado (variables cualitativas) y la T de Student (variables cuantitativas).

RESULTADOS

El 33% ingresó en MI. La duración media del ingreso fue de 7.8 días. El 47% de los tratamientos se ajustaban a las GPC. No hubo diferencias significativas entre el lugar de ingreso y la adecuación al tratamiento ($p=0.51$), ni tampoco entre la adecuación y número de visitas a urgencias el año posterior al ingreso ($p>0.05$). El número de veces que acudía a urgencias el año previo al ingreso solo tuvo relación con SAOS ($p<0.02$), pero no con HTA, DM, o IC.

CONCLUSIONES

- La adecuación del tratamiento a las GPC no estaba en relación con el servicio donde ingresaba, ni con el número de reagudizaciones postingreso.
- Los pacientes con SAOS acudieron más veces a urgencias el año previo al ingreso que los que no lo padecía.

165/184. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA POBLACIÓN RURAL.

AUTORES:

(1) Geara Joyed, P.; (2) Japón Cabello, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Algotocin. Málaga; (2) Fisioterapeuta. UPACE Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Estudio del grado de control de la presión arterial en nuestros pacientes diabéticos así como las combinaciones terapéuticas más utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de los pacientes con diagnóstico de diabetes pertenecientes a nuestro consultorio rural a través de los datos recopilados mediante la historia clínica informatizada.

RESULTADOS

La población diabética muestra una media de edad de 73,2 años (DE 12,3) compuesta por un 53,8% de mujeres y un 46,2% de hombres. La PA diastólica es controlada en un 73,1% de los pacientes ($PA < 80$ mmHg) sin embargo el control de PA sistólica solo alcanza el control óptimo (< 130 mmHg) en un 32,6%.

El tratamiento antihipertensivo está presente en el 88,9% de los diabéticos y es encabezado por los inhibidores del sistema renina-angiotensina con una presencia en el 81,7%. Los IECA a la cabeza seguidos por los ARAll e IDR solos o en combinación con otros antihipertensivos. En segundo lugar están presentes los diuréticos con un 63% de frecuencia, existiendo una combinación de los grupos anteriores en el 44,2% de los pacientes tratados. El tercer grupo en frecuencia son los calcioantagonistas registrando un aumento en su uso y mostrando una presencia en el 21,6% de los pacientes. El grupo de los betabloqueantes están incluidos en el 17,6% de las prescripciones de este grupo.

CONCLUSIONES

La PA sistólica es un importante factor de riesgo cardiovascular con un bajo control en nuestra población de pacientes diabéticos. El tratamiento farmacológico antihipertensivo está encabezado por los bloqueadores del SRA, presentando una tendencia a la combinación de fármacos y siendo la más común la asociación de IECA o ARAll con diurético.

165/198. PERFIL DE NUESTROS PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS LEVE-MODERADOS

AUTORES:

(1) Domínguez Teba, A.; (2) Medero Canela, R.; (3) Macías Beltrán, I.; (4) de La Rosa Riestra, S.; (5) Márquez Vera, E.; (6) Fuentes Calvente, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital infanta Elena. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

La farmacología en la depresión leve-moderada está siendo cuestionada, siendo las intervenciones psicoterapéuticas de baja intensidad más efectivas. Estas medidas pueden adoptarse en atención primaria, de

ahí, la importancia de averiguar a qué tipo de pacientes enfrentamos y así proporcionar un tratamiento adecuado.

Objetivo: describir las características clínicas y socio-demográficas de los pacientes con depresión leve-moderada según el cuestionario "Patient Health Questionnaire-9"

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo.

Muestra consecutiva de pacientes diagnosticado de trastornos depresivo con puntuación del PHQ-9 menor de 20. (n=67)

Variables: sexo, edad, estado civil, ideología religiosa, vivienda, situación laboral, nivel de estudios, carga familia, grado depresivo, patologías concomitantes, antecedentes personales y familiares de depresión, abuso sustancias psicoactivas y tratamiento psicotrópico previo.

Análisis estadístico: media, desviación típica y porcentajes. Recogida de datos mediante cuestionario.

RESULTADOS

Un 84% son mujeres. Edad media 40 años (desviación típica 14 - IC: 36-43). Casados 52% y solteros 31%. Creyentes no practicante 51% y agnósticos 25%. Vivienda propia compartida 55%. En activo 45%, amo de casa 24% y parados 22%. Estudios primarios: 58%. Carga familiar: 51%. Trastorno leve 45%, moderado 43% y depresión menor 12%. Patologías concomitantes psicológicas: 36% y orgánica crónica: 19%. Antecedentes personales y familiares: 31%. Abuso de sustancia psicoactiva: 10%. Tratamientos psicotrópicos previos 27%.

CONCLUSIONES

El perfil de pacientes mayoritario son mujeres, de edad media, sanos, casados, creyentes, con vivienda propia y en familia con menores a cargo. El grado de depresión más frecuente es el leve. Un tercio de los pacientes tienen enfermedad crónica, antecedentes depresivos y tratamiento farmacológico previo.

165/203. REPERCUSIÓN DEL ABANDONO TOTAL O PARCIAL DEL TRABAJO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

AUTORES:

(1) Losada Ruiz, M.; (2) Atienza Martín, F.; (3) Revuelta Pérez, F.; (4) Rodríguez Fernández, L.; (5) Marín Andrés, G.; (6) Torrado Morcillo, B.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva; (2) Médico de Familia. UGC Virgen de África (DSAP Sevilla); (3) Profesor Titular. Universidad de Huelva. Huelva; (4) Psicóloga. Huelva; (5) Directora Centro de Salud Adoratrices. Huelva.; (6) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Entre las variables predictoras de un mejor pronóstico en la fibromialgia (FM) está la profesión remunerada.

No obstante, conviene averiguar en qué medida un apartamiento parcial o total del ámbito laboral puede incidir en el estado de salud y calidad de vida.

El objetivo que este trabajo es comparar el estado de salud de pacientes con FM siempre dedicadas a las tareas del hogar frente a otras desempleadas, en baja temporal, pensionistas y jubiladas, asimismo con fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra la compone 40 mujeres con FM, de las cuales 15 eran amas de casa, sin haber trabajado nunca fuera del hogar, y otras 20 en desempleo, baja, pensión o jubilación. No hubo diferencias ni en edad ni en nivel de estudio.

Se aplicaron el Índice de Dolor Generalizado (WPI), la Escala de Gravedad de Síntomas (SS) y el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ).

RESULTADOS

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el WPI, pero sí en el número, gravedad y tipos de síntomas (SS-2) y en el impacto de la enfermedad (FIQ) en las pacientes que compartían el abandono parcial o total del trabajo, con puntuaciones más elevadas, frente las que sólo se habían dedicado al hogar.

CONCLUSIONES

El abandono parcial o total del trabajo puede constituir un importante estresor que repercute negativamente en el número e intensidad de síntomas y en el impacto de la enfermedad en pacientes con fibromialgia, por lo que tal circunstancia ha de ser tenida de cara a su prevención.

165/219. FACTORES ASOCIADOS CON UN MAYOR IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

Molino Peinado, J.; Corrales Soto, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (incluyendo objetivos)

Considerando la utilidad en atención primaria de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en fibromialgia (FM) y la escasez de estudios al respecto, el objetivo principal de nuestro estudio fue describir las características de los pacientes con FM de nuestro Centro de Salud (CS) y analizar su afectación de la CVRS. Como objetivos secundarios, identificar factores asociados con mayor impacto en la CVRS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal con participación de 83 pacientes. Las variables del estudio (dependientes: socio-demográficas, clínicas sanitarias y psicosociales; independiente: impacto de la FM en la CVRS) fueron recogidas mediante un Cuaderno de Recogida de Datos que incluyó el Cuestionario de Impacto de la FM (CIF). Se realizaron análisis de datos descriptivo, bivariado y multivariado.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de casi 56 años (55,9+9,8), hombres sólo 2 (2,4%). La puntuación media del CIF fue de 65,04 (+15,61) y en casi ¾ partes de los casos (73,5%) la FM tenía un impacto grave en la CVRS (≥ 59 puntos en el CIF).

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes tipo son mujeres, casadas, con nivel medio de estudios y trabajan en casa a tiempo

completo. Son diagnosticadas en reumatología, suelen tener comorbilidades como ansiedad y depresión, y se derivan a reumatología, traumatología y salud mental. Solemos tratarlas con analgésicos de primer escalón, ansiolíticos y antipedresivos, y el impacto en su CVRS es habitualmente grave. En el modelo multivariante, lo que mejor predice una mayor gravedad es la salud autopercebida como mala o muy mala.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORALES

165/51. SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DE UN ÁREA CON GRAN DIVERSIDAD MULTICULTURAL E INMIGRACIÓN.

AUTORES:

(1) Romero Bernal, A.; (1) Carrillo Abadía, I.; (1) Ruiz Sánchez, G.; (1) Arjona Jiménez, J.; (2) Cordero Méndez, F.; (3) Pedregal González, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (3) Médico de Familia. Técnico de Salud en Unidad Docente de Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

El término de Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generalizado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esa es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores) y su origen se base en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. Nuestro estudio se basa en una población con gran producción agrícola fresera en los últimos treinta años lo que ha propiciado un gran desarrollo demográfico, económico y social. Durante los meses de recolección de frutas aumenta la inmigración, aunque ya es prácticamente durante todo el año. Los inmigrantes se han ido quedando a vivir en el mismo pueblo, por lo que a las consultas acuden personas de diversos países.

OBJETIVOS

Determinar su prevalencia en Atención Primaria en área multicultural. Describir la percepción de los profesionales respecto al funcionamiento de recursos y servicios de la Salud Pública. Valorar la edad, sexo, antigüedad profesional y estado civil en su prevalencia.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal. Profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria que ejercen en un área multicultural.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: Todos los profesionales que ejerzan en cualquiera de los tres turnos laborales, encontrándose trabajando durante el periodo de tiempo establecido y acepten la participación en el mismo mediante su consentimiento informado y que hayan trabajado durante el último año desde el inicio del trabajo. Criterios de exclusión: Todos los que no cumplan los de inclusión. Variables independientes (CESPYD): Edad, sexo, antigüedad profesional, estado civil. Variables dependientes (MBI): Síndrome de Burnout. Cuestionarios: MBY y CESPYD.

APLICABILIDAD

La zona de estudio basa su economía en una agricultura fresera que precisa a numerosos inmigrantes de las más diversas nacionalidades, especialmente durante las épocas de siembra y recolección. Esta situación tiende a estabilizarse ya todo el año en esta zona. La simultaneidad de la crisis económica y la temporalidad de los inmigrantes pueden confundir al esclarecer la prevalencia del síndrome. Surgirán nuevas hipótesis para mejorar el estudio, más allá de la fluctuaciones demográficas o económicas.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Autorización de la Comisión Ética de la Investigación. Se proporcionará el consentimiento informado por escrito a cada uno de los profesionales participantes. Se garantizará la protección de datos personales y la garantía de confidencialidad. Se respetarán los principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

165/66. EVALUACIÓN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORES:

(1) Alonso Pinto, M.; (2) Ramírez Martínez, M.; (3) Moreno Jimenez-Mena, B.; (4) Pérez Cabeza de Vaca, I.; (5) Barrero Macias, M.; (6) Ruz Franci, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. SCCU Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz.; (2) Médico EBAP. Centro de Salud Ubrique. Cádiz.; (3) Médico de Familia. SCCU Santiago de Chile; (4) Médico de Familia. ZBS Mancha Real.

Distrito. Jaén.; (5) Enfermera Familiar y Comunitaria; (6) Médico EBAP. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los usuarios de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) son un perfil de paciente desconocido en Atención Primaria de Salud (APS) por su baja frecuentación a consulta y por la estigmatización social que supone el consumo de tóxicos.

La prevalencia del consumo concomitante de diferentes tóxicos en estos pacientes es elevada, así como la asociación con patología predominantemente de tipo infeccioso.

Por tanto, el consumo de otros tóxicos y el desarrollo de patología de perfil infeccioso van a ser un factor pronóstico en la comorbilidad de nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general: determinar prevalencia de alcoholismo en pacientes con tratamiento sustitutivo de opiáceos en el ámbito de APS.

Objetivos específicos: toxicomanías asociadas al PMM, estado de Salud de los pacientes, estudio de Calidad de Vida.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal sobre los PMM dispensados en los Centros de Salud de “El Olivillo” y “La Merced” de Cádiz.

Se desarrolló en los primeros meses de 2.013 diferenciándose dos etapas:

De Enero a Marzo se realizaron las entrevistas estructuradas por la encuesta diseñada en el protocolo clínico. En la primera quincena de abril se hizo el análisis estadístico de los resultados.

Previa a ambas etapas de intervención tuvimos la fase de planificación y desarrollo teórico del proyecto.

EMPLAZAMIENTO

El proyecto se desarrolló en los Centros de Salud de “El Olivillo” y “La Merced”, ambos Zonas de Transformación Social, situados en el casco histórico de Cádiz. Los pacientes eran informados del estudio cuando acudían a recoger su tratamiento sustitutivo con metadona y se les invitaba a participar.

Los usuarios aceptaban participar en el estudio mediante la firma del Consentimiento Informado. Asegurándoles el completo anonimato y el uso de los resultados exclusivamente con fines científico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se incluyeron mediante muestreo consecutivo no probabilístico pacientes heroínómanos en un PMM de dichos C.S.

Los criterios de inclusión fueron que estuvieran diagnosticados de Síndrome de dependencia a heroína en tratamiento sustitutivo con metadona.

Mientras que los excluidos fueron pacientes impedidos para acudir a recoger medicación al C.S. y los que de forma explícita no quisieran firmar el consentimiento.

La población total de usuarios del PMM en ambos centros de Salud fue de 95.

El C.S. de “El Olivillo” con 54 pacientes, de los que 31 (57,4%) participó en el estudio. El C.S. de “La Merced” con 41 pacientes, de los que 20 (48,8%) accedió a participar.

La población obtenida mediante muestreo consecutivo en ambos centros fue 51 pacientes (53,7%), distribuyéndose por sexo en 16% mujeres y 84% hombres. Las variables a estudio fueron múltiples:

Variable dependiente: Trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol (DSM IV-R).

Variables independientes: sociodemográficas, antecedentes familiares de alcoholismo, años de tratamiento en PMM, coinfecciones por VHC, VIH, TBC, consumo de alcohol, heroína y otras drogas, estudio de calidad de vida por cuestionario TECVASP y estudio de Salud Física (Estado Gral. salud: sección 6 del OTI).

APLICABILIDAD

El perfil sociodemográfico de un paciente en PMM es el de un varón de 47 años, con una permanencia media en PMM de 14,5 años. Estudios primarios cursados, que convive en el núcleo familiar con pareja e hijos o familia de origen y con antecedentes legales por condena. El inicio del consumo de heroína de los pacientes en PMM, fue de 20 años y la vía de consumo fue principalmente fumada.

Aproximadamente, 1/3 de los pacientes padecen un Síndrome de dependencia a alcohol.

Aproximadamente, 2/3 de pacientes tienen un consumo habitual de alcohol.

El patrón de consumo, según AUDIT, suele ser a diario.

La mitad de los pacientes padecen de una hepatopatía por virus C.

Según el análisis bivariante:

No existe relación estadísticamente significativa entre Síndrome de dependencia a alcohol y tiempo de permanencia en PMM ($p=0,07$).

Si existe asociación estadísticamente significativa entre alcoholismo y dosis de metadona ($p=0,03$).

Si existe asociación entre alcoholismo y VHC, y alcoholismo y VIH.

El análisis estadístico entre alcoholismo y las demás variables, no tienen significación estadística.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El paciente era adecuadamente informado previo a su participación en el programa informándose del desarrollo del proyecto, del carácter anónimo y con fines científicos del mismo, estableciéndose un contrato de confidencialidad mediante la firma del consentimiento informado.

165/69. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUN

AUTORES:

(1) Leiva Cepas, F.; (1) Romero Rodríguez, E.; (1) Viana Miranda, F.; (2) Madeira Martins, J.; (3) Pérula de Torres, L.; (4) Ventosa Arias, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fuensanta. Córdoba.; (3) Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba; (4) FEA de Psiquiatría. USMC Córdoba Sur. Córdoba.

RESUMEN:**OBJETIVOS**

Principal: determinar la prevalencia de las distintas patologías en las consultas de urgencia psiquiátrica. Secundarios: describir la distribución de dichas patologías según sexo, edad, sector de residencia, estado civil, antecedentes psiquiátricos previos. Comparar la prevalencia de las patologías y la consulta según el grupo etario; así como valorar la actuación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC); siempre bajo la supervisión estricta de un facultativo especialista.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo, transversal.

EMPLAZAMIENTO

Unidad de Salud Mental Comunitaria situada en Córdoba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes que demandan asistencia psiquiátrica en dicha Unidad en los meses de Septiembre 2014 a febrero de 2015. Para un error alfa del 5%, una precisión del 4% y una proporción de profesionales que conocen el CECC del 50%, sería necesario incluir en el estudio al menos a 205 pacientes. Se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p < 0,05$). La urgencia es atendida en primera instancia por un residente de MFyC rotante en ese servicio bajo la supervisión constante del facultativo correspondiente.

APLICABILIDAD

Los resultados de este estudio, en el caso de demostrarse nuestra hipótesis, nos ayudará a implementar o sugerir a las autoridades sanitarias programas que aumenten el conocimiento de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de las principales patologías psiquiátricas que requieren asistencia médica; así como la valoración de la actuación del residente de MFyC, siempre supervisada por un facultativo de psiquiatría.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Este estudio es retrospectivo, por tanto no se precisa la adquisición del consentimiento informado del paciente al identificar factores genéricos no asociados a un paciente en concreto. Concedida la autorización por parte de la Directora de la UGC de Salud Mental del Hospital Universitario Reina Sofía, así como la remisión del protocolo al Comité de Ética de Investigación de Córdoba a 18 de febrero de 2015.

165/74. “CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y “DO NOT DO” RECOMMENDATIONS”**AUTORES:**

(1) Pérez Pérez, F.; (2) Rodríguez Ruiz., H.; (2) Sánchez Salado, J.; (1) Martínez Faure, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Cádiz; (2) Enfermero. Emergencias Sanitarias 061. Servicio Provincial de Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

Cada vez es más patente que existe una tendencia a medicalizar los aspectos normales de la vida convirtiendo probabilidades en enfermedades. Hay estudios que ponen de manifiesto los peligros del sobreuso de las intervenciones sanitarias y la medicalización de la sociedad. Este sobreuso se está traduciendo en prácticas que traen más perjuicios que beneficios.

Ya hay iniciativas pioneras y recientes de diversas instituciones y sociedades sobre dejar de hacer o “do not do” recommendations. Tenemos el proyecto “Menos es más” en Atención Primaria en Sevilla. Sin embargo, la implementación no es fácil.

Los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias constituyen un nuevo escenario en el que médicos de familia desarrollan su profesión. Su accesibilidad a los usuarios las 24 horas de los 365 días del año y su situación en el Sistema Sanitario Público (a caballo entre la Atención Primaria, Especializada y Hospitalaria) los convierten en un lugar privilegiado para llevar a cabo iniciativas de este tipo.

OBJETIVOS

1. Constitución de un Grupo de Trabajo con implicación de diferentes profesionales de Emergencias Sanitarias 061.
2. Coordinación de la elaboración y publicación de unos protocolos de actuación.
3. Elaboración y puesta en marcha de un programa de formación continuada sobre “desescalada terapéutica” para las diferentes categorías profesionales, incluyendo a residentes de familia, alumnos de prácticas y del máster.
4. Creación de una plataforma de formación on-line.

DISEÑO

Por iniciativa de Médicos de Familia del Servicio Provincial se constituye un grupo de trabajo formado por profesionales del Servicio Provincial con implicación en temas de seguridad del paciente, medicina basada en la evidencia y en la desescalada terapéutica. Una vez constituido el Grupo de Trabajo se procede a la presentación y divulgación del mismo entre las diferentes categorías profesionales, procurando implicar a buena parte de los mismos en el proyecto. Se procede a la elaboración de un listado de actuaciones con poca evidencia científica, frecuentes en la práctica clínica, con gran impacto en la seguridad del paciente y en las que sea factible una propuesta

basada en la evidencia disponible. Se eligen algunas actuaciones y se hace una revisión de la evidencia disponible, elaborando un plan de actuación.

Se comunica dicho plan así como el fundamento y evidencia científica al Comité de Bioética de Emergencias Sanitarias 061.

Diseño de una página web para formación on-line por el Servicio de Informática de Emergencias Sanitarias 061. Intentar conseguir el reconocimiento de sociedades científicas.

Llegar a acuerdos con Instituciones y empresas privadas para actividades formativas conjuntas.

EMPLAZAMIENTO

Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Emergencias Sanitarias 061 de Cádiz

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Constitución de un Grupo de Trabajo.
2. Revisión sistemática de “do not do” recommendations y elaboración de una lista de actuaciones con poca evidencia científica, frecuentes en la práctica clínica, con gran impacto en la seguridad del paciente y que sea factible una propuesta basada en la evidencia disponible.
3. Creación de una página web para formación on-line en la desescalada terapéutica
4. Establecimiento de un programa anual de cursos dirigido a profesionales de las diferentes categorías.
5. Elaboración de Protocolos de actuación en Urgencias y Emergencias con el visto bueno del Comité de Bioética.
6. Finalmente, intentar conseguir el reconocimiento por parte de Sociedades Científicas.

APLICABILIDAD

El Plan supone una mejora de la formación continuada que ha implicado de forma organizada a los profesionales de las diferentes categorías y la publicación de los resultados para animar a otros Médicos de Familia a implicarse en la formación continuada.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La formación continuada a los profesionales sanitarios y su implicación en actividades formativas es la piedra angular de la calidad asistencial y juega un papel fundamental tanto para el profesional y los pacientes como para las familias y la sociedad. El proyecto pretende mejorar la capacitación y formación de los profesionales, por lo que no hay ningún problema ético-legal.

165/75. EFICACIA DE VISITAS PROGRAMADAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

AUTORES:

(1) Medero Canela, R.; (2) López González, J.; (3) Márquez Vera, E.; (4) Domínguez Teba, A.; (3) Macías Beltrán, I.; (5) Velázquez Giménez de Cisneros, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es un importante problema de Salud Pública. Su incidencia y prevalencia van en ascenso debido al aumento progresivo de la edad poblacional sumado a la mayor supervivencia de enfermedades crónicas. El tratamiento ha avanzado en los últimos años, sin embargo no se ha producido gran descenso en la morbimortalidad; las tasas de mortalidad siguen siendo altas y las de ingreso por descompensación siguen aumentando. Esto plantea la necesidad de indagar en nuevas intervenciones desde Atención Primaria que ayuden a mejorar la morbimortalidad y la reducción del número de ingresos con su consecuente mejora en la calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo principal: analizar la efectividad de una intervención a través de visitas domiciliarias mensuales programadas a los pacientes diagnosticados de ICC. Objetivos secundarios: describir el perfil clínico de los pacientes y comparar la incidencia de reducción de reagudizaciones e ingresos conseguida mediante la intervención propuesta y la intervención habitual.

DISEÑO

Estudio analítico de intervención con asignación aleatoria. La muestra se clasificará en dos grupos. A un grupo se realizará, además de las intervenciones habituales, intervención que consistirá en visita domiciliaria mensual con revisión clínica y ajuste del tratamiento en función de sintomatología. Al grupo control se realizarán las intervenciones habituales según Proceso Asistencial Integrado.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de estudio: mayores de 45 años adscritos a un Centro de Salud diagnosticados de ICC. Se ha calculado tamaño muestral mínimo necesario, siendo de 40 pacientes en cada grupo (n=80). Se asignará los grupos de forma aleatoria.

Criterios de inclusión: edad igual o superior a 45 años, diagnosticados de ICC, acepten consentimiento informado. Criterios de exclusión: menores de 45 años que no acepten.

Variables:

Dependientes: reducción del número de reagudizaciones y de ingresos.

Independientes: edad, sexo, etiología, patología concomitante, tratamiento, número de reagudizaciones e ingresos. El seguimiento se realizará en los dos años siguientes al reclutamiento, consistiendo en una valoración

semestral a través de una visita programada para valorar el número de reagudizaciones e ingresos hospitalarios en cada grupo.

Análisis: inicialmente análisis descriptivo de la muestra (media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas). Posteriormente se comprobará la homogeneidad entre los dos grupos y finalmente se calculará la incidencia de reducción del número de reagudizaciones e ingresos. Se calculará el riesgo relativo (RR) y otras medidas de impacto: reducción absoluta del riesgo (RAR), reducción relativa del riesgo (RRR) y número necesario a tratar (NNT). Se exigirá significación estadística del 5% y se comprobarán las condiciones de aplicación. **Limitaciones:** pacientes que no den consentimiento informado y pérdidas durante el seguimiento.

APLICABILIDAD

El estudio permitirá conocer la idoneidad de una intervención programada en el seguimiento de los pacientes con ICC para valorar su utilidad en la reducción de la morbimortalidad a largo plazo.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica y se obtendrá Consentimiento Informado. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la confidencialidad siguiendo la Ley de Protección de Datos y la autonomía del paciente siguiendo la Ley de Autonomía.

165/78. PREVALENCIA DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Castillo Barrera, J.; (1) Molina Sánchez, B.; (2) Medero Canela, R.; (3) Domínguez Teba, A.; (4) Velázquez Giménez de Cisneros, G.; (5) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un importante problema de Salud Pública. Sus principales factores de riesgo son el hábito tabáquico y el envejecimiento.

La tendencia al tabaquismo parece ir disminuyendo en hombres, sin embargo esa tendencia va en aumento en mujeres, lo cual, sumado a su mayor longevidad, seguirá produciendo una tasa ascendente de EPOC. Se han realizado múltiples estudios en hombres, pero son escasos en mujeres. Se cifra la prevalencia de EPOC en hombres en 15% y en mujeres 5.9%,

siendo más alarmante el infradiagnóstico (hombres 70%, mujeres 86%).

Esto plantea la necesidad de obtener una visión real del problema en Atención Primaria para tomar las decisiones clínicas y terapéuticas oportunas así como para plantear futuras intervenciones que ayuden a mejorar la situación actual.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de EPOC en mayores de 40 años. Describir el perfil clínico. Determinar la relación de EPOC con diversos factores clínicos, socio-demográficos o relacionados con hábito tabáquico.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo de prevalencia.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de estudio: pacientes entre 40 y 80 años adscritos a un Centro de Salud. Se realizará valoración individual con recogida de datos y realización de espirometría. **Criterios de inclusión:** edad mayor o igual a 40 años, fumadores o exfumadores, que accedan a completar el estudio. **Criterios de exclusión:** menores de 40 años o mayores de 80 años, sin hábito tabáquico, imposibilidad para realizar espirometría.

Se ha calculado el tamaño muestral asumiendo prevalencia 17%, precisión 5% y sumando 20% por posibles pérdidas, con muestra final de 235. Se seleccionará muestra aleatoria.

Variables: Dependiente: diagnóstico de EPOC mediante espirometría (positivo si tras prueba de broncodilatación $FEV1/FVC < 0.70$).

Independientes: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo...), relacionadas con hábito tabáquico (número de cigarrillos diarios, años fumando, exfumador...), clínicas (diagnóstico previo y grado de EPOC, patología concomitante, tratamiento, reagudizaciones e ingresos al año, sintomatología clínica, grado de EPOC según espirometría...)

Análisis: Medidas descriptivas para estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o test de t Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivariable. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05

Limitaciones: pacientes que no accedan a participar o que den datos erróneos por el posible tabú que a día de hoy existe sobre la enfermedad (sobre todo en mujeres) y limitación en la realización de la técnica.

APLICABILIDAD

El estudio permitirá conocer la situación real de la EPOC en nuestro medio, esto permitirá poner en marcha el procedimiento clínico y terapéutico necesario. Además podrá establecer las bases para desarrollar en el futuro estudios de intervención adecuados

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica y se obtendrá Consentimiento Informado. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la confidencialidad siguiendo la Ley de Protección de Datos y la autonomía del paciente siguiendo la Ley de Autonomía.

165/80. PREVALENCIA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**AUTORES:**

(1) Molina Sánchez, B.; (1) Castillo Barrera, J.; (2) Medero Canela, R.; (3) Fuentes Calvente, C.; (4) Márquez Vera, E.; (4) Macías Beltrán, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes mellitus responsable de hasta un 8% del total de las cegueras.

La prevalencia global mundial gira en torno al 35%, en España, la prevalencia en los pacientes con diabetes tipo 2 gira en torno al 25%, llegando hasta el 65% en los pacientes con diabetes tipo 1.

Se asocia fundamentalmente con los años de evolución de la diabetes y con el control metabólico, por lo que el diagnóstico precoz y el énfasis en el correcto control metabólico de nuestros pacientes será crucial para disminuir sus posibilidades de aparición. De esto deriva la necesidad de obtener una visión global de los pacientes de nuestro medio para así tomar las decisiones clínicas oportunas que mejoren la calidad de vida y eviten la aparición de complicaciones.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de retinopatía diabética en pacientes mayores de 18 años, así como el infradiagnóstico. Describir el perfil clínico de estos pacientes. Relacionar la aparición de retinopatías con diversos factores.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo de prevalencia.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de estudio: pacientes mayores de 18 años adscritos a un Centro de Salud Urbano con diagnóstico de diabetes mellitus. Se realizará valoración individual con recogida de datos y realización de retinografía (salvo a los pacientes con retinografía realizada en los 6 meses previos al estudio).

Criterios de inclusión: edad mayor o igual a 18 años, diagnóstico de diabetes, que accedan a completar el estudio. Criterios de exclusión: menores de 18 años, imposibilidad para realizar retinografía.

Se ha calculado el tamaño muestral asumiendo prevalencia 50%, precisión 5% y sumando 10% por posibles pérdidas, con muestra final de 423. Se seleccionará muestra aleatoria.

Variables: Dependientes: retinopatía diabética y grado (leve, moderada, severa, proliferante).

Independientes: sexo, edad, nivel educativo, tipo diabetes, años evolución, FRCV, tratamiento, HbA1C, IMC, complicaciones diabetes...

Análisis: Medidas descriptivas para estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o test de t Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivalente. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05

Limitaciones: pacientes que no accedan a participar, imposibilidad para realizar retinografía.

APLICABILIDAD

El estudio permitirá conocer la situación real de la retinopatía diabética, tanto la prevalencia como el infradiagnóstico, para así poner en marcha el procedimiento clínico y terapéutico necesario. Además establecerá bases para desarrollar en el futuro estudios de intervención adecuados.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica y se obtendrá Consentimiento Informado. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la confidencialidad siguiendo la Ley de Protección de Datos y la autonomía del paciente siguiendo la Ley de Autonomía.

165/82. VALORAR LA UTILIDAD DE UNA ENTREVISTA PROGRAMADA MEDIANTE LA PUNTA-CIÓN EVA DE PA**AUTORES:**

(1) Márquez Vera, E.; (2) Fuentes Calvente, C.; (3) Medero Canela, R.; (4) Domínguez Teba, A.; (1) Macías Beltrán, I.; (5) Velázquez Giménez de Cisneros, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

El dolor crónico es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria, el control del dolor es escaso, en muchos casos porque únicamente se usa el primer escalón analgésico, sin tener en cuenta en muchos casos el origen del mismo. Solo un pequeño porcentaje de pacientes reciben tratamiento de opiáceos, 1% en España, solo el 11% de dichos pacientes presentan un DCNO controlado.

La mayoría presentan múltiples patologías o por las características de estos pacientes, por lo que el tiempo que se le dedica al grado de control del dolor, puede ser escaso, por lo que puede ser interesante planificar una entrevista programada con estos pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es valorar la utilidad de una entrevista clínica programa fueradel horario de consulta habitual, con una revisión posterior a los 3 meses de la primera entrevista.

Como objetivos secundarios estimar la prevalencia del DCNO en tratamiento con opiáceos en un centro de salud, estimar el porcentaje de pacientes con dolor controlado, y describir diferentes variables descriptoras de la población a estudio.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal antes/después.

EMPLAZAMIENTO

Centro de salud Urbano (C.S. “El Torrejón”)

MATERIAL Y MÉTODOS

La población será la adscrita a un centro de salud urbano, en tratamiento con opiáceos mayores, y que presenten dolor crónico no oncológico. Tras la primera entrevista a los 3 meses realizaremos una entrevista donde valoraremos de nuevo el grado de control del dolor mediante la escala EVA.

- Criterios de inclusión: Pacientes con DCNO (degenerativo, miofascial o inflamatorio) en tratamiento con opiáceos mayores durante al menos 90 días en los últimos 6 meses.

- Criterios de exclusión: Dolor agudo, DCNO neuropático, Dolor crónico de origen oncológico, pacientes que no puedan responder autónomamente a la escala visual analógica, y aquellos pacientes que no den su consentimiento.

Variable dependiente: Puntuación del dolor mediante EVA. Variables independientes: Edad. Sexo. Talla. Peso. Índice de Masa Corporal. Origen del dolor crónico no oncológico. Enfermedades concomitantes. Nivel de estudios. Dependencia funcional. Fumador. Ejercicio físico. Soporte familiar. Tratamiento antidepressivo asociado. Opiáceo mayor, principio activo, dosis, pauta y tiempo. Efectos secundarios de medicación opiácea, Tratamiento coadyuvante, Modificación terapéutica realizada durante la intervención clínica específica.

ANÁLISIS: utilizaremos el programa SPSS 15.0. Medidas descriptivas para la descripción de los resultados: media y desviación típica para variables

cuantitativas, y porcentajes para variables cualitativas. Se construirán los IC al 95%. Se considera estadísticamente significativos $p \leq 0.05$.

Valoraremos relaciones entre la variable dependiente principal y otras variables independientes: t de student o el test de ANOVA para variables cuantitativas, Chi cuadrado, para variables cualitativas.

APLICABILIDAD

El estudio permitirá valorar la utilidad de una entrevista programada sobre el manejo de la medicación analgésica, lo que puede suponer un mejor control del dolor y de la calidad de vida de los pacientes.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Solicitaremos aprobación al Comité Ético de Investigación y obtendremos Consentimiento Informado. Aplicaremos los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, respetaremos la confidencialidad siguiendo la Ley de Protección de Datos y la autonomía del paciente.

165/103. PREVALENCIA DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS RURAL**AUTORES:**

(1) López González, J.; (2) Medero Canela, R.; (3) Velázquez Giménez de Cisneros, G.; (4) Fuentes Calvente, C.; (5) Rodríguez Sánchez, M.; (3) Domínguez Teba, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud El Torrejón. Huelva; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bollullos Par. Bollullos Par del Condado. Huelva; (4) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva; (5) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Cartaya. Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

La hiperfrecuentación es un problema de salud pública debido al alto grado de costes que supone. Es un fenómeno problemático de difícil manejo presente en todos los niveles asistenciales. Últimas publicaciones refieren que este fenómeno ocupa el 50% de las consultas de atención primaria y un 20% de estas son innecesarias. Define el hiperfrecuentador como aquella persona que realiza un uso de los recursos sanitarios superior al uso medio de otras personas para su rango de edad y sexo. Definen el perfil como mujer, entre 50 – 59 años, ama de casa, bajo nivel de estudios, familia nuclear y alto grado de atenuantes psicológicos. Con este estudio se quiere verificar si este perfil se cumple en la población rural

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de hiperfrecuentación en un servicio de urgencias en una zona básica de salud (ZBS) rural. Determinar la relación con la edad, sexo, nacionalidad, proximidad de la vivienda al centro de

urgencias, aportación económica al Servicio Andaluz de Salud (SAS), franja horaria de consulta, motivo de consulta, tipo de asistencia recibida (asistencia médica, enfermería, ambas o derivación hospitalaria), número de visitas por urgencias al año, revisión por su médico de atención primaria (MAP) en los siguientes 7 días. Determinar la relación entre los pacientes hiperfrecuentadores, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad crónica y polifarmacia.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo

EMPLAZAMIENTO

Zona básica de salud de Cartaya

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará una muestra aleatoria de las asistencias de un mes natural en el servicio de urgencias de la ZBS de Cartaya. Para la muestra se escoge un mes donde existirá una variabilidad suficiente de personas y patologías estacionales. Analizando las estadísticas aportadas por el Servicio Informático del Distrito Huelva – Costa – Condado se observa que cualquier mes es óptimo para el estudio debido a la variabilidad que presenta la muestra. Para el cálculo de la muestra se utilizará el programa informático Open Epi estimando una prevalencia de hiperfrecuentación de 15.56% con una precisión del 5% y asumiendo un 20% de posibles pérdidas durante el transcurso del estudio. Se obtiene una muestra de 236 personas. Para la realización de la aleatorización se usará un programa de generación de números aleatorios.

Variables cualitativas: sexo, nacionalidad, proximidad al centro, aportación económica al servicio andaluz de salud (SAS), horario de la consulta, motivo de consulta, tipo de asistencia, revisión por su MAP e hiperfrecuentador.

Variables cuantitativas: edad, tiempo de asistencia y número de visitas al año.

Análisis estadístico con el programa SPSS 15.0. Para variables cualitativas uso de porcentajes y en cuantitativa media y desviación típica. Comparación de medias uso de t student y ji cuadrado. Test Welch en t student con varianza distinta. Limitaciones por mala filiación de datos, datos ficticios, errores del programa Diraya.

APLICABILIDAD

Todo centro que disponga de Diraya

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Aprobado por el comité de ética del complejo hospitalario de Huelva respetando la Declaración de Helsinki, protección de datos y autonomía del paciente.

165/126. CALIDAD DE LA EDUCACIÓN MATERNA Y SU INFLUENCIA EN EL USO DEL PLAN DE PARTO

AUTORES:

(1) González Sanz, J.; (2) Meléndez Barrero, M.; (3) Hidalgo, M.; (4) Pérez Contreras, R.; (5) Feria Ramírez, M.; (6) Orta Santana, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Matrona. UGC Lepe y Cartaya. Distrito Huelva Costa.; (2) Médico de Familia. UGC Lepe. Distrito

Huelva Costa; (3) Enfermera. Hospital Infanta Elena. Huelva.; (4) Enfermera. Doctoranda en Ciencias de la Salud. Universidad de Huelva; (5) Matrona. Doctorada en Ciencias de la Salud. Universidad de Huelva.; (6) Enfermera. Coordinadora de Cuidados. UGC Lepe. Distrito Huelva Costa.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Educación Maternal (EM) es una herramienta de prevención y promoción de la salud en Atención Primaria, un ámbito educativo que pretende ayudar a afrontar las adaptaciones necesarias para las gestantes y sus acompañantes en el proceso de gestación, nacimiento y crianza. El plan de parto y nacimiento (PPN) recoge las preferencias de la mujer/pareja de cara al nacimiento de su hijo/a, siendo un instrumento clave de empoderamiento que suele presentarse en la EM. Se parte de la hipótesis de que una alta calidad de la EM implica un mayor uso del plan de parto.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad del programa de EM y estudiar si existe relación entre la calidad del programa y el grado de utilización del Plan de Parto y Nacimiento (PPN) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Hospitales de todas las provincias de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

El muestreo será no probabilístico por cuotas. Se obtendrá una muestra no probabilística de 408 puérperas asistentes al programa de EM (nivel de confianza 95%). La elección de los hospitales se realiza en base a la representatividad de su tasa de nacimientos en cada provincia de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de forma aleatoria, diferenciando entre los hospitales generales y/o universitarios y los hospitales comarcales. De mayo 2015 a abril 2016 se aplicará el cuestionario validado EDUMA2 (alfa de Cronbach=0,829), adaptado a la situación de postparto.

APLICABILIDAD

Evaluar la calidad de un programa de educación para la Salud es básico para poder establecer propuestas de mejora. Los resultados obtenidos pueden ser una información relevante para conocer la calidad actual del programa así como su repercusión en el uso del Plan de Parto. Este conocimiento permitirá establecer elementos de mejora eficaces para disminuir la morbimortalidad perinatal y mejorar el empoderamiento de la población.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se ha recibido informe favorable del Comité de Bioética del Sistema Público Sanitario de Andalucía en Huelva para la realización de este proyecto.

No son esperables resultados negativos para ningún participante en el proyecto. No obstante, para la inclusión y participación en el estudio se ofrecerá a todas las personas un consentimiento informado.

165/127. RELACIÓN DE TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO EN LA POSTERIOR NEGOCIACIÓN CON PACIENTE

AUTORES:

(1) González Trujillo, A.; (2) Trueba Torreon, J.; (3) García Jiménez, M.; (4) Carrillo Abadia, I.; (5) Membrillo Contioso, E.; (5) Mateos Velo, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (2) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (3) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se ha decidido emprender este estudio porque se considera que se realiza un escaso uso de las técnicas de apoyo narrativo y, con el objetivo de ver si el empleo de las mismas durante la entrevista clínica modifican la posterior negociación con el paciente.

OBJETIVOS

Principales:

- Describir el uso de técnicas de apoyo narrativo y la más utilizada.
- Determinar la relación del uso de técnicas de apoyo narrativo en la posterior negociación con los pacientes.

Secundarios:

- Describir las técnicas de negociación más empleadas..
- Determinar la duración de la entrevista clínica.
- Determinar si el grado de formación de los tutores sobre entrevista clínica influye en la negociación posterior con los pacientes.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo.

EMPLAZAMIENTO

Centro de Salud rural de Gibraleón (Huelva).

MATERIAL Y MÉTODOS

Población/muestra:

Se llevará a cabo un muestreo consecutivo que consiste en seleccionar a todos los individuos de la población accesibles que acudan a consulta durante los días fijados para el estudio.

Teniendo en cuenta que en aproximadamente el 25% de las entrevistas no hay una buena comunicación (utilización correcta de técnicas), con una confianza del 95% y una precisión del 5%, se precisan 289 participantes.

Técnicas de análisis: Se determinará, la media y desviación típica para las variables cuantitativas; y porcentajes para las cualitativas.

Se calcularán intervalos de confianza al 95 %.

La comparación de variables cualitativas se llevará a cabo mediante el test de Ji Cuadrado de Pearson.

Limitaciones:

- Que los tutores o Médicos Internos Residentes no colaborasen en el estudio.
- Que los conocimientos sobre entrevista clínica de los Médicos Internos Residentes no sea adecuado.

Mediciones:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Uso de técnicas de negociación: se medirá según la técnica empleada. Se anotará en la hoja de recogida de datos y en la base de datos.

Duración de la consulta: se medirá en minutos, desde que el paciente entra, obviando la exploración, hasta que sale.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Uso de técnicas de apoyo narrativo: se medirá según la técnica empleada que será recogida en la hoja de datos y en la base de datos.

Edad: años.

Sexo: hombre/mujer.

- Grado de formación en Entrevista Clínica del tutor: se medirá en niveles de formación: básico (nunca ha hecho un curso de formación en entrevista clínica), medio (ha realizado un curso de entrevista clínica) y experto (ha realizado varios cursos, entre ellos uno avanzado).

APLICABILIDAD

Si se demuestra que el uso de técnicas de apoyo narrativo mejora la posterior negociación con el paciente, se producirá un mejor manejo de la consulta en Atención Primaria.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

1. LEY DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE: Ley 41/2002, 14 noviembre.
2. LEY ORGÁNICA 15/1999, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, y LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD.
3. LEY GENERAL DE SANIDAD 1986, artículo 10 (establece derecho a información y consentimiento).
4. El Real Decreto 63/1995, 20 enero.
5. CÓDIGO DEONTOLÓGICO aprobado en Asamblea de la OMC 25 septiembre 1999.

165/164. EFECTIVIDAD DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y AUTOCONTROL EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

AUTORES:

(1) Carrillo Abadia, I.; (1) Romero Bernal, A.; (2) González Trujillo, A.; (3) Mateos Velo, L.; (4) Aguado Medero, I.; (5) Rodríguez Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva.; (3) Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (4)

Médico de Familia. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (5) Psicólogo especialista en Hipnosis terapéutica. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Tras revisión de bases de datos de divulgación científica y bibliografía publicada, hay pocos estudios que analicen los resultados obtenidos tras un tratamiento multidisciplinar aplicado en pacientes con dolor crónico en Atención Primaria.

OBJETIVOS

Principal: determinar la efectividad de talleres de relajación y autocontrol en población con dolor crónico, midiendo intensidad del dolor antes y tras la intervención. Secundario: determinar si la calidad de vida se modifica tras la intervención con los talleres de relajación y autocontrol en dicha población.

DISEÑO

Estudio de intervención antes y después, sin grupo control

EMPLAZAMIENTO

U.G.C. de Moguer (Huelva)

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: La prevalencia de dolor crónico en España es del 11%. La población de este estudio son 17.209 habitantes y la muestra, 263 pacientes. (Intervalo de confianza 95% y precisión 6%). Se estima que el 50% de la muestra, debería notar una mejoría de sus síntomas tras la intervención.

Variables: Dependientes (Intensidad del dolor, medida mediante la escala EVA y los cambios en la vida cotidiana, medidos mediante Índice de Karnofsky y escala de SF-12) e, independientes (sexo, trabajo, edad, IMC, tabaco, alcohol, enfermedades concomitantes crónicas, características del dolor, escala de dolor según la OMS (tratamiento farmacológico), dieta e incapacidad física)

Método: Mediante una entrevista se recogerán datos personales (variables independientes) y se rellenarán varios documentos (variables dependientes). Firmarán un consentimiento informado y, se dividirán en grupos de 15 pacientes para los talleres (1º nociones básicas del dolor más consejo dietético, 2º diferentes técnicas de relajación, 3º y 4º técnicas de autocontrol del dolor, talleres de entrenamiento en diferentes herramientas psicológicas). Duración del estudio 10 meses (fase de selección, 3 meses; talleres, 6 meses; fase de análisis de los datos)

Técnicas de análisis: Se utilizará una base de datos (tipo SPSS), para analizarlos. Se determinará la media y la desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas, con un intervalo de confianza del 95%. Se hará una comparación de los datos antes y después de la intervención, comparando medias para muestras repetidas y usando el test de McNemar para comparar los porcentajes de las muestras repetidas.

LIMITACIONES: que otras variables expliquen la mejoría en la calidad de vida del paciente o la disminución del dolor; que la percepción o comunicación de la intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes

con la intervención, contamine los resultados; que la variable principal (dolor crónico) que se mide presente oscilaciones a lo largo del tiempo.

APLICABILIDAD

Se pretende analizar si, tras la intervención con talleres de relajación y autocontrol en pacientes con dolor crónico, en la U.G.C. de Moguer, tendría beneficios tanto en la disminución de síntomas como en la de su calidad de vida

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

1. LEY DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE: Ley 41/2002, 14 noviembre. 2. LEY ORGÁNICA 15/1999, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, y LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD. 3. LEY GENERAL DE SANIDAD 1986, artículo 10 (establece derecho a información y consentimiento). 4. El Real Decreto 63/1995, 20 enero. 5. CÓDIGO DEONTOLÓGICO aprobado en Asamblea de la OMC 25 septiembre 1999.

165/189. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FRACTURAS DE CADERA EN PACIENTES QUE TOMAN OMEPRAZOL

AUTORES:

(1) Valdellós Cabello, J.; (2) Montañez Perles, M.; (3) Almagro Miras, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Antequera. Málaga; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.; (3) Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Mollina. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento de la prescripción de Inhibidores de la bomba de protones, y un “abuso” de los mismos por parte de la población general. Hay graves efectos secundarios asociados al uso prolongado de los mismos como la neumonía, aumento del riesgo de fracturas, déficit de hierro..., poco conocidos por la población.

OBJETIVOS

Generales:

- Determinar la prevalencia de fractura de cadera en pacientes que toman Omeprazol con respecto a los que no lo toman.

Específicos:

- Conocer el porcentaje de pacientes diagnosticados de fractura de cadera en el Hospital de Antequera.
- Conocer otros factores que puedan ayudar a producir fractura de cadera.

DISEÑO

- Estudio Observacional de Casos y Controles.

- Muestra: Pacientes mayores de 65 años pertenecientes al Área Sanitaria Norte de Málaga que hayan sufrido una fractura de cadera en los últimos 5 años.

- Tamaño muestral: $n = Z_{\alpha/2} \cdot p \cdot q / d^2$ Obteniendo la prevalencia de la OR; $OR = P1 \cdot (1 - P2) / P2 \cdot (1 - P1)$

Prevalencia = $1,338 = 1,34 \cdot 0,95 \rightarrow 1,96$ Precisión = 10% de la prevalencia $n = 1,96 \cdot 0,013 \cdot (1 - 0,013) / (0,013) \cdot (0,013) = 291$ pacientes
 - Tipo de muestreo: Aleatorio Simple.

EMPLAZAMIENTO

Hospital Comarcal de Antequera. Hospital de referencia para todos los municipios incluidos en el Área Sanitaria Norte de Málaga.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de estudio:

- Criterios de inclusión: Pacientes de 65 años incluidos en base de datos de Diraya 2014, pertenecientes al Área Sanitaria Norte de Málaga.
- Criterios de exclusión: Alergia al fármaco, no toma continuada, portadores de prótesis de cadera.

Variables dependientes:

- Fractura de cadera: según la Clasificación Anatómica: a. Intracapsulares: cabeza femoral, subcapitales, transcervicales, basicervicales. b. Extracapsulares: intertrocanterias, subtrocantéreas.

Variables Independientes:

- Toma de Omeprazol 40 mg, edad, sexo, tabaquismo, alcoholismo, toma de corticoides.

Recogida y análisis de datos: se contacta con el Servicio de Traumatología para la presentación del proyecto. Una vez conseguidos los permisos correspondientes, accedemos a las Historias Clínicas y obtenemos los datos de los pacientes

Nuestra muestra corresponde a 291 pacientes; el tiempo total será de 291×10 minutos (48,5 horas). Cada uno de los investigadores empleará 16,16 horas al mes.

Posteriormente realizamos un modelo de regresión logística mediante análisis bivariante en el que relacionaremos nuestra variable dependiente (fractura de cadera) con las variables independientes.

Limitaciones:

La validez interna del estudio puede verse afectado por:
 - Sesgo de selección: Para minimizar el efecto de las pérdidas, habría que incrementar el tamaño de la muestra.

- Sesgo de confusión: Se pueden controlar mediante análisis multivariante de las variables independientes, y su relación con las dependientes.

APLICABILIDAD

Actualmente existen pocos estudios que se centren en este tema,

Si consiguiéramos un uso racional de este medicamento, evitaríamos efectos indeseables del fármaco, e incluso una disminución en los costes sanitarios.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio ha sido presentado al Comité Ético de Investigación de Málaga.

De acuerdo con la Ley de Protección de Datos de carácter Personal (Ley 15/1999) solo los investigadores del equipo, tendrán acceso a los datos de los pacientes. Compromiso de seguimiento de los principales códigos éticos (Declaración de Helsinki en su V. Fortaleza 2013 y Normas de BPC).

165/209. INTERVENCIÓN COGNITIVO-COMPOR-TAMENTAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

AUTORES:

(1) Atienza Martín, F.; (2) Revuelta Pérez, F.; (3) Rodríguez Franco, L.; (4) Losada Ruiz, M.; (5) Rodríguez Fernández, L.; (6) Marín Andrés, G.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. UGC Virgen de África (DSAP Sevilla).; (2) Profesor Titular. Universidad de Huelva. Huelva; (3) Profesor Titular. Universidad de Sevilla. Sevilla; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva; (5) Psicóloga. Huelva; (6) Directora Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un trastorno con una prevalencia entre un 2% y 5% de la población, entre otros síntomas, se caracteriza por dolor generalizado, afectando mayoritariamente a mujeres. El conjunto de síntomas que pueden concurrir conllevan repercusiones importantes a nivel personal, laboral y social. Hasta la fecha se desconoce su etiología y representa todo un problema de salud pública por cuanto no existe un tratamiento curativo o que controle eficazmente el dolor.

OBJETIVOS

La finalidad de este proyecto es contribuir al conocimiento del paciente con fibromialgia, obtener perfiles y verificar la eficacia de una intervención psicológica de carácter cognitivo-comportamental.

DISEÑO

El proyecto se organiza en dos estudios con un total de cuatro fases:

- 1) Selección de pacientes, instrucciones y entrenamiento a los evaluadores.
- 2) Evaluación.
- 3) Desarrollo del programa de intervención con 11 sesiones. Evaluación post-intervención.
- 4) Seguimientos cada seis meses.

EMPLAZAMIENTO

UGC Adoratrices (Huelva), UGC Virgen de África (Sevilla) y UGC Cisneo Alto (Sevilla).

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa está destinado a pacientes con fibromialgia de los diferentes centros de salud, diagnosticados por el servicio de reumatología o de rehabilitación. En las sesiones se contemplarán los siguientes aspectos: 1) normas generales e introducción al tratamiento y a lo que se persigue; 2) la relajación; 3) las emociones en la fibromialgia; 4) actividades diarias y dolor, así como deterioro intelectual; 5) trastornos asociados a la fibromialgia, caso del insomnio y las disfunciones sexuales; 6) técnicas de resolución de problemas y su aplicación; 7) pensamientos negativos; 8) la focalización de la atención y las quejas en el mantenimiento del malestar; 9) las recaídas; y 10) revisión global del programa y retest de las pruebas.

Mediciones:

Datos sociodemográficos y personales.

Criterios diagnósticos de la fibromialgia.
 Datos sobre el dolor.
 Estado general de salud.
 Impacto de la fibromialgia.
 Nivel de aceptación de la enfermedad.
 Creencias legas acerca de la fibromialgia.
 Afrontamiento del dolor crónico.
 Autoevaluaciones sobre salud y estrés.
 Adherencia terapéutica.
 Técnicas de análisis:
 Los datos serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS efectuando tanto análisis bivariados como multivariantes, con excepción de los análisis de contenido de las preguntas abiertas.
 Limitaciones:

Entre las posibles limitaciones podrían estar las derivadas de la selección muestral, referidas a la aceptación o no a participar en este proyecto.

APLICABILIDAD

Las contribuciones científico-técnicas que se persiguen con el presente proyecto intenta mejorar y extender el conocimiento sobre el fenómeno estudiado, especialmente de cara a la consecución de un programa de intervención en pacientes con fibromialgia que les ayude a normalizar su vida.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Principios éticos para las investigaciones médicas (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POSTER

165/5. MANEJO DE LA TOMA CERVICOVAGINAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Leiva Cepas, F.; (1) Romero Rodríguez, E.; (2) Lozano Zurita, S.; (3) Ruz Caracuel, I.; (4) Fernández García, J.; (5) Périola de Torres., L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (2) Colaboradora del Departamento de Ciencias Morfológicas. UD de Histología. Universidad de Córdoba. Córdoba.; (3) Colaborador Honoario del Departamento de Ciencias Morfológicas. UD de Histología. Universidad de Córdoba. Córdoba; (4) FEA de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (5) Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino es un problema relevante en salud pública con implicaciones trascendentes en la salud de la mujer, es una causa relativa de mortalidad y morbilidad. La identificación precoz es de gran importancia, ya que es curable en estadios primarios. La prueba más comúnmente usada en el cribado del cáncer de cuello uterino es la Citología Cérvico Uterina Convencional (CCUC), desarrollada por George Papanicolaou en la década de 1930; su implementación ha traído una disminución en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad. A pesar de esto, los resultados no son los esperados, y se han diseñado diferentes métodos para la clasificación de sus resultados para así mejorar su rendimiento. El rendimiento de la CCUC en el cribado de cáncer de cuello uterino ha sido evaluado en otros lugares del mundo, estas valoraciones han sido ampliamente discutidas, debido a que presentan una gran variación en los resultados con sensibilidad de 9,8 % y especificidad de 2%, al parecer por formas de evaluación, algunas de las cuales emplean tipos

de muestreo y análisis no recomendados, es por tanto que existe controversia entre los resultados y en las evaluaciones.

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que presentan los médicos y enfermeras de atención primaria (AP) hacia la implementación de actividades preventivas así como evaluar el verdadero papel de esta técnica de cribado en la población real.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo, transversal.

EMPLAZAMIENTO

Centros de Salud del SNS, radicados en la provincia de Córdoba

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes: médicos y enfermeras de AP. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir en el estudio a 130 profesionales. Se invitarán a participar a todos los socios de la SEMERGEN y a los profesionales de una muestra aleatoria de centros de salud de la provincia. Una vez establecida su intención de participar, cumplimentarán una encuesta on-line. Se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p < 0,05$).

APLICABILIDAD

Los resultados de este estudio nos servirán para conocer mejor los conocimientos, la actitud y el grado en que los profesionales de AP abordan la toma cervico-vaginal; así como implementar y/o sugerir a las autoridades sanitarias y organismos implicados planes de actuación que intenten aumentar el conocimiento en esta técnica de cribado y su utilización en AP.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El protocolo será remitido al Comité de Ética de Investigación de Córdoba. Se solicitará consentimiento informado a los participantes así como el tratamiento de los datos de carácter personal según la LOPDCP.

165/116. CAIDAS Y MAYORES DE 80 AÑOS: CA '80(C)**AUTORES:**

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Fernández Ortega, S.; (3) Bellanco Esteban, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. U.G.C. "La Laguna". SAS Cádiz.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. "La Laguna". SAS Cádiz.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. "La Laguna". SAS Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

Las Caídas, constituye un Síndrome Geriátrico, así tanto sus factores de riesgo interno, externos y por sus complicaciones, son de reconocida importancia. El análisis del riesgo de caídas es un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del problema por medio de una valoración geriátrica. El test de Tinetti fue validado para predecir el riesgo de caídas, sin embargo, en la práctica clínica se utiliza el Timed get Up & Go (TUG) por su mejor coste-eficiencia, ya que el tiempo empleado es menor y no necesita de ningún aparato clínico, y además, existe una alta correlación entre ambos, aunque no encontramos consenso en la actualidad sobre el punto de corte del TUG en segundos, y sobre la sensibilidad de la prueba.

OBJETIVOS

El objetivo principal es identificar y analizar las caídas que se producen en los mayores de 80 años, teniendo en cuenta que el TUG es una prueba sensible y específica para detectar el riesgo de caídas. Como objetivos secundarios, se plantea la correlación con la autonomía y definición del tiempo promedio del TUG, así como su correlación según grupo terapéutico que esté tomando el paciente mayor. Correlación entre niveles de Vitamina D, TUG y caídas

DISEÑO

Descriptivo transversal de una cohorte de >80 años en seguimiento desde 2009, que se les realiza TUG y valoración geriátrica.

EMPLAZAMIENTO

Zona Básica de salud de "la Laguna" en Cádiz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte de >80 años de la ZBS "La Laguna", que viven solos, y que continúan viviendo en la misma, se les realiza TUG, valoración geriátrica: Lobo, Barthel, Lawton Brody, si ha tenido episodio de caídas, TUG, nº de fármacos que toma, y cuales, según grupo terapéutico, y nivel de Vitamina D

APLICABILIDAD

El TUG es una prueba específica y sensible, de utilidad en Atención Primaria por su coste-efectividad.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Con autorización de la Dirección del Centro de Salud, y preservando la Ley de Protección de Datos.

165/133. PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN ATENCIÓN PRIMARIA RURAL.**AUTORES:**

(1) Del Pino Valverde, P.; (2) Bolaños González, Á.; (3) García Buendía, A.; (3) Romero Mendoza, A.; (4) Paniagua Urbano, D.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Humilladero. Málaga; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

El uso de antiulcerosos ha experimentado un importante crecimiento. Además, se ha producido una modificación sustancial en el perfil de uso, disminuyendo el empleo de grupos como los Anti-H2 e incrementándose la utilización en el grupo de los IBP, siendo el omeprazol el fármaco que más ha contribuido a dicho aumento. Aunque existen indicaciones bien definidas para su uso, no siempre se tienen en cuenta a la hora de prescribirlos.

La efectividad y la eficiencia del uso generalizado de los IBP en pacientes menores de 60 años, sin las patologías previas para la prevención de úlcera gastrointestinal por AINE, pese a ser una práctica bastante habitual en nuestro medio, no tiene fundamento científico a la luz de las evidencias actuales.

Con este estudio pretendemos evaluar si se realiza una correcta prescripción de IBP como prevención primaria de diferentes problemas gastrointestinales en nuestra Zona Básica de Salud (ZBS).

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es determinar si la prescripción de IBP para la prevención primaria de efectos adversos gastrointestinales se hace de acuerdo a las recomendaciones clínicas vigentes. Los objetivos específicos son: cuantificar el número de prescripciones de IBP realizadas en receta digital como prevención primaria en los pacientes de nuestra ZBS; calcular el ahorro que supondría la retirada de los IBP en aquellos pacientes en los que no están indicados según las guías de práctica clínica.

DISEÑO

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. Se incluirán todos aquellos sujetos que pertenecen a la ZBS, con edades comprendidas entre 18 y 60 años a los cuales se les ha prescrito un IBP en receta digital en el periodo incluido entre Enero y Diciembre de 2012.

EMPLAZAMIENTO

El estudio se llevará a cabo en los cuatro Centros de Salud adscritos a la ZBS de ámbito rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, adscritos a los Centros de Salud de la Zona Básica.

La población total de la zona es de 13.924 habitantes, con una actividad asistencial aproximada de 91.320 consultas de medicina de familia en los centros en el 2010.

La muestra la forman varones y mujeres adscritos al Sistema Nacional de Salud pertenecientes a la ZBS entre 18-60 años, que en el periodo del estudio tuviesen prescrito en receta digital un IBP como prevención primaria; con un tamaño muestral calculado de 443 pacientes, con una confianza del 95%. Se usará técnica de muestreo probabilístico aleatorio sistemático.

Los criterios de exclusión son pacientes con diagnóstico previo, incluido en la hoja de problemas de la historia clínica del programa Diraya, de: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y/o Úlcera péptica; Paciente con tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*; Paciente que tenga prescrito y activo, en la historia clínica digital, más de un IBP.

Las limitaciones se encuentran en distintos sesgos que pueden cometerse como sesgo de no respuesta, al no estar registrados los datos en el programa Diraya.

APLICABILIDAD

Los IBP no están exentos de efectos adversos e interacciones, que en algunos casos pueden ser graves. Los resultados de este estudio nos permitirán adecuar las indicaciones para las cuales se usan los IBP, modificando aquellas que no se adecuen a lo establecido en las diferentes guías y así reducir las posibles complicaciones por su ingesta. Por otro lado adecuarnos a las indicaciones podría suponer un ahorro en el gasto y nos permitiría mejor coste-eficiencia en nuestra zona.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se ha solicitado permiso para la consulta de historias clínicas digitales del programa Diraya, al responsable de investigación de nuestra área sanitaria.

165/183. BENEFICIOS DE LA TOMA DE ALTRAMUCES EN EL CONTROL DE LA DIABETES

AUTORES:

(1) Geara Joyed, P.; (2) Morales Gil, L.; (1) Navarro Agüera, J.; (3) Japón Cabello, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Algotocin. Málaga; (2) Enfermera. Centro de Salud Algotocin. Málaga.; (3) Fisioterapeuta. UPACE Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad se preocupa cada vez más de adquirir actitudes saludables que puedan ayudar a mejorar la vida y, eventualmente, controlar la enfermedad. La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio en cuya evolución tiene una importante relevancia el ejercicio físico y la dieta. El conocimiento popular nos aporta muchas recetas naturales que afirman aportar beneficios sobre

diferentes patologías, una de ellas implica la toma de altramuces para la ayuda en el control de la diabetes.

OBJETIVOS

El propósito de esta investigación es valorar si existe una relación beneficiosa entre el consumo diario de altramuces en ayunas y el mejor control de la enfermedad de la diabetes basándonos en parámetros cuantificables.

DISEÑO

Ensayo clínico prospectivo con seguimiento trimestral durante un año.

EMPLAZAMIENTO

El estudio se realizara en los consultorios médicos de las poblaciones de Gaucín y Benarrabá, pertenecientes al centro de salud de Algotocin.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se iniciará con una muestra de diez pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que no hayan variado su tratamiento en los seis meses previos al inicio del estudio. Durante la entrevista clínica se procederá a la explicación del procedimiento y firma del consentimiento informado. Una vez incluidos en el estudio se obtendrá una recogida de datos biométricos, toma de constantes y una analítica con hemograma, glucemia en ayunas, HbA1C, función hepática y perfil lipídico. A continuación se iniciará la toma de tres altramuces secos en ayunas con periodicidad diaria. Las variables biométricas y analíticas controlaran periódicamente durante el primer año, así como el grado de adherencia y cumplimiento, incorporándose a la hoja de recogida de datos.

Los resultados se analizarán mediante el programa estadístico SPSS. Sesgos: por no aleatorización, por abandono y por reducida muestra.

APLICABILIDAD

De apreciar resultados positivos tras esta intervención, se valorara ampliar el estudio a mas centros para asi poder evaluar el grado de rigor estadístico de los resultados. Si se confirma la mejoría en el control de la enfermedad, dispondremos de una alternativa natural que sumar al tratamiento de la diabetes.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio se ajustará a los principios de la declaración de Helsinki, será evaluado por el comité de Ética e Investigación Científica y se solicitará permiso al equipo directivo de nuestro centro. Se contempla la normativa para la investigación biométrica y el derecho a la confidencialidad (Ley 15/1999), utilizando un archivo anónimo, con datos personales custodiado por los investigadores.

CASOS CLÍNICOS

CASOS CLÍNICOS ORALES

165/11. FARINGITIS EN PACIENTE INMIGRANTE

AUTORES:

Romero Rodríguez, E.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años procedente de Ecuador que acude a Urgencias por cuadro de 23 horas de evolución consistente en dolores musculares generalizados, astenia, sudoración profusa, prurito intenso y coluria. Desde hace dos semanas presentaba cuadro catarral con odinofagia, fiebre, malestar general y tos con expectoración, tratada por su MAP como faringitis. AP: Anemia sin filiar en su país. Dolores óseos generalizados y fiebre con frecuencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ictericia conjuntival, adenopatías laterocervicales, faringe hiperemica sin exudados y abdomen doloroso a la palpación, sin defensa voluntaria.

HEMOGRAMA: Hb 8,2 hematocrito 28,3 plaquetas 517.000 leucos 14000 neutrofilos 85%

BIOQUIMICA; Bilirrubina 2.5 ast, alt, enzimas colestasis con valores dentro de la normalidad.

Combustión test: negativos.

Rx de tórax: derrame pleural bilateral.

Rx de abdomen: sin hallazgos patológicos

JUICIO CLÍNICO

Tras realizar INTERCONSULTA A MEDICINA INTERNA, que indica realizar frotis y hemocultivos, se decide ingreso en su Servicio.

FROTIS: Anisocitos. Hematíes falciformes y cuerpos de Howell-Jolly,

Hemocultivos: negativos.

TAC ABDOMINAL: múltiples infartos esplénicos, hepatomegalia y derrame pleural bilateral.

SEROLOGIAS: Parvovirus b19, leishmania, plasmodium, legionella, cmv, veb, vcz negativas.

Electroforesis: HB S 66 HB A 34 HB A2 2%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ANEMIAS:

-MICROCITICA

-NORMOCITICA

-MACROCITICA

COMENTARIO FINAL

Tras completar estudio se llega al diagnóstico final de:

ANEMIA DREPANOCITICA

BIBLIOGRAFÍA

Cantalejo MA. Protocolo de anemia de células falciformes o drepanocitosis (Drep- 2002-SEHP).

Disponible en <http://www.svnp.es/Documentos/protodrepanocitosis.htm>

Harris KB and members of the Sickle Cell Advisory Committee of the Genetic network of New York, Puerto Rico and the Virgin Islands. Guidelines for the treatment of people with sickle cell disease 2002.

165/15. HTA ACELERADA CON DATOS DE MALIGNIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

Rojo Iniesta, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Antecedentes personales: Fumador y bebedor moderado. No tratamiento habitual. Intervenido quirúrgicamente de fractura de tobillo izquierdo.

Anamnesis: Varón de 47 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal en mesogastrio de 3 días de evolución que se irradia de forma difusa por el resto del abdomen. Náuseas sin vómitos. Hábito intestinal conservado. No disminución de la diuresis, aunque más clara y espumosa. No otra sintomatología asociada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Tensión arterial 240/170 (En segunda toma 190/120). Buen estado general. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, doloroso de forma difusa a la palpación profunda. No signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: G 152, urea 153, Cr 7.3, sodio 124, potasio 2.8, LDH 757, resto normal. Orina: Proteínas 500 y hematíes 150. ECG: Taquicardia sinusal, eje izquierdo, signos de sobrecarga de ventrículo izquierdo. Rx tórax y abdomen normales. Ecografía de abdomen: Riñones con situación, tamaño y grosor compatibles con nefropatía. Doppler renal: A nivel intrarrenal flujos arteriales muy escasos, compatible con déficit de perfusión. Resto normal. Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo con hipertrofia moderada-severa y contractibilidad conservada (FE 70%), resto normal.

JUICIO CLÍNICO

HTA acelerada con datos de malignidad. Insuficiencia renal avanzada con cambios arteriolares compatibles con HTA de larga evolución.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dissección arteria renal.

COMENTARIO FINAL

El paciente fue ingresado en planta de Nefrología, donde permaneció asintomático y con buenas diuresis. La tensión arterial fue rápidamente bien controlada con fármacos antihipertensivos. Presentó deterioro funcional renal alcanzando cifras de creatinina máximas de 10.7.

Es importante desde el punto de vista del Médico de Familia el control periódico de tensión arterial de nuestros pacientes, ya que se trata de una enfermedad silente que puede tardar años en dar la cara. Una vez diagnosticados se debe incidir en los hábitos de vida saludables y el abandono del tabaco y el alcohol, mantener los controles de tensión arterial y modificar los fármacos antihipertensivos si es necesario para evitar la progresión de la enfermedad renal en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

Sevillano AM, Cabrera J, Gutiérrez E, Morales E, Mérida E, Huerta A, et al. Malignant hypertension: a type of IgA nephropathy manifestation with poor prognosis. *Nefrologia*. 2015; 35(1): 42-9.

Manual para Residentes de 1er año en el Área de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

Guía de actuación clínica en Riesgo Vascular en distrito Málaga

Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. 2ª edición.

165/20. VASCULITIS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGOCARDIOVASCULARES**AUTORES:**

Hinojosa Fuentes, F.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molinodela Vega. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 45 años de edad, que acude a nuestras consultas de atención primaria por frialdad y parestias en porciones distales de ambos miembros superiores, que han ido aumentando en los últimos años y apareciendo con mas frecuencia en periodos de estres

Presenta como antecedentes personales trabaja en una pescadería, es fumadora de 15 cigarrillos al día, DM tipo 2 con buen control glucémico (ultima glicada de 6.9), HTA bien controlada en tratamiento con losartan/hidroclorotiazida e hipotiroidismo primario en tratamiento con levotiroxina 75 mcg

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la primera consulta apreciamos cambios de coloración en pulpejos digitales asi como leves signos de esclerodactilia en forma de engrosamiento cutáneo Se realiza maniobra de Allen con compresión de arterias cubital y radial siendo positivo el resultado de la prueba asi como la de estimulación con frio local, la cual acentua el cambio de coloración distal.

Se solicita analítica completa con perfil de anticuerpos anticentromero y scl 70, FR y ANA para descartar

enfermedad arterial periferica y realizar diagnostico diferencial de las mismas.

Al sospechar Raynaud se aconseja a la paciente el abandono absoluto del tabaco y se prescribe hidrocortisona tópica y un ACA nifedipino que favorezca la circulación sanguínea.

JUICIO CLÍNICO

En las sucesivas visitas la paciente muestra signos de úlceras en pulpejos de los dedos, con aspecto cianótico y episodios de dolor que se agudizan en el descanso nocturno; la analítica demuestra un perfil dislipémico y los anticentromero y scl70 positivos, por lo que se decide pautar un antiagregante, un hipolipemiente, pauta corticoidea descendente en episodios de dolor, antibiótico tópico, curas locales y remitirla via urgencias a las consultas rapidas de Medicina Interna para confirmar estudio de tromboangeitis obliterante. En este servicio se amplio el estudio solicitando proteínas C y S, antitrombina III, anticuerpos antifosfolipidos, factor V de Leyden, así como una rx de MMSS para descartar calcinosis, y una eco doppler de los cuatro miembros para valorar vascularización

El paciente es devuelto a la consulta añadiéndose al tratamiento Cilostazol 100 mg un comprimido cada doce horas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

sífilis artritis reumatoide, estado de hipercoagulabilidad y síndrome antifosfolípido

COMENTARIO FINAL

En los pacientes fumadores severos con otros factores de riesgo vasculares es importante valorar la presencia de enfermedad arterial periférica; simples exámenes como la maniobra de Allen o la comparación de pulsos radiales y pedios, nos puedan orientar hacia un diagnostico precoz.

En este tipo de enfermedades, es muy importante el control de los FRCV, competencia clave de atención primaria, lo cual refuerza nuestra labor asistencial en la profesión sanitaria

BIBLIOGRAFÍA

- M Cid Xutglá, J.A.Bosch Gil: Enfermedad de Buerger o tromboangitis obliterante. "Medicina Interna" XIII Ed. Farreras-Rozman. pag. 657 – 1116

- Buerger L. Thromboangiitis obliterans: a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. *Am J Med Soc*. 1908;136:557-80

165/24. "CUIDADO" CON EL DOLOR CENTROTÓRACICO TÍPICO**AUTORES:**

Gómez Sánchez, L.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Modulo Puente Mayorga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 59 años con factores de riesgo cardiovasculares (DM tipo 2, HTA, dislipemia) con tratamiento pautado de metformina, enalapril y simvastatina que

presenta dolor centrotorácico irradiado a escápula y garganta de 18-24h de evolución que empeora con el esfuerzo y mejora con reposo. Se acompaña de náusea y diaforesis. Durante la madrugada sufre vómitos en posos de café y un cuadro diarreico melánico. Alergia a la penicilina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Hemodinámicamente estable con tensiones de 120/60 mmHg y frecuencia cardiaca 98 lpm. Presenta regular estado general, eupneica y afebril. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Signo de Murphy y Blumberg negativos. No soplo abdominal. Miembros inferiores sin hallazgos. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 100 lpm, QRS estrecho, inversión de onda T en cara anterolateral y aplanamiento en cara septal. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos de interés. Resultado analítico con síndrome anémico agudo y curva de enzimas cardíacas negativa. Endoscopia digestiva alta con resultado de Úlcus antral Forrest 2C y Úlcus bulbar Forrest 2B, ambas de un centímetro de profundidad y sin sangrado activo.

JUICIO CLÍNICO

Hemorragia digestiva alta asociada a angor hemodinámico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causas musculoesqueléticas: costochondritis, enfermedades reumáticas y sistémicas no reumáticas. Cardiovasculares: síndromes coronarios y aórticos agudo, pericarditis, vasoespasmo coronario, síndrome X coronario. Pulmonares: embolia, neumonía, derrame pleural, neumotorax. Gastrointestinales: Úlcus, ERGE, esofagitis, rotura esofágica, cuerpos extraños. Estados hiperadrenérgicos (cocaína y metanfetaminas). Dolor referido

COMENTARIO FINAL

Puede ser difícil distinguir entre dolor torácico debido a isquemia miocárdica y las causas gastrointestinales, por ello es necesario realizar una buena anamnesis. La historia clínica y exploración física nos orientará a su etiología. Hay que descartar toda aquella patología que inminentemente amenace la vida del paciente incluyendo el síndrome coronario agudo, la disección aórtica, neumotórax a tensión, embolia pulmonar, ruptura esofágica, y dolor referido de una úlcera péptica. La úlcera péptica y perforación puede ser la causa de dolor que hace referencia en el tórax, debemos de tenerla presente en el diagnóstico diferencial antes de pautar el tratamiento urgente.

BIBLIOGRAFÍA

James L Meisel, MD; Daniel Cottrell, MD. Differential diagnosis of chest pain in adults. Uptodate Febrero 2015. Alpert JS. "Doctor, I think that I might be having a heart attack". Am J Med 2015; 128:103. Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. Swiss Med Wkly 2008; 138:340.

165/31. DOLOR COSTAL Y TOS DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

López Coto, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

-Mujer de 56 años acude a urgencias por tos seca de 1 año de evolución, sin hemoptisis. Dificultad para la inspiración profunda. No fiebre.

-Hace 15 días comienza con dolor en ambas parrillas costales, predominando la izquierda, que su médico de familia trata con analgésicos sin respuesta.

-Realizan Rx de tórax de su Centro de Salud y al verla la derivan al Hospital de forma urgente.

ANTECEDENTES PERSONALES:

-RAM: no refiere.

-Niega FRCV.

-No fumadora ni bebedora.

-Rinitis.

-Apendicectomía.

-Tratamiento domiciliario: Ebastina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-BEG, COC, BHYP, normocoloreada, eupneica en reposo, tolera decúbito.

-Constantes: TA 138/82, FC 94, SatO2 97% sin aporte de O2, afebril.

-AC: tonos rítmicos, sin soplos.

-AR: BMV, sin ruidos patológicos.

-Abdomen: anodino.

-MMII: no edemas ni signos de tvp, pulsos pedios conservados y simétricos

-BQ: LDH 751, glucosa, iones y perfil renal normal.

-HG: 12360 leucocitos con 8000 neutrófilos, Hb 13,6, plaquetas 239000.

-Coagulación normal.

-GSA: Ph 7,52, pO2 75, pCO2 31, bicarbonato 25. alcalosis respiratoria.

-RX TÓRAX AP Y L: infiltrado micronodular en ambos hemitorax y masa en lóbulo superior derecho con patrón alveolar.

JUICIO CLÍNICO

Sospecha TBC miliar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-TBC miliar.

-Metástasis por siembra hematogena de un carcinoma.

-Infección fúngica pulmonar.

-Microlitiasis alveolar.

COMENTARIO FINAL

Se ingresa en neumología con aislamiento respiratorio y se completa estudio con las siguientes pruebas:

-Baciloscopia en esputo: Bacilo de Koch Negativo.

-Fibrobroncoscopia: signos indirectos de neoplasia a nivel de segmento posterior de LSD.

-TAC de tórax y abdomen: masa en LSD, diseminación hematogena micronodular en ambos campos

pulmonares, adenopatías hiliares derechas y subcarinales, derrame pleural mínimo, metástasis óseas líticas múltiples en cabeza humeral izquierda, esternón, varios cuerpos vertebrales, ambas palas ilíacas, ambas ramas pubianas y cabeza femoral izquierda.

-Espirometría: Normal.

-Biopsia : Adenocarcinoma de origen pulmonar.

Tras la recopilación de todos los resultados de las pruebas complementarias hechas en planta de neumología se llega al DIAGNÓSTICO DEFINITIVO de :ADENOARCINOMA PULMONAR.

ESTADIO IV . METÁSTASIS PULMONARES DE PATRÓN MILIAR POR SIEMBRA HEMATÓGENA Y MÚLTIPLES METÁSTASIS ÓSEAS LÍTICAS.

CONCLUSIÓN:

Debemos tener en cuenta que pueden existir NEOPLASIAS de presentación RADIOLÓGICA ATÍPICAS que SIMULEN otras patologías BENIGNAS.

BIBLIOGRAFÍA

Reina Zoilo JJ., Jiménez Gallego P. , Rodríguez Jiménez A et al. Cáncer de pulmón. Tratamientos quimioterápico y radioterápico[internet] Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. 2ª Edición. Andalucía. [2014;citado el 20 de febrero de 2015] disponible en <http://www.neumosur.net/files/EB04-51%20Ca%20QT-RT.pdf>

Antón Santos J.M., Pascual Guardia S. Ruiz Mateos B. et al. Manual de Neumología y Cirugía torácica. 5ª edición. España: Marbán; 2012.

AECC: Asociación española de la lucha contra el cáncer [Internet]. Madrid. [31/10/2014; citado el 20/02/2015]. www.aecc.es. Dponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdepulmon/Paginas/cancerdepulmon.aspx>

165/36. EXOFTALMO UNILATERAL E HIPERTIROIDISMO DE GRAVES BASEDOW EN VARÓN JOVEN

AUTORES:

(1) Benitez Lafuente, A.; (2) Macias Delgado, T.; (3) Domínguez Mora, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Cortegana. Huelva; (3) Médico de Familia. Centro de Salud El Campillo. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 24 años de edad, sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta por presentar molestias en el ojo derecho de 2 días de evolución a nivel del párpado superior, sin fiebre ni otra sintomatología. Se deriva para valoración por oftalmólogo diagnosticándose de conjuntivitis e inicia tratamiento con colirio antibiótico y antiinflamatorio corticoideo. Consulta nuevamente a los 15 días por no presentar mejoría, y aparición de proptosis en ojo derecho no presente con anterioridad, sin pérdida de visión ni diplopía. No otra sintomatología

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Objetiva: Buen estado general, Afebril. Carótidas normales. No bocio. Pupilas isocóricas y normoreactivas, buena movilidad ocular. Se deriva a oftalmólogo de urgencias: Exploración oftalmológica: no alteraciones de los movimientos oculares externos ni visión doble en las 9 posiciones de la mirada. Biomicroscopia: sin apenas conjuntivitis. Córnea transparente. Sin hallazgos inflamatorios en polo anterior. Fondo de ojo: sin alteraciones. Se realiza RMN de órbita y senos: discreta sinusitis etmoidal y maxilar, con cambios inflamatorios/edema de musculatura de oblicuo superior de órbita derecha y signos de celulitis preseptal, con exoftalmo ipsilateral. Se deriva a otorrinolaringología que valora al paciente y realiza rinoscopia anterior con desviación septal hacia fosa nasal derecha con mucosidad espesa. Se diagnostica de celulitis preseptal derecha y se ingresa con tratamiento con corticoides intravenosos a dosis altas y antibioterapia intravenosa. Posteriormente se realiza TAC de senos paranasales; no alteraciones óseas en las paredes orbitarias sin signos inflamatorios de los senos paranasales con mínimo engrosamiento del suelo de la mucosa del seno maxilar izquierdo y ocupación parcial de celdillas etmoidales. Afectación del músculo oblicuo superior sin afectación de otros músculos extraoculares, grasa retroorbitaria ni del nervio óptico. Analítica: normalidad de todos los parámetros a excepción de TSH que estaba suprimida con valores (0,03ng/dl); con hormonas tiroideas periféricas T3:3,64 pg/dl y T4:1,57 ng/dl; normales, y anticuerpos antirreceptor de TSH elevado: 2,24 ng/dl. Se inicia tratamiento antitiroideo con tiamazol 5 mg cada 24 horas y se continúa en seguimiento por endocrinología y oftalmología.

JUICIO CLÍNICO

Oftalmopatía de Graves Basedow. Hipertiroidismo subclínico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la presencia de exoftalmo uni o bilateral debemos de considerar como posibles causas masa orbitaria, sinusitis, celulitis preseptal, oftalmopatía, fistula carotido cavernosa y pseudoxoftalmo y miopía magna anisométrica. El diagnóstico etiológico del exoftalmo lo llevaremos a cabo mediante la historia clínica, exploración física y oftalmológica, estudio analítico con perfil tiroideo y PCR.y lo completaremos con la realización de pruebas de imagen. El método diagnóstico por imagen de elección es la TAC, que además de mostrar los hallazgos característicos de oftalmopatía como son exoftalmos, engrosamiento del vientre muscular, compresión del nervio óptico a nivel del vértice orbitario por músculos engrosados que originan la neuropatía, excluye la presencia de tumor en la órbita y aporta información para elegir el tratamiento apropiado ya sea médico o quirúrgico. La RMN no presenta ventajas importantes frente a la TAC en el diagnóstico de oftalmopatía tiroidea, aunque si discrimina entre edema y fibrosis como causa de la misma.

COMENTARIO FINAL

La enfermedad de Graves Basedow constituye la causa más frecuente de hipertiroidismo, el 60-70% de todas las tirotoxicosis. Es más frecuente en mujeres en una relación 5,5: 1 y en la 3ª-4ª décadas de la vida. De causa autoinmune, produce elevación de los anticuerpos contra el receptor de TSH en suero. La enfermedad tiroidea autoinmune presenta la oftalmopatía como una manifestación común, siendo el edema periorbitario, la retracción palpebral, el exoftalmos y las alteraciones visuales signos y síntomas frecuentes, así como dolor ocular o periocular, lagrimeo, fotofobia, visión borrosa, diplopia, o percepción cromática alterada. La oftalmopatía tiroidea es clínicamente relevante en solo un 30-50% de los pacientes, en los que suele ser leve y bilateral. De un 25 a un 50% de los pacientes, manifiestan engrosamiento del espacio retrobulbar debido al depósito de glicosaminoglicanos (GAG) o a la restricción de la motilidad extraocular, que se atribuye a un engrosamiento inicial y posterior fibrosis. Llevar un curso independiente, una evolución imprevisible y una duración indeterminada. Los anticuerpos antitiroideos son innecesarios seguimiento de la oftalmopatía, que se hacen mediante la exploración clínica y una prueba de imagen orbitaria preferiblemente TAC de órbita.

BIBLIOGRAFÍA

R. V. Fernández-Hermida, S. Pinar, N. Muruzábal. Manifestaciones clínicas de la oftalmopatía tiroidea. Anales Sis San Navarra v.31 supl.3 Pamplona 2008. Servicio de Oftalmología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. Álvarez Castro, Paula; Isidro San Juan, M^aLuisa; Cordido Carballido, Fernando. Guía clínica de Hipertiroidismo de fisterra. Seoane cruz, ines; Penin Alvarez, Manuel; Rodriguez Ferro, Fátima; Luna Cano, Reyes. Exoftalmo unilateral e hipotiroidismo. Vol 59. Num 03. Marzo 2012. Endocrino y nutrición. Elsevier.

165/38. HIPERTERMIA, ESTUPOR Y CONVULSIÓN

AUTORES:

Caballero Morgado, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud de Cartaya, Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés, bebedor ocasional, que es traído a Urgencias Extrahospitalarias tras episodio de malestar general, calambres musculares, mareos y posterior síncope. En consulta se encuentra estuporoso y con temblores generalizados, teniendo episodios de movimientos tónico-clónicos. El compañero refiere que se encontraban trabajando en el campo a pleno sol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general, sequedad de mucosas. Auscultación cardiopulmonar: taquicárdico, sin soplos, buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen anodino. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, Glasgow 11, mioclonías de miembros.

Tensión arterial: 85/55. Pulso: 137 lpm. Glucemia: 139 mg/dl. Temperatura: 40.2°C.

En hospital:

Creatinina 1.22 mg/dl, CK 2380 U/L. PCR 0.2 mg/L

TAC CRANEAL: Sin hallazgos.

JUICIO CLÍNICO

Golpe de Calor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Convulsión. Meningitis. Delirium Tremens.

COMENTARIO FINAL

El Golpe de Calor en una verdadera emergencia médica. Las medidas físicas con frío para disminuir la temperatura es la base del tratamiento.

En caso de convulsión debe tratarse con benzodiacepinas (ejemplo: Valium 10 mg iv)

BIBLIOGRAFÍA

1.- N. Piñeiro Sande, J.L. Martínez Melgar, E. Alemparte Pardavila*, J.C. Rodríguez García. Emergencias 2004;16:116-125.

2.- Curley J, Irwin S. Disorders of temperatura control. Part II: Hyperthermia. Irwin and Rippe's. Intensive Care Medicine fifth edition 2003;66:762-77

3.- Gauss H, Meyer KA. Heat Stroke: a report of 158 cases from Cook County Hospital, Chicago. Am J Med 1917;154:554

165/39. DISNEA EN PACIENTE PORTADOR DE NEUMONIA COMPLICADA CON VARICELA.

AUTORES:

(1) González Sánchez, H.; (1) Paulo Gregorio, V.; (2) Navarro Macias, F.; (3) Adell Vázquez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva; (3) Médico Residente. Hospital Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta : disnea, fiebre de 39°C.

Antecedentes Personales: Consumidor de cocaína inhalada y Cannabis.

Anamnesis: Paciente de 21 años de edad que acude por presentar fiebre de 39°C, tos con expectoración amarillenta y disnea de tres días de evolución coincidiendo con el diagnóstico de varicela. Desde la noche anterior presenta dolor centro torácico no pleurítico que aumenta con los cambios posturales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Piel: lesiones vesículo-costrosas en diferentes estadios características de varicela, diseminadas por todo el cuerpo sobre todo a nivel de cara y tórax. Orofaringe y úvula: afectada por vesículas. AR: buen mv, no ruidos patológicos. AC: ruidos cardíacos rítmicos no soplos. Abdomen: normal.

Pruebas complementarias:

Bioquímica: TnT: normal. Perfil hepático y perfil lipídico : normales . PCR: 2.44.

Gasometría arterial: Hipoxemia sin hipercapnia.

Tóxicos en orina: positivo a tetrahidrocannabinol.

ECG: normal.

Rx tórax: Patrón intersticial reticulonodular bilateral predominante en hemitorax izquierdo

JUICIO CLÍNICO

Neumonía Bilateral en paciente con Varicela.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que realizarlo con infecciones respiratorias altas, neumotorax, insuficiencia cardiaca y otras patologías que produzcan disnea aunque en nuestro paciente el cual tenía un diagnóstico previo de varicela, lo primero que tenemos que sospechar es una neumonía varicelosa lo cual fue corroborado.

COMENTARIO FINAL

La neumonía como complicación de la varicela es un cuadro que siempre hay que tener en cuenta en pacientes adultos pues puede presentarse al inicio con poca sintomatología y si no se diagnostica puede tener graves consecuencias. en nuestro paciente, como suele ocurrir en muchas ocasiones, el patrón radiológico era más alarmante que la propia sintomatología respiratoria que presentaba al momento del ingreso. Todo paciente con neumonía y varicela debe ser vigilado estrechamente al menos las primeras horas si es posible en ámbito hospitalario para evitar complicaciones graves ya que tiene una mortalidad del 10-30% en el adulto sano, que aumenta en el inmunodeprimido y en la embarazada hasta un 40-45%.

Evolución y curso clínico: Fue ingresado en planta de Infecciosos y tratado con Aciclovir IV. Mejoría y desaparición de la fiebre y la disnea siendo dado de alta hospitalaria al séptimo día de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1-Guess HA, Broughton DD, MeltonLJ, Kurland LT. Population-based studiesofvaricellacomplikations. Pediatrics 1986;78:723-7.

2-Davidson RN, Lynn W, Savage P,Wansbrough-Jones MH. Chickenpoxpneumonia: experience with antiviral treatment. Thorax 1988;43:627-30. 3-Hockberger RS, Rothstein RJ. Vari- cella pneumonia in adults a spectrum of disease. Ann Emerg Med 1986;15:931

165/40. ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN NIÑA DE 2 AÑOS DE EDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES:

(1) González Sánchez, H.; (1) Paulo Gregorio, V.; (2) Navarro Macias, F.; (3) Adell Vázquez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3er año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva; (3) Médico Residente. Hospital Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: fiebre elevada y vómitos

Antecedentes patológicos personales: ninguno

Anamnesis. Paciente de 26 meses de edad que fué atendida dos días antes de acudir al Hospital en su CS por presentar fiebre elevada de 39^{ac} y vómitos (6) siendo diagnosticada de otitis media aguda bilateral por lo que se instauró tratamiento con Amoxicilina/clavulánico oral. Es traída a urgencias por persistencia de la fiebre y aparición de diarreas, dolor abdominal difuso, dolor miccional y aumento de secreciones nasales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Examen Físico: BEG. ACR: normal. Otoscopia: OI membrana discretamente hiperhémica. Abdomen: doloroso difusamente a la palpación sin signos claros de irritación peritoneal, discretamente distendido, con defensa muscular voluntaria sobre todo en cuadrantes derechos. Pruebas complementarias: Hb 12.9 Leucocitos:18.14 PMNN 65.1% Linfocitos 25.5%. Rx Abdomen: desplazamiento de asas intestinales a la izquierda.

ECO Abdominal: Hallazgos compatibles con apendicitis aguda.

JUICIO CLÍNICO

Apendicitis aguda.

Tratamiento: Quirúrgico.

Hallazgos quirúrgicos: Apendicitis Aguda Perforada con Peritonitis generalizada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otitis Media, Infecciones respiratorias, Gastroenteritis aguda, Infecciones urinarias, Adenitis mesentérica, entre otras muchas patologías pueden confundirse con el diagnóstico de un abdomen agudo quirúrgico por una apendicitis aguda. ...

COMENTARIO FINAL

La Apendicitis aguda es conocida entre los cirujanos como "la gran simuladora" siendo aún más difícil su diagnóstico en niños menores de 5 años por lo infrecuente de su presentación en este grupo de edad, por lo que es un diagnóstico que siempre hay que tener en cuenta para evitar complicaciones graves que podrían tener un desenlace fatal. La ecografía abdominal es una herramienta diagnóstica de gran ayuda que puede propiciar un tratamiento adecuado temprano y evitar complicaciones graves como la que tuvo nuestra paciente, la cual evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta hospitalaria a los 10 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for preventing postoperative infection after appendectomy (Cochrane Review).The Cochrane Library, 4, 2004. Oxford. 2. Coleman C, Thompson JE, Bennion RS, Schmit PJ. White blood cell countis a poor predictor of severity of disease in the diagnosis of appendicitis.Am Surg 1998; 64(10): 983-5. 3. Garcia Peña B, Cook E, Mandl K. Selective imaging strategies for the diagnosis of appendicitis in children. Pediatrics 2004;113: 24-28. 4. García Peña

B, Mandl K, Kraus SJ, Fisher A, Fleisher G, Lund D, Tay-lor GA. Ultrasonography and limited computed tomography in the diagnosis and management of appendicitis in children. JAMA 1999; 282:1041

165/42. TAQUICARDIA VENTRICULAR EN DOMICILIO

AUTORES:

(1) Ruiz Medina, A.; (2) Flaquer Antúnez, M.; (3) Herrera Moreno, C.; (4) Cantón Cuadrado, N.; (5) Agrela Torres, S.; (6) Villalba Baena, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (2) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de El Palo. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad. Málaga; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 76 años acude al servicio de Urgencias traído por una unidad de dispositivo de críticos de atención primaria (AP) del que formaba parte un médico residente de familia de 1º año, por cuadro de palpitaciones y mal estado general. Mientras veía la televisión empezó a notar nerviosismo con palpitaciones. No síncope, no dolor torácico ni disnea. En electrocardiograma (ECG) realizado en domicilio taquicardia de QRS ancho a unos 160 latidos por minuto (lpm), estable hemodinámicamente. Se traslada a hospital.

Antecedentes: Independiente para las actividades básicas. Trombosis venosa profunda (TVP) poplítea derecha con tromboembolismo pulmonar (portador de filtro en cava y anticoagulación oral). Insuficiencia renal crónica. Episodio isquémico cerebral sin secuelas. Hipertrofia benigna próstata. SCASEST: lesión de tercio medio de arteria descendente anterior (stent) y TV. Fibrilación auricular (FA) paroxística. No alergias medicamentosas.

Durante la exploración en box de críticos se deteriora hemodinámicamente y se realiza cardioversión con choque sincronizado a 200 J con lo que revierte a sinusal a 45 lpm. Ingresa en UCI, se realiza coronariografía: no nuevas lesiones. Tras estabilización ingresa en planta de Cardiología. Se realiza RMN cardíaca para valorar posible zona cicatricial arritmogénica con resultado de masa cardíaca. En biopsia: leiomioma cardíaco. Estudio de extensión negativo. Se interviene quirúrgicamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión arterial: 119/70 Frecuencia cardíaca: 160 lpm Saturación oxígeno basal: 98% Auscultación: Rítmico y taquicárdico sin soplos ni ruidos. Mínimos crepitantes bibasales. Abdomen blando, depresible no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Miembros

inferiores: No edemas ni signos de TVP. Pulsos pedis palpables y simétricos. ECG: taquicardia de QRS ancho monomorfa a 160 lpm Analítica: Hemoglobina 14,1, plaquetas 159000, leucocitos 8000, neutrófilos 4820, INR: 2,5, Glucosa 124, Urea: 50, Creatinina: 1,21 Filtrado glomerular 57, sodio 134, potasio 5,22, cloro 103, Troponina I 0,02, pH: 7,33, pCO2 43. Radiografía tórax portátil: Silueta cardíaca aumentada. Pinzamiento ambos senos costofrénicos. No condensación, no masas.

JUICIO CLÍNICO

Taquicardia Ventricular. (TV) Masa miocárdica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TV por cicatriz arritmogénica en miocardio por isquemia previa

TV por nuevo evento isquémico

Alteraciones iónicas

FA aberrada

Masa miocárdica

COMENTARIO FINAL

Importancia de la AP en detección precoz de arritmias graves en domicilio

Primera sospecha diagnóstica por antecedentes: TV por nuevo evento isquémico.

BIBLIOGRAFÍA

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005

Baz Alonso JA, Castro Verdes MB, Bilbao Quesada R, Blanco Gonzalez E, Bravo Amaro M, Calvo Iglesias F et al. Manual de Cardiología para residentes. 1ª ed. Madrid: ERGÓN SA; 2014

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gomez Cuervo C, Lagarde Sebastián M, Maestro Calle G, Perez-Jacoiste Asín MAB et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre 7ª ed. Madrid: EGRAF SA; 2012

Aguilar Florit J, Blanco Bravo A, Caldevilla Bernardo D, Canete Palomo ML, Crespo Ruperez E, Cuadra García-Tenorio F et al. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital de Toledo. 3ª de Toledo: Edicomplet; 2010

165/44. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EMERGENCIA HIPERTENSIVA

AUTORES:

Calvo Sabio, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años de edad que acude a urgencias de centro de salud por presentar desde hace 4 días cefalea intensa holocraneal con predominio frontal de aparición brusca, impidiéndole conciliar el sueño así como la actividad diaria habitual. Durante la anamnesis y exploración presenta varios episodios eméticos y cifras tensionales 220/110 mmHg. En

días anteriores había acudido en varias ocasiones a urgencias por mismo motivo habiendo sido tratado como crisis hipertensiva, remitiéndose a su MAP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antecedentes Personales: no alergias, hipertensión arterial de reciente diagnóstico, artrosis de cadera, bebedor excesivo regular hasta 2.009, hemorragia subaracnoidea espontánea en agosto 1.989, necrosis aséptica cabeza fémur 2.004.

Exploración Física: regular estado general, normohidratado y profundo, consciente, orientado y colaborador, eupneico, afebril.

- Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni extratonos

- Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos

- Abdomen: blando, depresible, sin megalias, Blumber y Murphy negativos, sin signos de peritonismo, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

- Miembros inferiores: pulsos simétricos conservados, sin signos de trombosis venosa profunda.

- Exploración neurológica:

o Tono postural y marcha normal

o Consciente y alerta

o Ausencia de signos meníngeos.

o Pares craneales normales

o Pupilas isocóricas con reflejo fotomotor normal

o Coordinación motora normal

o Fuerza y tono muscular normales

o Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa conservada

o Reflejos osteotendinosos y musculares normales

o Ausencia de reflejos patológicos

o Ausencia edema de papila

- Pruebas Complementarias: electrocardiograma (normal)

Tras mala evolución y siendo diagnosticado de emergencia hipertensiva, se decide derivar al paciente a urgencias Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva donde se le realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- EKG, bioquímica, hemograma, coagulación, radiografía tórax posteroanterior y lateral, TAC craneal

o Electrocardiograma: normal

o Radiografía de tórax: normal

o Bioquímica y hemograma normales

o TAC Craneal: material hemático en espacio subaracnoideo (probablemente secundario a hipertensión endocraneal)

o Angio-TC de polígono de Willis: aneurisma de 11mm en el límite entre los segmentos cavernoso y clinoideo de la arteria carótida interna derecha.

- Tratamiento pautado:

o Paracetamol, diazepam 10mg, captopril 50mg

o Posteriormente metazolol 2gr iv, y furosemida 1 ampolla/20mg intravenoso

o Se solicita TAC craneal y trasladó a observación camas.

- Evolución: tratamiento endovascular de aneurisma intracraneal.

JUICIO CLÍNICO

Emergencia hipertensiva

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

o Emergencia Hipertensiva

o Hemorragia Subaracnoidea

COMENTARIO FINAL

1.- Ante el diagnóstico de inicial de HTA se debe hacer una exploración y anamnesis completa.

2.- Cefalea más cifras tensionales elevadas de forma persistente, sospechar patología grave aguda

BIBLIOGRAFÍA

Jimenez Murillo L., Medicina de Urgencias y Emergencias 4ª edición

165/50. DEBILIDAD Y ENROJECIMIENTO FACIAL, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN EDAD ADULTA

AUTORES:

Romero Rodríguez, E.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años de edad sin AP de interés, que acude a consulta por primera vez por una dermatosis diseminada a cabeza y extremidades superiores e inferiores. Dicha dermatosis es predominante en frente y mejillas y extremidades, afectando especialmente a dorso de ambas manos y muslos, es bilateral y simétrica. Al interrogatorio la paciente refirió que hace 1 año inició con "irritación de piel" en cara y debilidad general y desde entonces ha ido empeorando.

Además al examen físico, tono y fuerza de músculos proximales, 3 de 5. ACR: tonos rítmicos, sin soplos audibles. MVC. Exploración neurológica normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita analítica que incluye factor reumatoide, velocidad de sedimentación, PCR, ast, alt, CPK y Rx de torax, manos y miembros inferiores, siendo normales, y se deriva a Reumatología.

Allí, se completó estudio serológico (incluyendo AC lúpicos que dieron negativos) y se realizó estudio histopatológico con el diagnóstico presuntivo de dermatomiositis, se realizó por medio de biopsia de piel y músculo el cual fue compatible. Biopsia de piel biopsia de músculo Se realizó además pruebas de laboratorio, determinando una CPK= 10,690 UI/L, DHL = 4,049UI/L (normal = 30- 135), TGO = 764UI/L (normal = 10-46), TGP = 345UI/L (normal = 11-66); el resto de laboratorios son normales.

JUICIO CLÍNICO

Se inicia tratamiento con inmunosupresores y cloroquinas en las siguientes dosis: prednisona 40 mg/día, azatioprina 100 mg/día en dos tomas, ibuprofeno 400 mg en dos tomas, con una evolución favorable.

JC: DERMATOMIOSITIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debilidad: Rabdomiolisis, dermatomiositis,

Enrojecimiento facial: rosácea, dermatitis seborreica, lupus sistémico, dermatitis de contacto.

COMENTARIO FINAL

La dermatomiositis es una enfermedad sistémica de origen desconocido cuyas principales manifestaciones son debilidad muscular y alteraciones cutáneas. El pico de incidencia es en la quinta y sexta décadas de la vida. El diagnóstico sospechado clínicamente se confirma con las enzimas musculares séricas, la electromiografía y la biopsia muscular. La mayoría de los pacientes responden a los corticosteroides. Su clínica inespecífica puede pasar desapercibida en Atención Primaria, sino se realiza una anamnesis y exploración completa.

BIBLIOGRAFÍA

Londoño AM. Dermatomiositis. Piel 2005; 6: 174-182.
Kovacs S, Kovacs SC. Dermatomyositis. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 899-920.
Sontheimer RD, Costner MI. Dermatomyositis. Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Arsten K, Goldsmith L, Katz S, et al, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. Mc GrawHill, 2003; p.1694-1707.

165/53. PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS.

AUTORES:

(1) Bolaños González, Á.; (2) Romero Mendoza, A.; (2) García Buendía, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria Norte de Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Alameda. ZBS de Molina. Antequera. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 18 años que presenta, desde hace tres días, dolor abdominal tipo cólico y vómitos de contenido alimenticio. Niega diarrea o fiebre. La madre refiere que en las últimas semanas ha perdido peso. Se inicia tratamiento dietético y se cursa analítica de sangre y de orina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, sequedad de mucosas. Normocoloreado. Boca séptica

Auscultación cardio-respiratoria: rítmica sin soplos. Murmullo conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación a nivel periumbilical. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo presente.

Analítica sanguínea: hemograma: Hb 18.4 gr/dl, VCM 88, leucocitos 21000 (PMN 90%), plaquetas 299000. Hemostasia normal. Bioquímica: glucosa 579, creatinina 1.75, sodio y potasio normales.

Analítica de orina: proteinuria 70 mg/dl, glucosa 1000 mg/dl, cuerpos cetónicos 150 mg/dl. Sedimento normal. Ante la sospecha de una cetoacidosis diabética se deriva al paciente a urgencias del hospital de referencia para continuar estudio e iniciar tratamiento.

En urgencias se cursa:

□ Gasometría venosa: pH 7.03, pCO₂ 22.9 mmHg, bicarbonato 5.8, lactato 36

□ Radiografías de tórax y abdomen donde no se observan alteraciones significativas

□ ECG: taquicardia sinusal a 117 lpm. BIRDHH

Se inició tratamiento corrector con reposición hídrica y perfusión de insulina intravenosa (dosis de 0,1 UI/kg/h), con controles de glucemia capilar horarios. Tras 48 horas se corrigieron los niveles de glucemia permitiendo el paso a insulina subcutánea.

El paciente ingresó en la planta de Medicina Interna hasta estabilización clínica total. Al alta, se le instruyó sobre los autoanálisis y el tratamiento a seguir con pautas de insulina subcutánea.

JUICIO CLÍNICO

Cetoacidosis diabética. Debut de Diabetes tipo 1.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un paciente joven con dolor abdominal y vómitos hay que pensar en:

* Apendicitis aguda (dolor de carácter continuo y progresivo, de intensidad moderada, localizado inicialmente en epigastrio y región periumbilical y, posteriormente, en la fosa iliaca derecha. Se acompaña de anorexia, náuseas o vómitos y febrícula)

* Cetoacidosis diabética (dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas o vómitos, respiración de kussmaul, deshidratación y fétor cetónico)

* Gastroenteritis aguda (náuseas y vómitos, acompañados de dolor periumbilical de carácter cólico, con intervalos silentes. Puede acompañarse de fiebre alta con escalofríos)

COMENTARIO FINAL

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda de la diabetes, consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina, pudiendo ser la forma de comienzo de la enfermedad (en España ocurre en un 25-40% de los casos, siendo más frecuente en menores de 5 años).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: polidipsia, poliuria, pérdida de peso, vómitos y dolor abdominal y deshidratación. A veces estos síntomas pueden pasar desapercibidos, incluso ser malinterpretados, lo que ocasiona un retraso en su diagnóstico pudiendo aumentar las complicaciones y la mortalidad (0,15-0,3%, principalmente por edema cerebral) La reducción de la incidencia de la cetoacidosis diabética debe ser uno de los objetivos del tratamiento de niños y adolescentes con diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors.

Harrison's principles of internal medicine. Vol 2. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

Gómez Gila AL, González Casado I, Barrio Castellanos R, García Cuartero B, Hermoso López F, López García MJ, et al. Tratamiento de la cetoacidosis diabética. Pauta de actuación; Grupo de trabajo de diabetes; Sociedad Española de endocrinología pediátrica; 2000.

165/64. CORAZÓN DE MANZANA EN ENEMA OPACO POR CÁNCER DE COLON EN PACIENTE CON ANEMIA

AUTORES:

(1) Benitez Lafuente, A.; (2) Martín Brioso, E.; (3) Parreño Mantero, J.; (4) Ramblado Minero, M.; (5) Macias Delgado, T.; (6) Domínguez Mora, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (4) Médico de Familia. UGC Condado. Huelva.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva; (6) Médico de Familia. Centro de Salud del Campillo. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 63 años, con antecedentes personales de asma bronquial, síndrome del túnel del carpo, síndrome de Sudeck, artrodesis astrágalo escafoidea, espondiloartrosis lumbar, síndrome Muller-Weis en pie derecho, Gens por sinusitis maxilar izquierda e histerectomía, que tras una analítica rutinaria de control, presenta anemia microcítica hipocrómica, con bioquímica con leve hipercolesterolemia y resto de parámetros bioquímicos rigurosamente normal incluidas hormonas tiroideas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Objetiva: Buen estado general. ACP: tonos rítmicos. BMV. Exploración abdominal: blando, no distendido con dolor a la palpación de hipocondrio derecho y flanco derecho. Hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas y sedimento urinario: hemoglobina: 7.8 mg/ dl, VCM: 60.7 y HCM: 16.8y VSG: 35, bioquímica con leve hipercolesterolemia con hormonas tiroideas e iones dentro de los valores de normalidad. Estudio de sangre oculta en heces (SOH); que resulta positivo para las 3 muestras. Se inicia tratamiento con hierro oral y se deriva al servicio de digestivo. Colonoscopia: neoplasia infiltrativa en ángulo hepático de la que se toma biopsia con resultados anatomopatológicos de adenocarcinoma de colon bien diferenciado apreciándose bordes irregulares y abrupta (imagen en corazón de manzana) de 6 cm de longitud en relación con neoplasia de colon, No se aprecian lesiones sincrónicas con válvula ileocecal competente. Enema opaco (imagen adjunta: imagen de estenosis circunferencial. TAC de abdomen con contraste: tumor de 3cm en válvula ileocecal con estenosis de 5 cm. RMN de abdomen: neoplasia colonica en colon ascendente y 2 lesiones focales en lóbulo hepático derecho de muy pequeño tamaño para seguimiento sin posibilidad de caracterizar las mismas. PET- TAC; distribución discretamente irregular del trazado del trazador del parénquima hepático, sin acúmulos focales. A los 15 días de ser diagnosticada, presentó un cuadro de dolor

abdominal agudo compatible con episodio suboclusivo y se intervino practicandose hemicolectomía derecha por vía laparoscópica.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma bien diferenciado de colon derecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las manifestaciones clínicas del adenocarcinoma de colon van desde síndrome general, metástasis, bacteriemia por *S. bovis*, fiebre de origen desconocido, síndromes paraneoplásicos, a las específicas que son características de cada localización; colon proximal: síntomas de anemia (astenia, fatiga, cansancio, palpitaciones, angor); colon distal: síntomas de estenosis como obstrucción intestinal, alternancia de diarrea y estreñimiento dolor abdominal colico; neoplasias colorectales: tenesmo, rectorragia, hematoquecia, disminución del tamaño de las heces.

Ante todo paciente adulto que presente una anemia ferropénica de causa no explicada obliga a realizar un estudio del tracto digestivo inferior.

COMENTARIO FINAL

El cáncer colorectal (CCR) es la primera causa de cáncer en el mundo, constituyendo la 2ª causa de cáncer más frecuente en las mujeres y la 3ª en los hombres a nivel mundial.

La mayoría de las neoplasias colonicas afectan al colon izquierdo y son del tipo adenocarcinoma, aunque en los últimos años hay un aumento de las neoplasias de colon derecho.

La influencia genética en el cáncer colorectal es de un 20%, de tal forma que la afectación por carcinoma colorectal de un familiar de primer grado aumenta el riesgo del mismo por dos y si es antes de los 60 años, aumenta el riesgo por cuatro.

Los factores de riesgo del CCR son entre otros; edad, raza, sexo, enfermedad inflamatoria intestinal, acromegalia, resistencia a la insulina, dieta, alcohol, obesidad, ureterosigmoidoscopia y tabaco.

El tratamiento de elección del cáncer colorectal es el quirúrgico en para los estadios clínicos (I-III), optándose por la vía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Calvo, Olvido; Charlín Pato, Granada; Lamelo Alfonsín, Fernando. Guía clínica del cáncer de colon. Fisterra.com. Ahnen Dennis J, Macrae Finlay A, Bendel Johanna. Clinical presentation, diagnosis and staging of colorectal cancer. UptoDate.

165/70. LA SOLUCIÓN ESTÁ EN LA ROPA... LA ATENCIÓN EN EL HÁBITO DEL PACIENTE.

AUTORES:

(1) Leiva Cepas, F.; (1) Romero Rodríguez, E.; (2) López-López, I.; (3) Maderia Martins, J.; (4) Cuevas Cruces, J.; (5) López Moreno, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (2) Médicos Residente de 2º año de medicina Familiar y Comunitaria. UGC de

Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fuensanta. Córdoba.; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Fuensanta. Córdoba; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Aeropuerto. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 74 años de edad. Vive solo. Sin antecedentes personales y patológicos de interés. Avisan al Centro de Salud por un síncope en domicilio, encontrándose el paciente caído en la acera de su casa. A la llegada el paciente presenta disminución del nivel de conciencia (GS 7/15), sudoroso y con una mancha rosa en su camiseta y alrededor de su boca mezclada con la saliva. Se traslada al paciente a Urgencias, mejora el nivel de conciencia, pero está poco reactivo. A la llegada a Urgencias el paciente convulsiona ¿Primera vez?

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración sólo se objetiva sudoración, aceptable nivel de conciencia, actitud postcrítica pero sin focalidad neurológica. Resto normal. ECG, Rx de tórax, TAC de cráneo: sin hallazgos valorables.

El paciente se ingresa en el área de Observación para valoración del nivel de conciencia e instauración de tratamiento si procede.

JUICIO CLÍNICO

Primera crisis comicial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial ha de realizarse con procesos que afecten al SNC (ictus, hipoglucemia, síncope, síndrome extrapiramidal, discinesia aguda, ingesta medicamentosa, síndrome conversivo). Los procesos metabólicos también pueden afectar a esta esfera especialmente en el caso de la hiperpotasemia, hiponatremia e hipercalcemia.

COMENTARIO FINAL

Se revisó el tratamiento del paciente, al cual se le prescribió metamizol; con la ayuda de su familiar se intenta indagar en la vivienda varios blíster vacíos. Se monitorizó al paciente ante el hallazgo. La ingesta masiva de metamizol puede generar alteraciones vasculares (hipotensión, más frecuente de forma parenteral), afectación renal (están descritas NTI) y afectación sanguínea (aplasia medular), principalmente. Pero ¿qué eran las manchas rosas del paciente? Las cápsulas rojas de metamizol en contacto con una solución acuosa se degradan a un color más pálido gracias a la eritrosina de la cápsula.

BIBLIOGRAFÍA

- Laporte JR. Reacciones adversas a medicamentos y farmacovigilancia. Med Clin Barc 1989; 92: 536-8
-Agencia Española del Medicamento. Ficha técnica Nolotil® . 2012.

165/95. PLEUROPERICARDITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

AUTORES:

(1) Ruiz Sánchez, G.; (1) Arjona Jiménez, J.; (2) García Martín, P.; (3) Trujillo Díaz, N.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 16 años con alergia a zinnat, intolerancia a amoxicilina, intolerancia a la lactosa, apendicectomizada y cólicos nefríticos de repetición, que acude a Urgencias por presentar desde hacía 3 meses episodios de disnea con ejercicio moderado y dolor centrotorácico, sin cortejo vegetativo, ni irradiación, ni síncope. Duerme con 2 almohadas y tuvo febrícula acompañada de tos seca.

En su primera visita, tras ECG normal, hemograma y coagulación normales y PCR 10,9, se descarta patología cardíaca y se tomó como una patología respiratoria. Tuvo que acudir en 3 ocasiones más hasta que se diagnostica de pericarditis por cambios radiológicos por aumento de la silueta cardíaca y objetivándose derrame pleuro-pericárdico, ingresando en planta de MI. La paciente tras el alta acude hasta en 9 ocasiones más a Urgencias requiriendo ingreso en planta de MI hasta en 3 ocasiones más posteriormente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG, COC, auscultación pulmonar normal, a la auscultación cardíaca se aprecia corazón rítico sin soplos con roce pericárdico audible, sin signos de taponamiento, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, RHA conservados. Miembros sin hallazgos patológicos.

Hemograma con Hb de 10 con ligera neutrofilia. VSG 75, PCR 109, ANA negativo, proteinograma inespecífico, IgM de mycoplasma positivo (con posterior seroconversión). Cultivo líquido pericárdico negativo, serología luética negativa, hormonas tiroideas normales, mantoux negativo, auramina en líquido pericárdico negativo.

Radiografía de tórax con cardiomegalia y derrame pleural derecho.

Ecocardiografía: derrame pericárdico importante sin signos de taponamiento.

ECG compatible con pericarditis

JUICIO CLÍNICO

Pleuropericarditis por Mycoplasma Pneumoniae. Pericarditis recurrente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infarto de miocardio, neumotórax, neumonía, disecación aórtica, costocondritis, colecistitis.

COMENTARIO FINAL

Entre un 8 y un 80% (como promedio alrededor de un 24%) de los pacientes con pericarditis aguda presentan recidivas. La mayoría de ellos presenta una sola recidiva, en general dentro de las primeras semanas después del episodio inicial, pero algunos pacientes presentan brotes repetidos durante meses o años.

BIBLIOGRAFÍA

Bernhard Maisch, Petar M. Seferovic, Arsen D. Ristic, Raimund Erbel, Reiner Rienmüller, Yehuda Adler, Witold Z. Tomkowski, Gaetano Thiene, Magdi H. Yacoub. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. Versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2004;57:1090-114.

Jaume Sagristà Sauleda, Gaietà Permanyer Miralda, Jordi Soler Soler. Orientación diagnóstica y manejo de los síndromes pericárdicos agudos. Rev Esp Cardiol. 2005;58:830-41.

165/96. DORSALGIA Y CLÍNICA RESPIRATORIA AGUDA. NO SIEMPRE SE TRATA DE LO MÁS PREVALENTE

AUTORES:

(1) Del Pino Valverde, P.; (2) Roldán Carrégalo, I.; (3) Rodríguez García, C.; (4) Zavala Artacho, L.; (5) Morales Acedo, M.; (6) Paniagua Urbano, D.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mollina. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.; (4) Médico de Familia. SCCU del Hospital de Antequera. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Con antecedentes personales de hiperplasia benigna de próstata y criterios clínicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin factores de riesgo cardiovascular diagnosticados. En tratamiento con Tamsulosina 400µg-Dutasteride 500µg/24h, Omeprazol 20mg/24h. No intervenciones quirúrgicas ni ingresos hospitalarios previos.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo cuadro de fiebre de hasta 38°C con malestar general y tos con escasa expectoración blanquecina de cinco días de evolución; a la exploración destaca buena ventilación, con roncus en ambas bases pulmonares. Se pauta antibioterapia con azitromicina 500mg/24h, corticoterapia en pauta descendente y se solicita radiografía de tórax con imagen compatible con condensación en lóbulo inferior izquierdo (LII), realizándose juicio clínico-radiológico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de LII.

Unos meses más tarde, el paciente vuelve a consultar en atención primaria por nuevo episodio de disnea con autoescucha de sibilantes en decúbito, afebril, con tos predominantemente seca que se ha mantenido desde el episodio de neumonía anterior y que persiste. Refiere episodios de dorsalgia intermitentes,

pero que cada vez son más frecuentes, que sólo empeoran al acostarse en decúbito lateral izquierdo, negando traumatismos previos ni esfuerzos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Ligera taquipnea. ACR: Rítmico sin soplos, aceptable ventilación con roncus y sibilancias en hemitórax derecho.

Pruebas complementarias: Hemograma normal, Velocidad sedimentación globular (VSG): 26mm 1ª hora. Bioquímica: glucosa 92mg/dl, creatinina 0.8mg/dl, iones normales, Proteína C reactiva (PCR): 0.20mg/dl, perfil hepático normal. Radiografía de tórax PA: Índice cardiorácico normal, senos costofrénicos libres, sin imágenes de condensación. Proyección Lateral: aumento de densidad retrocardiaca con bordes definidos que no borra diafragmas de unos 16cm x 14cm, de mayor tamaño que en el primer episodio.

JUICIO CLÍNICO

Masa en mediastino medio-posterior a filiar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una masa mediastínica en región retrocardiaca es preciso realizar un diagnóstico diferencial que incluya patologías de mediastino medio y posterior: Neoplasias neurales (Schwannoma, Ganglioneuroma, tumores neurogénicos, Neurofibroma, Neurosarcoma, Neuroblastoma, Quemodectoma) y no neurales (Linfoma, Metástasis), Patología inflamatoria (Absceso paraespinal, Sarcoidosis, Adenopatías), Quistes gastroentéricos, pericárdicos y broncogénicos, Patología vascular (Aneurisma aórtico), Hernia hiatal, Hernia de Bochdaleck, Hematopoyesis extramedular.

COMENTARIO FINAL

Al paciente se le realizó TC Tórax con hallazgos de masa en mediastino medio y posterior de 14x13cm que contacta con pared costal posterior izquierda y nódulos milimétricos en parénquimas pulmonares y engrosamientos nodulares de las pleuras torácicas y en la actualidad está pendiente de biopsia con aguja gruesa. Marcadores tumorales (β-HCG, alfa fetoproteína y Antígeno carcinoembrionario) normales.

La importancia de este caso radica en la necesidad de continuar la evolución de una NAC y realizar un seguimiento aprovechando la longitudinalidad de atención primaria, debido a que en ocasiones las imágenes de condensación radiológicas no sólo son procesos infecciosos. Las masas mediastínicas en adultos suelen ser asintomáticas, pero pueden presentar signos o síntomas locales relacionados con infección, disnea, tos, o dolores inespecíficos. En nuestro caso, según las guías práctica clínica consultadas, estaría indicada una radiografía de tórax de control, por ser mayor de 50 años, y continuar con síntomas como dorsalgia paravertebral izquierda que no mejoraba con tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela de Ugarte A. Enfermedades del mediastino. En: Rozman C, editor. Farreras Rozman. Medicina Interna. 16ª. Ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 854-57.

2. Caballero Sánchez MM, Cinesi Gómez C. Masas mediastínicas. SEMERGEN. 2003; 29 (11): p. 573-6.
3. López-Tarruella S, Cubo P, Puche JJ, Romero M, Ruiz-Yague M. Masa mediastínica en paciente joven. Rev Clin Esp. 2005; 205 (3): p. 139-40.
4. Lim WS, Baudouin SV, George RC, Hill AT, Jamieson C, Le Jeune I, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax. 2009; 64 (3): p. iii1-55.

165/99. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TOS EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) López Pradas, C.; (2) Pardo Álvarez, J.; (3) Borne Jerez, S.; (4) Albarrán Núñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (2) Médico Familia. UGC El Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años. Ama de casa.

AP: madre con asma bronquial. Padre pluripatológico con demencia

AP: No RAMC. Fumadora social (algunas caladas esporádicas a cigarrillos de su marido.) Polinosis. Estudiada por Servicio de Alergia en 2004 con positividad alto a lollium perennne; positivo moderado olivo. No FRCV. Anemia ferropénica por metrorragias y en tto con Primolut Nor.

IQ: 2 cesáreas. Ligadura de trompas en 2005.

Consultó en Enero de 2014 por tos seca de un mes de evolución. Previamente había consultado por faringitis en relación a patología estacional(catarro vías altas).

Inicialmente realizamos espirometría y Pickfloud por antecedentes de polinosis.

Vuelve a consulta en Febrero y mantiene tos seca por lo que se inicia tratamiento con loratadina y corticoides inhalados sospechando reactividad bronquial por base atopia. Indicamos revisar en 1 mes(Marzo).

No vuelve hasta Julio: mantenía tos con secreción mucosa blanquecina. Se solicita Rx torax y analítica. Se deriva en Agosto a Neumología ampliando estudio con TAC Tórax y abdomen, FB y PET

Se propone para Cirugía Radical en S. Cirugía Tórax del Hospital V. Macarena de Sevilla. Intervenida en Noviembre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Bien perfundida e hidratada, normocoloreada. Orofaringe normal. AC rítmica sin soplos. Cuello no se palpan adenopatías. AP BMV con espiración alargada

Pickfloud(Enero): fenotipo de bronquítico.

Espirometría(Febrero): FEV1/FVC 75 con FEV 89 no aparece respuesta broncodilatadora.

Analítica(Julio):Hb 9,5g/dl, Hcto 30.3%,VCM 71.2,HCM 22.4. Serie blanca y plaquetas normales. Perfil bioquímico normal salvo TG 30mg/dl.

Rx Torax(Julio): aumento de densidad en base derecha que llega hasta pleura aunque sin claro signo extra pleural y borra parcialmente hemidiafragma derecho.

Tac torax y abdomen(Agosto): condensación alveolar que ocupa los segmentos superior, anterobasal, anteromedial basal y lateral basal del LID, respetando los segmentos medial basal y posterobasal que se encuentran alterados. Se aprecia un engrosamiento de las paredes del bronquio del lóbulo inferior, sin observarse la luz aérea de los bronquios de los segmentos afectados. Hallazgos compatibles con bronconeumonía como primera posibilidad.

FB sin anomalías significativas.

Biopsia transbronquial: sugestivo de carcinoma bronquioloalveolar.

PET: Probable estadio metabólico IIB (T3 N0M0)

JUICIO CLÍNICO

CARCINMA BRONQUIOLOALVEOLAR. TNM: T3N0M0. Estadio IIB

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Inicialmente se sospechó como causas de la tos: goteo nasal posterior y/o Asma bronquial por su base alérgica. Otras causas a tener en cuenta durante la evolución del caso:

- Carcinoma broncogénico
- RGE
- Tos psicógena

COMENTARIO FINAL

La tos crónica es un síntoma muy frecuente, representando entre el 10 y el 20% de las consultas de atención primaria. El abordaje sistematizado de este síntoma produce una alta tasa de diagnósticos. Es importante realizar correctamente una buena historia clínica y seguimiento del síntoma, sobre todo una vez pautado tratamiento para ampliar estudio y/o abordaje correcto del mismo.

Carcinoma broncogénico constituye menos de un 2% de los casos de tos crónica.

La mayoría de los casos con tos se deben a neoplasias de origen en las grandes vías aéreas centrales, donde los receptores de la tos son comunes.

BIBLIOGRAFÍA

De Diego Damiá A, Plaza Moral V, Garrigues Gil V, Izquierdo Alonso JL, López Viña A, Mulo Miret J, Pereira Vega A. Tos crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol 2002; 38(5):236-45.

165/101. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS. PREVENCIÓN EN ABORDAJE EN PACIENTES DE ELEVADA COMORBILIDAD.

AUTORES:

(1) Trujillo Díaz, N.; (2) García Martín, P.; (3) Arjona Jiménez, J.; (3) Ruiz Sánchez, G.; (4) Martín Brioso, E.; (5) Trueba Carreón, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO****ÁMBITO DEL CASO**

Atención primaria, Urgencias hospitalarias y atención especializada. Caso multidisciplinar.

MOTIVOS DE CONSULTA

Disnea

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Hipertensión, Diabetes mellitus tipo II diagnosticada hace 10 años insulino-dependiente, obesidad mórbida, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular crónica anticoagulada. Intervenido de histerectomía y doble anexectomía.

Anamnesis: Mujer de 55 años que acude al servicio de Urgencias por disnea intensa y escalofríos. Previamente cuadro de tos y expectoración de 10 días de evolución sin notarse fiebre. Durante su estancia en observación se objetiva fiebre de 38,5 °C, Sat O2 86%, taquiarritmia de entre 165-220

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Obesidad mórbida, regular estado general, taquipneica, tonos taquiarítmicos a más de 150 spm, auscultación respiratoria con abolición del murmullo vesicular en todo hemitórax izquierdo anterior y posterior y roncus sibilantes difusos en hemitórax derecho. Abdomen muy voluminoso con edema de pared, edema de miembros inferiores desde raíz con exudado por erosiones cutáneas e insuficiencia venosa.

Pruebas complementarias: Hemograma con linfopenia. Bioquímica: glucemia 271, proBNP 4766. Gasometría arterial: pH 7,46, pCO2 35, pO2 59, bicarbonato 24, saturación 91%. ECG: FA a 165 spm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia, densidad agua en todo hemitórax izquierdo. Toracocentesis: Se extraen 1500 ml de exudado purulento. Antígeno urinario de neumococo positivo. Legionella negativo. Líquido pleural: pH 6,48, leucocitosis y proteínas totales 3,25 g/dl, LDH 552 mg/dl, glucosa 1 mg/dl.

JUICIO CLÍNICO

Empiema paraneumónico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se inserta tubo de drenaje pleural izquierdo para toracocentesis y es ingresada con tratamiento antibiótico intravenoso.

La paciente es ingresada en planta y durante su estancia hace una parada respiratoria, por lo que ingresa

en UCI, tras estabilización pasa a planta durante unos días, posteriormente la paciente finalmente fallece.

COMENTARIO FINAL

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia del abordaje ante cuadros respiratorios, sobre todo de evolución que no ceden con tratamiento, y ampliar estudio en pacientes con elevada comorbilidad con técnicas de imagen y/o cultivos para descartar neumonías y así evitar complicaciones tales como empiemas paraneumónicos como en este caso.

165/106. LOS JÓVENES SANOS TAMBIÉN CONDENSAN. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**AUTORES:**

(1) Ruiz Ruiz, A.; (2) Rodríguez Ordóñez, M.; (3) Polo Ruiz, M.; (4) Terner Escudero, D.; (5) Reina Martín, M.; (6) Gutiérrez García, Á.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (2) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga; (3) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (4) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga; (5) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga; (6) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente 36a acude a consulta por presentar desde hace 1 semana mucosidad, tos con expectoración blanquecina. Desde hace 2 días sensación distérmica, autoescucha de ruidos respiratorios y disnea de medianos esfuerzos. En tratamiento sintomático no ha mejorado. AP: NAMC, asma estacional, exfumador hace 3 años, niega hábitos tóxicos.

Se deriva a urgencias para RxTórax y analítica, pautando Antibioterapia. Pauto aerosol (Budesonida, salbutamol y B.lpratropio) y Paracetamol 1g v.o.

Permanece 24 horas en observación con antibioterapia y sueroterapia iv y control analítico. Solicitan antigenuria, serología y hemocultivo. Alta tras mejoría y revisión en Neumología a los 10 días con Rx tórax de control y recogida de resultados.

A los 6 días vuelve a consulta con mejoría clínica significativa, sin fiebre. Presenta dolor costal bilateral que se desencadena con cambios posturales e inspiraciones profundas.

Solicito EKG y RxTx de control ambulatoria de manera preferente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración 1º consulta: BEG, TA: 105/65, FC 100lpm, PO298%, Temperatura 38.5º. Consciente, orientado, colaborador. Bien HyP. ACR: Tonos rítmicos sin soplos, MVC con sibilancias teleespiratorias en campo

superior derecho. ABD: Blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. EEII: sin edemas ni signos de TVP.

RxTórax(urgencias): ICT <50 %. Gran infiltrado alveolar con broncograma en LSD compatible con proceso neumónico. No derrame pleural.

Análítica(1º): Hemograma: Hb14.1, Leucocitosis23 200(88 % Neutrófilos), Plaquetas 214 000. Coagulación: Actividad de protombina 64%, 15.6segundos, 1.4ratio. Bioquímica: Glucosa196, Cr0.9, iones normales, LDH331, PCR295 y PCT2.91. Gasometría: normal. Análítica(control): Hemograma: Hb 12.9, Leucocitosis129000(80%N). Coagulación normalizada, Bioquímica normalizada y PCR212.

Exploración 2ºconsulta: BEG, TA: 110/88, FC 63lpm, PO298%, Temperatura36.8º. Consciente, orientado, colaborador. Bien HyP. ACR: Tonos rítmicos sin soplos audibles, MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos, Doloroso a la palpación intercostal, y a los movimiento inspiratorios profundos, sin mejoría con posición genupectoral. ABD: Blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. EEII: sin edemas ni signos de TVP.

EKG: Ritmo sinusal a 85 lpm, sin alteración de la repolarización.

RxTórax(a los 6días): ICT<50 %. No se aprecia infiltrado. No signos de fracturas costales. No derrame pleural. Antigenuria: NEG para Legionella y Streptococcus pneumoniae.

Hemocultivos: NEG para aerobios y anaerobios.

Serología: No Ac para Hbc, HepC, VIH, Coxiella, Mycoplasma, Legionella, No Ag HBs, Ac POS HBs.

JUICIO CLÍNICO

Neumonía Adquirida en la Comunidad(NAC). (FINE 1) Dolor torácico osteomuscular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la 1ºconsulta el Dd es entre infección respiratoria condensante o no.

Con Hemocultivos y antigenuria despistamos agente patógeno concreto y potencialmente grave.

Con la Serología se hace el diferencial con patologías que deterioren el sistema inmune.

En la 2ºconsulta: empeoramiento NAC, pericarditis 2ª, Dolor osteomuscular

COMENTARIO FINAL

Paciente joven y sin patología previa con NAC de gran tamaño. La patología banal aunque más frecuente no debe hacernos olvidar que la clínica manda, y hacer un diferencial con patologías que requieran tratamiento curativo.

BIBLIOGRAFÍA

F. Aguilar Rodriguez et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre.7º. Madrid: MSD; 2013

165/111. ¡SE ME MUEVEN LOS MÚSCULOS!

AUTORES:

(1) Reina Martín, M.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Ternero Escudero, D.; (4) Ruiz Ruiz, A.; (5) Polo Ruiz, M.; (5) Rodríguez Ordóñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (4) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (5) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 37 años sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticado de trastorno específico de la personalidad, exfumador de 15 paquetes/año desde hace 15 años, exconsumidor de cannabis, drogas sintéticas y cocaína que acude a la consulta de atención primaria por contracturas y calambres musculares dolorosos a nivel de ambos miembros inferiores junto con alteraciones del equilibrio y cefaleas holocraneales frecuentes e intensas. Se instara tratamiento con evolución tórpida del cuadro, refiriendo aumento de los espasmos musculares a nivel de miembros inferiores y además, refiere rigidez articular en ambos miembros inferiores y parestesias en miembro inferior izquierdo con sensación de debilidad y pérdida de fuerza que mejora a lo largo del día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado en tiempo y espacio, Temperatura: 36,3ºC. Presión Arterial 123/74 mmHg.

Auscultación cardiopulmonar: Anodina.

Exploración Neurológica: Pupilas isocóricas y normoreactivas. No Nistagmus, no Romberg. No alteración de pares craneales. No disimetrías ni disdiadococinesias. No alteraciones en la marcha. No signos meníngeos.

Abdomen anodino.

Columna Vertebral: Maniobra de Adams positiva (leve escoliosis dorsal), Lassegue y Bragard negativos. Caderas no dolorosas a la movilización activa ni pasiva; movilidad conservada.

Extremidades: Anodino. No edemas. No signos de TVP. No signos inflamatorios.

- Hematimetría, coagulación y bioquímica general sin alteraciones significativas.
- Destaca CPK 425. Sistemático de orina normal.
- TC Craneal: Sin hallazgos radiológicos significativos.
- Radiografía Pelvis y Columna lumbar: Destaca leve escoliosis a nivel dorsal.

JUICIO CLÍNICO

Leve escoliosis con posible compromiso medular por posible pinzamiento vertebral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Artritis infecciosas. Artritis por microcristales. Enfermedades reumatológicas (Artritis reumatoide, LES,

Polimiositis...). Miopatías inflamatorias. Distrofias musculares. Miopatías metabólicas y tóxicas.

COMENTARIO FINAL

Evolución:

Ante la no mejoría de la sintomatología, el aumento progresivo de CPK (último análisis a 998U/l), y los antecedentes de consumo de tóxicos, se interconsulta con Medicina Interna donde se amplía estudio con Serología (sin alteraciones significativas), punción lumbar (líquido LCR normal), RMN (Pequeña protrusión discal C3/C4) y Electromiografía que revela afectación neurológica crónica radiculometamérica preganglionar en territorio L5 bilateral con abundante denervación activa, característica de polineuropatía de 1º motoneurona.

Conclusión:

Este caso tiene como finalidad reflexionar sobre un paciente con diagnóstico psiquiátrico que nos refiere una serie de síntomas inespecíficos que, en principio, no nos hacen pensar en patología importante. Existe la tendencia a prejuiciar al paciente por su motivo de consulta y/o cuando no vemos síntomas o signos de alarma en la consulta. Es por ello que no debemos olvidar que el descarte de causa orgánica es el primer paso y no debemos enturbiar nuestro juicio clínico etiquetando a los pacientes por impresiones subjetivas o externas a pesar de que la patología y el diagnóstico no sean frecuentes en nuestras consultas.

BIBLIOGRAFÍA

Wang LH, Pestronk A. Muscle pain and cramps In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012: chap 26. Brinker MR, O'Connor DP, Almekinders LC, et al. Basic science and injury of muscle, tendon, and ligament. In: DeLee JC, Drez D Jr., Miller MD, eds. DeLee and Drez's Orthopaedic Sports Medicine. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2009: chap 1.

165/112. ME DUELE. DE VERDAD.

AUTORES:

(1) Gutiérrez García, Á.; (2) Ternero Escudero, D.; (3) Reina Martín, M.; (4) Polo Ruiz, M.; (5) Rodríguez Ordóñez, M.; (6) Ruiz Ruiz, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias, Málaga.; (3) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (4) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (5) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.; (6) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 43 años, de profesión ama de casa. La paciente no posee alergias medicamentosas conocidas,

sin factores de riesgo cardiovasculares. Paciente que acude por primera vez a consulta por hinchazón de tobillos junto con dolor articular de larga evolución. Refiere que con esas molestias lleva un par de años, pero que cursan por brotes que le han hecho consultar con su médico de cabecera en varias ocasiones. Su antiguo médico de atención primaria le impuso un tratamiento sintomático con diuréticos y AINEs que no le alivió la sintomatología. Refiere que su anterior médico de cabecera "le hacía más bien poco caso". La paciente refiere que en más de una ocasión, a parte de la inflamación y dolor en los tobillos; el cuadro se había acompañado también de inflamación y dolor en otras articulaciones (principalmente rodilla y muñecas). El dolor se acentúa por las mañanas y mejora a lo largo del día, sobre todo cuando hacía algo de ejercicio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientada en tiempo y espacio, Pulso arterial regular, de 72 lpm. Respiración: 16 pm. Temperatura: 36,8°C, axilar. Presión Arterial 135/85 mm de Hg.

Auscultación cardiopulmonar: Ritmo cardiaco regular, con un soplo sistólico II/VI ya conocido ni extratonos audibles. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos sobreañadido.

Abdomen anodino.

Extremidades: Curvaturas de la columna vertebral normales. Inflamación de los tobillos de forma bilateral, con calor, rubor y dolor a la palpación y movilización. No edemas ni signo de la fovea.

- Hematimetría, coagulación y bioquímica general sin alteraciones significativas.
- PCR: 41. Ac ANA: Positivo. Ac ENA6: Positivo. Ac Anti SSA (Ro): Positivo. Ac Anti SSB (La): Negativo. Resto Ac: Negativos. Proteínograma: Normal.
- Radiografía Tórax, manos y tobillos: Sin hallazgos radiológicos significativos.

JUICIO CLÍNICO

Poliartralgia de características inflamatorias a estudio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Artritis infecciosas (bacterianas o virales). Artritis por microcristales. Enfermedades reumatológicas (Artritis reumatoide, LES, Polimiositis...). Vasculitis. Espondiloartropatías. Hipotiroidismo. Hipertiroidismo.

COMENTARIO FINAL

Evolución:

Se interconsulta con Reumatología quien, a la vista de las pruebas complementarias y la evolución tórpida en el tratamiento con AINES, se diagnostica a la paciente de Artritis reumatoide instaurando tratamiento con Metrotexate. Buena evolución de la paciente en sucesivas consultas en A.P.

Conclusión:

El dolor. La dolama. Los achaques. Términos que son el pan de cada día en la jornada laboral de un médico de atención primaria. Estos síntomas son tan frecuentes como inespecíficos, lo que crea un conflicto

en el médico y su práctica diaria: ¿será reflejo de una enfermedad grave o quizás sea una exageración del paciente? El dolor es subjetivo, cada persona lo percibe de una manera, intensidad y forma distinta. Por ello, nunca se debe despreciar ni una sola palabra de un paciente. Esa palabra puede marcar la diferencia entre un buen diagnóstico diferencial y un error profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Aguillón JC, Cruzat A, Contreras-Levicoy J, Dotte A et al. Emergent therapies for rheumatoid arthritis. Rev Med Chil. 2005 Aug; 133(8):969-76.

Noceda Bermejo JJ, Moret Ten C, Lauzurika Alonso I. Treatment of chronic osteomuscular pain Aten Primaria. 2007 Jan; 39(1):29-33.

165/113. DOCTOR, ¿ES LO QUE PARECE.

AUTORES:

(1) Ternero Escudero, D.; (2) Reina Martín, M.; (3) Gutiérrez García, Á.; (4) Rodríguez Ordóñez, M.; (5) Ruiz Ruiz, A.; (6) Polo Ruiz, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias, Málaga.; (2) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (4) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.; (5) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (6) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años sin alergias medicamentosas que reinicia contacto en nuestro cupo tras volver a domicilio de los padres por separación. Padece rinitis alérgica crónica y nódulos de "Kissing". Alteraciones depresivas desde 1999. Tratamiento habitual con bromazepam 1.5 mg cada 8 horas, escitalopram 20mg cada 24 horas y ebastina 20mg al día.

La paciente presenta una historia de molestias gastrointestinales atípicas con escasa mejoría a tratamiento desde Atención Primaria, con pruebas complementarias normales valorada por el servicio de Digestivo dándose de alta al descartar patología orgánica. Presenta además cefaleas inespecíficas estudiadas por Neurología, descartándose patología. Síndrome ansioso depresivo de larga evolución que se asocia a núcleo familiar disfuncional desde infancia y problemas laborales, en seguimiento por Salud Mental. En su historia se registran múltiples antecedentes de policontusiones que atribuye a que es una persona despistada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente y orientada. Ansiedad. TA: 130/65. FC 75. Saturación O2 basal: 99%.

Auscultación cardiopulmonar: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen anodino.

Exploración neurológica normal.

• Analítica sanguínea normal. Hormonas tiroideas normales. Helicobacter Pylori negativo.

• Radiografía tórax normal.

JUICIO CLÍNICO

Víctima de maltrato. Síndrome ansioso-depresivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dispepsia funcional. Síndrome ansioso – depresivo. Policontusiones. Cefalea tensional.

COMENTARIO FINAL

Evolución:

Tras una correcta entrevista programada, es cuando la paciente reconoce haber sido maltratada física y psicológicamente durante años, y haber engañado a los servicios sanitarios ocultando el verdadero origen de sus contusiones, quedando registrado en su historia y registrado en su hoja de problemas con las siglas VMT (víctima de maltrato).

Sorprende al estudiar su historia, la gran cantidad de "indicadores de maltrato" que presentaba y los numerosos cambios de profesional que abordaban sus visitas médicas.

En la actualidad, tiene una orden de alejamiento y decidió retirar la denuncia por malos tratos que había interpuesto. Mantenemos consultas programadas para seguimiento, así como interconsultas con Salud Mental y el instituto de la Mujer, con una importante mejoría de las somatizaciones, persistiendo el síndrome ansioso-depresivo.

Conclusión:

Estamos ante un problema de reciente actualidad que se esconde bajo múltiples somatizaciones físicas, psíquicas, sexuales, etc., de las cuales no son conscientes o se tiende a ocultar su verdadera causalidad y del que resulta fundamental tener conciencia de su existencia para ser capaces de detectar su presencia en nuestras consultas. En estos casos, la mejor prueba complementaria que podemos realizar, es una correcta y completa entrevista clínica realizada desde un enfoque bio-psico-social, no solo centrándonos en la parte biológica de la Medicina, para realizar un diagnóstico correcto. Una demora en éste puede conllevar la realización de pruebas complementarias innecesarias y unas consecuencias muy graves en la salud y vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Junta de Andalucía. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Comunidad autónoma de Andalucía. Consejería de salud; 2008.

165/114. ¿OTRO JARABE, DOCTOR?

AUTORES:

(1) Gutiérrez García, Á.; (2) Reina Martín, M.; (3) Ruiz Ruiz, A.; (4) Ternero, D.; (5) Rojo Iniesta, M.; (6) Rodríguez Ordóñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga;
 (2) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.;
 (3) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.;
 (4) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias, Málaga.; (5) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 59 años, que no posee alergias medicamentosas conocidas, no posee factores de riesgo cardiovasculares: no sufre HTA, no tiene diabetes mellitus o Dislipemias. Exfumador de hace 4 años de 80 paquetes/año y exbebedor de 4 años de 8 cervezas diarias. Paciente que acude por primera vez a consulta por cuadro de aproximadamente 1 mes y medio de evolución consistente en tos de predominio nocturno sin mucosidad ni expectoración, no fiebre aunque sí autofonia de sibilancias. No otra sintomatología. Debido a la inespecificidad de los síntomas y signos clínicos se le instaura tratamiento sintomático y se cita al paciente para ver evolución. Ante la persistencia de la clínica junto con reagudización del cuadro en forma de astenia y dolor difuso en hemitórax derecho, se cursa en la revisión de manera preferente analítica de sangre y radiografía; donde se evidencia masa a nivel de lóbulo superior derecho (LSD) no presente en pruebas previas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado en tiempo y espacio, Pulso arterial regular, de 90 lpm. Respiración: 19 pm. Temperatura: 37,5°C, axilar. Presión Arterial 145/90 mm de Hg. Auscultación cardiopulmonar: Ritmo cardiaco regular, sin soplo ni extratonos audibles. Murmullo vesicular conservado. Hipofonia en LSD sin crepitantes, sibilancias o roncus.

Abdomen anodino.

Extremidades: No signos de TVP. No edemas ni signo de la fóvea.

Pruebas complementarias:

- Hematimetría sin presencia de linfocitosis o desviación a la izquierda, coagulación y bioquímica general sin alteraciones significativas. PCR 147.

- Radiografía Tórax: No presencia de cardiomegalia. No ocupación de senos costodiafragmáticos. Presencia de masa mal definida en LSD sin impresión de condensación no presente en previas.

JUICIO CLÍNICO

Masa pulmonar en LSD de probable origen neoplásico a estudio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía adquirida en la comunidad. Neumonitis intersticial. Tuberculosis. Granulomas infeccioso. Amiloidosis.

COMENTARIO FINAL

Evolución:

Se deriva a paciente a consulta de Neumología de forma preferente para la valoración de nódulo donde se practicó TC toracoabdominal, PAAF y cepillado bronquial por broncoscopia filiando la masa como carcinoma microcítico pulmonar estadio IV (T4 N2 M1) con presentación a comité oncológico e iniciándose tratamiento quimioterápico.

Conclusión:

La actuación del médico de atención primaria es crucial en este tipo de casos puesto que su pericia al diferenciar la patología banal de la posiblemente significativa puede marcar la diferencia como pasó en este caso. Ante una sintomatología inespecífica y tan prevalente como puede ser la tos o los cuadros de infecciones respiratorias altas, se enmascaraba un cuadro en el que tiempo de diagnóstico corre en contra del pronóstico terapéutico. Es por ello, que no nos debemos acomodar en la patología prevalente y estar siempre alerta para cuadros subclínicos que deban requerir todo nuestro esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar F, Bisbal O, Gomez C et al. Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre. 7ª Ed. Madrid: MSD; 2012.

Bogner J, Gillissen A. Community acquired pneumonia in general practice. MMW Fortschr Med. 2014 Oct 23;156 (18):52-6.

Martín Zurro A, Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Sculier JP, Meert AP, Berghmans T. Updates in oncology. Eur Respir Rev. 2014 Mar 1;23 (131):69-78.

165/115. DOLOR CENTROTÓRACICO EN VARÓN JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**AUTORES:**

(1) Villalba Baena, M.; (2) Ruiz Medina, A.; (2) Cantón Cuadrado, N.; (1) Expósito Molinero, C.; (3) Flaquer Antúnez, M.; (3) Gomez Sabalet, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (2) Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (3) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO****ANTECEDENTES PERSONALES:**

Varón de 24 años.

Sin alergias medicamentosas ni antecedentes quirúrgicos.

En tratamiento con diacepam 5 mg cada 24 horas desde hace 7 días por cuadro de ansiedad por el que consultó en su médico de atención primaria.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre de 60 años con cardiopatía isquémica de reciente diagnóstico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Acude a consulta “no demorable” del centro de salud por dolor centro torácico no irradiado de 24 horas de evolución. Refiere que el dolor empeora con los cambios posturales, no ha presentado cortejo vegetativo asociado, ni mareo ni síncope. En días previos ha presentado Catarro de Vías Altas con febrícula que ha cedido por completo en las últimas 24 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Frecuencia Cardíaca: 90 latidos por minuto. Tensión Arterial: 130/85 mm de hg. Saturación de Oxígeno: 99%. Temperatura: 36.5°C.

Paciente consciente, orientado, colaborador, Bien nutrido y perfundido, con buen estado general, Bien hidratado, eupneico en reposo sin uso de la musculatura accesoria ni tiraje costal, tolerando conversación. Auscultación Cardio-Pulmonar: Ruidos rítmicos sin soplos. Mínimo roce pericárdico.

Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Abdomen y Miembros Inferiores: sin alteraciones ni signos de complicación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Electrocardiograma: Ritmo Sinusal a unos 85 latidos por minuto. Bloqueo de rama derecha, prolongación del intervalo P-R y elevación del segmento ST en las derivaciones V1-V3.

Se deriva a Urgencias de Hospital de referencia donde completan el estudio con:

Análítica sangre: Hemograma con leucocitos: 12831 millones/mm³, neutrófilos absolutos: 7536 millones/mm³, linfocitos absolutos: 5098 millones/mm³. Bioquímica: Glucosa: 78 mg/dl, Creatinina: 0.58 mg/dl, iones sin alteraciones, PCR: 25 UI/L, Troponina I <0.015 ng/ml.

Radiografía de Tórax: No alteraciones de partes blandas ni óseas. Índice Cardiotorácico dentro de límites normales. Campos pulmonares sin masas ni nódulos, no atelectasias ni condensaciones. Senos costofrénicos libres de derrame y/o pinzamiento. Mediastino sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO

Pericarditis tras cuadro respiratorio viral con patrón electrocardiográfico de síndrome de Brugada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dolor torácico secundario a crisis de ansiedad
- Infección respiratoria de vía aérea baja
- Síndrome coronario agudo
- Pericarditis tras cuadro catarral viral
- Dolor de tipo mecánico

COMENTARIO FINAL

Este caso clínico es un ejemplo del diagnóstico casual de un trastorno de la conducción cardiaca (patrón electrocardiográfico de Brugada) gracias a la realización de un simple Electrocardiograma en el centro de salud.

La importancia de su difusión reside en el difícil diagnóstico de este trastorno de la conducción ya que es una alteración bastante infrecuente y que no suele

presentar síntomas (en muchos casos debuta con la muerte súbita del paciente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wylie JV, Garlistki AC. Brugada syndrome. En: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2006. Disponible en http://www.uptodate.com/contents/brugada-syndrome?source=search_result&search=brugada&selectedTitle=1%7E52. Consultado en diciembre 2014.
2. Esteban C, Requena T, Sanjurjo M, Fernández I, Rodríguez C, Maciá MA, et al. Medimecum: guía de terapia farmacológica. 16 ed España: Adis; 2011
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ: Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

165/117. MEJOR PREVENIR QUE CURAR: HISTORIA DE UNA DORSALGIA.

AUTORES:

- (1) Polo Ruiz, M.; (2) Ruiz Ruiz, A.; (3) Rodríguez Ordóñez, M.; (2) Gutiérrez García, Á.; (4) Ternero Escudero, D.; (5) Reina Martín, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga;
- (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga;
- (3) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga;
- (4) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga;
- (5) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes familiares: Sin interés. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora 10 cigarros/día. Independiente para actividades básicas de la vida diaria. No sigue tratamiento domiciliario. Intervenido quirúrgicamente de apendicectomía y cesárea. Motivo de consulta: Mujer de 58 años que acude a consulta de Centro de Salud por dolor en hemitórax derecho resistente a analgesia junto con tos irritativa, de un mes de evolución. Niega síndrome constitucional, disnea, dolor centrotorácico, fiebre, síncope ni otra sintomatología de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estado general: Buen estado general. Consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Presión arterial 135/70 mmHg. Frecuencia cardiaca 80 latidos/minuto. Frecuencia respiratoria 16 respiraciones/minuto. Temperatura axilar 36.7°C. Saturación de oxígeno 97%. Cabeza y cuello: No masas ni adenopatías palpables. No éstasis yugular. Carótidas simétricas sin soplos. Auscultación cardio-pulmonar: Tonos rítmicos sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, no masas, megalias ni dolor a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema Nervioso: No signos meníngeos ni focalidad neurológica. Extremidades: No edemas, signos de trombosis venosa profunda, adenopatías palpables, ni lesiones cutáneas. Análisis de sangre: Hemograma [hemoglobina 12.10 gr/dl, hematocrito 36.7%; leucocitos 7.800/ μ L (neutrófilos 63%); plaquetas 313.000/ μ L]; Coagulación [PTactiv 126.10, PTTAseg 20.90]; Gasometría venosa [pH 7.45, lactato 1.83]; Bioquímica [glucosa 106 mg/dL, creatinina 0.60 mg/dL, urea 28 mg/dL, sodio 130 mEq/L, potasio 3.8 mEq/L, calcio 10.20 md/dL, GOT 21 UI/L, LDH 177 U/L, PCR 0.19, albúmina 3.60 g/dL]. Radiografía de tórax: Masa parahiliar derecha; no signos de condensación, derrame pleural ni fallo cardíaco. TC con contraste intravenoso: Masa central hiliar derecha de márgenes irregulares que infiltra y estenosa los bronquios segmentarios del lóbulo medio. Anatomía patológica: Carcinoma no microcítico, pobremente diferenciado, sugestivo de adenocarcinoma (TTF-1 positivo y p63 -/+). PET: Masa parahiliar derecha de 5x2 cm; adenopatías parahilar derecha y subcarinal; lesión en suprarrenal derecha, 7º arco costal y pala ilíaca izquierdos.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma pulmonar estadio IV (T2-N2-M1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome goteo postnasal, infección respiratoria, lesión costal, traqueobronquitis, hiperreactividad bronquial, reflujo gastroesofágico.

COMENTARIO FINAL

Tras el hallazgo radiográfico en la consulta de Atención Primaria que evidenciaba claras características de malignidad, se decidió derivar a la paciente a Urgencias. Ingresó a cargo de Neumología y se le realizó el estudio completo, decidiéndose tratamiento oncológico. Actualmente se encuentra estable y con una buena calidad de vida, con efectos secundarios de moderada intensidad a la quimioterapia. La paciente abandonó inmediatamente el tabaco. De este caso se extrae la importancia desde la Medicina de Familia en no sólo saber tratar adecuadamente la enfermedad, sino en la labor de prevención de las mismas mediante la identificación de pacientes con hábitos de riesgo y la promoción en general de hábitos de vida saludables.

BIBLIOGRAFÍA

Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, Gracia Lorenzo V, Ibero Esparza C, Lalueza Blanco A, Llenas García J, Torres Macho J, Yebra Yebra M. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª ed. Madrid: MSD; 2007.

165/118. DIFERENTE EVOLUCIÓN DE DOS CARCINOMAS VESICALES DETECTADOS POR ECOGRAFÍA EN A.P.

AUTORES:

(1) Orta Chíncoa, R.; (2) Sánchez Hernández, P.; (2) Pascual Suaza, C.; (3) Jurado Pérez, J.; (3) Mellado Fernández, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casines, Puerto Real. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1: varón de 71 años, exfumador, diabético, con antecedente personal de carcinoma epidermoide de pulmón con metástasis costal única el año anterior, por la que recibió quimio y radioterapia. Consulta por dificultad miccional dolorosa de una semana de evolución. Orinas claras, no-hematúricas.

Caso 2: mujer de 80 años, no fumadora, diabética, con hematuria franca no dolorosa de dos semanas de evolución. Por ello había recibido antibióticos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En ambos, el diagnóstico de presunción inicial se alcanza tras ecografía en acto único en la consulta de Atención Primaria:

Caso 1: imagen hiperecogénica polipoidea intravesical
Caso 2: imagen excrecente intravesical.

Ambos son derivados por vía urgente a la secretaría de Urología.

EVOLUCIÓN:

Caso 1: resección transuretral (RTU) incompleta al mes y medio de la derivación. Tres días más tarde sufre hemorragia cerebral en la que se detecta metástasis cerebral. Fallece dos semanas más tarde

Caso 2: RTU completa siete semanas tras la derivación. Previamente a la intervención precisó ingreso por síncope relacionado con anemia (Hemoglobina de 6,4 g/dl) en la que requirió transfusión. Desde la intervención quirúrgica, asintomática.

JUICIO CLÍNICO

Anatomía Patológica:

Caso 1: Carcinoma epidermoide queratinizante, que infiltra ampliamente la pared muscular

Caso 2: Carcinoma urotelial de bajo grado Ta. Cistitis quística glandular

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Más del 90% de los cánceres de vejiga son de células transicionales, 5% de células escamosas y menos del 2% adenocarcinomas. Sólo menos del 1% de los tumores vesicales son metastásicos de uno de pulmón. Un 70% de los de células transicionales son superficiales, teniendo los de bajo grado Ta una supervivencia del 95% a los 15 años, aunque unidos a los de estadio T1 y los in situ (Tis) recidivan en un 50-70 %.

COMENTARIO FINAL

A pesar de la rareza del origen metastásico de los tumores vesicales, es importante tener en mente dicha posibilidad dada la distinta evolución. Los antecedentes personales del caso 1 (cáncer de pulmón estadio IV, extabaquismo y radioterapia) pudieron hacer prever un comportamiento más agresivo.

Es preciso una buena coordinación interniveles para agilizar trámites.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaufman D, Shipley WU y Feldman AS: Bladder cancer. *Lancet* 2009; 374; 239-249
2. Malats N y Real FX: Epidemiology of bladder cancer. *Hematol Oncol Clin N Am* 2015; 29; 177-189.
3. Xiao G-Q, Chow J y Unger P: Metastatic tumors to the urinary bladder: clinicopathologic study of 11 cases. *Int J Surgical Pathol* 2012; 20(4); 342-348.

165/124. DULCÍSIMA LUNA DE MIEL. DEBUT DIABÉTICO EN MUJER 25 AÑOS

AUTORES:

(1) Ruiz Ruiz, A.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Polo Ruiz, M.; (4) Ternero Escudero, D.; (5) Bellido Salvatier, A.; (5) Rojo Iniesta, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 25 años acude a consulta de APrimaria para valoración preconcepcional.

AP:NAMC, no enfermedades conocidas, niega hábitos tóxicos. No AF de interés.

Se solicita Analítica Sanguínea(AS) básica con cribado DM y disfunción tiroidea.

Cita con Enfermería para medidas antropométricas y toma de constantes.

Una semana después acude para resultados destacando glucemia 128 gr/dl y HbA1c 8.8%.

Rehistoriándola refiere desde hace 4 meses, tras su boda, adopción de hábitos dietéticos poco saludables, con aumento de 10 Kg de peso. Coincide con clínica típica: astenia, polidipsia y poliuria de moderada intensidad. No realiza ejercicio, tiene poca actividad diaria por desempleo. Se inicia Metformina 850mg ½ comprimido/12 horas, consejos higiénico-dietéticos y revisión en 2 semanas. Se deriva a Endocrinología para descartar debut diabético tipo I y a Ginecología para despistaje de Síndrome Ovario Poliquístico(SOP). Se desaconseja gestación dado el estado metabólico basal, pautando Anticonceptivos Orales(A.C.H.O.)

Tras 2 semanas de tratamiento acude con informe de Ginecología que diagnostica S.O.P, recomendando control metabólico previo a concepción y A.C.H.O. Ha perdido 2.5 kg y Glucemia capilar en rango normal. La paciente refiere buena tolerancia al tratamiento y se aumenta dosis(1-0-1).

Endocrinología solicita AS con Autoinmunidad, derivan a consulta de gestación, desaconsejándola por el momento y mantienen tratamiento. Se objetiva pérdida de 3.5 kg en un mes. La autoinmunidad resulta negativa y presenta perfil de resistencia insulínica. Tras 10 meses de tratamiento con Metformina y cambio de hábitos, la paciente presenta una respuesta clínica y metabólica excelentes, con reducción de peso de 15kg y HbA1c 4.9%, con buenos controles glucémicos diarios.

Once meses después de la primera consulta, acude a consulta con test gestación positivo; confirmamos diagnóstico, se calcula gestación 6 semanas y se retira Metformina.

Durante el embarazo mantiene control metabólico excelente con HbA1c 5.3% en AS de cribado de 1ºTRM y aumento mínimo de peso. Se realiza seguimiento activo y periódico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1º consulta: BEG, TA:125/81, Peso 80.1 Talla 160 cm, IMC 31.3. Obesidad grado I, de tipo andrógono. C,OyC. Bien HyP. ACR: Tonos rítmicos sin soplos audibles, Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen:Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades:sin edemas ni signos de TVP.

AS(1º): Hemograma □ Hb14.9, VCM90.0, HC45.3, Leucos 10.1 (62.2% neutrófilos). Bioquímica: Glucosa128, Cr0.66, FG>60 ml/min, colesterol183, HDL34, LDL118, Triglicéridos156, Bilirrubina total0.3, GGT41, GOT<3, GPT63, Na138, K4.4, Cl 103. HbA1c 8.8%. TSH 3.29.

A.orina:normal sin microalbuminuria.

AS (2º): Hemograma sin alteraciones, BQ destaca: gluc89, TG125, Colesterol T144, HDL36, LDL83, HbA1c6.5%, Ac antiGAD negativo, Ac antiA2 negativo, PéptidoC 2.32, insulina 27.4, TSH 3.1, T4L1.03, AntiTPO<28.

Última consulta: P65.5, IMC25.5, TA130/54

AS(3º-1año tras diagnóstico): Hemograma normal. Bioquímica: Gluc69, HbA1c5.3%. G.Sanguíneo0RH+, Screening: Bajo Riego

JUICIO CLÍNICO

DM-tipo2 perfil resistencia insulínica. SOP. Gestación 24s.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM Tipo I, tipo II

COMENTARIO FINAL

El interés es recordar lo importantísimas que son las medidas higiénico-dietéticas en el tratamiento de la DM y su peso en el primer paso del tratamiento. También es curioso comprobar como la situación social que rodea a una persona es el desencadenante claro de un debut diabético, así como la extrema respuesta que esta paciente tiene al tratamiento. También repasamos que la clínica en esta enfermedad es silente y pasa a menudo desapercibida.

BIBLIOGRAFÍA

Rosario Iglesias González, et al. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association

(ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. 2014; 05 Supl Extr 2:1-24.

Lars Rydén et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(2):136

165/128. INTERVECIÓN PSICOLÓGICA EN UNA PACIENTE ONCOLÓGICA

AUTORES:

(1) Castaño Fuentes, M.; (2) Jorge Martín, N.; (2) Ballesteros Fernandez, A.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Mujer de 54 años de edad que acude por bajo estado anímico de larga duración.

Antecedentes: adenocarcinoma de colon que requirió de hemicolectomía derecha con posterior peritonitis focal seguida de shock séptico y disfunción multiorgánica. Posteriormente se comenzó quimioterapia y radioterapia coadyuvante que hubo que suspender por cuadro de anemia severa y caquexia cancerosa crónica. Secuela de varias intervenciones quirúrgicas la paciente se encuentra con deposiciones líquidas de 20 diarias. Anemia megaloblástica por déficit de absorción de Vitamina B12. Además hiponatremia e hipopotasemia crónicas. Antígeno carcinoembrionario elevado: 9.3 ng/ml. Anamnesis: la paciente evoluciona progresivamente hacia un estado de ánimo depresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: debilidad física extrema, palidez cutánea y de mucosas, IMC 17, necesita de ayuda con bastón para deambular.

Pruebas complementarias:

- Analítica con TSH y hormonas tiroideas normales.
- Cuestionario de depresión de Beck: 15 puntos ligeramente deprimida
- Inventario de Ansiedad Estado-Estado (Hamilton): 8 puntos de 60 (13,33% del total)
- Escala de Estrés Percibido: 21 puntos de 56 (37,5% del total)
- Enfoque familiar y comunitario: vive sola, ambos padres fallecidos, hermanos en el Norte de España. No tiene marido ni hijos.

JUICIO CLÍNICO

Juicio clínico: síndrome depresivo posiblemente acompañado de trastorno de ansiedad y estrés en mujer oncológica con poco apoyo social.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial: hipotiroidismo

Tratamiento: 8 sesiones semanales basadas en el libro "La terapia cognitiva basada en la consciencia

plena". Fue creado por el Dr. Zindel V. Segal. Saca partido de la meditación, y consiste en el cultivo del auto-conocimiento. Es la experiencia de una consciencia que no juzga, simplemente observa y estudia, vive en el ahora y sirve como herramienta para enfrentarse habilidosamente al mundo y al ámbito de la propia interioridad.

Evolución:

- Cuestionario de Depresión descenso de 3 puntos, ha descendido un 4,76%
- Inventario de Ansiedad Estado: descenso de 6 puntos, ha descendido un 10%
- Escala de Estrés Percibido: descenso de 12 puntos, ha descendido un 21,42 %

Impresión subjetiva: la paciente tiene mejor aspecto y estado de ánimo. Al hablar con ella, nos agradece la ayuda y comprensión que le estamos prestando.

COMENTARIO FINAL

Es frecuente que aquellas personas con cáncer que han sido sometidas a cirugía, quimioterapia y radioterapia desarrollen trastornos depresivos, de ansiedad y estrés. En nuestra especialidad el uso de las terapias psicológicas les puede servir de gran apoyo. Es nuestro deber acompañarles en su sufrimiento, intentar que acepten su enfermedad y con ello elevar su autoestima para facilitarles el día a día.

BIBLIOGRAFÍA

- Zindel S, Williams M, Teasdale J. Terapia cognitiva basada en la consciencia plena. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2008.
- Macarulla Mercadé T, Élez Fernández E, Capdevilla Castellón J, Tabernero Caturla J. Comprender el cáncer de colon y recto. Barcelona: Amat; 2011.
- González Barón M, Ordoñez Gallego A. La Astenia Tumoral. Madrid: Panamericana; 2004.

165/129. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN PACIENTE CON SÍNCOPES DE REPETICIÓN

AUTORES:

(1) Castaño Fuentes, M.; (2) Jorge Martín, N.; (2) Ballesteros Fernandez, A.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: varón de 57 años que acude por varios episodios sincopales a lo largo de su vida pero más frecuentes en los últimos meses.

Antecedentes: Fumador de 10 paquetes/año, sin otros factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis: refiere que los episodios son sin prodromos, con pérdida de consciencia de corta duración y sin secuelas neurológicas. Sin pérdida de control de esfínter, sin movimientos involuntarios. No confusión ni cefalea post-sincopal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: buen estado general, eupneico. Sin edemas en miembros inferiores. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni rones.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo social. Vive con mujer e hijos.

Pruebas complementarias:

PA: 125/75 mmHg.

Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos.

Analítica: anodina

ECG: ritmo sinusal a 73 lpm. PR conservado. Complejo QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

Se decide derivación a Cardiología:

Ecocardiograma: válvulas sin alteraciones, aurícula izquierda y ventrículo izquierdo sin dilatación. Cavidades derechas de dimensiones normales. Contractilidad de ventrículo derecho conservada, ausencia de derrame pericárdico, raíz de aorta de dimensiones normales.

Test de Mesa Basculante: positivo tardío. Respuesta tipo I (mixta: PA cae antes que la FC, la caída de la FC es al mismo tiempo que ocurre el síncope) La bipedestación prolongada incrementa el estímulo sinusal pero la vasoconstricción falla en estos pacientes, por lo que se produce una taquicardia transitoria con volumen cardiaco pobre lo que estimula los receptores de estiramiento del ventrículo izquierdo y se produce un reflejo parasimpático paradójico que disminuye la frecuencia y reduce la presión sanguínea (vasodilatación) por lo que el flujo de sangre al cerebro es reducido, causando un síncope.

JUICIO CLÍNICO

Síncope vagales

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial: cardiopatía (hipertrofia, episodios de bloqueo AV) / trastorno conversivo o de histeria.

Tratamiento: durante la crisis tumbar al paciente con los pies en alto.

Tratamiento preventivo:

No estar parado periodos prolongados. Sentarse si esta mareado. Estar en ambientes frescos, usar ropa holgada. Contraer y relajar los músculos de la pantorrilla o pararse en puntas de pie. Ejercicio regular para incrementar el tono muscular de las piernas. Usar medias apretadas hasta la cintura durante el día. Cruzar y descruzar las piernas cuando esté sentado por periodos prolongados. Comer y beber regularmente. Evitar exceso de alcohol.

Evolución: buena siguiendo las medidas higiénico-dietéticas sin volver a producirse los episodios.

COMENTARIO FINAL

Los síncope vagales son muy frecuentes en la población y es importante realizar un buen diagnóstico diferencial por el médico de atención primaria, descartando posibles causas cardiacas, neurológicas o psiquiátricas que se puedan sospechar. Normalmente la anamnesis es muy valiosa en el diagnóstico de este tipo de síncope.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín-Zurro A, Cano J, Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

- Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 2009

165/152. DEJADME MORIR TRANQUILO**AUTORES:**

(1) Ávila Rivera, J.; (2) Fernández Moreno, E.; (3) Cuevas Cruces, J.; (4) Medina Osuna, A.; (5) de Toro Torres, E.; (6) Rojas Sedeño, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (4) Médica DCCU La Carlota. Córdoba; (5) Médico de Familia. UGC La Carlota. Córdoba; (6) Trabajador Social de Ronda. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

AP:NAMC, HTA, exfumador desde 2003(70-80 paq/año) IRC en diálisis. Estenosis Ao severa GTAo 46 media y máxima 80mmHg, función sistólica conservada.

EA: Varón 80 años que acude a consulta por aumento de disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, ortopnea, no disnea paroxística nocturna. Se decide derivación a urgencias para valoración, estable.

Finalmente se decide ingreso a cargo de cardiología; tras 1 semana es dado de alta con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada y estenosis aórtica severa (protocolo TAVI pendiente de TC)

El paciente vuelve a acudir a urgencias por empeoramiento del estado general, junto con clínica de insuficiencia cardiaca e ingresa en cardiología; durante la espera del TC, el paciente entra en parada cardiorespiratoria, tras RCP, se baja a UCI y tras estabilización vuelve a planta; con muy mal estado general.

Se informa a la familia de la delicada situación, refieren que no quieren sufrimiento del paciente, que si se le puede sedar.

El paciente, nos indica nervioso que por favor no le pongamos oxígeno, quiere morir tranquilo, sabe que está muy malo y solo quiere que tengamos piedad con el y le dejemos hablar con sus hijos y esposa.

Tras ello, el paciente acuerda con nefrología que no quiere más diálisis, y con sus familiares y cardiología que no quiere ninguna prueba o tratamiento más y firma el documento para acreditarlo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

COC, normohidratado y normoperfundido; disneico con VM y reservorio.

ACR: Tonos rítmicos con soplo sistólico en foco aórtico; MVC.

Abdomen y MMII sin hallazgos.

Analítica: Hb 11,8; creatinina 8,2, Na 139; K 4,5; troponina 1,03.

EKG: ritmos sinusal 90lpm, PR límite, latidos ectópicos origen auricular, eje normal, QRS estrecho, hipertrofia ventricular izquierda y sin alteraciones repolarización.

JUICIO CLÍNICO

Parada cardiorespiratoria
Insuficiencia cardíaca descompensada
Estenosis aórtica severa (TAVI)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causas de Insuficiencia aórtica o de parada cardiorespiratoria

COMENTARIO FINAL

En una profesión como la nuestra, es muy importante tener en cuenta qué opina nuestro paciente, en nuestro caso una persona muy culta y lúcida; y saber informar y tratar a la familia, ya que esta era muy extensa y no tenían opinión común: sedar, seguir pruebas, dializar, tranquilizar...

Pero lo que no podemos olvidar es que cada paciente es dueño de su vida si no hay impedimento, y que dentro del estrés, hay que ejercer y realizar las cosas tranquilos.

Las últimas palabras de un paciente marcan de por vida.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/muerte-digna.html>

Jimenez Murillo L, Montero Pérez F. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª Edición. España: Elsevier.2010.

165/161. LO QUE HAY DETRÁS DEL SÍNCOPE.

AUTORES:

(1) Jorge Martín, N.; (2) Ballesteros Fernandez, A.; (3) Castaño Fuentes, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de La Victoria. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año Medicina de familia. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga; (3) Médico Residente de 2ª Año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años con antecedente de infarto agudo de miocardio reciente que, tras consultar hace dos días con su médico de familia por cuadro de vómitos y diarrea, es llevada por el 061 al servicio de urgencias hospitalarias por un cuadro de bajo nivel de consciencia en relación con bradiarritmia severa. Antecedentes de caídas repetidas por episodios presincoales en los días previos, necesitando ayuda de amigos y vecinos para levantarse.

La paciente presenta hipotensión y anuria que no mejoran con drogas vasoactivas por lo que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos para continuar el tratamiento con vaospresores y realizar hemofiltración debido al fracaso renal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión Arterial:75/40 mmHg, Frecuencia Cardíaca:28 lpm, Saturación basal 02 94%; Temperatura:34°C, Glasgow:9; Taquipneica en reposo con frialdad cutánea.

Analítica de sangre: anemia,hiperpotasemia, acidosis metabólica, creatinina elevada, CK elevada
Analítica de orina: mioglobulinuria.

Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular de primer grado.

Ecocardiograma:insuficiencia mitral severa e insuficiencia mitral moderada con FEVI deprimida (38%).

JUICIO CLÍNICO

Bradiarritmia severa por alteración hidroelectrolítica + consumo betabloqueantes.

Rabdomiolisis por caídas + consumo de estatinas.

Acidosis metabólica por gastroenteritis + fracaso renal + consumo de metformina.

Fracaso renal agudo de doble causa:prerenal por gastroenteritis y renal por daño tubular debido al acumulo de mioglonia por rabdomiolisis.

Gastroenteritis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

shock séptico (acidosis metabólica + hipotensión + hipotermia + fracaso renal)

COMENTARIO FINAL

Este caso nos muestra la importancia que puede tener una patología aparentemente leve, como una gastroenteritis, cuando en se da en pacientes con patología de base importante.Es por eso que siempre hay que tratar de juzgar lo potencialmente grave del cuadro en función del paciente y no de la enfermedad. También nos hace tener en cuenta que la medicación que prescribimos puede ser un arma de doble filo, ya que el betabloquenate ha contribuido al síncope,la estatina a la rabdomiolisis y la metformina a la acidosis metabólica. Esto sirve para recordar que siempre hay que individualizar la prescripción y que la prescripción “de por vida” no existe, debiendo revisar periódicamente la medicación que toman nuestros pacientes y “desprescribiendo” todo fármaco que no tenga un balance adecuado riesgo-beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

Bosch X, Poch E, Grau JM (2009). «Rhabdomyolysis and acute kidney injury». New England Journal of Medicine (en inglés) 361 (1): 62–72.

Alteraciones del equilibrio ácido-base. Diálisis y Trasplante; José María Prieto de Paula, Silvia Franco Hidalgo, Eduardo Mayor Toranzo, Julián Palomino Doza, Juan Francisco Prieto de Paula Volume 33, Issue 1, January-March 2012, Pages 25-34.

Equilibrio ácido-base. Acidosis metabólica; J. Ocaña Villegas, G. de Arriba de la Fuente. Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 10, Issue 80, May 2011, Pages 5429-5434.

165/162. DOCTOR, ME HE CURADO LA DIABETES.

AUTORES:

(1) Ballesteros Fernandez, A.; (1) Jorge Martín, N.; (2) Castaño Fuentes, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 74 años, residente en Benagalbón, trastorno depresivo mayor, IRC y DM tipo II de larga evolución, con afectación renal y retinopatía. En los últimos 3 meses acude semanalmente a consulta, por controles de glucemia cercanos a 300 mg/dl, con HbA1c 9% en febrero 2014 11.2% en septiembre 2014 pese a tratamiento con dieta, Linagliptina 5mg e Insulina Lantus 60 UI al día. Viuda, no sabe leer ni escribir, y desde la partida de su hija, trabaja en Málaga, y el fallecimiento de su marido, padece un trastorno depresivo. Refiere en consulta cumplimiento terapéutico, dieta, desmotivación con las alternativas terapéuticas e importante preocupación por su estado de salud, encontrándose en una situación de angustia vital por la mala evolución de su enfermedad. Hemos derivado a la paciente a Salud mental y ha comenzado tratamiento con Sertralina. Ha sido recientemente valorada por el Endocrino, cambiándole la pauta farmacológica, sin resultados.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Labilidad emocional, tendencia al llanto. Mirada esquiva. Ansiosa en consulta.

TA: 150/90 mmHg, Frecuencia cardiaca 78lpm.

Saturación basal O2 96%; Temperatura:35°C

IMC: 32.1 kg/m2

Análítica de sangre: hemoglobina 11.2, hematocrito 41%, no leucocitosis, coagulación normal, iones normales, glucemia basal en ayunas 276mg/dl, ácido úrico 6.9, colesterol total 257, LDL 192, HDL 65, TGC 221. Iones normales. Creatinina 2.43, Filtrado glomerular 44ml/h.

Análítica de orina: proteinuria +++, leucocitos +, nitritos negativos.

JUICIO CLÍNICO

- Diabetes Mellitus tipo II con mal control metabólico
- Síndrome ansioso-depresivo
- Problema social

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mal control metabólico por tratamiento insuficiente
- Incumplimiento terapéutico

COMENTARIO FINAL

Teniendo en cuenta las características de la paciente, su situación social, y el fracaso terapéutico hasta ahora recogido, como plantearíamos desde primaria el manejo de esta paciente. Además de insistir y reforzar el cumplimiento terapéutico y las medidas higiénico-dietéticas, decidimos aconsejar a la paciente y a su cuidadora acudir a un centro de día en el Rincón de la Victoria especializado en pacientes con enfermedades crónicas. La paciente comienza a acudir en septiembre de 2014, la recoge un autobús en su domicilio por la

mañana, y por la tarde la deja en su casa donde ya se encarga su hija del tratamiento. Sólo ha vuelto desde entonces una vez a consulta, IMC actual de 28.1 kg/m2, HbA1C 7% en marzo 2015, glucemias basales entre 70 y 120mg/dl en más del 80% de los controles. En consulta la encontramos mucho más animada, participativa, contenta y saludable. Nos comenta la hija que ahora se toma todas las pastillas, precisa menos insulina y camina todos los días con los demás pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cowie CC, Rust KF, Ford ES, et al. Full accounting of diabetes and pre-diabetes in the U.S. population in 1988-1994 and 2005-2006. *Diabetes Care* 2009; 32:287.
2. Zhang X, Decker FH, Luo H, et al. Trends in the prevalence and comorbidities of diabetes mellitus in nursing home residents in the United States: 1995-2004. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:724.
3. Bethel MA, Sloan FA, Belsky D, Feinglos MN. Longitudinal incidence and prevalence of adverse outcomes of diabetes mellitus in elderly patients. *Arch Intern Med* 2007; 167:921.
4. Sue Kirkman M, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:2342.

165/176. DOLOR OSTEOARTICULAR EN GRAN FUMADOR.**AUTORES:**

- (1) Muñoz González, L.; (1) Pérez Castro, M.; (2) Luna Moreno, M.; (2) Ruíz del Moral, L.; (3) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 90 paquetes/año; enolismo hasta hace 5 años; HTA; EPOC; tumor vesical de bajo grado no infiltrante (resección transuretral en dos ocasiones que le produjo nefrostomía izquierda); carcinoma renal derecho de células claras de 6.5cm, grado 2 de Fuhrman no infiltrante; insuficiencia renal crónica en seguimiento por nefrología; anemia crónica. En tratamiento con bicarbonato sódico, furosemida y vitamina D. Acude en dos ocasiones a su médico de familia por cervicodorsalgia de un mes de evolución, que el propio paciente relaciona con la recogida de aceitunas en su campo. Tras la no mejoría de la cervicalgia y aumento de clínica respiratoria (tos, mucosidad blanquecina con febrícula asociada) acude a Urgencias para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el centro de salud: dolor a la palpación en musculatura paravertebral cervicodorsal bilateral, con contractura asociada.

En urgencias: hemodinámicamente estable, afebril, rítmico a 80l/m, roncus en los cuatro campos, edemas con fovea hasta media pierna no signos de TVP, resto anodino. Se le realiza análisis sanguíneo: Leucocitos 15.2 (N absolutos 12%), Hb 6.4, Pla 567, hemostasia normal, creatinina 2.9 (en 3/11/2014:2.7), eFG 20, PCR 201; radiografía de tórax AP y L donde se objetiva atelectasia retrocardíaca y lesión osteoblástica en T6 por lo que se ingresa en medicina interna para completar estudio donde se le amplía análisis: Fe:12, ferritina:295, ác. fólico:4.41, vit B12:1391, serología virus hepatitis negativa, PSA-libre:0.97, CA-125: 583, CA15-3: 264, CA-19.9: 32, CEA: 12.24, alfafetoproteína:2, Beta2-microglobulina:13.1; Urocultivo negativo; TAC tórax: masa en lóbulo inferior izquierdo de 7.6x5.1cm, adenopatías mediastínicas, metástasis óseas en escápula, columna y arcos costales; gammagrafía ósea con rastreo óseo positivo; broncoscopia cuyo resultado de AP es adenocarcinoma mucosecretor.

El paciente es dado de alta, pero a la semana reconsulta por disnea de instauración brusca, se objetiva Dímero D 7041; gammagrafía ventilación-perfusión: TEP bilateral; ECO doppler venoso: TVP izquierda. Presentado en comité oncológico se decide paso a unidad de cuidados paliativos.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma pulmonar con metástasis óseas y ganglionares. T3, N3, M1. Anemia. TEP

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cervicalgia, EPOC reagudizado, progresión tumor renal, metástasis óseas de otro tumor primario, tumor formador de hueso.

COMENTARIO FINAL

El caso clínico expuesto nos hace reflexionar sobre una patología, habitualmente banal, pero como hemos visto de gran complejidad. El paciente acudió a su centro de salud por cervicodorsalgia y dolor costal que en un principio se atribuyó a sobreesfuerzo, posiblemente si hubiera acudido nuevamente, se le hubiera solicitado una prueba de imagen para descartar otro proceso diferente al sospechado, aunque no sabemos si el pronóstico hubiera sido diferente, ya que la clínica apareció muy evolucionada la enfermedad de base, sin otra sintomatología previa por la que el paciente consultara.

BIBLIOGRAFÍA

- Roato I. Bone metastases: When and how lung cancer interacts with bone. World J Clin Oncol. 2014 May 10;5(2):149-55. doi: 10.5306.
- Gainza E, Fernández S, Martínez D, Castro P, Bosch X, Ramírez J, et al. Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy: report of 3 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2014 Nov;93(24):359-63. doi: 10.1097.

165/177. A PROPÓSITO DE UN CASO DE SEPSIS MENINGOCÓCICA SIN MENINGITIS.

AUTORES:

- (1) Sánchez Morales, L.; (2) García Reyes, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a consulta de atención primaria, una mujer de 68 años con un cuadro de horas de evolución de fiebre 40º, escalofríos, malestar general, artromialgias, cefalea holocraneal, vómitos y desorientación. Entre los antecedentes personales, refiere no tener alergias medicamentosas, no FRCV, niega hábitos tóxicos, gonartrosis bilateral, anemia hemolítica autoinmune sin tratamiento. Histerectomizada con doble anexectomía por miomas y colecistectomizada. Como tratamiento habitual toma paracetamol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración: consciente, algo desorientada, eupneica, sin alteraciones de los pares craneales, destacando la ausencia de focalidad neurológica, de signos meníngeos o de erupciones cutáneas. AC: tonos taquicárdicos sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen normal. Sin edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. TA 135/70.FC 108 lpm. Tª 39.6 °C. Análítica de urgencia: ligera leucocitosis con neutrofilia con bioquímica, coagulación y sedimento de orina normal. Radiografía de tórax normal. Tac craneal normal. Citología y bioquímica de LCR normal. Urocultivo y coprocultivo normal. Eco abdominal: sin alteraciones.Tres hemocultivos positivos para Neisseria meningitidis del grupo B.

JUICIO CLÍNICO

MENINGOCOCÉMIA SIN MENINGITIS Y SIN EXANTEMA CUTÁNEO.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sepsis de otro origen, meningitis, tífus epidémico, vasculitis autoinmunitarias, púrpura trombocitopénica idiopática, síndrome hemolítico urémico.

COMENTARIO FINAL

esta infección puede ocasionar desde un cuadro asintomático a una afección gravísima con muerte en pocas horas. Cada caso de enfermedad meningocócica representa una verdadera situación de urgencia médica, por esto es preciso llegar de inmediato al diagnóstico a fin de administrar el tratamiento adecuado lo más precoz posible. Los médicos de atención primaria de esta comunidad, debemos saber diagnosticar y establecer con esta sintomatología el diagnóstico de sospecha y derivar a la urgencia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Apicella M. Neisseria meningitidis. In: Mandell, GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases.Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 2737-49.
- Quagliarello VJ, Scheld WM. Treatment of bacterial meningitis. N Engl J Med 1997; 336(10): 708-716.

-Fernández Viladrich P. Tratamiento de la meningitis aguda bacteriana. *An Med Intern (Madrid)* 1995; 12 (Supl 1): 111-114.

-Klein JO, Feifing RD, McCracken GH. Diagnosis and management of meningitis. *Pediatr Infec Dis J.* 1992; 11: 785-814.

165/179. ¿CON LA CABEZA O CON EL CORAZÓN? CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

AUTORES:

(1) Bellido Salvatier, A.; (1) Rojo Iniesta, M.; (2) Molina García, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (2) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años, diabético, hipertenso, dislipémico y fumador. Antecedentes familiares: padre fallecido de IAM. Acude a consulta en varias ocasiones refiriendo, desde hace tres semanas, episodios intermitentes de cefalea holocraneal, de tipo pulsátil, que se desencadenan con los esfuerzos y el ejercicio y, que ceden con el reposo. El dolor respeta el descanso nocturno. Sin sonofobia ni fotofobia asociada y sin cortejo vegetativo.

Se inicia tratamiento analgésico y comenzamos el estudio. La analítica sanguínea, la radiografía de tórax y el TAC craneal fueron normales. En ECG: ritmo sinusal con Qr en DIII y avF. Finalmente, ante la persistencia de los síntomas y nuestra sospecha diagnóstica, se decide derivación al servicio de Cardiología para completar estudio. En última visita se acuerda realización de coronariografía. El paciente presentó mejoría sintomática tras la toma de nitratos sublinguales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. T.A: 165/85mmHg; F.C 70lpm; Sat O₂ 98%. Exploración neurológica: sin focalidad. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores: pulsos pedios presentes. No signo de TVP ni insuficiencia venosa periférica.

-Analítica de sangre: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: Glucemia 201; Creatinina 0,9; Colesterol total 283; LDL 179; HbAC1 8,8%. Resto normal. Radiografía de tórax: IC<55%. Sin imágenes de condensación ni pinzamientos de senos costofrénicos.

ECG: ritmo sinusal a 70lpm. Qr en DIII y avF.

TAC craneal: sin hallazgos patológicos.

Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dilatado con FE 51%.

Ergometría: no concluyente por HTA sistólica.

Gammagrafía de perfusión miocárdica: hipocaptación inferoposterior, de carácter reversible compatible con afectación isquémica.

JUICIO CLÍNICO

Cardiopatía isquémica tipo Angor estable

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cefalea migrañosa. Cefalea tensional. Cefalea asociada a la neuralgia del trigémino. Cefalea en racimos. Cefalea secundaria a traumatismo craneoencefálico o traumatismo cervical. Cefalea atribuida a enfermedad intracraneal no vascular.

COMENTARIO FINAL

El dolor de cabeza es una experiencia casi universal, y genera una gran demanda asistencial. El objetivo fundamental del médico de familia cuando un enfermo consulta por cefalea es discernir la que se asocia con enfermedad grave de la que no. El diagnóstico diferencial entre cefalea primaria y secundaria podemos llevarlo a cabo a través de una adecuada historia clínica y la exploración física, así evitaremos retrasos en el diagnóstico. El diagnóstico diferencial con la migraña es crucial de cara a evitar medicaciones vasoconstrictoras.

BIBLIOGRAFÍA

Gutiérrez Morlote J, Fernández García JM, Timiraos Fernández JJ, Llano Catedral M, Rodríguez Rodríguez E, Pascual Gómez J. Cefalea cardiaca, ¿una entidad infradiagnosticada? *Rev Esp Cardiol* 2005; 58:1476-8.

International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24(suppl 1):1-160.

Grupo de Cefaleas de la semFYC. Problemas del sistema nervioso. Dolor de cabeza. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. 1ª ed. Barcelona: semfyc ediciones; 1998. pp.156-9.

165/182. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) González Jiménez, P.; (2) Ruíz Cabello-Crespo, E.; (3) Rojo Iniesta, M.; (4) González Sánchez, F.; (5) Díaz Caro, E.; (5) Pérez Talavera, E.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años que acude a consulta por molestas a nivel de mama derecha de 3 semanas de evolución. Niega sobreesfuerzo ni traumatismo previo. Se

ha realizado autopalpación en casa sin evidencia de nódulo según refiere.

No alergias medicamentosas conocidas. Niega antecedentes médicos de interés.

Fecha de última regla: hace dos semanas.

Sin antecedentes familiares de interés

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración mamaria bilateral no se palpa nodulación ni adenopatías axilares. No secreción ni retracción del pezón en decúbito.

Posteriormente se explora a la paciente en sedestación con las manos extendidas al frente a los lados y hacia arriba donde se observa retracción de piel en cuadrante supero externo de mama izquierda sin palpase lesión nodular bajo esta.

Se deriva para realización de mamografía donde se objetiva masa de contorno irregular y especulado con microcalcificaciones irregulares con disposición lineal en cuadrante supero externo de mama izquierda. BIRADS 5.

Tras resultados de la mamografía, desde el servicio de radiología, se ponen en contacto con la paciente dándole una cita para realización de biopsia con carácter preferente.

Actualmente la paciente está a la espera de resultado de Anatomía Patología para ver actitud a seguir.

JUICIO CLÍNICO

Lesión mamaria a filiar, con alta probabilidad de lesión maligna.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión dérmica en piel
- Lesión benigna mamaria

COMENTARIO FINAL

La gran tasa de diagnóstico de cáncer de mama en nuestro país, nos obliga a llevar a cabo una exploración detallada a pacientes con signos o síntomas que pudieran dar lugar a este diagnóstico, seguido de realización de prueba diagnóstica que más recomendable para la paciente según la edad de esta.

En pacientes sanas que no presenten ninguna anomalía, hemos de insistir en la correcta realización del programa de screening para un diagnóstico precoz ya que disponemos de este en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- Radiology 2007; 242: 388-395
- Fanidi A, Ferrari P, Biessy C, Ortega C, Angeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Romieu I. Nutr Salud Pública . 2015 25 de marzo: 1-12.
- Almagro E, González CS, Espinosa E. Med Clin (Barc) . 2015 febrero 25.
- Kösters JP, Götzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2.
- US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2009 Nov 17;151(10):716-26, W-236.

165/186. NEUROFIBROMA PLEXIFORME COMO CAUSA DE CERVICALGIA.

AUTORES:

- (1) Membrillo Contioso, E.; (2) Mateos Velo, L.; (3) González Trujillo, A.; (4) Carrillo Abadia, I.; (5) Díaz Saborido, A.; (6) Salguero de la Haya, S.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraltón. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (6) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz..

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 11 años con cervicalgia de 6 meses de evolución sin traumatismo previo, en tratamiento con antiinflamatorios orales e intramusculares calor y fisioterapia con escasa mejoría. Se deriva al Servicio de Rehabilitación para completar estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Balace cervical limitado para la lateralización izquierda y rotación derecha. Dolor a la palpación de trapecio, con aumento del tono. No afectación de balance muscular ni sensibilidad.

Rx AP y L Cervical: rectificación columna cervical.

Telerradiografía: curva dorsal izquierda.

RNM Cráneo: sin alteraciones.

RNM Cervical: Rectificación de la lordosis fisiológica cervical. Edema óseo en parte derecha cuerpos vertebrales C4 y C5, y en pedículos, formación de 3mm, que condiciona desplazamiento anterior del paquete neurovascular yugulocarotídeo derecho y muestra extensión hacia el agujero de conjunción ipsilateral, pudiendo tratarse de una lesión vascular.

RNM Cuello: a nivel de plexo braquial derecho, lesión de 4,9cm, extendiéndose desde C3 hasta C6, con edema óseo en la parte derecha de los cuerpos vertebrales C5 y C6, así como en sus pedículos y apófisis transversas derechas. Condiciona reducción del calibre de arteria vertebral derecha y desplazamiento en sentido antero-lateral del paquete vascular yugulo-carotídeo, discreta extensión a través de los agujeros de conjunción derechos de los espacios C3-C4, C4-C5 y C5-C6, pudiendo tratarse de un neurofibroma plexiforme.

AngioTAC de cuello y de Troncos Supraaórticos: lesión ósea geográfica redondeada que afecta al proceso transverso y pedículo derecho de C4, produce estenosis del foramen vascular, podría estar en relación con osteoblastoma/osteoma osteoide, granuloma eosinófilo o proceso inflamatorio óseo. Estenosis del 50% de luz arteria vertebral derecha a su paso por foramen vascular derecho a nivel de C4. Edema

e ingurgitación vascular en partes blandas acompañantes al plexo braquial derecho.

Tratamiento con gabapentina. Se deriva al Servicio de Neurocirugía para valoración quirúrgica.

JUICIO CLÍNICO

Neurofibroma plexiforme.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteoblastoma / osteoma osteoide. Granuloma eosinófilo.

COMENTARIO FINAL

Los neurofibromas plexiformes son tumores que afectan a las estructuras del nervio (plexo, fascículos o ramas nerviosas). El estudio de imagen para detección y caracterización se realiza mediante RM. El 12% de estas lesiones presentan degeneración maligna; generalmente muestran un crecimiento rápido o un dolor mantenido. Los estudios con tomografía de positrones podrían ser útiles en el estudio de estas lesiones ante la sospecha de malignización, encontrando en algunos estudios una sensibilidad de hasta el 90% con una especificidad del 87%. El tratamiento de las lesiones sintomáticas y/o malignas se basa en la cirugía. La quimioterapia y radioterapia se reservan en caso de malignización. La gabapentina podría ser útil en el tratamiento de la clínica neuropática de los neurofibromas plexiformes. Además, ante su presencia es importante vigilar síntomas y signos que hagan sospechar malignización de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

Pérez Villena, A.; Duat Rodríguez, A.; García Peñas, J.J.; López Pino, M.A. Neurofibroma plexiforme en paciente de 8 años. *Neurología*. 2013; 28: 319-20.

165/188. DOCTORA, ME PALPITA EL CORAZÓN.

AUTORES:

(1) Fernández Moreno, E.; (2) Ávila Rivera, J.; (3) Gómez Pacheco, M.; (4) de Toro Torres, E.; (4) Luque Rodríguez, M.; (5) Moncada Alba, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de la Victoria. Córdoba; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de la Carlota. Córdoba; (3) Médico de Familia. Consultorio de la Victoria. Córdoba; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.; (5) Médico de Familia. DCCU Distrito de Guadalquivir. La Carlota. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

AP: Paciente varón de 54 años No AMC, hipertenso, No cardiopatía conocida y sin otras enfermedades de interés. Fumador 20 cigarrillos/día, bebedor 3-4 cervezas/día. Intervenido quirúrgicamente de varices, prótesis en rodilla izda y amigdalectomizado. En tratamiento con enalapril 20 mg 1-0-0, omeprazol 20 mg 1-0-0 y metamizol 575 mg a demanda.

EA: Consulta por notarse palpitaciones en el cuello acompañadas de dolor torácico opresivo no irradiado.

No angor típico. No clínica de ICD. Refiere notar palpitaciones de unos segundos de duración desde hace 2 años, que ceden espontáneamente, aunque se han hecho más frecuentes en el último mes con inicio y fin bruscos, muy sintomáticas. En el momento que acude al centro de salud presenta taquicardia de 140 lpm que cede volviendo de nuevo a 70 lpm. Se le administra CFN sl y O2 con GN a 2 l/m cediendo tras lo cual el dolor.

Se deriva a urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba, donde entra y sale de la TPSV en 7 ocasiones cediendo sólo con maniobras vagales, es valorado por cardiólogo de guardia quien diagnostica de TPSV, pauta tratamiento con flecainida 100mg 1 comp/12 h y propranolol 40mg 1/2 comp/ 12 h y decide ingresarlo en observación para control de FC. Finalmente es dado de alta por buen control.

A los 8 días el paciente vuelve a consultar en el centro de salud por nuevos episodios muy sintomáticos de TPSV, se le realiza EKG objetivándose episodios de TPSV alternándose con FA y se deriva de nuevo al hospital de referencia. En el hospital es valorado por cardiólogo de guardia quien realiza ecoscopia y pauta clexane 40mg/24 h, que luego suspendieron en una nueva valoración cardiológica. El paciente es citado para estudio electrofisiológico y dado de alta. Vuelve a acudir a los 5 días a urgencias por encontrarse muy sintomático con entradas continuadas en taquicardia y se ingresa en cardiología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ACR: se auscultan rachas de taquicardia, rítmica, volviendo a ritmo normal. No soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

MMII: no edemas ni signos de TVP.

Análítica: Hb 13,4. Hto 40,1%. Glucosa 180. Urea 32. Creatinina 0,8. Iones normales, troponina I normal.

Rx de tórax: sin hallazgos patológicos.

EEF: se introducen los siguientes electrocáteteres: tetrapolar a ADA y His; bipolar a VD. Presenta taquicardia > 150lpm, no regular con onda P. Al realizar el EEF se objetiva actividad auricular desaparecida que induce taquicardia por reentrada intranodal lenta-rápida. Se decide aplicar RF sobre la zona anatómica de vía lenta (3 aplicaciones de 120 segundos cada una) tras lo cual desaparece el componente intranodal de la taquicardia, persistiendo inicialmente las salvas de 4-5 latidos de ESV, que finalmente se controlan con flecainida iv.

EKG post-cateterismo: Ritmo sinusal a 75 lpm con frecuentes extrasístoles auriculares. PR normal. QRS estrecho. Eje normal. No alteraciones de la repolarización. Ausencia de hipertrofias.

JUICIO CLÍNICO

TRIN, ablación efectiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Taquicardia define a todo ritmo con una frecuencia superior a 90-100 lpm.

CLASIFICACIÓN DE TAQUICARDIAS SEGÚN ECG El ECG permite clasificar las taquicardias en dos grupos:

- Según la duración del QRS:

- Taquicardias de QRS estrecho: duración del QRS ≤ 120 mseg.
- Taquicardias de QRS ancho: duración del QRS > 120 mseg.
- Según la ritmicidad del trazado:
 - Regular: distancia entre los QRS constante.
 - Irregulares: distancia entre los QRS variable.

TAQUICARDIA DE QRS ESTRECHO REGULAR

Taquicardia por reentrada nodal
 Taquicardia por reentrada aurículo ventricular
 Flúter auricular
 Taquicardia sinusal
 Taquicardia auricular unifocal

TAQUICARDIA DE QRS ESTRECHO IRREGULAR

Fibrilación auricular
 Flúter auricular con conducción ventricular variable
 Taquicardia auricular multifocal

TAQUICARDIA DE QRS ANCHO REGULAR

Taquicardia ventricular monomorfa
 Taquicardia supraventricular con alteración en la conducción intraventricular

TAQUICARDIA DE QRS ANCHO IRREGULAR

Fibrilación o flúter auricular con alteración en la conducción intraventricular
 Fibrilación auricular preexcitada
 Taquicardia ventricular polimórfica

COMENTARIO FINAL

La arritmia más frecuente es la FA.

Las otras dos taquiarritmias supraventriculares más importantes son el flúter auricular y la Taquicardia Paroxística Supraventricular.

Si atendemos en nuestro medio a un paciente con sospecha de alteración del ritmo cardíaco, debemos sistematizar nuestra actuación, para orientar inicialmente el diagnóstico, tener una idea global de la situación clínica y decidir la mejor opción de tratamiento: realizar ECG de 12 derivaciones, monitorizar las ctes vitales, canalizar una vía venosa periférica, administrar O₂ y por último valorar la estabilidad hemodinámica.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Murillo, L, Montero Pérez, F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición.
- Morillo Vázquez A, Moreno Ramírez F. Manejo urgente de las arritmias cardíacas en Atención Primaria. Med fam Andal Vol. 14, Nº. 1, marzo 2013.
- Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica “Hospital Universitario 12 de Octubre”, 7ª edición.
- Pardo Fresno M, González Bermúdez I, Ocampo Míguez J. Valoración y manejo de las Taquicardias en urgencias de Atención Primaria. Cad Aten Primaria Año 2011 Volumen 18 Pág. 111-116.

165/190. DIABETES MELLITUS CON MAL CONTROL METABÓLICO.**AUTORES:**

- (1) Espina Rodríguez, N.; (2) Pozuelo Rodríguez, A.; (2) Becerra Piñero, R.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga;
 (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

AF: madre DM, padre HTA, hermano DM AP: NAMC. DM tipo 2 con dx hace 10 años y mal control por mala adherencia terapéutica. HTA desde hace 2 años, con cifras de TA aceptables. Fumador de 40-50 cig/d. Niega consumo de alcohol. 3-4 tazas de café diarios. Obesidad. Sedentarismo. No dieta restrictiva en sal. Hacía 5 meses realización de colonoscopia por diarrea crónica que resultó secundaria a metformina. Iqx: fimosis. TTO habitual: humulina NPH 26U/24h; vidagliptina 50mg/24h; atenolol 50mh/24h; losartan 100mg/HTZ 25mg 1comp/24h; amlodipino 10mg/24h; AAS 100mg/24h; lorazepam 1mg/24h; ranitidina 300mg/24h; nolitil. EA: el paciente acude de forma muy irregular a revisión de FRCV, no realiza dieta ni hábitos de vida saludables. Acude a la consulta por hinchazón y erupción cutánea en ambos muslos, el paciente refiere sintomatología similar desde hace años, que remite espontáneamente y que nunca le había dado importancia, pero que en esta ocasión le ocasiona mas molestias, por lo que pautamos dexclorfeniramina y corticoide tópico a la par que aprovechamos para realización de control analítico. A la semana siguiente, refiere mejoría parcial de la erupción cutánea de MMII, pero objetivamos creatinina de 3 con previas normales de hace 2 años. Hb 9.1, sin otras alteraciones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se deriva el paciente a Nefrología.: Bx renal: nefropatía diabética tipo K-AV con 50% de glomérulos esclerosados e intersticio sin datos de inflamación. Ausencia de semilunas, Todo ellos compatible con nefropatía diabética en estadio avanzado. Derivamos posteriormente a Dermatología para valoración de lesiones cutáneas: Bx cutánea: hallazgos por inmunofluorescencia con resultado de elastosis perforante, compatible con purpura de Schölein Henoch

JUICIO CLÍNICO

Vasculitis leucocitoclástica: purpura de Schölein Henoch. DM con mal control metabólico + nefropatía diabética.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Exantema cutáneo: enf autoinmunes como PAN o LES / toxicodermia por fármacos / glomerulonefritis aguda.

COMENTARIO FINAL

La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis predominantemente pediátrica de pronóstico generalmente benigno. En adultos puede revestir mayor severidad con mayor frecuencia de afectación renal.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco R, Rodríguez-Valverde V, Mata-Arnaiz C, Martínez-Taboada VM. Síndrome de Schönlein-Henoch. Rev Esp Reumatol 2000; 27:54-65.

165/194. UN CASO DE VÉRTIGO...**AUTORES:**

(1) Díaz Saborido, A.; (2) Salguero de la Haya, S.; (3) Membrillo Contioso, E.; (3) Mateos Velo, L.; (4) Carrillo Abadía, I.; (5) Palomo Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (2) Médico Residente de 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 49 años, trabajador de mina, sin antecedentes personales de interés que consulta a su Médico de Atención Primaria por cuadro vertiginoso de tres días de evolución. Al levantarse a las seis de la mañana episodio de giro de objetos con cortejo vegetativo asociado. Se inicia tratamiento con Sulpiride + Diazepam + Desketoprofeno. Refiere haber presentado un cuadro catarral hace dos semanas. Tiene sensación de taponamiento de oído izquierdo que cede con valsalva. Buena audición subjetiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Otoscopia: Cerumen que se retira. Otoscopia normal. Nistagmo GII a la izquierda con gafas de Frenzel (con fijación de la mirada se anula). No disimetría, no disdiadococinesia, Romberg-, movimientos oculares extrínsecos conservados. Unterberger con desviación a la derecha.

JUICIO CLÍNICO

Neuritis vestibular derecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con otras patologías de origen periférico tales como:

- Vértigo posicional paroxístico benigno: Crisis recurrentes de vértigo intenso, de corta duración (<1 minuto) en relación con cambios posturales, en ausencia de clínica auditiva. Para su diagnóstico se requiere la maniobra de Dix-Hallpike (patognomónica; reproduce la clínica, nistagmo hacia oído afecto).
- Laberintitis: Cuadro vertiginoso intenso asociado a hipoacusia neurosensorial.
- Enfermedad de Menière (hydrops endolinfático): Cursa con hipoacusia neurosensorial fluctuante, acúfenos y vértigo paroxístico.

COMENTARIO FINAL

Lo más importante es la historia clínica; indagar sobre la intensidad, tiempo de evolución, forma de presentación, factores desencadenantes, síntomas asociados y la exploración clínica que está al alcance de la Atención Primaria. Con ello podemos llegar a un diagnóstico certero y es imprescindible el

seguimiento de este paciente que debe ser evaluado a las 48 horas de inicio del tratamiento, e incluso la derivación a Otorrinolaringología en caso de presentar signos de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

Pertusa Martínez S, Gomis Ferraz J, Pérez Garrigues H. Hospital Universitario La Fe (Valencia). Guía de actuación clínica vértigo en atención primaria. 2011. Morera C, Pérez H, Pérez N, Soto A; Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Clasificación de los vértigos periféricos. Documento de Consenso de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (2003-2006). Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59:76-9.

165/197. RADIOLOGÍA SIMPLE ANTE UN CASO DE DOLOR TORÁCICO.**AUTORES:**

(1) Salguero de la Haya, S.; (2) Díaz Saborido, A.; (3) Mateos Velo, L.; (4) Membrillo Contioso, E.; (5) Carrillo Abadía, I.; (6) Palomos Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Cádiz; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (6) Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente varón de 70 años con AP a destacar HTA, HBP, Exfumador IPA 17 paq/año, Dislipemia, Cardiopatía isquémica con stent en CD media, detectada tras estudio de dolor torácico en 2008 con ergometría positiva. 2 episodios de SCA-Angina con estudio coronario normal. En TC torácico por estudio cardiológico en Junio 2014, se evidencia dilatación a nivel de segmento distal de aorta torácica descendente. Se realiza AngioRMN torácica detectando disección con trombo mural en pared anterolateral de 13 mm en dicha localización. Decidiéndose seguimiento estrecho y manejo médico. Su MAP atiende de forma programada al paciente en Febrero 2015 por haber presentado dos episodios previos recientes de dolor centrotorácico intenso más exacerbado en región interescapular de 5-10 minutos de duración, con cortejo vegetativo y mejora tras cefinetrina sublingual. Coincidiendo con cifras elevadas de TA. Le realiza EKG: normal, y Rx Torax urgente, ante el antecedente de Disección Crónica Aórtica; evidenciando progresión de la misma tras comparar con Rx previas. Su MAP lo deriva ante posible cuadro anginoso y/o progresión de lesión aórtica torácica.

En el ingreso se realiza estudio angioTC urgente evidenciando disección descendente aórtica con evolución de >2mm de diámetro y 8cm longitudinal con respecto estudio de hace 6 meses. Se realiza estudio coronario con detección estenosis no significativa de ADA, realizando angioplastia ante posible intervención vascular sobre aorta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
BEG, Eupneico tolerando decúbito. TA 110/85 FC 54lpm. Destaca a la exploración abdominal masa pulsátil epigástrica molesta a palpación profunda. Pulsos conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: EKG sin alteraciones eléctricas. Rx Torác: Ensanchamiento mediastínico, y Lateral se evidencia dilatación distal de Ao Torácica descendente que abarca una longitud de 4,6 cm, no midiéndose diámetro. Revisando Rx Torax previas de urgencias constata dilatación con longitud de 2,2 cm en 2011 y hace 6 meses de 3,8 cm, siendo las últimas realizadas de diámetro considerable llegando a pared torácica posteriormente.

JUICIO CLÍNICO

Disección de aorta descendente distal (tipo 2). Angor

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial sería sobre entidades implicadas en el dolor torácico, principalmente en este paciente sería síndrome coronario vs síndrome aórtico.

COMENTARIO FINAL

El interés de este caso para el médico de atención primaria, radica en la importancia que ha tenido la radiología simple, la cual es de fácil acceso, para el diagnóstico diferencial del dolor torácico en dicho caso.

Aunque se ha sugerido que la radiografía de tórax adecuadamente realizada e interpretada por expertos tiene una alta precisión diagnóstica, la realidad es que en menos del 30% de pacientes existen signos inequívocos de disección. Sin embargo, se acepta que en el proceso diagnóstico es esencial contar con una radiografía de tórax porque no sólo puede ofrecer signos compatibles y apoyar, por tanto, la necesidad de realizar otra prueba de imagen para confirmar el diagnóstico, sino que también puede identificar otras causas de dolor torácico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zamorano JL, Mayordomo J, Evangelista A, San Román JA, Bañuelos C, Gil Aguado M. "Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en enfermedades de la aorta". Rev Esp Cardiol 2000; 53: 531-541.

165/199. LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

AUTORES:

(1) Díaz Saborido, A.; (2) Salguero de la Haya, S.; (3) Carrillo Abadía, I.; (4) González Trujillo, A.; (5) Mateos Velo, L.; (5) Membrillo Contioso, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino.

Huelva.; (2) Médico Residente de 2º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gibraleón. Huelva.; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 50 años con antecedentes personales de: Fumador de 15 cigarrillos al día. Hipercolesterolemia. Hipertensión Arterial. Pirosis.

Consulta a su Médico de Atención Primaria porque mientras cultivaba en el campo comienza con dolor opresivo en hemitórax derecho que se irradia hacia centrotórax y brazo izquierdo, con sensación de adormecimiento del mismo. Se acompaña de sudoración profusa y malestar general con intensa astenia.

Es trasladado a hospital de referencia tras ECG con alteraciones significativas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica: Hemograma: Hb 16.5 g/dL; Hematocrito 46.5%, 14640 Leucocitos (88.2% neutrófilos, 6.1% linfocitos), Plaquetas normales. Coagulación normal. Bioquímica: CPK 137, CPK-MB 5.01, TnT 0.06, Mioglobina 216. Electrocardiograma: RS a 85 spm. PR 210 msg. Mínimo crecimiento de onda R en D2 y D3, con ascenso de ST en cara inferior de hasta 44 mm; descenso de ST en D1, avL y V2-V5. Derivaciones derechas: Ascenso de ST de 1 mm en V3R, con T bifásica. V4R con onda T negativa. Derivaciones posteriores normales. Radiografía de tórax: Normal.

JUICIO CLÍNICO

SCACEST: IAM Inferior y VD. KILLIP I.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lo imprescindible es hacer un diagnóstico diferencial con entidades de gravedad Síndrome coronario agudo, Tromboembolismo Pulmonar, Síndrome Aórtico Agudo, Neumotórax...

COMENTARIO FINAL

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, dislipemias, diabetes, hipertensión, sedentarismo...). En este caso también destacar la importancia de una actuación precoz ante el dolor torácico.

BIBLIOGRAFÍA

Martínez-Sellez. M, Bueno. H, Sacristan. A, Estévez.A, Ortiz. J, Gallego. L, Fernández-Aviles. F- "Dolor torácico en Urgencias: Frecuencia, Perfil Clínico y Estratificación de Riesgo". Rev Esp Cardiol.2008; 61:953-9.

165/201. SÍNCOPE MIENTRAS BAILABA

AUTORES:

(1) Solís Aguilera, M.; (2) Barroso Recasens, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadira. Sevilla; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Paulina García Donas. Alcalá de Guadira. Sevilla.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Antecedentes personales: No RAMC. Toma anticonceptivos orales (acetato de ciproterona) desde hace un año. Fumadora esporádica. Bailarina de profesión. Anamnesis: Mujer de 20 años derivada por Médico de Atención Primaria a Urgencias hospitalarias por presentar cuadro de pérdida de conciencia de unos 4 minutos de duración, precedida de malestar general, mientras estaba en una actuación. Presenta cuadro confusional posterior y recuperación espontánea. No relajación de esfínteres, no dolor torácico, no movimientos tónico-clónicos ni otra sintomatología acompañante. A su llegada se encuentra asintomática. Los días previos había estado en reposo relativo por contractura muscular en pierna izquierda y que trató con ibuprofeno 600 mg/ 8 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Buen estado general. Consciente. Orientada en tres esferas. Normocoloreada. Afebril. Hidratada y profundida. Normotensa. Sat O₂ 98% a FiO₂ ambiente. Frecuencia cardíaca 110 lpm. No focalidad neurológica. Pupilas isocóricas normoreactivas. Motilidad ocular extrínseca normal. No signos de irritación meníngea. Pares craneales bien. Fuerza conservada. No déficit sensitivomotor. Movilidad de miembros conservada. Lenguaje sin alteraciones. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos ni extratonos MVC sin ruidos patológicos añadidos. MMII: aumento de temperatura en MII, sin aumento de tamaño respecto contralateral, sin edemas ni eritema. Homans positivo. Molestias a la dorsiflexión del pie. Resto anodina. Pruebas complementarias: Hemograma normal, coagulación dímeros D >5000. Bioquímica: CPK 96 109 87, Troponina T 270 303 225. Resto normal. EKG: taquicardia sinusal a 110 lpm, P normal, PR normal. QRS estrecho. BRDHH. T negativas en V1-V4. GSA: pH 7.46, pCO₂ 35, pO₂ 94, Na 137, K 3.8, G 121, lactato 1. AngioTAC: TEP masivo bilateral. Eco Doppler de MMII: TVP que afecta AL vena poplítea y tronco tibioperoneo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO

Síncope a filiar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Descartar posibles causas de síncope: vasovagal o neuromediado, cardiogénico, epilepsia, psicógeno.

COMENTARIO FINAL

Diagnóstico definitivo: Enfermedad tromboembólica venosa: tromboembolismo pulmonar + trombosis venosa profunda. Tratamiento y planes de actuación: Ante la alta sospecha de tromboembolismo pulmonar se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéutica y se solicita angioTAC.

Tránsito a acenocumarol a las 24h del ingreso que se mantiene al alta. Evolución: favorable, asintomática durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia). Precacución a la hora de prescribir anticonceptivos hormonales, se están dando casos de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes sin factores de riesgo. Es primordial explicar a nuestros pacientes los signos de alarma por los que deberán consultar de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Narro ML; Fraile R, Sáenz L, Arribas J. Síncope. Diagnóstico diferencial.
2. Esteban-Jiménez O, Velázquez-Lupiañez L. Tromboembolismo pulmonar en atención primaria.

165/212. DOLOR ABDOMINAL- IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA.**AUTORES:**

- (1) Llimona Perea, I.; (2) Perea Cejudo, I.; (3) Llimona Perea, C.; (4) Llimona Becerra, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Centro de salud Virgen de África. Sevilla.; (3) Enfermera; (4) Médico de Familia. Centro de salud Polígono Norte. Sevilla.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente mujer de 48 años, laboralmente activa (trabaja de limpiadora), sin antecedentes personales de interés, que niega hábitos tóxicos de ningún tipo, y que acude de manera repetida a su centro de salud consultando por dolor abdomino-torácico localizado en hipocondrio derecho y zona costal derecha, que se exacerba con la inspiración profunda y que en un principio impresiona de tipo muscular y así se enfoca. Tras 20 días la paciente sigue consultando pues no mejora con la analgesia prescrita y se prueban varias pautas. El cuadro sigue evolucionando y la paciente comienza a referir otra sintomatología acompañante como náuseas sin vómito, astenia y pérdida de peso, en ese momento y tras la aparición de esta sintomatología de alarma, se comienza a enfocar el caso como posible síndrome constitucional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida.

Sólo comenta en su primera visita ese dolor de características mecánicas y por tanto se realiza un reconocimiento básico de la zona, así como una auscultación cardiorrespiratoria que es normal, de manera que no se explora abdomen.

Tras la aparición de la sintomatología de alarma descrita se hace un reconocimiento completo de la paciente, de manera que en esta visita se explora abdomen: Abdomen blando y depresible, se palpa hepatomegalia de unos 15 centímetros, de consistencia dura y al tacto irregular, resto de abdomen sin hallazgos. La paciente no se había percatado de la masa palpable en consulta.

Se cursa ese día una ecografía abdominal y ante la tardanza de la prueba solicitada se decide enviar a la paciente a Urgencias.

En Urgencias se le realiza Analítica que muestra elevación de LDH y anemia ferropénica con Hemoglobina de 10.5 mg/dl. Se realiza Ecografía abdominal que muestra un hígado de aspecto tumoral.

Se ingresa en planta de Medicina Interna para estudio y filiación de la hepatomegalia, aquí se realiza TAC abdominal descubriendo metástasis pulmonares, hepáticas y un posible primario de lo que parece una enfermedad tumoral maligna en colon.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad tumoral metastásica con posible primario en colon.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En planta de Medicina Interna se planteó diagnóstico diferencial con posibles causas de hepatomegalia, como enfermedades infecciosas, enfermedades por depósito, otras enfermedades malignas como linfoma, etc.

COMENTARIO FINAL

Con este caso clínico pretendo demostrar la importancia de una correcta anamnesis y exploración clínica a la hora de filiar un dolor, de cualquier tipo, que no responde a analgesia.

La mayoría de las veces se trata de procesos vanales, pero hay que estar atentos a la sintomatología de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 12 Octubre, 7º edición.

- Medicina Interna, Farreras, 16º edición

CASOS CLÍNICOS POSTER

165/25. TENGO LOS GANGLIOS INFLAMADOS DEL CUELLO

AUTORES:

Gómez Sánchez, L.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Módulo Puente Mayorga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 15 años que presenta adenopatías laterocervicales bilaterales una de mayor tamaño asociada a cuadro de odinofagia y febrícula matutina desde hace dos semanas. No pérdida de peso, ni del apetito.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, eupneica y afebril. Orofaringe con hiperémica sin exudados visibles. Adenopatías múltiples bilaterales en toda la cadena ganglionares laterocervicales, entre la musculatura del esternocleidomastoideo y el trapecio, la mayor de 2cm de diámetro, no adheridas a planos profundos, no dolorosas, móviles y blandas. Exploración neurológica básica sin hallazgos. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin hallazgos. No síntomas constitucionales como fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. Analítica con bioquímica con fosfatasa alcalina, lactato deshidrogenasa y proteína C reactiva normal. Hemograma con discreta monocitosis sin otros hallazgos de interés, coagulación normal. Serología negativa para hepatitis, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, virus inmunodeficiencia humana, toxoplasma y herpes virus. Hemocultivos negativos. Radiografía de tórax posteroanterior y lateral sin hallazgos. Ecografía de partes blandas cervicales con ganglios linfáticos con morfología normal el mayor de 2 cm de diámetro sin necrosis en probablemente reactivos a proceso inflamatorio-infeccioso.

JUICIO CLÍNICO

Adenopatías reactivas a probable cuadro mononucleósido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Adenopatías no inflamatorias o neoplásicas (linfomas o enfermedad de células escamosas metastásicas), adenopatías inflamatorias-infecciosas agudas/subagudas o crónicas: mononucleosis infecciosa, tuberculosis cervical, virus inmunodeficiencia humana, Toxoplasmosis, sacidosis, turalemia, enfermedad por arañazo del gato, sífilis, brucelosis, etc. Medicamentosas. Enfermedades sistémicas raras (Castleman, Kikuchi, Kawasaki, Kimura...).

COMENTARIO FINAL

Los anticuerpos heterófilos pueden ser negativos durante la primera semana del cuadro. Se debe repetir esta prueba. Debe realizarse una historia completa para encontrar etiología (síntomas constitucionales, exposición a animales, viajes al extranjero, medicamentos y drogas, comportamiento sexual) y el examen físico (localización de los ganglios linfáticos, tamaño, consistencia, fijación, ternura). En los casos más difíciles puede necesitarse pruebas de laboratorio y biopsia. En la práctica clínica de atención primaria, la prevalencia de malignidad es tan baja como 1 por ciento; por ello se realizará biopsia si después de cuatro semanas no se resuelven las adenopatías y/o aparecen síntomas constitucionales.

BIBLIOGRAFÍA

Mark D Aronson, at el. Infectious mononucleosis in adults and adolescents. Untodate febrero 2015. Kenneth L Mc Clain, Kala Kamdu, MD. Overview of Hodgkin lymphoma in children an adolescents. Uptodate febrero 2015. Robert H Fletcher, MD. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. Uptodate febrero 2015.

165/37. "CORDÓN SUBCUTÁNEO MAMARIO EN MUJER JOVEN"

AUTORES:

(1) Guevara Barroso, V.; (1) Ruiz Díaz, G.; (1) Parra Valderrama, A.; (2) Gil Cañete, A.; (2) Mora Moreno, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la vega. Huelva.; (2) Médico Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 33 años sin antecedentes personales (AP) que acude a consulta porque se detectó hace una semana una tumoración en mama izquierda de 1,5 cm de diámetro que se resolvió a los 3-4 días y actualmente presenta un cordón indurado residual en región superior del pezón. Ha realizado tratamiento con AINEs sin mejoría y se pauta Cloxacilina 500 mg /8h/ 6 días. En una segunda consulta, tras la no mejoría, se sospecha patología circulatoria o mamaria y se solicitan pruebas complementarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Cordón indurado y doloroso en tejido celular subcutáneo en mama izquierda. Se resuelve a la vitropresión. No signos de infección. Pruebas complementarias: Se solicita coagulación y mamografía (BI-RADS-I bilateral no se aprecian imágenes patológicas). Los resultados fueron compatibles con la normalidad.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Mondor o tromboflebitis de la vena torácica lateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Absceso mamario, Cáncer de mama.

COMENTARIO FINAL

La enfermedad de Mondor es una lesión benigna que se caracteriza por tromboflebitis superficial de la pared anterior del tórax. Las Venas afectadas incluyen la torácica lateral, la toracoepigástrica y la epigástrica superior. Manifestaciones clínicas: aparición brusca de dolor en mama y/o pared anterior del tórax, seguida de aparición de un cordón visible y palpable doloroso en dicha zona. Incidencia: oscila entre 0,5% y 0,8%. La incidencia es superior en pacientes que han sido sometidas a cirugía de mama. Etiología: No ha sido definida completamente. Se ha relacionado con trauma directo a la vena o presión a las venas torácicas laterales que dan como resultado estasis. Factores de riesgo: cirugía de mama, biopsia de mama, cáncer de mama, procesos inflamatorios y traumas. El diagnóstico es básicamente clínico. Está indicado realizar una mamografía y análisis de coagulación de control. Tratamiento: analgésicos y antiinflamatorios. Evoluciona espontáneamente hacia la curación en 3-6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrantes M, Pérez M, Chaparro JM. Enfermedad de Mondor. AnMed (Mex) 2011; 56 (3):159-161
- Bejanga BI. Mondor's Disease: Analysis of 30 cases. J Royal CollSurg (Edinb) 1992; 37: 322-324.

165/48. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPERTRANSAMINEMIA: ENFERMEDAD DE WILSON.

AUTORES:

- (1) Mateos Velo, L.; (1) Membrillo Contioso, E.; (2) González Trujillo, A.; (3) Carrillo Abadia, I.; (4) Díaz Saborido, A.; (5) Palomo Cobos, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraltón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Río Tinto.Huelva Grupo de Salud Laboral.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Antecedentes Personales: No RAM. Vacunación correcta. Peso: 52.700 Kilogramos. Neumonía del LII. Hipertransaminasemia.

Anamnesis: Paciente de 11 años con sd mononucleosico de 3 semanas de evolución y que en estudio analítico se detecta hipertransaminemia. Por lo que es derivado a pediatría hospitalaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Faringe normal. Cardiorespiratorio normal. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación sin masas, hepatomegalia de 1-2 cm bajo reborde costal.

Pruebas complementarias:

Hemograma, hormonas tiroideas, glucosa, iones y hierro normal.

Bioquímica: persistencia de elevación de transaminasas: GOT 92, GPT 208; GGT5.

Serología hepática: VHA, VHB, VHC normales. VEB ig G positivo.

Tras cinco meses y persistencia de transaminasemia: Ecografía abdominal: leve hepatomegalia, hígado graso.

A los 6 meses se pide Ceruloplasmina, Alfa1 Antitripsina y anticuerpos celiaquía y parásitos en heces que son normales. Test del sudor negativo.

En una la siguiente analítica la ceruloplasmina aparece baja (10) se pide cobre en orina de 24 h: elevado 129 mcg/24 h (normal hasta 60), cobre en sangre baja: 53 mg/dl..

Secuencia GEN ATP7B: mutaciones Hys645 y Hys-1069gln asociados a enfermedad de Wilson, con polimorfismo asociado.

Oftalmología : no se aprecia anillo de Kayser Fleisher.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Wilson.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evolución: Se deriva a la unidad de digestivo donde realizan biopsia hepática siendo positiva, Cumple criterios de tratamiento e inicia estudio de familiares: resultando su padre y hermanos positivo en dicha mutación asintomáticos en el momento actual.

Tratamiento: se inicia con Winzin 50 mg cada 8 h y auxina 200 mg 1 vez al día y recomendaciones dietéticas, a los 6 meses se decide inicio con

D-penicilamina 250 mg días y Pídoxina 25 mg que se ajusta según analítica.

COMENTARIO FINAL

La enfermedad de Wilson se caracteriza por una alteración en el metabolismo del cobre que ocasiona su acumulo en diferentes tejidos, principalmente hígado, núcleos basales y córnea, lo que origina las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad. Se transmite por herencia autosómica recesiva y tiene una prevalencia de 10 a 30 por millón de habitantes, con una tasa de portadores de 1/90.

El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales ya que, al ser una enfermedad progresiva, se evitarían las importantes secuelas que pueden llegar a ocasionar la muerte antes de los 50 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruguera M. Enfermedad de Wilson. En: Berenguer J, Berenguer M, Ponce J, Prieto M, Sala T, editores. Gastroenterología y Hepatología. 3ª edición. Harcour; 2002. p. 695-699.

165/49. ¿SE BANALIZA EL DOLOR LUMBAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA? DESCRIPCIÓN DE UN CASO DE LUMBALGIA POR FRACTURA VERTEBRAL CON AFECTACIÓN MEDULAR.

AUTORES:

Jiménez Tapia, T.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 84 años, totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Como antecedentes importantes podemos destacar que es hipertensa y dislipémica. Asimismo padece Insuficiencia renal moderada y Osteoporosis, y está intervenida de prótesis de rodilla derecha.

La paciente acude a su médico de Atención Primaria por dolor en zona lumbar tras realizar esfuerzo físico al coger unas cajas. A la exploración presenta dolor a la flexo-extensión del tronco y a la palpación de musculatura paravertebral lumbar (escala EVA de 6). Se pauta tratamiento analgésico con paracetamol y opiodes menores y se cita nuevamente en dos semanas para valorar evolución.

En la segunda visita, nuestra paciente refiere empeoramiento del dolor (escala EVA 8), que cede parcialmente con los analgésicos pautados. Además la paciente cuenta como clínica de reciente aparición incontinencia/retención urinaria y limitación de la deambulación por dolor y pérdida de fuerza en miembros inferiores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En esta exploración destaca dolor a la palpación de apófisis espinosas (de L1 a L3) y musculatura paravertebral, con limitación de la movilidad del tronco superior. Neurológicamente encontramos disminución de fuerza en miembros inferiores con sensibilidad y

reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. La deambulación está imposibilitada por el dolor.

Entre los distintos diagnósticos diferenciales pensamos en tumor maligno (la paciente no refiere síndrome constitucional ni síntomas sistémicos), infecciones (no hay clínica compatible ni contactos de riesgo), dolor radicular (no existe irradiación ni distribución típica, aunque existe clínica neurológica compatible), espondiloartropatías o deformidades vertebrales (no constan en su historial aunque no las podemos descartar a priori), fracturas vertebrales (frecuentes en mujeres con osteoporosis que pueden asociar clínica neurológica), y, por último, podría ser un dolor lumbar inespecífico (aquel que no podemos clasificar en ninguna de las patologías anteriores). Nuestra paciente tiene criterios de riesgo tales como la edad, la osteoporosis y los síntomas neurológicos por lo que es necesario realizar radiografía lumbar urgente objetivándose aplastamiento de L2. Se deriva a urgencias por sospecha de fractura vertebral. En urgencias se realiza TAC de columna lumbosacra donde se informa de fractura aplastamiento de cuerpo vertebral L2 y se objetiva trazo de fractura de hemicuerpo izquierdo con afectación del muro posterior, e invasión del conducto espinal, con borramiento de la grasa epidural. Se ingresa en planta de Traumatología y tras valorarse el caso en sesión clínica se decide tratamiento conservador con corsé.

JUICIO CLÍNICO

Fractura aplastamiento vertebral de L2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIO FINAL

El dolor lumbar es un motivo de consulta frecuente en la consulta de atención primaria. Es importante prestar atención a los signos de alarma (síndrome constitucional, edad superior a 55 años, clínica neurológica, neoplasia previa, deformidad estructural, traumatismo previo,..) y realizar una exploración física completa, antes de catalogarlo como lumbalgia inespecífica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Morales M.^a Isabel, MoixQueraltó Jenny, Vidal Fernández Julia. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud [revista en la Internet]. 2008 Ene [citado 2015 Mar 31]; 19(3): 379-392. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007&lng=es.
2. Rivas Hernández Rafael, Santos Coto Carlos A.. Manejo del síndrome doloroso lumbar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Mar 31]; 26(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100013&lng=es.
3. Vicente-Herrero M T 1, López-González A A 2, Ramírez Iñiguez de la Torre M V 3, Capdevila García L M 4, Terradillos García M J 5. Lumbalgia y hernia discal lumbar. Revisión bibliográfica y bibliométrica. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n1/docs/Articulo2.pdf>

4. Insausti Valdivia, Joaquín. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. *ReumatolClin*. 2009;5(S2):19–26. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13140282&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=273&ty=129&accion=L&origen=reuma&web=www.reumatologia-clinica.org&lan=es&fichero=273v05nExtra2a13140282pdf001.pdf

5. Larrea Gayarre A. GarcíaLopez C. Artrosis de la columna vertebral. En J. Paulino Tévar. *Reumatología en Atención Primaria*. 2ª Edición. Edit. Aula Médica, Madrid, 2006; 392-406.

6. Bravo, P.A. y González-Durán, R. (2001). Valoración clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8 Supl. II, 48-69.

165/52. OBSTRUCCION INTESTINAL POR FITOBEZOAR.

AUTORES:

(1) Romero Bernal, A.; (2) Calvo Sabio, J.; (1) Arjona Jiménez, J.; (1) Ruiz Sánchez, G.; (1) Carrillo Abadía, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

No alergias a medicamentos.

AP: HTA.

Paciente varón de 57 años que acude a consulta por dolor abdominal desde la noche anterior que lo despertó, acompañado de náuseas, vómitos que el se provoca porque le alivia el dolor. Una única defecación hace cinco días de consistencia líquida. Afebril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BEG. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril. Tolera decúbito. ACP tonos rítmicos a buena frecuencia. BMV sin ruidos patológicos. Abdomen muy distendido con RHA conservados, muy doloroso a la palpación, timpánico, masas y megalias no valorables. MMII sin edemas.

Se deriva a urgencias hospitalarias.

Bioquímica: Glucosa 103 mg/dL Urea 83 mg/dL Creatinina 1,84 mg/dL Bilirrubina total 1,06 LDH 616 U/L PCR 318,5 mg/L

Hemograma con parámetros dentro de la normalidad.

Rx Abdomen: Niveles hidroaéreos.

TAC Abdomen: Marcada dilatación de la cavidad gástrica y de casi todo el intestino delgado con abundante contenido hidroaéreo intraluminal y un nivel hidroaéreo alto en fundus gástrico. El marco cólico aparece prácticamente colapsado en su integridad. Escasas burbujas aéreas en ampolla rectal.

JUICIO CLÍNICO

Obstrucción intestinal por fito bezoar.

FRA pre_renal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad diverticular complicada, isquemia intestinal aguda por trombosis mesentérica y obstrucción intestinal aguda por bridas postoperatorias, cuerpos extraños.

COMENTARIO FINAL

EL paciente se interviene de urgencias por laparotomía supra-infraumbilical. Posteriormente presenta un fracaso renal por translocación bacteriana e íleo paralítico y una retención urinaria que precisa sondaje vesical hasta revisión en consulta de urología.

BIBLIOGRAFÍA

Rev. méd. Chile. v136 n8. Santiago Ago 2008.

165/54. ICTERICIA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

(1) Trueba Carreón, J.; (2) García Jiménez, M.; (3) López Coto, M.; (4) González Trujillo, A.; (5) García Martín, P.; (6) Trujillo Díaz, N.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva; (2) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que consulta en el servicio de urgencias por presentar dolor en epigastrio irradiado en cinturón de 5 días de evolución. Además, se acompaña de náuseas y vómitos, ictericia, coluria, y prurito intenso. Afebril. No síndrome constitucional.

El mes antes había estado ingresado en neumología por una agudización de EPOC, siendo tratado con Amoxicilina/Ácido Clavulánico.

Como antecedentes destaca, además de EPOC, insuficiencia cardíaca y dislipemia.

Fumador de 30 paquetes/año y bebedor importante hasta dos meses antes.

Tratamiento en domicilio: furosemida 40mg/24h, atrovent 2 inhalaciones cada 6 horas y foster 2 inhalaciones cada 12 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Obeso, eupneico en reposo, buen estado general. Ictericia mucocutánea.

ACP: tonos rítmicos, sin soplos. BMV sin ruidos patológicos.

Abdomen: globuloso. Dolor generalizado más intenso en epigastrio. Sin masas ni megalias. No hay claros signos de peritonismo. Murphy negativo. Hepatomegalia de 2 traveses de dedo.

MMII sin edemas ni signos de TVP.

Análítica en urgencias: leucocitos 7.090 con 61% neutrófilos, plaquetas 353.000. Coagulación: INR 1, TTPA 34.9. Glucosa, iones y función renal normales. Bilirrubina total 11.62.

Ecografía en urgencias: Hepatomegalia moderada derecha. Vesícula biliar aumentada de tamaño con aumento de flujo y grosor de su pared, con contenido ecogénico y Murphy positivo. Vía biliar intrahepática ligeramente resaltada. Resto sin alteraciones. No líquido libre.

JUICIO CLÍNICO

ICTERICIA OBSTRUCTIVA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ictericia por alteraciones del metabolismo de la bilirrubina:

- Por aumento de bilirrubina conjugada: Sd. de Dubin-Johnson, enfermedad de Rotor.

- Por aumento de bilirrubina no conjugada:

*Por aumento de su producción: hemólisis, eritropoyesis ineficaz.

*Por disminución de captación: fármacos, Sd. de Gilbert, insuficiencia cardiaca, shunt porto-sistémico.

*Por alteración de la conjugación: Sd. de Gilbert, Sd. de Crigler-Najjar, fármacos.

Ictericia por hepatopatía:

- Disfunción hepatocelular: por virus, fármacos/drogas, alcohol, autoinmune, enfermedad de Wilson, disfunción tiroidea.

- Colestasis intrahepática: hepatitis vírica, hepatitis alcohólica, esteatosis, hepatitis crónica, cirrosis biliar primaria, drogas y toxinas, sepsis, enfermedades infiltrativas, embarazo, postoperatorio, enfermedad venooclusiva.

Ictericia por obstrucción biliar (colestasis extrahepática):

- Coledocolitiasis

- Trastornos primarios de conductos biliares: colangitis esclerosante, colangiopatía del SIDA, neoplasias, estenosis postquirúrgicas, trastornos congénitos.

- Compresión extrínseca: neoplasia de cabeza de páncreas, hepatocarcinoma, adenopatías, pancreatitis, Sd. de Mirizzi.

COMENTARIO FINAL

Se ingresó en planta de digestivo para estudio. Se realizaron múltiples pruebas, entre ellas otra ecografía abdominal, una TAC y una colangio-RM, siendo todas sin normales, sin encontrar causa para el cuadro. Durante su ingreso se realizaron también varios controles analíticos, que fueron normales, salvo por la elevación de las transaminasas (sobre todo a expensas de enzimas de citolisis) y los valores crecientes de bilirrubina (tanto total como directa). El estudio de hepatopatía, incluyendo virus, anticuerpos y enfermedades por depósito, fue negativo.

Permaneció con ictericia y prurito durante varias semanas, hasta que comenzaron a disminuir los valores de bilirrubina y transaminasas, lenta y progresivamente.

Se llegó a la conclusión de que el cuadro fue causado por una hepatitis tóxica medicamentosa por el

amoxicilina/clavulánico que había estado tomando por la agudización de EPOC.

A su alta se encontraba asintomático, salvo prurito que controlaba con antihistamínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

- Aviñó Tarazona V, Bejarano García A, Casado Monge PG, Domínguez Teba AJ, Fuentes Calvente CM, Gutierrez Cortizo EN, et al. Patología digestiva. Guía de actuación en atención primaria. Bejarano García A, Maraver García A, Talavera Fabuel A, Medero Canela R, editores. Huelva: Complejo hospitalario de Huelva; 2013.

- Bejarano García A, Bejarano González-Serna D, Díaz Naváez F, García Esteban MC, Granados Reyes GM, Kabak Luis MK, et al. Guía de actuación práctica en urgencias digestivas. Bejarano García A, Kabak Luis MK, Maraver García A, Talavera Fabuel A, editores. Huelva: Hospital Infanta Elena; 2011.

165/57. FUGA ESPONTÁNEA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

AUTORES:

(1) Martín Brioso, E.; (2) Benitez Lafuente, A.; (3) Parreño Mantero, J.; (4) Delgado Moya, M.; (5) García Martín, P.; (6) Trujillo Díaz, N.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente hombre de 54 años con síntomas catarrales en las semanas previas que en los 4 últimos días ha presentado rinorrea unilateral, que aparece al agachar la cabeza o al realizar movimientos de la misma, presentando goteo nasal constante; se acompaña de importante cefalea al incorporarse de la cama por la mañana. No otros síntomas acompañantes. No refiere traumatismo ni cirugía previas. No reacciones adversas medicamentosas conocidas. No otros antecedentes personales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Objetiva: Buen estado general, COC, bien hidratado y perfundido. Afebril. Auscultación cardio-pulmonar: corazón rítmico a 84 spm sin soplos; buen murmullo vesicular sin ruidos sobre añadidos. Carótidas normales. Abdomen: blando, sin masa ni megalias, no dolor a la palpación. Orofaringe:

hiperémica, sin exudado amigdalario ni moco en cavum. Otoscopia bilateral: sin hallazgos. Se deriva a la paciente a urgencias del hospital donde se analiza líquido procedente de rinorrea, líquido de aspecto claro que no aparenta consistencia mucosa, desde el laboratorio informan de alta probabilidad de que se trate de LCR. Se deriva a ORL tras pautar tratamiento antibiótico empírico. Endoscopia: desviación septal alta, techo de fosa nasal con líquido transparente. RNM: silla turca vacía, no se evidencia fistula. TAC: no se evidencia fistula.

JUICIO CLÍNICO

Sospecha de fistula espontánea de líquido cefalorraquídeo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe ser establecido entre las distintas etiologías de la rinorrea. El carácter de la rinorrea puede orientarnos hacia su etiología, esta puede ser de tipo seroso, mucoso, purulento, hemático, o una combinación de ellas. En el caso de una rinorrea de aspecto purulento puede ser producida por una sobre-infección bacteriana y/o cuadros virales, si es unilateral y se presenta en niños es necesario descartar la existencia de cuerpo extraño. La principal causa de rinorrea de tipo seroso-mucoso es la rinitis aguda alérgica o no alérgica y cuadros virales. Si encontramos sangre en la secreción debemos descartar la presencia de un tumor. Las causas más frecuentes de rinorrea crónica son: rinitis alérgica, rinosinusitis, secundaria a obstrucción mecánica nasal posterior (hipertrofia de adenoides u otros), y rinitis no alérgicas.

COMENTARIO FINAL

La rinorrea por fuga espontánea de LCR es una entidad poco frecuente relacionada principalmente con malformaciones asociadas en la base del cráneo. La importancia de su diagnóstico precoz radica en evitar las principales complicaciones asociadas a este proceso, principalmente la prevención de infecciones del LCR (Meningitis bacteriana) mediante antibioterapia empírica y vacunación (antineumocócica) adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

Deenadayal DS, Vidyasagar D, Naveen Kumar M, Sudhakshin P, Sharath Chandra SV, Hameed S. Spontaneous CSF Rhinorrhea Our Experience. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2013;65(Suppl 2):271-275. doi:10.1007/s12070-011-0431-3.

González-Sánchez JG, Chávez-Velázquez AM, Velázquez-Santana H. Manejo integral de fístulas de líquido cefalorraquídeo. An Orl Mex 2012;57(1):25-30.

165/59. LA JUVENTUD NO ES INCOMPATIBLE CON PADECER UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

AUTORES:

(1) Carrillo Abadía, I.; (2) García Martín, P.; (3) González Trujillo, A.; (4) Mateos Velo, L.; (4) Membrillo Contioso, E.; (5) Aguado Medero, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibralfaró. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino.; (5) Médico de Familia y Comunitaria de la UGC de Moguer. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

ANTECEDENTES PERSONALES: Hombre, 35 años. HTA en tratamiento con atenolol 50mg.

ANAMNESIS: Acude a urgencias por dolor torácico intenso y continuo, de carácter opresivo, localizado en epigastrio y retroesternal. Afebril. Sin cortejo vegetativo ni disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACION: Buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Tolerancia decúbito. ACP: corazón rítmico a 70lpm. Buen murmullo vesicular. Abdomen: normal. MMII sin edemas ni signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1. Bioquímica: TnT 0.73, CK-MB 86.47, CK 1104, PCR 21.9.
2. Hemograma: leucocitos 12050, neutrófilos 8280, plaquetas 259000
3. Coagulación normal
4. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 64lpm, descenso de <1mm de ST en V3-V4, onda T plana en I, V5-V6, Negativa en aVL, Alta y picuda en V2-V3.
5. Radiografía de tórax: no cardiomegalia
6. Ecocardiografía: hipocinesia en cara lateral basal. Fracción de eyección conservada. Aurícula izquierda dilatada e insuficiencia mitral ligera.
7. Cateterismo cardíaco: lesión en primera rama marginal con obstrucción del 100%. ACTP. Stent ABS-ROB y posterior dilatación.

JUICIO CLÍNICO

Infarto agudo de miocardio. HTA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de un dolor torácico en un paciente joven debemos de considerar que sea un patrón isquémico, tromboembolismo pulmonar, patrón disección aórtica, patrón pericárdico, patrón pleurítico, patrón esofágico, patrón osteomuscular y patrón psicógeno.

COMENTARIO FINAL

En los pacientes más jóvenes (< 35 años), las principales causas de mortalidad son accidentes de tráfico, suicidio y sida. A partir de los 35 años, la enfermedad coronaria se convierte en la primera causa de muerte en los varones mayores de 45 años y en las mujeres mayores de 65 años. A su vez, el infarto agudo de miocardio constituye la causa más frecuente de mortalidad isquémica del corazón, un 68%. El tabaquismo constituye el factor de riesgo más frecuente en

los pacientes jóvenes, seguido de los antecedentes de hipercolesterolemia, de HTA y de diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Morillas P, Cabadés A, Bertomeu V, Echanove I, Colomina F, Cebrián J et al. Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 45 años. Rev Esp Cardiol. 2002;55:1124-31.
2. Villar F, Banegas JR, Rodríguez F. Mortalidad por cardiopatía isquémica en España. Cardiología preventiva. 2000; 1-7.
3. Serrano JA. Epidemiología de la cardiopatía isquémica. Factores de riesgo y prevención primaria. Cardiopatía isquémica. 1999; 15-69.

165/61. ECCEMA HERPÉTICO EN SEÑORA DE 54 AÑOS

AUTORES:

- (1) Serratosa Márquez, F.; (2) Godoy Guerrero, F.; (3) Rull Martínez, M.; (4) Rodríguez Gómez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga.; (2) Médico Internista. Hospital de Ronda. Ronda. Málaga.; (3) Médico Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro Privado “ Médicos de Ronda”. Ronda. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que acude a consulta y refiere que lleva tres días con lesiones dérmicas en el miembro superior izquierdo. En tratamiento con doxiciclina y prednisona. En la exploración se observa acumulo de lesiones vesiculo-ampollosas, que están en elevación. En la consulta se le realiza analítica, se le retira los corticoides y se deriva a la consulta de dermatología para el día siguiente. En la consulta de Dermatología se le realiza tzanck y se pauta de tratamiento valaciclovir 1g/8h durante 10 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: hemograma leuco 11630(N72%), hb 14.2g/dL, hto 40.9%, plaquetas 179000. Bioquímica glucosa 296 mg/dL, creatinina 0.58 mg/dL, Na 136meq/L, K 4.56 meq/L. PCR 16.3 mg/L. Citología por raspado cutáneo de tzanck con presencia de alteraciones nucleares en queratinocitos compatibles con infección viral muy probablemente herpética.

JUICIO CLÍNICO

Eccema herpético

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infección por VVZ
- Impétigo
- Dermatitis de contacto

COMENTARIO FINAL

Tras 10 días de tratamiento las lesiones desaparecieron totalmente y sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Pub-Med

165/62. NEUROCISTICERCOSIS EN PACIENTE ECUATORIANA

AUTORES:

- (1) Serratosa Márquez, F.; (2) Godoy Guerrero, F.; (3) Rull Martínez, M.; (4) Rodríguez Gómez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga.; (2) Médico Internista. Hospital de Ronda. Ronda. Málaga.; (3) Médico Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro Privado “ Médicos de Ronda”. Ronda. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente ecuatoriana, residente en España desde el año 2004. Tan solo refiere episodios de dispepsias ocasionales.

Consulta en Urgencias al presentar en las últimas 24h parestesias en hemicara izquierda y en miembro superior izquierdo con clonias hemifaciales de dicho lado de minutos de duración, sin alteración del nivel de conciencia con recuperación completa. Ha presentado cefalea no severa los dos días previos. Sin fiebre. Cuadro catarral-faríngeo con cefalea de intensidad moderada hace un mes que cedió con analgésicos y amoxicilina en una semana. Sin focalidad previa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 120/85, afebril, no ingurgitación yugular, no adenopatías laterocervicales, tumoración de consistencia blanda no dolorosa a nivel de axila derecha que presenta desde hace más de quince años. AC: rítmica, sin soplos, AP: con murmullo vesicular conservado sin otros ruidos sobreañadidos, ABD: sin puntos dolorosos, con ruidos conservados, miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: pares craneales normales, sin focalidad neurológica, fondo de ojo sin alteraciones.

-Analítica: leucocitos 11020 (N 83'2%, L 9'2%, E 0'6%), serie roja y plaquetas normales. Coagulación dentro de límites normales. Bioquímica: glucosa 148 (no basal), resto dentro de la normalidad. -Orina: básico y sedimento sin alteraciones. Rx de Tórax: sin hallazgos significativos. -ECG: ritmo sinusal, FC 100lpm, sin alteraciones en el trazado. -TC craneal con/sin contraste: se observa imagen nodular de 14mm, hipodensa con pequeño realce en anillo y discreto edema periférico, a nivel subcortical del lóbulo parietal derecho. -Punción lumbar: acelular, bioquímica normal. -RMN craneal: en lóbulo parietal derecho se observa una imagen quística con punto en su interior de 12x12 mm con edema a su alrededor que muestra zonas de realce en su proximidad y que no produce efecto masa. Resto no relevante. -Rx de caderas y muslos: sin alteraciones. -Ecografía abdominal sin hallazgos. -Analítica: IgE normales, PCR y VSG en límites normales. -Mantoux negativo. -Serología: toxoplasmosis, lues, hidatosis y cisticercosis negativa. -Ecografía de partes blandas de axila: normal.

JUICIO CLÍNICO

Crisis focales sensitivo-motoras secundarias a lesión quística parietal derecha por probable neurocisticercosis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neoplasia cerebral
Quistes hidatídicos
Toxoplasma
Absceso cerebral

COMENTARIO FINAL

Tras su ingreso se instaura tratamiento con carbamazepina (CBZ), presentando algunas parestesias en cara en las 24-48h del inicio de éste, quedando posteriormente sin crisis. Se atribuye inicialmente la lesión a neurocisticercosis y se opta por no realizar tratamiento cestocida, consensuado con la paciente, optándose por una actitud vigilante. El tratamiento del alta es con CBZ.

BIBLIOGRAFÍA

Pubmed

165/90. DIAGNÓSTICO DE TVP MEDIANTE TÉCNICA DE COMPRESIÓN SIMPLIFICADAAUTORES:

Rojo Iniesta, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Inflamación en miembro inferior derecho.

Antecedentes personales: Varón de 72 años de edad. NAMC. HTA y diabético tipo 2 no insulino-dependiente. En tratamiento con QT paliativa por CA de esófago de tercio medio.

Enfermedad actual: Consulta en nuestra consulta de Atención Primaria por dolor en hueso poplíteo e inflamación de miembro inferior derecho de 2 días de evolución. Desde hace una semana, el paciente presenta deterioro del estado general y disminución de la movilidad activa. No disnea, no fiebre ni otra clínica acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aceptable estado general. Consciente y orientado. TA 140/90. SatO₂ 98%. Afebril. Fc 80 lpm. ACR: MVC sin ruidos patológicos. Tonos rítmicos sin soplos. Presenta aumento de tamaño en pantorrilla derecha, acompañado de región empastada en cara anterior de la pierna y aumento de temperatura.

Se realiza ecografía venosa en miembro inferior derecho mediante la técnica de compresión simplificada con el ecógrafo en nuestro Centro de salud. Esta técnica consiste en la visualización de dos regiones: Por un lado, se debe visualizar en región inguinal, la vena femoral común con la salida de la vena safena superficial, acompañadas por la vena femoral común, o según la altura a la que nos encontremos la arteria femoral común ya bifurcada en arteria femoral

profunda y superficial. Posteriormente, en región poplíteo, debemos visualizar arteria poplíteo acompañada de vena poplíteo. La misión del médico de atención primaria, con esta técnica, es visualizar el colapso completo de los vasos venosos mediante la compresión con la sonda ecográfica. Si el colapso es completo en ambos puntos, podemos decir que no existe trombosis venosa profunda. Si observamos que el colapso no es completo en uno o en las dos regiones, existe algo riesgo de padecer una TVP, y se deberá completar el estudio con ecografía doppler de miembros inferiores reglado.

JUICIO CLÍNICO

TVP en miembro inferior derecho

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Celulitis tibial

COMENTARIO FINAL

En esta caso, el paciente presentaba colapso incompleto en ambas regiones del miembro, por lo que se derivó a Urgencias del Hospital y se completó el estudio con doppler reglado y se diagnosticó finalmente de una TVP. La ventaja de la realización de esta técnica por parte de los Médicos de Atención Primaria es que permite descartar una patología de forma rápida y sencilla. En el caso de que la técnica fuera positiva, sólo basta con confirmar el diagnóstico a través de la realización de eco doppler de miembros inferiores.

BIBLIOGRAFÍA

Color Atlas of Ultrasound Anatomy. B.Block. Thieme. Introducción a la Ecografía en Urgencias. Eco SEMES. Manual de ecografía clínica. Gonzalo García de Casasola. SEMI.

165/92. SEMI-VÓLVULO EN PACIENTE DE 30 AÑOS SIN ANTECEDENTESAUTORES:

Arjona Jiménez, J.; Ruiz Sánchez, G.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.

RESUMEN:DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales: Mujer de 30 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. No realiza ningún tratamiento.

Anamnesis: Consulta a su MAP por molestias abdominales en epigastrio, motivo por el cual se le pide una Radiografía de abdomen, a la vista de la cual es remitida al servicio de Urgencias del Hospital.

El dolor que describe la paciente es tipo cólico, irradiado a ambos hipogastrios y a ambas fosas iliacas, el cual no le permite conciliar el sueño. Afebril en todo momento. No náuseas ni vómitos. Episodios de estreñimiento asociados. No sintomatología de otros aparatos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada. Bien hidratada y perfundida. Afebril y con buenas constantes en todo momento.

AC: Tonos rítmicos, sin soplos, roces, ni extratonos.
AP: Buen murmullo vesicular bilateral.

Abdomen: blando, depresible. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas, no hernias ni megalias. Pulsos conservados. A destacar ruidos hidroaéreos presentes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1-Radiografía Abdomen: En epigastrio y región del hipocondrio izquierdo visualizamos una distribución anómala del luminograma aéreo con gran distensión de lo que podría ser la cámara gástrica que adopta una disposición anómala que no podía descartar se debiera a volvulación del mismo. Además se apreciaba un silencio abdominal en hemiabdomen izquierdo interrumpiéndose el luminograma del colon descendente, aunque existía aire distal (rectosigmoideo) y no hay clara dilatación de asas colónicas que indique obstrucción. Recomendaban TAC abdominal.

2-TAC Abdominal: Disposición anómala y dilatación del ángulo esplénico, compatible con semi-volvulación y posible hernia interna, sin mecanismo obstructivo en la actualidad, ni datos de isquemia mural.

3-Analítica: Bioquímica, hemograma y gasometría venosa dentro de parámetros de normalidad.

Tras ser valorada la paciente por el cirujano de guardia, decide citar a la paciente en consulta externas de cirugía unos días después, explicándole los signos de alarma a la paciente.

Cuando la paciente fue a la consulta de cirugía ingreso, y dos días después fue intervenida de Pexia Cólica.

En la revisión de pauta por cirugía se le realizó previamente una colonoscopia donde se observó que se resolvió el semi-vólvulo.

JUICIO CLÍNICO

Semi-volvulación y posible hernia interna sin obstrucción.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIO FINAL

Los vólvulos del colon son el cuadro de obstrucción intestinal producido por la torción de un asa del intestino sobre su eje mesentérico. Esta torsión ocurre más frecuentemente en los sigmoides, menos en el ciego y excepcionalmente en el transverso.

Los vólvulos del colon derecho son más raros. No presentan una distribución geográfica definida, como en el vólvulo de los sigmoides, lo que nos indicaría que en él no tienen mayor incidencia los factores externos productores de enfermedades intestinales.

El colon, desde el punto de vista embriológico, anatómico, funcional y quirúrgico, se divide en un sector derecho (colon derecho) y otro izquierdo (colon izquierdo) cuyo límite es una línea que pasa sobre el colon transversal a la izquierda de la arteria cólica media. Los vólvulos localizados en el sector derecho, son debidos principalmente a una malformación congénita. Los ubicados en el colon izquierdo, siempre corresponden a los sigmoides y reconocen como causa etiológica un asa anormalmente móvil sumada a enfermedades que dilatan y alargan la sigma (dolico-megasigma). Los vólvulos ubicados en el transversal

se deben a la exageración de una situación normal (colon en guinalda) y son excepcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amarillo, H.: "Megacolon del adulto". Tesis Univ. Nac. de Tuc. 1982.
2. Anderson, M.; Okike, N.; Spencer, R.: "The colonoscope in cecal volvulus. report of three cases". Dis. Col. Rect. 21;71,1978.
3. Barredo, C.; Mancini, B.; Witis, S. y Minetti, A.: "Vólvulos del colon". Rev. Argent. Cirug. 41:183,1981.

165/93. UNA EPIGASTRALGIA CON SOPRESA.

AUTORES:

- (1) García Martín, P.; (2) Trujillo Díaz, N.; (3) Díaz Saborido, A.; (4) Ruiz Sánchez, G.; (5) Martín Brioso, E.; (4) Arjona Jiménez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de unos 9 cigarrillos al día, bebedora de 2 litros de cerveza al día, sin otros antecedentes de interés. La paciente acude a consulta en repetidas ocasiones por epigastralgia de carácter opresivo que aparece en épocas de estrés, cuando aumenta la ingesta de alcohol o en ayunas. Se acompaña de náuseas y esporádicamente de vómitos. Aparece aproximadamente una vez por semana siendo cada vez mayor su frecuencia. No fiebre, pérdida de peso, ni otros síntomas asociados. Comenzamos tratamiento con omeprazol, con lo que mejora la sintomatología pero tras su retirada vuelven a recurrir los síntomas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Buen estado general, no adenopatías cervicoaxilares, ACR normal, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

Hemograma y bioquímica con perfil abdominal: normales.

Serología virus B y C normales.

Serología para H. Pylori negativa.

Rx tórax normal.

Ecografía abdominal normal.

Endoscopia digestiva alta se aprecia lesión compatible con ectopia gástrica a nivel de esófago cervical y mucosa con erosiones varias en bulbo de forma difusa.

Biopsia con heterotopia gástrica cervical. No se identifican H. Pylori.

Se plantea tratamiento con pantoprazol 40 mg al día y abandono de su hábito tabáquico y enólico.

JUICIO CLÍNICO

-Bulboadenitis,
-Heterotopia gástrica cervical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Enfermedad ulcerosa péptica.
Duodenitis erosiva.
Cáncer gástrico
Lesiones obstructivas.
ERGE con síntomas atípicos.
Cáncer de esófago.
Enfermedades biliares o pancreáticas.

COMENTARIO FINAL

La epigastralgia es un síntoma muy prevalente en la sociedad y debemos comenzar con una buena historia clínica para hacer diagnóstico diferencial y orientarnos de la patología que puede ser la causante. Empleando todas las herramientas de las que disponemos, en este hemograma, bioquímica, serología, ecografía y radiografía, se pueden descartar muchos diagnósticos, disminuir el número de derivaciones a otras especialidades y adelantar el estudio para un diagnóstico más precoz. En este caso tras descartar diferentes patologías se decidió derivación a medicina interna para ampliar el estudio y lo sorprendente fue el hallazgo casual de la heterotopia gástrica en esófago cervical, que en principio no está en relación con la sintomatología. Este hallazgo deberá tener revisiones periódicas para determinar su extensión y prevenir complicaciones. Cabe destacar el papel que tenemos como médicos de atención primaria de la educación sanitaria como sería en este caso insistir en evitar hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol explicando los riesgos y la importancia que tiene.

BIBLIOGRAFÍA

Jensen P. J, Feldman M. Metaplastic (chronic) atrophic gastritis. http://www.uptodate.com/contents/metaplastic-chronic-atrophic-gastritis?source=search_result&search=heterotopic+gastric+mucosa&selectedTitle=1~150 (accessed 9 Abril 2015).
Lauwers G. Y, Scott G. V, Vauthey J. N. Adenocarcinoma of the Upper Esophagus Arising in Cervical Ectopic Gastric Mucosa Rare Evidence of Malignant Potential of So-Called Inlet Patch. *Digestive Diseases and Sciences*. 1998;Vol. 43.(4):901-907
Castaño Llano R, Erebríe Granados F, Sanín Fonnegra E, Juliao Baños F, Ruíz Vélez M. H. Secreción ácida a partir de la heterotopia gástrica en esófago cervical demostrada por pHmetría de 24 horas. *Revista Colombiana de Gastroenterología*.2004;19 (3):

165/109. ESTUDIO DEL SÍNCOPE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) García Ruíz, C.; (1) Montilla Álvaro, M.; (1) Delgado Vidarte, A.; (2) Chamorro González-Ripoll, C.; (3) González Bravo, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria . Centro de Salud "Torrejón". Huelva.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria . Centro de Salud "Adoratrices". Huelva.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria . Centro de Salud "Isla Chica". Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 74 años. Como antecedentes personales destacan: HTA, glaucoma, hernia de hiato. No RAMc, Bebedor ocasional. Realiza tratamiento domiciliario: Enalapril, hidroclorotiazida, doxazosina. Viene a la consulta presentando un informe de Alta de hace dos días del servicio de Medicina Interna; había sido estudiado por presentar un Síncope que describía de la siguiente manera: tras almorzar, estando sentado en el sofá, tiene episodio de pérdida de consciencia de segundos de duración, de recuperación espontánea, sin pródomos. No estupor post-crítico. Según historia de urgencias presentó palidez y movimientos clónicos. No obstante el paciente nos comenta que estaba sólo cuando ocurrió el episodio, por tanto no hubo testigos

Ahora acude a consulta refiriendo que desde el Ingreso y hasta la fecha presenta sensación de mareo y tiene miedo a salir de casa. Por ello volvemos a explorar al paciente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Buen estado general, orientado en tiempo y espacio. Colaborador, eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido
- AC: corazón a buena frecuencia 78 lpm, rítmico, no soplos ni extratonos.
- AR: buen murmullo vesicular. No estertores
- Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias.
- MMII: no signos de edemas. Pulsos periféricos conservados.
- PINLA, pares craneales normales. No presenta hemianopsia. Sin disartria. Fuerza, sensibilidad y reflejos conservados. Marcha sin alteraciones. No disdiadococinesia.
- HEMOGRAMA: Hb 14.5, Hto 43.6, serie blanca y plaquetas normales.
- BIOQUÍMICA: Glu 92, Cr 0.73, Na 137, K 4.3, Ca y P normales. Troponina T US normales, CK normal.
- ECG: RS a 75 lpm, Eje 50°, PR constante a 160 mseg, no alteraciones QRS, no otras alteraciones agudas de la repolarización
- Radiografía de Tórax: Silueta cardíaca normal. No hallazgos sugestivos de TEP. No otras alteraciones en estructuras
- TC DE CRÁNEO: Lesión isquémica de aspecto subagudo, leucoaraiosis. No lesiones de isquemia aguda ni LOE
- EEG: no se observan anomalías paroxísticas, ni asimetrías interhemisféricas.
- RMN CRÁNEO: No evidencia de LOEs supra ni infratentoriales. Pequeños focos de isquemia por enfermedad microvascular. Leucoaraiosis. Asimetría

cerebelosa con menor desarrollo y tamaño del hemisferio cerebeloso izquierdo. No áreas de isquemia aguda.

- ECOCARDIOGRAMA: anodina.
- ECO-DOPPLER: patrón de llenado ventricular izdo normal. DOPPLER COLOR: anodina
- HOLTER: Extrasistoles auriculares y ventriculares aisladas.

JUICIO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNCOPE NEUROMEDIADO/NO CARDIOV

- Síncope vasovagal: clásico/no clásico
- Síncope del seno carotídeo
- Síncope situacional: tos, estornudo, post-micción, post-ejercicio, post-prandial, estimulación gastrointestinal (tragar, defecar, dolor visceral), otros (levantar pesas, tocar instrumentos de viento...), neuralgia glossofaríngea

- Formas atípicas

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA:

- Fallo autonómico (primario o secundario)
- Post-ejercicio
- Inducido por fármacos o alcohol
- Depleción de volumen: hemorragia, diarrea, insuficiencia suprarrenal.

CARDIOGÉNICOS:

- Arritmias cardíacas:
 - Bradiarritmias
 - Taquiarritmias
- Enfermedad estructural:
 - Cardíaca: valvulopatía, isquemia miocárdica, miocardiopatía hipertrófica, masas cardíacas, enf. Pericárdica/taponamiento, anomalías congénitas de arterias coronarias, disfunción valvular protésica.
 - Otras: embola pulmonar, disección aórtica aguda, hipertensión pulmonar

CEREBROVASCULAR:

- Síndromes de robo vascular

COMENTARIO FINAL

Tras evaluar la historia de urgencias, se procedió a rehistoriar y reexplorar al paciente. Según nos cuenta, no hubo testigos que presenciaran la crisis y por tanto no se puede objetivar si se acompañó de movimientos tónico-clónicos. Se procedió a retirar el alfa bloquetante DOXAZOSINA por ser una causa frecuente de mareo e hipotensión ortostática y se propone alternativa. Posteriormente, se citó al paciente pasadas dos semanas para evaluar la evolución, refería encontrarse asintomático y realizando una vida normal.

La anamnesis es una parte fundamental de la historia clínica en la que debemos detenernos, pues nos ahorrará pruebas innecesarias y nos ayudará a llegar a un diagnóstico de certeza. El Médico de familia juega un papel fundamental al ver al paciente de una manera integral y en su entorno. Es capaz de detectar disfunciones familiares, interacciones medicamentosas, reacciones adversas farmacológicas... por su posición privilegiada. En el caso que nos ocupa,

detectamos una reacción adversa medicamentosa frecuente en alfa bloqueantes.

BIBLIOGRAFÍA

- J. de Brugos Marín F., Cañadillas Hidalgo L. Jiménez Murillo y M.J. Clemente Millán. Síncope. En: Jiménez Murillo, L., Montero Pérez F. J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2010
- Álvarez de Miguel F., De Castro Martínez M. Síncope. En: Hospital Universitario 12 de Octubre Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7ª Edición. Madrid: Departamento de Medicina Interna Hospital Universitario "12 de Octubre"
- Martín Llorente C., Cortina C., Prieto R., Escamilla C., Lopez de Sa E. Síncope. En: Cliniguía actualización diagnóstico y terapéutica 2013. 8ª Edición. Eviscience.

165/137. QUISTE OSEO A NIVEL DE HUMERO DERECHO.

AUTORES:

- (1) Bolaños González, Á.; (1) Romero Mendoza, A.;
- (1) García Buendía, A.; (2) Mateos Madrid, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria Norte de Málaga.;
- (2) Médico de Urgencias. Hospital de Antequera. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 29 años que consulta en consulta de atención primaria, por presentar dolor a nivel de miembro superior derecho de un mes de evolución sin relación con traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No antecedentes de interés. En tratamiento con AINES y paracetamol sin mejoría clínica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Normohidratado y bien perfundido. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen normal. Extremidades: destaca dolor a la abducción de más de 90 ° y a contrarresistencia de miembro superior derecho con movilidad conservada. No edema ni lesiones en piel. Resto de extremidades normales. RX Miembro superior derecho: lesión quística lítica en tercio medio de diáfisis humeral con ensanchamiento de cortical. TAC miembro superior: lesión que afecta a casi la totalidad de la diáfisis del humero, visualizando una porción quística central de una extensión de 8,5 cm, objetivando importante hiposeñal en T1 y aumento de señal en las secuencias de T2 de la médula osea tanto a nivel superior como inferior de la misma. Se objetiva levemente insuflado en el hueso así como adelgazamiento de la cortical y reacción periostica fundamentalmente superior e inferior a la lesión. Existe así mismo mínimo tejido de partes blandas y edema de la musculatura del brazo sobre todo del músculo tríceps. Se evidencian adenopatías axilares siendo la de mayor tamaño de diámetro de 2 cm. En la lesión quística, no evidenciamos imágenes de niveles

líquido-líquido que indiquen que se trate de un quiste óseo aneurismático que puede provocar insuflación en la cortical por lo que no podemos confirmar este diagnóstico y dado el importante edema óseo y de partes blandas asociado así como las adenopatías, se recomienda biopsia de la lesión dada su agresividad. Biopsia de la lesión: tejidos blandos y óseo con signos de inflamación aguda (rica en células plasmáticas), compatible con osteomielitis. No se detecta clonalidad linfocitaria B ni T en la muestra analizada.

JUICIO CLÍNICO

Osteomielitis humero derecho

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que hacer diagnóstico diferencial con procesos infecciosos inflamatorios y otros procesos quísticos del hueso como: - Artritis aguda: No siempre resulta fácil determinar con exactitud, en una etapa inicial, si el proceso inflamatorio pertenece a un foco osteomielítico metafisiario o a una artritis aguda. El dolor articular, impotencia funcional precoz, signos inflamatorios agudos propios de la articulación y derrame articular, son elementos semiológicos que, en la mayoría de los casos, permiten diferenciar un cuadro del otro. No son raros los casos en los cuales, como reacción inflamatoria de vecindad, la articulación vecina a un foco osteomielítico, reacciona con signos propios, que hacen difícil el diagnóstico diferencial. - Sarcoma de Ewing: Los hechos clínicos: edad, ubicación del proceso, dolor, signos inflamatorios, sedimentación elevada, agregado al cuadro radiológico, guarda una similitud tal que hacen inexplicable la confusión diagnóstica frecuente. La circunstancia de casos de sarcomas de Ewing infectados, hacen aún más inquietante el problema del diagnóstico diferencial. - Quiste óseo aneurismático (QOA), en una lesión solitaria, expansible y erosiva que afecta al hueso. Se encuentra frecuentemente dentro de la segunda década de vida y su ocurrencia es mayor en mujeres que en hombres (razón de 2:1). El QOA puede ser hallado en cualquier hueso del cuerpo. La localización más común es la metafisis de huesos largos, afectando las extremidades inferiores más que las superiores. Los arcos o cuerpos vertebrales de la espina dorsal pueden llegar a ser afectados. Aproximadamente la mitad de las lesiones en huesos planos ocurre en la pelvis. Una teoría sobre la etiología del QOA primario es que estas lesiones son secundarias a incrementos en la presión venosa que llega a causar hemorragia seguida por osteólisis

COMENTARIO FINAL

En vista de un paciente con dolor en miembro sin antecedente de traumatismo ni de sobreesfuerzo previo, que no mejora a pesar de tratamiento analgésico, es preciso sospechar otras patologías menos comunes, ya que sino nos pueden pasar desapercibidas, lo que puede demorar el tratamiento y empeorar su evolución

BIBLIOGRAFÍA

Toumi A, Gory M, Bernard L. Infección osteoarticular. EMC. Tratado de Medicina. Vol.11. Issue 2. 2007.

Ariza J, Gorris M, Barbeón J, Sanchez C, Barros C. Infecciones osteoarticulares y de partes blandas. Vol. 6. Protocolos Clínicos SIMC.

165/141. A PROPÓSITO DE UN CUADRO CATARRAL.

AUTORES:

(1) Trueba Carreón, J.; (2) González Trujillo, A.; (3) Domínguez Teba, A.; (4) García Jiménez, M.; (5) Membrillo Contoso, E.; (5) Mateos Velo, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Gibrleón. Huelva; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibrleón. Huelva; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Bollullos par del Condado. Huelva; (4) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibrleón. Huelva; (5) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre 63 años. Acude a urgencias hospitalarias por erupción cutánea en región lumbar, abdomen, nalgas y miembros inferiores. No pruriginosas ni dolorosas. Hace dos semanas comienza con fiebre de 39°C que cedió hace 5 días en el contexto de cuadro catarral. Poliartralgias. Orinas colúricas. Dolor abdominal leve. No vómitos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Afebril. Exantema maculopapular, color púrpura, en zona lumbar, abdomen, nalgas, miembros inferiores. Auscultación cardiopulmonar, abdomen: normal. MMII no edemas ni signos de TVP.

Bioquímica: normal. VSG 54mm/h. Discreta elevación de creatinina.

Hemograma: neutrofilia.

Coagulación: normal.

Orina: hematuria, proteinuria.

JUICIO CLÍNICO

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Púrpura trombocitopénica idiopática, Glomerulonefritis postestreptocócica, Lupus eritematoso sistémico, Coagulación intravascular diseminada, Síndrome hemolítico urémico, Sepsis, Síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín, Otros tipos de vasculitis.

COMENTARIO FINAL

Puede afectar cualquier grupo de edad. Más frecuente en infancia (2-6 años) (incidencia: 10,5 a 20,4/100.000 niños por año).

Afecta pequeños vasos.

Curso autolimitado.

Predominio invierno. Precedido por infección del tracto respiratorio superior en 30-50% de los casos.

Criterios diagnósticos:

- Obligatorio: Púrpura (palpable) o petequias en extremidades inferiores. No debida a trombocitopenia.
- Al menos uno de los siguientes:
 1. Dolor abdominal.
 2. Histopatología: vasculitis leucocitoclástica con depósito de IgA o glomerulonefritis proliferativa con depósito de IgA.
 3. Artritis o artralgiás.
 4. Afectación renal: Proteinuria >0,3 g/24 horas o cociente albumina/creatinina en orina >30 mmol/mg en muestra de orina matutina. Hematuria o cilindros de hematíes: >5 hematíes/campo de gran aumento o cilindros.

Manifestaciones clínicas:

- Piel (100%): Fundamental. Inicialmente exantema maculopapuloso o urticariforme que evoluciona a purpura palpable (2-10 mm de diámetro), simétricamente distribuida sobre extremidades inferiores y nalgas, puede aparecer en otras localizaciones. Entre estas lesiones puede encontrarse petequias puntiformes y equimosis coalescentes. Pueden progresar tronco, cara. Pueden aparecer lesiones bullosas. Desaparece en semanas
- Articulaciones (75-82%): oligoartritis. Afecta preferentemente a articulaciones de las extremidades inferiores (tobillos y rodillas). Dolorosa, limitando deambulación. Autolimitada.
- Gastrointestinal (50-75%) Dolor abdominal (65%): cólico leve-moderado, puede acompañarse de vómitos. Sangrado gastrointestinal (30%): microscópico (20%) o macroscópico (10%). La invaginación intestinal, pancreatitis, hidrops vesicular, enteropatía pierde-proteína y perforación intestinal son complicaciones raras.
- Renal (20-60%): hematuria microscópica aislada (40%), en un 10-25% hematuria macroscópica. La proteinuria acompaña hematuria en un 60% de pacientes. Puede desarrollarse una hipertensión arterial monosintomática o asociada a la afectación renal. Posibles complicaciones graves: nefritis aguda, síndrome nefrótico, afectación mixta nefritis-nefrótico (6-7%), insuficiencia renal aguda.
- Urogenital (10-20%): orquitis.
- Neurológico (2%): Cefalea, convulsiones, hemorragia intracraneal o vasculitis cerebral.
- Pulmonar (<1%): neumonía intersticial.
- Otras: Miositis, carditis, uveítis anterior

Tratamiento: Generalmente sin necesidad de tratamiento.

Seguimiento y pronóstico: generalmente autolimitada. Resolución completa en la mayoría de pacientes. Duración variable. Generalmente se resuelve en las primeras ocho semanas. Recurrencias dentro del primer año: 30-40%. En pacientes con afectación renal leve se recomienda control semestral para descartar posibilidad de progresión de afectación renal.

BIBLIOGRAFÍA

Ricart Campos, S. Púrpura de Schönlein-Henoch. Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. *Protoc. Diagn. ter pediatr.* 2014;1:131-40.

165/143. SÍNDROME DE NICOLAU EN GLÚTEO TRAS INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE DICLOFENACO

AUTORES:

(1) Sánchez Hernández, P.; (1) Orta Chíncoa, R.; (2) Pascual Suaza, C.; (3) Jurado Pérez, J.; (3) Mellado Fernández, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente recibe en urgencias hospitalaria inyección intramuscular de diclofenaco por dolor torácico inespecífico. Una hora más tarde ya tiene una lesión liveloide superficial ramificada extensa en región glútea derecha. En los días siguientes se inflama toda la zona que no se controla con antiinflamatorios orales y requiere antibioterapia con el diagnóstico de celulitis. Posteriormente va desarrollando necrosis de la piel. Todo el proceso es acompañado con dolor intenso e impotencia funcional para deambular. Es derivado a dermatología, quien a su vez realiza interconsulta con neurología y cirugía vascular y posteriormente a traumatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Informe Dermatología (21 días tras inyección): lesiones purpúricas liveloides con ramificaciones, superficiales y necrosis de la piel a nivel del glúteo, siguiendo la vascularización de la zona. Le indica deflazacort 30/d, analgésicos y seguir con antibioterapia tópica y oral.

Biopsia cutánea (22 días tras inyección): Cilindro de piel con amplia necrosis de queratinocitos compatible con origen isquémico.

Informe Unidad del Dolor (29 días tras inyección): dolor neuropático. Se le indica complejo vitamínico B1-B6-B12 c/24h, duloxetina, tapentadol, pregabalina. Ante un dolor irruptivo: fentanilo transmucosa.

Informe Traumatología: a descartar posible lesión del nervio ciático ante sinesesias en dicho territorio. Solicita RMN con contraste y EMG/ENG muy preferente. RMN con contraste iv de pelvis (40 días tras inyección): Celulitis y miositis del glúteo mayor derecho secundario al tratamiento inyectable. No existen colecciones abscesificadas ni focos necróticos. Leve componente inflamatorio adyacente a los tendones isquiotibiales, como signos leves de entesopatía.

Ecografía doppler de la región inguinal derecha (48 días tras inyección): No se detectan anomalías vasculares a nivel de la región inguinal derecha.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Nicolau también llamada embolia cutis medicamentosa y dermatitis liveloide, secundario a tratamiento inyectable de diclofenaco.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. inicialmente la distinción entre cuadro inflamatorio y celulitis.

2. lesión vasculftica versus isquémica, que no se llegó a dilucidar hasta el resultado de la biopsia.
3. Posible afectación del nervio ciático versus trombosis femoral. A los 48 días se descarta anomalías vasculares en la ecodoppler. El dolor puede ser secundario a tendinitis de isquiotibiales, aunque pendiente de resultados de EMG/ENG.

COMENTARIO FINAL

Tras siete semanas de evolución mantiene sólo pregabalina a dosis de 300 mg/dl, que se reduce a 150 mg/12 h y se le reintroduce antiinflamatorios orales por persistir el dolor a nivel de isquiotibiales.

La patogenia más aceptada actualmente de la necrosis post-inyección, es el daño arterial terminal por reacción inflamatoria masiva inducida por inyección intra- o para-arterial farmacológica. No se acepta la hipótesis alérgica ni inmunológica ni mecánica.

Se previene garantizando una correcta administración en cuadrante superoexterno usando aguja de adecuada longitud y sin olvidar de aspirar antes de la inyección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uri O, Arad E: Skin necrosis after self-administered intramuscular diclofenac. J Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surg (2010) 63, e4ee5
2. Edwards AME: Nicolau syndrome in a female patient following administration of intramuscular diclofenac injection: a case report. Clin Nur Studies 2015; 3(1): 37-40
3. Luton K, Garcia C, Poletti E, et al. Nicolau syndrome: three cases and review. Int J Dermatol 2006; 45:1326e8.

165/145. MIASTENIA GRAVIS, ¿UNA ENFERMEDAD RARA?

AUTORES:

- (1) Rodríguez Ordóñez, M.; (2) Polo Ruiz, M.; (3) Ruiz Ruiz, A.; (2) Reina Martín, M.; (4) Gutiérrez García, Á.; (5) Ternero Escudero, D.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga; (5) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 81 años sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticado de miastenia Gravis(en 2002), hipertension arterial, Diabetes mellitus II, dislipemia, insuficiencia renal, fibrilacion Auricular paroxística, bloqueo de rama derecha, no refiere hábitos tóxicos. En tratamiento con Mestinon, Prednisona, Furosemida, Omeprazol, Metformina, Verapamilo clorhidrato, Dobesilato calcico, Ventolin, Candesartan, Pravastatina sódica, Rivaroxaban, Seretide .Flecainida acetato

Acude a consulta de atención primaria por sensación disneica más intensa por las noches junto con sibilancias y tos con expectoración purulenta de meses de evolución. Se pauta augmentine 875 mg, y ventolin a demanda, con un empeoramiento de su clínica respiratoria y asociando cuadros de disfagia y disartria junto con leve debilidad de miembros inferiores más notoria por la mañana. No fiebre

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Física:

Consciente, orientado en tiempo y espacio, Temperatura: 36,7°C, axilar. Presión Arterial 132/74 mm de Hg. Exploración Neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas, sin alteración de los pares craneales, fuerza, sensibilidad y tono muscular conservado, no disimetrías, disartria. Se aprecia leve ptosis palpebral en ambos ojos.

Auscultación cardiopulmonar: Arritmico a 85 latidos por minuto, sin soplos ni extrasístoles, con hipoventilación generalizada y sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares

Abdomen anodino.

Extremidades: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, dudosa abolición de los reflejos osteotendinosos

Pruebas complementarias:

Hematimetría, coagulación dentro de la normalidad. Bioquímica: creatinina: 1,30, urea: 52, resto sin alteraciones de interés,

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal, hemibloqueo anterior izquierdo ya conocido.

-Radiografía de torax: sin hallazgos de interés

-Espirometría: insuficiencia ventilatoria de predominio restrictivo

JUICIO CLÍNICO

Crisis miasténica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infección respiratoria no condensante, enfermedades musculares crónicas (por ejemplo: distrofia progresiva, distrofia miotónica...), obstrucción cricofaríngea y acalasia. Dermatomiositis.

COMENTARIO FINAL

Evolución:

Tras empeoramiento de la clínica a pesar de tratamientos sintomáticos y teniendo en cuenta los antecedentes del paciente junto con las pruebas complementarias (espirometría y radiografía de tórax) se decidió la necesidad de valoración de carácter urgente por parte de neurología, quienes procedieron a su ingreso con el diagnóstico de crisis miasténica tras descartar patología respiratoria

Conclusión:

Quería resaltar con este caso clínico que la miastenia gravis puede empezar en sus primeros estadios con unos síntomas y signos fácilmente confundibles con otros procesos neurológicos por lo que la realización de un diagnóstico precoz es realmente difícil a la misma vez que vital para poder realizar un tratamiento

adecuado desde primera hora, resaltando aún más si cabe la figura del médico de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison 18 edición, capítulo 386: Myasthenia gravis. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2529/content.aspx?bookid=331§ionid=40727203&Resultclick=2>

-Isabel Illa, Jordi A. Díaz-Manera, Cándido Juárez, Ricard Rojas-García, Laura Molina-Porcel, Aitziber Aleu, Jesús Pradas, Eduard Gallardo, Miastenia gravis «seronegativa» y anticuerpos antiMuSK positivos Medicina Clínica, Volume 125, Issue 3, Pages 100-102 (INTERNET). Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305719618>

165/146. A PROPÓSITO DE UN CASO DE METRORRAGIA

AUTORES:

(1) Cintado Sillero, M.; (2) Franco Rivera, E.; (3) Vázquez González, N.; (4) Cañete Vargas, M.; (5) Cabo López, A.; (6) Leiva Pino, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico SCCU. Hospital General Básico Serranía de Ronda. Ronda. Málaga.; (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga; (3) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Alhaurín de la Torre. Málaga.; (5) Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.; (6) Médico de Familia. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Motivo de consulta:

Metrorragia

- Antecedentes personales:

NAMC. Anemia microcítica crónica, hernia discal L4-L5. IQ: cesárea.

Tratamiento habitual: No

- Anamnesis:

Paciente de 48 años que acude a consulta por cuadro de metrorragia de 13 días de evolución más abundante en los últimos días. Alteraciones menstruales desde hacía 8 meses. No otra sintomatología asociada.

Se solicita analítica con hemograma, coagulación y patrón hormonal. Se cita para citología y exploración ginecológica. Se deriva a ginecología. Se inicia tratamiento con amchafibrín.

- Evolución:

Cuando acude a recogida de resultados, objetivamos plaquetopenia y remitimos a servicio de urgencias donde tras ser valorada por Hematología se da alta a domicilio con vigilancia de la hemorragia y tratamiento con prednisona y amchafibrín. Cita en 48 horas en hematología. Dos semanas después, en revisión se había controlado sangrado y se reduce prednisona. En semanas posteriores, nuevos episodios de metrorragia aumentando tratamiento con control posterior de sangrado

vaginal y plaquetopenia. Actualmente sigue revisiones por hematología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física:

Normotensa, afebril.

COC, BEG, eupneica, no palidez cutánea. No gingivorragia ni epistaxis.

ACP: rítmica, sin soplos, buena frecuencia cardíaca. MVC sin ruidos patológicos

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias.

No edemas MMII ni signos de TVP. Hematomas en resolución en muslos, no petequias.

Exploración ginecológica: Genitales externos y vagina normales con restos hemáticos en cantidad menor que regla. Cérvix bien epitelizado, no doloroso a la movilización. Útero en ante móvil. Nada palpable anexial.

- Pruebas complementarias:

-Analítica: 7360 leucocitos, Hb 9,8, VCM 76, HCM 23,5, retis 5%, plaquetas 21000. Coagulación: 7,6 seg., PT ratio 0.88, TTPA 20,6 seg., TPTA ratio 0,76 seg., INR 0,9, LDH 242. TSH 1,7 mUI/ML, FSH 78 mUI/ML, LH 25mUI/mL, estradiol < 5pg/nL, progesterona < 0,2 ng/mL.

-Ecografía transvaginal: útero en ante, endometrio lineal, anejos normales, no líquido libre.

TAC: nódulo mama izquierda 1,4 cm, quiste anexial derecho 2,4 cm e izquierdo de 1,6 cm. Espondiloartritis, resto sin interés.

-Mamografía: nódulo de 11 mm con márgenes bien definidos en CSE mama izquierda asociado a microcalcificaciones benignas, sugestivo fibroadenoma.

JUICIO CLÍNICO

Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno menstrual perimenopáusico, PTI inducida por fármacos, enfermedades autoinmunes (como el lupus eritematoso sistémico), la infección por VIH y la hepatitis C.

COMENTARIO FINAL

La PTI es un trastorno autoinmune de la coagulación caracterizado por una trombocitopenia aislada no explicable por la presencia de otra patología.

Incidencia anual 1/62000.

La prednisona representa el tratamiento de primera línea. El uso de IgIV se reserva para pacientes con sangrado que no responden a la prednisona.

Una respuesta positiva a inmunoglobulinas intravenosas y/o esteroides apoya el diagnóstico.

En este caso, destacar el diagnóstico diferencial entre la PTI y el trastorno perimenopáusico que era la sospecha diagnóstica más probable en nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo E., Fernández-Delgado R., Sastre A., Toll T., Llorca A., Molina J. et al. Protocolo de estudio y tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (PTI-2010). An Pediatr.2011;74:414.e1-8 - Vol. 74 Núm.6 DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.11.004

2. Sanz MA., Vicente García V., Fernández A., López MF., Grande C., Jarque I. et al. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la trombocitopenia inmune primaria. *Med. Clin.* 2012; Vol. 138. Núm. 06.

3. Covarrubias Espinoza R., Sotelo Cruz N., Hurtado Valenzuela JG. Púrpura trombocitopénica autoinmune. Informe de 108 casos. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 2004; Vol. 61(2):119-127

165/147. SOBRE UN CASO: DEMENCIA VS DEPRESIÓN VS NEOPLASIA CEREBRAL

AUTORES:

(1) Fuentes Calvente, C.; (2) Márquez Vera, E.; (2) Macías Beltrán, I.; (2) Medero Canela, R.; (3) Domínguez Teba, A.; (1) Rodríguez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrejón. Huelva.; (3) Médico Residente de 4º Año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 68 años con AP de laringectomía por ca.laringe hace 14 años que acude a consulta por cuadro de 15 días de evolución de alteración de la memoria reciente, despistes, ánimo bajo, anhedonia, apatía y aplanamiento emocional, siendo previamente una persona de carácter fuerte. Se solicita analítica y se vuelve a citar para ver evolución.

En la segunda cita, una semana después, con analítica sin hallazgos de interés (ver abajo), refieren que el cuadro ha evolucionando, presentando algunos comportamientos extraños, al preguntarle al respecto da respuestas poco coherentes. En ocasiones da impresión de desconexión del medio. También comenta su familiar haber observado ptosis palpebral que se resolvió espontáneamente.

Dada la evolución rápida y los síntomas de alarma es derivado a urgencias hospitalarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: HG: Sin alteraciones de interés. BQ general con colesterol de 211 mg/dL, dentro dentro de la normalidad incluyendo glucosa, proteínas totales, creatinina, fracciones colesterol, transaminasas, iones, TSH, Vit B 12. Orina normal

Realización de examen minimental de Lobo dentro de la normalidad. Puntuación 33.

Examen neurológico en primera consulta completamente anodino. En segunda consulta discreta ptosis con resto dentro de la normalidad. PINLA. MOEC. Glasgow 15. Fuerza y sensibilidad normales. Marcha y coordinación sin alteraciones.

Hospital: TC craneal: Posible glioblastoma mutiforme en alas de mariposa bifrontal.

RMN: Impresiona de GBM frontal en alas de mariposa con afectación de la rodilla del cuerpo caloso.

No se realiza biopsia por voluntad del paciente y los familiares

JUICIO CLÍNICO

GLIOBLASTOMA MULTIFORME

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con Demencia y Síndrome depresivo.

Si bien el paciente mostraba síntomas comunes con estas entidades como son alteraciones en la memoria en la demencia o anhedonia y fatiga en la depresión, no mostró en su inicio síntomas más típicos de neoplasia cerebral como pueden ser convulsiones, síncope o cefalea que interrumpa el sueño asociada a náuseas y vómitos; Mostrando como único síntoma de alarma la ptosis palpebral. Para realizar el diagnóstico diferencial deben utilizarse pruebas de imagen, habiendo realizado en este caso un TC en primer lugar y posteriormente una RMN.

COMENTARIO FINAL

Importancia del Médico de Atención Primaria en el seguimiento del paciente y la necesidad de buscar síntomas de alarma, ya que aunque en un principio este paciente impresionaba de un cuadro depresivo o tipo demencia, posteriormente fue mostrando síntomas que hacían pensar en que pudiese existir alguna lesión neoplásica, aquí nuestra especialidad juega un papel fundamental ya que tenemos acceso a un seguimiento más estrecho y una mayor cercanía al paciente, lo cual en este caso fue clave para una actuación rápida y llegar así a un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

Uptodate.com [Internet]. Loeffler JS, Wen PY; 2014 [actualizado 26 Septiembre 2014; citado 24 Abril 2015]. Disponible en http://ws003.juntadeandalucia.es:2092/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-brain-tumors?source=search_result&search=glioblastoma+multiforme&selectedTitle=8~67

Fisterra.com [Internet]. Diagnóstico diferencial de las demencias; 2014 [actualizado 11 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2508/guias-clinicas/diagnostico-diferencial-demencias/>

Fisterra.com [Internet]. Neoplasias cerebrales; 2011 [actualizado 08 de Julio de 2011]. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2508/guias-clinicas/neoplasias-cerebrales/>

165/151. SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: A PROPOSITO DE UN CASO

AUTORES:

(1) Becerra Piñero, R.; (2) Bellido Salvatier, A.; (3) González Jiménez, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga; (3) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 60 años, que consulta por cefalea de 3 días de evolución, de predominio izquierdo, resistente a tratamiento antiinflamatorio, junto con desestesia en cuero cabelludo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Exploración neurológica sin alteraciones. Oído izquierdo: tímpano normal, CAE eritematoso, con lesiones ampulosas en pabellón auricular izquierdo y región retroauricular.

Se instaura tratamiento por diagnóstico de herpes zoster con valaciclovir oral.

El paciente acude de nuevo a los 5 días de inicio de la sintomatología, por presentar parálisis facial periférica. Ante la sospecha de Síndrome de Ramsay-Hunt, se deriva a Urgencias para valoración otorrinolaringológica. Se añadió al tratamiento antiviral, corticoides orales durante 9 días en pauta descendente, lágrimas artificiales, gabapentina oral y medidas de protección ocular.

El paciente evolucionó favorablemente, con resolución total del cuadro, recuperándose completamente de la parálisis facial y sin presentar neuralgia postherpética.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Ramsay-Hunt

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infección por virus herpes simple
- Impétigo
- Parálisis facial idiopática

COMENTARIO FINAL

El Síndrome de Ramsay-Hunt consiste en una parálisis facial periférica, producida por el virus del herpes zoster, acompañada de un exantema eritematoso-vesicular que afecta al oído externo o cavidad oral ipsilateral y que puede extenderse a otras localizaciones adyacentes. La incidencia de este síndrome dentro del herpes zoster es uno por cada mil casos. La sintomatología inicial puede manifestarse de forma inespecífica pudiendo retrasar el diagnóstico y con ello el inicio de tratamiento. La sospecha clínica inicial y el seguimiento de los pacientes son la clave para un diagnóstico e inicio de tratamiento de forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- Peña Ortiz J, Romero Pareyón L.A, Gutiérrez Oliveros T, Guarneros Campos A, Sotomayor López D. Síndrome de Ramsay Hunt. Dermatología Rev Mex 2007; 51(5):190-5.
- Arana-Alonso E, Contín-Pescacén M.S, Guillermo-Ruberte A, Morea Colmenares E. Síndrome de Ramsay-Hunt: ¿qué tratamiento precisa?. Semergen 2011; 37(8):436-440.

165/153. PRURITO NOCTURNO**AUTORES:**

(1) Becerra Piñero, R.; (2) Molina García, P.; (3) Rojo Iniesta, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 34 años de edad, que consulta por lesiones dérmicas de 5 días de evolución, junto con prurito de predominio nocturno. No presenta otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Erupción máculo-papular con eritema en extremidades superiores, pliegues interdigitales y tronco, con excoriaciones secundarias a rascados, sin signos de sobreinfección.

JUICIO CLÍNICO

Escabiosis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dermatitis atópica
- Dermatitis de contacto
- liquen plano
- prurigo
- psoriasis
- dermatitis herpetiforme

COMENTARIO FINAL

Tras realizar tratamiento tópico con permetrina 5%, junto con medidas de lavado de ropa de cama a altas temperaturas, las lesiones desaparecieron por completo, el prurito persistió 2 semanas más, con posterior resolución.

La escabiosis es una infección de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que produce una erupción intensamente pruriginosa, de predominio nocturno, con un patrón de distribución característico, que se transmite por contacto directo o fómitem (especialmente ropa, donde el parásito permanece viable por 2-5 días). Las lesiones fundamentales son pápulas pequeñas y eritematosas, a menudo excoriadas y con costras hemorrágicas. En ocasiones se pueden observar surcos por la excavación del parásito. Afecta principalmente a regiones axilares superficies flexoras de muñecas y extensoras de codos, pliegues interdigitales de manos, respetando cabeza, cuello y pies. Se trata de una patología con un porcentaje de curación potencial del 100% mediante un simple tratamiento, lo cual implica la importancia de su correcto diagnóstico y manejo por el médico que atiende al paciente en primer lugar, generalmente, el médico de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Santos-Juanes J, Galache C, Martínez-Cordero A, Curto J.C, Sánchez-del Río J. Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos. Rev Esp Sanid Penit 2001; 3: 49-54.

- Larrondo Muguercia R.J, Larrondo Lamadrid R.P, González Angulo A.R, Hernández García L.M. Consideraciones sobre el control de la escabiosis en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(3):263-269

- Gallegos J.L, Budnik I, Peña A.M, Canales M, López J. Sarna sarcóptica: comunicación de un brote en un grupo familiar y su mascota. Rev Chilena Infectol 2014; 31 (1): 47-52.

165/154. LA IMPORTANCIA DEL TIEMPO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) Ruíz del Moral, L.; (2) Luna Moreno, M.; (3) Pérez Castro, M.; (3) Muñoz González, L.; (4) Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 54 años sin antecedentes médicos de interés. Alergia a Ciprofloxacino y sin hábitos tóxicos. Presenta disnea progresiva de dos semanas de evolución con tos irritativa sin expectoración, en los últimos tres días asocia febrícula de máximo 37.6°C. Acude a su Médico de Familia siendo diagnosticada de Bronquitis Aguda que trata con mucolíticos, antitusígenos y antibióticos (Cefuroxima 500mg un comprimido cada 12 horas) y no se realizan pruebas complementarias. Al tercer día de tratamiento acude a urgencias hospitalarias refiriendo aumento de la disnea, que en la última noche le hizo dormir sentada en un sillón, junto a dolor en tórax y espalda acompañado de tos seca y sudoración refiriendo no notar mejoría con el tratamiento. Nos encontramos con una paciente eupneica en reposo que tolera conversación y en la exploración sistemática llama la atención la presencia de silencio auscultatorio en hemitórax izquierdo salvo en vértice pulmonar. Ante tal hallazgo, se solicita Radiografía de Tórax y Analítica Sanguínea básica con Coagulación. Donde apreciamos un Derrame Pleural (DP) Masivo izquierdo y en analítica sanguínea destaca PCR de 175. Se contacta con Neumología que indica ingreso en el Área de Observación para realizar drenaje.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presión arterial 158/67 mmHg, frecuencia cardíaca 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno a 92% con gafas nasales a 3 litros y temperatura 37°C. Auscultación respiratoria: silencio auscultatorio en hemitórax izquierdo salvo en vértice pulmonar con murmullo vesicular conservado en hemitórax derecho,

sin ruidos patológicos sobreañadidos. Radiografía de Tórax derrame pleural masivo izquierdo con desplazamiento traqueal contralateral. TAC de Tórax no se observan adenopatías de tamaño significativo. Toracocentesis con citología de líquido pleural negativa para células neoplásicas. Biopsia pleural con Adenocarcinoma con áreas sarcomatoides, Estadío IV. PET negativo para otra localización.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma Sarcomatoide Pleural.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un cuadro de disnea de posible origen infeccioso que no mejora con tratamiento hay que pensar en diferentes etiologías: respiratorias, cardíacas, neurológicas, metabólicas, psicógenas, neoplásica

COMENTARIO FINAL

El DP maligno en un 75% de los casos está producido por cáncer de pulmón, mama y linfoma, siendo la causa más frecuente el adenocarcinoma metastásico; menos frecuentemente mesotelioma, cáncer de ovario y tumores gastrintestinales; en realidad cualquier tumor puede producirlo. Aunque el pronóstico está en relación con el tipo de tumor y extensión, en general el DP maligno implica mal pronóstico.

La disnea es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria que puede tener diversa etiología por lo que la exploración sistemática del paciente y el uso de pruebas complementarias es fundamental para realizar un buen diagnóstico diferencial.

Los derrames pleurales malignos suelen tardar días o semanas en formarse y pueden ser detectados con una auscultación exhaustiva. El escaso tiempo por paciente con el que trabajamos en Atención Primaria dificulta la realización de exploraciones rigurosas que con seguridad posibilitaría realizar diagnósticos más precoces y acertados.

BIBLIOGRAFÍA

Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Enfermedades de la pleura y el mediastino. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18º ed. España: McGraw Hill; 2013. p. 939-945.

Fernández Francés J. Cáncer de pleura. Mesotelioma. Medicine. 2015; 11: 3995-4000.

De Miguel Díez J, Jareño Esteban J, De Granda Orive, J. Protocolo diagnóstico del paciente febril con derrame pleural. Medicine. 2010; 10(50):3386-8.

Porcel JM, García-Gil D. Urgencias en enfermedades de la pleura. Rev Clin Esp. 2013; 213:242-50

165/155. REVALUACIÓN DE UN HOMBRO DOLOROSO.

AUTORES:

(1) Ruíz del Moral, L.; (2) Luna Moreno, M.; (3) Pérez Castro, M.; (3) Muñoz González, L.; (4) Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín.

Málaga; (2) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 44 años sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta de Atención Primaria presentando hombro doloroso izquierdo con importante limitación funcional, que impide la exploración, de 2 semanas de evolución tras un traumatismo accidental. El mismo día del traumatismo acude al Servicio de Urgencias y es diagnosticado de Tendinitis post-traumática. Tras la exploración decidimos derivar al paciente para valoración en Urgencias y en una nueva radiografía es diagnosticado de Luxación posterior de la cabeza humeral izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la inspección se aprecia hematoma extenso en tercio medio del brazo izquierdo con postura antiálgica sin deformidad articular. Dolor a la palpación en cara anterolateral y posterior de la cabeza humeral. Limitación de la abducción, rotación interna y externa y de la flexión por dolor con la movilización del hombro. Fuerza y sensibilidad conservadas y pulsos distales conservados.

Radiografía de hombro izquierdo: luxación posterior de la cabeza humeral.

Resonancia magnética: luxación posterior de la cabeza humeral, impactación de la superficie posterior de la glenoides y fractura cefálica por impacto.

JUICIO CLÍNICO

Luxación posterior de la cabeza humeral con fractura cefálica por impacto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un cuadro de tendinitis postraumática que no mejora con tratamiento conservador hay que pensar en diferentes etiologías: patología articular, patología ósea y dolor referido.

COMENTARIO FINAL

El hombro doloroso es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria que puede tener diversa etiología por lo que es necesario efectuar una correcta evaluación articular, muscular y nerviosa del miembro superior, a ello se debe agregar la evaluación de las actividades de la vida diaria que constituye una síntesis de las evaluaciones anteriores. La tendinitis postraumática es una causa posible de hombro doloroso que en ocasiones se trata de forma conservadora y el paciente mejora pero en otras ocasiones con el paso del tiempo nos encontramos que el paciente vuelve a la consulta con una rigidez de hombro que nos tiene que hacer pensar que hay algo más profundo en su causa que debemos investigar. La luxación posterior de la cabeza humeral es la más frecuente ante casos de colisiones o convulsiones y en muchas ocasiones pasa desapercibida teniendo un diagnóstico tardío,

como complicación puede asociar una fractura de la tuberosidad menor del húmero.

Por lo tanto la exploración exhaustiva y la petición de pruebas complementarias con proyecciones correctas son fundamentales para realizar en estos casos un diagnóstico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

Poitevin L. Semiología del miembro superior. En: Silbermann F, Varaona O. Ortopedia y Traumatología. 3ª ed. España: Panamericana; 2010. p. 59-77.

Stannard JP, Volgas DA, Ricci WM, Sucato DJ, Milbrandt TA, Craig MR. Traumatismos: Extremidad superior. En: Miller MD, Hart JA. Ortopedia y Traumatología, revisión sistemática. 5ª ed. España: Elsevier; 2009. p 585-606.

Alba Romero C, Martín Calle M, Prieto Marcos M. Dolor de hombro en la consulta de atención primaria. FMC. 2014; 21:404-10.

165/156. MI TRATAMIENTO LO DECIDO YO, QUE DE ESTO TRES AL MES...

AUTORES:

(1) Ávila Rivera, J.; (2) Fernández Moreno, E.; (3) Huertos Rodríguez, I.; (4) Castro Moreno, J.; (5) García de Vinuesa Garijo, L.; (6) Cabello, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (3) Fisioterapeuta. Centro de Salud Carlos Castilla del Pino. Córdoba; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. La Carlota. Córdoba; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Osuna. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

AP: Alérgica a enalapril y AAS. HTA, DMII, FA permanente no anticoagulada por hemorragia digestiva. EAo severa, episodios recurrentes de ángor hemodinámico en contexto de anemia. Desestimada protocolo TAVI. Anemia crónica de probable origen aparato digestivo (ferropénica), ya estudiada por digestivo con múltiples pruebas sin encontrar lesión tratable.

En tratamiento con hierro y transfusiones periódicas. Parcialmente dependiente actividades básicas de la vida diaria, vida cama sillón.

Paciente que acude por clínica compatible con ángor hemodinámico en el contexto de anemia sin exteriorizaciones evidentes, en una media de 2-3 veces al mes; no desean nuevas exploraciones invasivas ni estudio, ni por parte de la familia ni la paciente.

EA: Mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor centrotorácico que comenzó hace dos horas, con irradiación a espalda y hombros, náuseas y vómitos, junto con persistencia del cuadro tras toma de cafinitrina. Tuvo un ingreso en cardiología una semana

antes donde declinó cualquier estudio. En palabras de la paciente: “Me pasa lo de siempre, vengo para que me pongan sangre, soy diabética también”

A su llegada a observación (valorada por mi), las hijas refieren que si sabemos por qué viene, que por qué no la hemos pasado antes, que es diabética, está sin comer, etc...

Tras firma de consentimiento informado y de informar a familiar y paciente, se comienza la transfusión.

Le informo que se le pasará lenta la sangre por la patología cardíaca que tiene, la paciente no dice nada; pero al rato, empieza a chillar indicando que se ahoga; me la encuentro sudorosa y disneica; con la bolsa en la mano. La paciente estaba en un cuadro de edema agudo de pulmón, tras cortar transfusión y comenzar tratamiento para el mismo, el cuadro revierte y queda asintomática, al preguntar a la paciente tranquilamente, me refiere que las veces que ha venido cree que no ha tardado tanto y ha cogido la bolsa para apretar y acabar antes, para irse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aceptable estado general, COC, bien hidratada y palidez cutaneomucosa. Sat 93%

ACR: tonos arrítmicos con soplo sistólico aórtico. MV disminuido.

Abdomen y MMII: sin hallazgos

Análítica: Hb 6,8; Hcto 20,7%; glucosa 488; urea 88; creatinina 1,3

EKG: Fa 80lpm, eje normal, QRS estrecho, descenso ST V4-V6-I-aVL (similar a previos)

2ª exploración en cuadro de EAP:

TA: 180-100 (previa normal), sudorosa y nerviosa

AP: crepitantes bilaterales hasta campos medios, abundantes ruidos respiratorios

JUICIO CLÍNICO

Edema agudo de pulmón

Angor hemodinámico

Estenosis aórtica severa sintomática

Probable hemorragia digestiva no filiada

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causas de Edema agudo de pulmón

Causas de dolor torácico

COMENTARIO FINAL

La paciente refiere que que no quiere más pruebas, lo cual hay que aceptar.

Hay que explicar a los pacientes, con todo nuestro respeto, que las cosas siempre no tienen por qué ser iguales, comprendemos que su clínica sea la misma, pero si le ponemos un tratamiento u otro, y a una velocidad u otra, ella debe respetarlo y no hacerlo como ella crea. El hecho de que la paciente acuda varias veces al mes, no le da derecho para saltarse los protocolos, o tenga prioridad.

La paciente continua acudiendo a urgencias y la bolsa de transfusión ya se la ponemos detrás del cabece-ro y de difícil acceso.

BIBLIOGRAFÍA

-Jimenez Murillo L, Montero Pérez F. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª Edición. España: Elsevier.2010.

-Salguero Bodes R. Cardiología y cirugía cardiovascular.8º edición. España: CTO editorial. 2011

165/158. ACTINOMYCES EN PACIENTE PORTADORA DE DIU: ¿DEBE TRATARSE?

AUTORES:

(1) Molina García, P.; (2) Ruiz-Cabello Crespo, E.; (3) Becerra Piñero, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años con antecedentes de HTA. En lista de espera quirúrgica por fisura anal diagnosticada en septiembre 2014. Ooforectomía izq. con endometriosis quistificada en marzo 2011. Portadora de DIU desde hace 3 años.

Acude para realización de citología y refiere flujo marronáceo sin dolor abdominal ni otros síntomas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal.

A la exploración ginecológica destaca leucorrea marronácea con cuello uterino normal.

*Citologías previas:

- Julio 2011: normal

- Junio 2014 (solicitada por ginecología): colpocervicitis bacteriana por Actinomyces. No tratada.

*Colonoscopia (2014): fisura anal anterior. No se progresa más allá de colon transverso por adherencias.

JUICIO CLÍNICO

Colpocervicitis por Actinomyces

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Adherencias secundarias a ooforectomía.

- Candidiasis vaginal.

- Vaginosis bacteriana.

COMENTARIO FINAL

La actinomicosis se suele presentar de tres formas dependiendo de su localización: cervicofacial, torácica o abdominal. En ginecología la forma más habitual de presentación es la cervicitis en pacientes portadoras de DIU. El diagnóstico de actinomicosis cervicovaginal se realiza habitualmente mediante los frotis de Papanicolaou.

Actualmente la actitud clínica de estas cervicitis y su tratamiento son objeto de controversia, aunque algunos estudios apuntan a que el diagnóstico de una actinomicosis vaginal no implica infección y que, en

ausencia de clínica de infección pélvica, no es necesaria la antibioterapia ni la retirada del DIU.

Los síntomas se inician con dolor sordo en hipogastrio irradiado a fosas ilíacas. Conforme pasa el tiempo produce abscesos con contornos fibrosos y las fístulas, apareciendo metrorragia, dolor durante el coito, flujo maloliente, pérdida de peso, adherencias, fístulas internas o externas.

En este caso la paciente no se trató por la ausencia de síntomas pero en la colonoscopia se observaron adherencias que se desconoce si son secundarias a las ooforectomía o a la infección por actinomyces. Tanto el digestivo y el cirujano desconocían la existencia de dicha infección. Al retomar por nuestra parte el cribado de cáncer de cérvix, recopilamos toda la información. Si en esta nueva citología saliese positiva nuestro plan de actuación sería tratarla con antibioterapia y derivarla para estudio de dichas adherencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Calvo A, Lozano M, Agüera J, Tubau A, Romero M. Actinomycosis abdomino-pélvica y DIU. *Toko-Gin Pract* 2002;61:364-8.
- Caliskan E, Tasci Y, Karacay Ö, Kayikcioglu F, Haberal A. Pelvic Actinomycosis Associated With a Copper-T Intrauterine Device. *Artemis* 2003; 4: 63-5
- Mejía YR, Hernández M, Martínez Z, Carrera A. Actinomycosis tuboovárica. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 162-5

165/159. ¡Y SE NOS ESCAPÓ LA DIABETES!

AUTORES:

- (1) Jorge Martín, N.; (2) Ballesteros Fernandez, A.; (3) Castaño Fuentes, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de La Victoria. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año Medicina de familia. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga; (3) Médico Residente de 2ª Año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Rincón de la Victoria. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria que vive sólo y pasa gran parte en el año en Francia, donde viven sus hijos. Acude a consulta del centro de salud por disfagia progresiva a sólidos, pérdida ponderal de 25 kg en el último mes, polidipsia e intensa astenia. Durante la toma de constantes en el centro de salud se realiza una glucemia capilar con resultado no medible por superara el límite alto del glucómetro lo que, añadido al síndrome constitucional, hace que se tome la decisión de derivar al paciente al servicio de urgencias hospitalarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión Arterial: 100/60 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 90 lpm; Saturación basal de O₂: 98%; Afebril. Paciente consciente y orientado, bien hidratado y perfundido.

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

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes, no megalias ni hernias.

Miembros Inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales presentes y simétricos.

Análítica de sangre: glucosa 1000 mg/dL, HbA1C: 12%, resto anodino (pH normal)

Análítica de orina: glucosa (++++), cuerpos cetónicos (+) Gastroscopia: anillo de Schatzki, hernia de hiato por deslizamiento, en cuerpo gástrico mucosa nodular compatible con gastritis varioliforme (confirmado mediante estudio de Anatomía Patológica).

JUICIO CLÍNICO

Debut de Diabetes Mellitus tipo 2 con situación hiperosmolar no cetósica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome constitucional como manifestación paraneoplásica.

COMENTARIO FINAL

Es muy difícil poder hacer un buen seguimiento y control en pacientes que no acuden a consulta y que son seguidos a la vez por varios médicos de atención primaria de lugares diferentes, entre los que no existe comunicación. En este tipo de pacientes hay que hacer mucho énfasis en que ellos son los máximos responsables de su correcto seguimiento médico y, por nuestra parte, tratar de que su seguimiento sea lo más adecuado posible, tratando de adaptarlo a su estilo de vida pero incluyéndolos en los programas de screening de los que se puedan beneficiar. En este caso si el paciente hubiera estado incluido en el programa de atención al paciente anciano se habría podido detectar la diabetes mellitus tipo 2 mucho antes de que diera lugar a una descompensación hiperosmolar, evitando las complicaciones agudas de esta situación y posibilitando un correcto control de la enfermedad para tratar de evitar la lesión en órganos diana (retina, riñón, sistema cardiovascular).

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* (American Diabetes Association). 33 Suppl 1 (Supplement_1): S62–9. January 2010.
- Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* (American Diabetes Association). 35 Suppl 1 (Suppl 1): S64–71. January 2012.
- Diabetes Blue Circle Symbol. International Diabetes Federation. 17 March 2006.
- Kumar, Vinay; Fausto, Nelson; Abbas, Abul K.; Cotran, Ramzi S. ; Robbins, Stanley L. (2005). *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease* (7th edición). Philadelphia, Pa.: Saunders. pp. 1194–1195.
- Shoback, edited by David G. Gardner, Dolores (2011). *Greenspan's basic & clinical endocrinology* (9th edición). New York: McGraw-Hill Medical. pp. Chapter 17.

-Williams textbook of endocrinology. (12th edición). Philadelphia: Elsevier/Saunders. pp. 1371–1435.

165/160. MI NOVIO ES CIRUJANO Y ÉL SE ENCARGA

AUTORES:

(1) Ballesteros Fernandez, A.; (1) Jorge Martín, N.; (2) Castaño Fuentes, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 85 años, HTA, diagnosticada de esquizofrenia, cólicos biliares de repetición, colecistitis aguda en 2001 y rechazó la cirugía. Vive en casa de su hermano. Dependiente para las actividades diarias. Desde hace dos días presenta un dolor abdominal tipo cólico con náuseas y vómitos, sin fiebre ni diarrea, que empeora con la ingesta. La atendieron en urgencias y le diagnosticaron de cólico biliar, al alta con analgesia. No mejora. En consulta, exploramos a la paciente, poco colaboradora, difícil de explorar el abdomen, no nos relata bien los síntomas, estando en la camilla presenta un vómito fecaloideo y decidimos traslado a un centro hospitalario para valoración por cirujano de guardia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente desorientada en tiempo y espacio. Poco colaboradora (presenta ideas delirantes, donde su novio es un reconocidísimo cirujano) PINR, sin focalidad neurológica. Ictericia conjuntival moderada.

ACP: normal

Abdomen: blando y depresible, timpanismo aumentado a nivel centro abdominal. RHA conservados. Dolor intenso a nivel de epigastrio.

Análítica de sangre: Hemograma normal, TP 62%, Creatinina 1.3, glucosa 215mg/dl, alfaamilasa 178, lipasatriacilglicerol 991, PCR 7, enzimas hepáticas en rango normal.

Radiografía de Abdomen: se observan niveles hidroaéreos en colon transverso.

TAC abdominal con contraste: aerobilia en colédoco y árbol biliar. Vesícula biliar desestructurada, engrosada y fistulización a duodeno, litiasis en duodeno con asas proximales dilatadas y distales colapsadas, hallazgos compatibles con Síndrome de Bouveret.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Bouveret

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cólico biliar simple con reacción pancreática
Cuadro pseudooclusivo/íleo

COMENTARIO FINAL

En pacientes de edad avanzada, con patología psiquiátrica es difícil hacer una buena historia clínica, hay que estar muy pendiente de las manifestaciones

clínicas del paciente, aunque nos las relate, a lo que pueda aportar la familia, los cuidadores principales, la dificultad para explorar y comunicar con el paciente no debe hacer que nos olvidemos de explorar bien cada aparato y sistema, ¿si no hubiera habido un síntoma tan claro como el vómito fecaloideo, podríamos haber pasado por alto un cuadro de abdomen agudo?

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouveret L. Stone of the pylorus adherent to the vesicle. Rev Med (París)
2. Ariche A, Czeiger D, Gortzak Y, Shaked G, Shelef I, Levy I. Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret's syndrome. Scan J, Gastroenterol 2000;35:781-3.
3. Rodgers d, Images of interest: Bouveret's syndrome. J, Gastroenterol Hepatol 2003;18:1210.
4. Mullady DK, Ahmad J, Clinical challenges and images in GI, Gallstone impacted in duodenum causing gastric outlet obstruction (Bouveret's syndrome) Gastroenterology 2007;133:1075-394.
5. Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. IAMA 1941;117:1753-9.

165/163. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ANCIANOS

AUTORES:

(1) García Martín, P.; (2) Carrillo Abadía, I.; (2) Arjona Jiménez, J.; (3) Domínguez Zorrero, I.; (3) Moro Carrasco, J.; (4) Saavedra Bazaga, O.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Moguer. Huelva.; (3) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. U.G.C. de Moguer. Huelva.; (4) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Blanca Paloma. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer, 79 años. Artrosis generalizada y Episodios previos de Neuralgia del facial. Tratamiento habitual: AAS 100mg, metazolol 575mg, Lactulosa sobres. Vida autónoma. ANAMNESIS: Acude a urgencias porque, la noche anterior, la familia observó en la paciente una pérdida de fuerza en miembro superior derecho y, desde hace una semana, observan una afasia nominal progresiva. Durante la entrevista, la familia nos indica que estaba en tratamiento con carbamacepina por un episodio de neuralgia del facial hace un mes, retirada hace una semana por su Médico de Familia por debilidad muscular y episodios de desorientación temporoespacial de minutos de duración que recupera por sí misma. Refiere estreñimiento crónico pero controlado con laxantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente, orientada en el momento de la entrevista, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Tolera decúbito.

Exploración neurológica: pares craneales conservados, Pupilas normorreactivas e isocóricas. Afasia nominal y enlentecimiento del habla. MSD con pérdida de fuerza de 4/5, resto normal. ACP: corazón rítmico a 70lpm. Buen murmullo vesicular. Abdomen: normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1. Bioquímica: glucosa 109.
2. Hemograma y Coagulación: normal
3. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 70 lpm, onda T negativas en V1-V3, sin alteraciones de la repolarización.
4. Sedimento y cultivo de orina negativo.
5. Radiografía de tórax: sin cardiomegalia
6. Radiografía de abdomen: sólo se observa acúmulo aéreo y de heces en colon ascendente.
7. TAC de cráneo: Hematoma subdural subagudo crónico en hemisferio izquierdo, sin evidencia de sangrado activo.

JUICIO CLÍNICO

Hematoma subdural subagudo crónico en hemisferio izquierdo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral o accidente cerebrovascular.

COMENTARIO FINAL

El traumatismo cráneo encefálico es la segunda causa de muerte en la población, tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La mortalidad se sitúa en torno al 20-30%, siendo mayor entre los menores de 10 años y los mayores de 65 años. Las caídas son la segunda causa más frecuente de traumatismo. El TCE complicado es la segunda variedad del trauma más frecuente en el anciano con predominio del Hematoma Subdural Crónico.

Tras las pruebas complementarias se volvió a entrevistar a la paciente y a los familiares, que nos indicaron que un mes atrás, la paciente sufrió una caída en su domicilio que comunicó a su familia, pero que fue consultada con su Médico de Familia porque no le dio importancia alguna.

En este caso se quiere resaltar la importancia de la entrevista clínica con nuestros pacientes ancianos, sobre todo autónomos y que viven solos, porque podemos tener unos síntomas que indiquen gravedad no concordante con patología aguda y ser consecuencia de una complicación de un proceso del pasado.

BIBLIOGRAFÍA

Mosquera Betancourt G, Vega Basulto S, Valdeblánquez Atencio J. Traumatismo craneoencefálico en el adulto mayor. AMC. 2008; 12(6)

Magaña Sánchez I. Trauma en el anciano. Bases anatómicas y fisiológicas para una adecuada evaluación y manejo inicial. Revista Cirujano General. 2007; 29(2)

165/166. "DOS BOLSAS DE SANGRE Y A CASA"

AUTORES:

(1) Pérez Castro, M.; (1) Muñoz González, L.; (2) Ruiz del Moral, L.; (3) Perea García, J.; (4) Tapia Guerrero, A.; (5) Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico Especialista en Aparato Digestivo. Hospital Vithas Parque San Antonio. Málaga; (4) Médico Residente de 3er año de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón, de 47 años. Trabajador de la construcción, jubilado por hipoacusia bilateral. Acude en diciembre 2014 a consulta por presentar tos, expectoración y fiebre. Es diagnosticado por su médico de catarro de vías altas, siendo tratado de forma sintomática. Presenta evolución tórpida, por lo que se introduce antibiótico. Acude en ocasiones posteriores por no presentar mejoría, siendo tratado con broncodilatadores. Tras ello el paciente solicita una analítica general por encontrarse muy cansado, en la que se detecta anemia microcítica (Hb: 7.9g/dl). Su médico inicia hierro oral y solicita sangre oculta en heces. Al día siguiente el paciente acude de no demorable por presentar astenia y falta de aire, siendo derivado a Urgencias para realizar transfusión. En Urgencias se realiza analítica objetivando Hb: 6.9g/dl, y se procede a transfusión de dos unidades de hematíes. En el periodo de relevo se reevalúa al paciente, que refiere comienzo brusco de la disnea. Se amplía en laboratorio el Dímero-D por sospecha de tromboembolismo pulmonar, resultando elevado, por lo que se solicita AngioTc. Previo a transfusión, se realizó radiografía de tórax sin ser valorada en el transcurso del relevo, en la que se detecta imagen en "suelta de globos". Se contacta con Medicina Interna, que tras valoración encuentra tumor renal extensamente diseminado. Rehistoriando al paciente refiere hematuria ocasional y pérdida importante de peso por la que no consultó. Durante su ingreso presenta gran deterioro, con éxitus tras 11 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hipotensión, taquicardia y desaturación al 87%. Analítica de Atención Primaria: Hb 7.9g/dl. Analítica de Urgencias: Hb 6.9g/dl. Dímero-D: 21.762ng/ml. Radiografía tórax: imagen en "suelta de globos". AngioTc tórax: defecto de repleción en ambas arterias lobares y lesiones nodulares compatibles con metástasis. Tc abdomen: masa renal derecha de 6,3x5,4cm con extensión a glándula suprarrenal y vena renal derecha. Trombosis en cava inferior.

JUICIO CLÍNICO

Neoplasia de polo superior de riñón derecho, invasión de vena renal derecha y cava inferior. Metástasis suprarrenal y pulmonares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anemia:
Microcítica (VCM<80fl):

Ferritina baja:

Ferropénica: en varón: digestiva, y en mujer: ginecológica

Ferritina normal o aumentada

Trastornos crónicos

- Infecciones
- Inflamaciones
- Neoplasias
- Hepatopatías
- Fallo Cardíaco
- Otras

Anemia Sideroblástica

Talasemia

Normocítica (VCM 80-98fl)

Macroscítica (VCM >98fl)

COMENTARIO FINAL

Ante un varón con clínica respiratoria, que presenta evolución tórpida de su sintomatología, debemos solicitar una radiografía de tórax desde Atención Primaria. Si detectamos anemia significativa, en paciente sin antecedentes de la misma, debemos iniciar estudio. Si detectamos niveles de hemoglobina que requieran transfusión, derivar para la misma sin demora. Ante un paciente que es asignado de relevo, debemos reevaluar por completo tanto la historia clínica como la exploración física.

BIBLIOGRAFÍA

- Hung N, Shen CC, Hu YW, Hu LY, Yeh CM, Teng CJ et al. Risk of cancer in patients with iron deficiency anemia: a nationwide. Public Library Of Science One. 2015 Mar 17;10 (3)
- Custódio S, Joaquim A, Peixoto V, Macedo JE, Faria AL, Macias E, et al. Metastatic renal cell carcinoma: the importance of immunohistochemistry in differential diagnosis. Case Reports in Oncology. 2012 Jan;5(1):30-4

165/167. “DOCTORA, ME NOTO EL CORAZÓN MUY ACELERADO”

AUTORES:

- (1) Pérez Castro, M.; (1) Muñoz González, L.; (2) Ruiz del Moral, L.; (3) Perea García, J.; (4) Tapia Guerrero, A.; (5) Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico especialista en Aparato Digestivo. Hospital Vithas Parque San Antonio. Málaga; (4) Médico Residente de 3er año de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nos encontramos pasando consulta de Atención Primaria en nuestro Centro de Salud cuando de pronto atendemos una llamada telefónica: acude de urgencia un varón de 49 años, por presentar palpitaciones de 30 minutos de duración. No pertenece a nuestro centro, pero ha acudido al mismo por encontrarse próximo a su trabajo. Al interrogar al paciente, refiere episodios

previos similares autolimitados, siendo el último hace un mes, con asistencia a nuestro centro, cediendo espontáneamente. El paciente refiere que “esta vez no se le pasa”, y de palabra nos cuenta que hace años fue diagnosticado por un cardiólogo privado de episodio de fibrilación auricular paroxística que precisó cardioversión farmacológica con amiodarona. En su historia clínica no consta tal episodio y se encuentra sin tratamiento alguno en la actualidad. Ante ello surgen dudas sobre el tipo de alteración de ritmo cardíaco que podemos encontrar, realizando una exploración exhaustiva del paciente. El mismo se encuentra estable hemodinámicamente, con buena tolerancia. A la exploración detectamos pulso radial rítmico en torno a 200 lpm. Monitorizamos, canalizamos vía venosa y realizamos electrocariograma detectando ritmo sinusal a 203 lpm, de QRS estrecho, sin alteraciones en repolarización. Ante la sospecha de taquicardia supraventricular paroxística, realizamos maniobras vagales, que no resultan efectivas. Tras ello administramos adenosina (6mg), precisando una segunda dosis (12mg) con la que conseguimos normalizar la frecuencia cardíaca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, estable hemodinámicamente, ansioso. PA: 120/70 mmHg, Fc: 203 lpm, Sat O₂:100% basal. Pulso radial: taquicardia a 203 lpm, rítmica. No disnea, no dolor torácico ni cortejo vegetativo. ECG: ritmo sinusal, a 203lpm, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.

JUICIO CLÍNICO

Taquicardia supraventricular paroxística.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Taquicardia QRS estrecho (<0,12): taquicardia sinusal, taquicardia auricular, taquicardia auricular multifocal, fibrilación auricular, flutter, taquicardia supraventricular paroxística, síndrome wolff parkinson white. Taquicardia QRS ancho (>0,12): Taquicardia Ventricular.

COMENTARIO FINAL

La taquicardia supraventricular paroxística es una de las taquiarritmias más frecuente en pacientes que no presentan cardiopatía estructural. Debemos valorar en primer lugar la estabilidad hemodinámica del paciente y la tolerancia que presenta el mismo ante la arritmia, ya que la actitud cambiaría por completo si no fuese bien tolerada. Siempre monitorizar y analizar el tipo de alteración del ritmo cardíaco. Ante situaciones de arritmias potencialmente graves o situaciones de inestabilidad debemos contactar con el equipo del 061.

BIBLIOGRAFÍA

- Almendral J, Pombo M, Martínez-Alday J, González-Rebollo JM, Rodríguez-Font E, Martínez-Ferrer J et al. Update on arrhythmias and cardiac pacing 2013. Revista Española de Cardiología. 2014 Apr;67(4):294-304
- Sousa PA, Pereira S, Candeias R, de Jesus I. The value of electrocardiography for differential diagnosis in wide QRS complex tachycardia. Revista Portuguesa de Cardiología. 2014 Mar;33(3):165-73

165/168. VARÓN DE 36 AÑOS CON CEFALEA Y FIEBRE SIN FOCO.**AUTORES:**

(1) Valdellós Cabello, J.; (2) Paniagua Urbano, D.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Antequera. Málaga; (2) Médico de Familia. Dirección UC Antequera Estación. ASNM.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 36 años, sin alergias conocidas, no hábitos tóxicos, con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, dislipemia, valvulopatía aórtica bicúspide con insuficiencia aórtica severa en seguimiento por Cardiología. Tratado con amlodipino 5mg y simvastatina 20mg. No intervenciones quirúrgicas. Presenta malestar general, artromialgias, fiebre 39°C, sin síntomas catarrales, no dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal, no adenopatías, no odinofagia, no síndrome miccional, no disnea, de diez días de evolución. Consulta con su médico de Atención Primaria que solicita hemograma, bioquímica, hepática, sedimento urinario, cultivos (sangre-orina), radiografía tórax y prescribe paracetamol. A los 3 días continúa con fiebre 38,5°C, se amplía estudio con serología infecciosa, cultivos de esputos y heces. A los 4 días es derivado a Urgencias además con cefalea holocraneal y vómitos. Se realiza analítica de sangre, hemocultivos, radiografía tórax y punción lumbar negativos. Posteriormente ingresa en planta, recibiendo tratamiento con Gentamicina y Ceftriaxona intravenosos. Ante la aparición de cefalea se realiza angioRMN, visualizándose infarto agudo en territorio frontera Arterial Cerebral Anterior-Arteria cerebral media derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tensión Arterial: 112-63. Temperatura 37,7°C, buen estado general. Consciente y orientado. Exploración neurológica normal. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, soplo diastólico II/VI en foco aórtico irradiado a carótidas. Buena ventilación pulmonar, no ruidos respiratorios. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. Miembros inferiores: no edemas. Pruebas complementarias: analítica de sangre: leucocitos 11.100, hemoglobina 11,4, creatinina 1,01. Proteína C reactiva 1,7. Hemocultivos: Streptococo pyogenes positivo. Urocultivo: negativo. Ecocardiografía transesofágica: no se observa vegetación valvular.

JUICIO CLÍNICO

Endocarditis por Streptococcus Anginosus/Constellatus sobre válvula aórtica bicúspide nativa con insuficiencia aórtica severa. Ictus isquémico en territorio frontera de Arteria Cerebral Anterior-Media derecha sin afectación clínica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Endocarditis, infección urinaria-prostática, intraabdominal, osteoarticular, sinusitis, otitis, absceso dentario,

infecciones vasculares. Sistémicas: tuberculosis, micobacteriosis atípica, salmonelosis, brucelosis, leptospirosis, Chlamydia y Mycoplasma, paludismo, citomegalovirus, mononucleosis infecciosa, VIH, toxoplasmosis, enfermedad de Whipple, fiebre Q, micosis, parasitosis.

Linfomas, leucemia, mieloma, neoplasia de colon, hepática, carcinoma de páncreas, hipernefrona, carcinomatosis, sarcoma, linfadenopatía angioinmuno-blástica, mixoma auricular.

Enfermedad de Still, arteritis temporal, polimialgia reumática, Poliarteritis nodosa, Lupus, Artritis reumatoide, Churg-Strauss, hipersensibilidad a fármacos, Behcet, granulomatosis de Wegener, arteritis Takayasu, espondilitis anquilosante.

Sarcoidosis, enfermedad de Crohn, tromboflebitis, Tromboembolismo pulmonar, farmacológica, cirrosis hepática, hepatitis granulomatosa, tiroiditis, hipertermia central, ficticia.

COMENTARIO FINAL

El estudio de un síndrome febril prolongado en una persona sana, es un hecho relativamente frecuente en nuestro medio y que supone un reto para el médico. El hecho de seguir un protocolo desde el inicio, hizo que la petición de pruebas diagnósticas tuvieran una secuencia lógica, pudiendo orientar el caso más fácilmente hasta el diagnóstico final. La progresión de los síntomas, hicieron que se derivara a medicina especializada urgente, ya que eran necesarias la realización de pruebas más complejas.

BIBLIOGRAFÍA

- Hot A, Jaisson I, et al. Yield of bone marrow examination in diagnosing the source of fever of unknown origin. Arch Intern Med 2009; 169(21):2018-2023.
- Guías para la consulta de Atención Primaria. 2.a ed. Fistera: Casitérides, SL. 2005. p. 237-42.
- Fauci AS, Bruanwald E, et al. Principios de Medicina Interna. Harrison. 16.a ed. Tomo I. p.1166-9.

165/171. CERVICALGIA, ¿UN SÍNTOMA DE CARCINOMA DE PRÓSTATA AVANZADO?**AUTORES:**

(1) Ruiz Ciudad, M.; (2) Barnoiu, O.; (3) Martínez Membrilla, S.; (3) Torres Avilés, J.; (4) Fernández, X.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Humilladero (ZBS Mollina). Antequera. Málaga; (2) Facultativo Especialista de Área Urología. Hospital de Antequera; (3) Médico de Familia. Consultorio de Humilladero (ZBS Mollina). Antequera. Málaga; (4) Facultativo Especialista de Área Radiodiagnóstico. Hospital de Antequera.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón, 75 años que consulta por cervicalgia de 5 días de evolución. Refiere sintomatología inespecífica de Tracto Urinario Inferior. Se prescribe analgesia y se solicita analítica con PSA. Dada la no mejoría de la cervicalgia acude a urgencias a los 3 días

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen Estado General, Consciente y Orientado, Normocoloreado, bien hidratado y perfundido. No focalidad neurológica. Dolor a la palpación paravertebral cervical y sobre todo a la movilización cervical. Resto de Exploración anodina. Se pauta analgesia y se solicita Rx cervical.

.- Rx. Cervical: signos artrósicos, hiperclaridad de C2 respecto a C1 y C3.

A la semana el paciente acude a recoger resultados de analítica en Atención Primaria donde se detecta PSA: 924,00, con sedimento y urocultivo negativo y resto analítica normal. IPSS: 19, por lo que se deriva de forma preferente a Consultas Externas de Urología y Traumatología-

**C. Urología: Tacto rectal: próstata Vol.: III, pétérea de forma general con crecimiento endorectal. Gamagrafía . Inicia Bloqueo Hormonal.

**C. Traumatología: Rx: rarefacción ósea C2, RMN: Lesión con masas de partes blandas y compresión de cordón medular.

Se deriva con carácter urgente a Hospital de referencia para valoración neuroquirúrgica y/o radioterápica por compresión medular,

**C. Neurocirugía:

- RMN con masa a nivel C2 en cuerpo vertebral,
- .- TAC de tórax: múltiples imágenes nodulares en ambos hemitórax compatibles con metástasis
- .- TAC Abdomen: próstata aumentada de tamaño.
- .- Gamagrafía Ósea: Deposito patológico en C2, C3, C4 y en Isquion Izquierdo.

Descartado tratamiento neuroquirúrgico y valorado por Oncología que procede a tratamiento radioterápico con intención paliativa, recomendando control por su MAP, collarín cervical permanente, seguimiento por Urología y Oncología radioterápica.

JUICIO CLÍNICO

Carcinoma de Próstata Avanzado con Metástasis óseas y Pulmonares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante una cervicalgia resistente a analgesia se debe pensar en:

- Problemas mecánicos.
- Infecciones. Aumenta la VSG, afectación sistémica dolor constante y cambios radiológicos .
- Inflamación. Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, polimialgia reumática o arteritis de células gigantes.
- Neoplasias. sobre todo metastásicas, secundarias a cáncer de pulmón, mama, riñón y próstata.

COMENTARIO FINAL

En las cervicalgias es fundamental una completa historia clínica, incluyendo características del dolor, y una detallada exploración vertebral. Se deben investigar las patologías cervicales no osteoarticulares, sobre todo ante un dolor intenso cervical, resistente a analgesia que aumenta con el movimiento e impide el sueño, acompañado de sintomatología de Tracto urinario Inferior ya que nos hace sospechar causa no habitual, y realizar las pruebas complementarias necesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez González C, et al. Cervicalgia. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. 3.ª ed. Madrid: Edicomplet, S.A.; 2010.
2. Baena González, Víctor et al. Hipertrofia Benigna De Próstata Y Cáncer De Próstata: Proceso Asistencial Integrado, 3ª ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2011.

165/172. PATOLOGÍA TIROIDEA POCO FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

- (1) Expósito Molinero, C.; (2) Ruiz Medina, A.; (1) Villalba Baena, M.; (2) Cantón Cuadrado, N.; (3) Gomez Sabaleta, M.; (3) Flaquer Antúnez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (2) Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.; (3) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria.. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 39 años que acude a consulta por fiebre de 38°C de dos días de evolución, astenia generalizada y molestias en región anterior del cuello. Además presentaba ansiedad y nerviosismo que achacaba al temor de un diagnóstico de gravedad.

En la anamnesis negaba síntomas respiratorios en ese momento aunque unos 10 días antes había presentado un cuadro catarral de unos 5 días de duración. No otros síntomas de interés.

Tras sospechar patología tiroidea, concretamente una posible tiroiditis subaguda por la sintomatología que presentaba, se realiza derivación a Endocrinología de forma preferente, solicitamos analítica sanguínea y pautamos tratamiento con AINEs.

Acude de nuevo a los 7 días para recoger los resultados analíticos, en los que observamos VSG elevada e hipertiroidismo. Persiste clínica de nerviosismo y molestias cervicales. El resultado analítico nos orienta aún más a tiroiditis subaguda por lo que cambiamos el tratamiento a corticoides orales con pauta descendente y propranolol 10mg 1c/8h.

A los 10 días vuelve a consulta con las pruebas complementarias realizadas por Endocrinología, la confirmación diagnóstica de Tiroiditis subaguda o de Quervain y mejoría de la sintomatología. Concluimos con una analítica de control en la que objetivamos la normalización de las hormonas tiroideas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EF: Nerviosismo, febrícula, frecuencia cardíaca de 95lpm, sin soplos ni roces y destacaba hipersensibilidad a la palpación de región anterior del cuello, con dolor y leve aumento de la glándula tiroidea con predominio del lóbulo izquierdo de consistencia

heterogénea. Exploración pulmonar, abdominal y otorrinolaringológica anodinas.

PC:

.1ª analítica de sangre (AS):

o Hemograma con VSG 110 mm/h., Resto normal.

o Perfil tiroideo: TSH 0,01 μ UI/ml, T4L 28 μ g/dl, T3L 423,6 ng/dl, Ac antiTSH negativos y Ac antiTPO negativos.

o perfil hepático dentro de la normalidad

o PCR <3.

.2ª AS (control): VSG 80 mm/h, TSH 3,6 μ UI/ml, T4L 6,5 μ g/dl y T3L 140 ng/dl.

.Ecografía de tiroides: Patrón ecográfico difuso e hipoeocogénico de la glándula.

.Gammagrafía tiroidea: No fijación del trazador.

JUICIO CLÍNICO

Tiroiditis subaguda o de Quervain.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

.Otras tiroiditis: Hashimoto, Hashitoxicosis, aguda microbiana, linfocitaria silente y fibrosa de Riedel.

.Patologías de cuello anterior doloroso: Infección de quiste del conducto tirogloso, de quiste de la hendidura braquial y de higroma quístico; hemorragia aguda dentro de una cisterna, dentro de un nódulo benigno o maligno; inflamación postradiación, adenitis cervical, celulitis del cuello anterior, amiloidosis, tirotoxicosis secundaria a amiodarona e infección por pneumocistis carinii.

Procesos infecciosos de vías respiratorias altas.

COMENTARIO FINAL

A pesar de su escasa frecuencia, debemos tener en cuenta esta patología en Atención Primaria debido a que su diagnóstico se basa principalmente en la clínica y, puesto que precisa de un sencillo tratamiento podemos comenzar a tratar al paciente desde un primer nivel asistencial e incluso conseguir la resolución del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

. Castro AM, Castañeda AM, Madruga K, Hernandez DM, Gonzalez D, Rufin AM. Tiroiditis granulomatosa de De Quervain. Diagnóstico por citología con aspiración por aguja fina. Rev Med Electrón 2013 Enero;35(1).

. Comas A, Cacho L. Tiroiditis <<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tiroiditis/>>

165/173. FIEBRE Q EN NUESTRA ZONA

AUTORES:

(1) García Reyes, R.; (2) Sánchez Morales, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a consulta de atención primaria, un varón de 40 años con fiebre de hasta 39º de 3 semanas de evolución, acompañado de astenia, distensión

abdominal y ligera ictericia. Entre los antecedentes personales, refiere fumador de 20 cigarrillos/día, consumo enólico diario, y habita en el campo. No refiere otras enfermedades de interés ni cirugías previas. Sin tratamiento habitual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, sudoroso, signos de hepatopatía crónica: arañas vasculares, eritema palmar, ictericia cutáneo-mucosa y deshidratación. Estable hemodinámicamente, ACP normal, abdomen: hepatomegalia de 4 traveses. Analítica: hiperbilirrubinemia a expensas de la conjugada, aumento de transaminasas. Resto normal. Rx tórax: sin hallazgos. Ecografía abdominal: hepatomegalia, esteatosis hepática. Leve esplenomegalia. Vesícula con litiasis, sin obstrucción de la vía biliar. TAC abdominal no mostró hallazgos destacables. Hemocultivos y Urocultivos negativos. Cultivo para VHA,VHB,VHC VEB, CMV Y VIH negativos. Acs ANA, AMA, Antimúsculo liso negativos. Serología para Rickettsia, Clamydia, Toxoplasma, Brucella, Leptospira negativos. Serología para Coxiella Burnetii positivo.

JUICIO CLÍNICO

FIEBRE Q

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades infecciosas, tumorales, reumáticas, vasculitis y colagenosis.

COMENTARIO FINAL

En España, existe una variación de expresión clínica Norte-Sur de la enfermedad, predominando la neumonía atípica en el Norte. Sin embargo, en Andalucía, la hepatitis y el síndrome febril, son la clínica predominante de la Fiebre Q. Los médicos de atención primaria de esta comunidad, debemos de establecer con esta sintomatología el diagnóstico de sospecha de la Fiebre Q.

BIBLIOGRAFÍA

Alin Bloju, Balas Urea, Rocío, Escobar García, Marta, Cerrada Cerrada, Ernesto, Rubio Benito, Elvira. Fiebre Q, a propósito de tres formas de presentación. 2011

-Maria Teresa Fraile Farifias y Carlos Muñoz Collado. Infección por Coxiella Burnetii. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28 (Supl 1): 29-32

-A. Peña-Iruna, A.R González Santamaría, F. Munguía Rozadilla y J.L. Herrero González. Fiebre Q. Descripción de un caso. 2012.

-Pérez Gallardo F, Clavero G, Hernández Fernández S. Hallazgo en España de la Rickettsia burnetii, agente etiológico de la Fiebre Q. Rev San Hig Pub. 1949; 23:489-96.

-Raya Cruz M, Gállego Lezaún C, García Casalla M, Cifuentes Luna C, Forteza Forteza T, Fernández-Vaca V, et al. Fiebre Q aguda sintomática: 87 casos en un área de Mallorca. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014; 32:213-8.

165/174. LA ENFERMEDAD DE WHIPPLE, LA GRAN DESCONOCIDA

AUTORES:

(1) García Reyes, R.; (2) Sánchez Morales, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Acude a consulta de atención primaria, un varón de 44 años, que refiere diarreas de 6 meses de evolución, artromialgias generalizadas y dolor abdominal. Se le pauta tratamiento dietético, incluyendo probióticos y sueroterapia oral. Ante el empeoramiento del cuadro, y aparición de síndrome confusional, con ideas delirantes “la gente me persigue por las calles”, se pauta loperamida y se deriva a urgencias para valoración, estudio e ingreso si procede.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado en persona y espacio. Confusión en la esfera del tiempo. Estable hemodinámicamente, ACP normal. Valoración psiquiátrica: se descarta patología psiquiátrica; a valorar organicidad. Analítica general de sangre y orina: anemia microcítica. Sin otros hallazgos.

Ecografía abdominal: esteatosis hepática. Cultivo para VHA, VHB, VHC, VEB, CMV Y VIH negativos. Serología para Rickettsia, Clamidia, Toxoplasma, Coxiella, Brucella, Leptospira negativos. Endoscopia oral: sin hallazgos. Colonoscopia: un divertículo no complicado en colon, y un pólipo en colon transverso. Se toman biopsias complementarias del duodeno y diversos segmentos del colon que mostraron la presencia de macrófagos subepiteliales positivos a la tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS) y negativos a la Tinción de Ziehl-Nielsen, compatible con la Enfermedad de Whipple.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Whipple

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Poliartritis seronegativa, espondilitis anquilosante, endocarditis con cultivo negativo, vasculitis, síndrome de malabsorción, linfoma, enfermedad cerebrovascular, demencia, infección por VIH, micobacteriosis atípica y sarcoidosis

COMENTARIO FINAL

Los síntomas más comunes de esta enfermedad son dolor abdominal y diarreas; síntomas muy comunes consultados diariamente en consultas de atención primaria. Es por ello, por lo que la Enfermedad de Whipple, siendo una patología rara, hay que tenerla presente cuando los pacientes cursan con estos síntomas sin mejoría, en una duración considerable de tiempo. La derivación temprana a especialidades, proporciona una mejoría precoz de los síntomas del paciente, así como de su curación.

BIBLIOGRAFÍA

-LOUIS ED Y OTROS. Diagnostic guidelines in central nervous system Whipples disease. Ann Neurol 1996;40:561-568.

-GARCÍA BERNÁRDEZ AM Y OTROS. Enfermedad de Whipple. Dos nuevos casos de una enfermedad infradiagnosticada. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 231-234.

-REYES MARTÍNEZ C Y OTROS. Enfermedad de Whipple: presentación de los casos diagnosticados en nuestro hospital. Rev Esp Enferm Dig 2003; 95:143-48.

-SIERACKI JC. Whipple's disease: observations on systemic involvement. I. Cytologic observations. AMA Arch Pathol 1958; 66: 464-467.

165/175. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TROMBOCITOPENIA IDIOPÁTICA AGUDA.**AUTORES:**

(1) Sánchez Morales, L.; (2) García Reyes, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Acude a consulta de atención primaria, un varón de 60 años con epistaxis, sangrado yugal y hematomas. Entre los antecedentes personales, refiere no tener alergias medicamentosas, ser exfumador (8 años), exbebedor (9 años), hipertenso en tratamiento con enalapril, hipotiroidismo en tratamiento con eutirox, EPOC en tratamiento con ventolin, atroaldo y budo-senida e HBP en tratamiento con serenoa repens. Niega intervenciones quirúrgicas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado e hidratado, con sangrado intranasal, petequias peribucales y dos ampollas sanguinolentas mucosa yugal. Hematomas importantes en abdomen y tórax. Petequias en miembros inferiores. ACP: tonos rítmicos y sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso sin masas ni megalias. Estable hemodinámicamente. Analítica del mes anterior normal. Analítica urgencias con hemograma normal salvo plaquetas (6000), bioquímica y coagulación normal. Frotis de sangre periférica: trombopenia confirmada al microscopio sin otras atipias en el resto de líneas celulares. Serología viral anodina. Eco abdominal: hígado esteatósico leve con resto de órganos sin alteraciones y sin adenopatías retroperitoneales.

JUICIO CLÍNICO

PÚRPURA TROMBOTICA IDIOPÁTICA (PTI).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pseudotrombocitopenia, trombocitopenias de origen central o periférica, vacunas, fármacos, congénitas, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, hepatopatía y síndromes linfoproliferativos.

COMENTARIO FINAL

Es una enfermedad autoinmune adquirida, de curso clínico muy variable, en la que hay una destrucción acelerada y una producción inadecuada de

plaquetas. El diagnóstico es de exclusión. La PTI primaria se caracteriza por un recuento de plaquetas menor a 100000, en ausencia de otros problemas o enfermedades que la justifiquen.

Los médicos de atención primaria de esta comunidad, debemos saber diagnosticar y establecer con esta sintomatología el diagnóstico de sospecha de la trombocitopenia.

BIBLIOGRAFÍA

-Donato H, Cedola A, Elena G, Rapetti MC, Rossi N, Ramos A, y col. Comité Nacional de Hematología. Purpura trombocitopénica inmune: Guía de diagnóstico y tratamiento. *Ach Argent Pediatr* 2010; 108: 97-102.

- Cines DB, Bussel JB. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Blood* 2005; 106: 2244-51.

- Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P, Bussel JB, et al.

International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2010; 115: 168-86.

- Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al.

Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune

thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood* 2009; 113: 2386-93.

165/178. MIOPATÍAS HEREDITARIAS

AUTORES:

(1) García Gollonet, B.; (2) Espinosa Coll, E.; (3) Bernal Hinojosa, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga; (2) Médico residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 19 años. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Hitos de desarrollo motor normales. Dos hermanas mayores; la mediana de 26 años presenta GOT discretamente elevada desde el nacimiento y con marcha algo anormal que la paciente describe como que "mete la rodilla hacia dentro". Otra de 35 años sana y sin síntomas similares a los que refiere a la paciente. Padre con marcha que la paciente describe como cojeante, como bamboleándose. Madre normal. No enfermedades cardíacas, ni de epilepsia, defectos visuales. Familia originaria de Jaén. Primo hermano de rama paterna con reciente diagnóstico de enfermedad muscular. No tratamiento habitual.

Se detecta en analítica rutinaria en el centro de salud CK 4338, GOT 89 y GPT 131. La paciente refiere que desde pequeña presenta marcha con sube y baja de las caderas. Desde hace 3 años se siente

más cansada de lo habitual con los esfuerzos y desde hace 1 años con mínimos esfuerzos. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y es capaz de deambular sola pero necesita agarrarse para subir las escaleras. Refiere en ocasiones calambres en pantorrillas. No alteraciones sensitivas. No alteraciones cutáneas. Dados estos hallazgos se deriva a Urgencias para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 95/59, FC 73lpm, afebril. Estatura media-baja. Consciente y orientada, lenguaje y articulación normal. PICNR con MOES conservados, hipertelorismo leve con aumento de la hendidura palpebral y ligero exoftalmos. No debilidad en trapecios ni esternocleidomastoideos. Debilidad 4-/5 en ambos deltoides, 3/5 en ambos bíceps, distalmente 5/5. Psoas MID 2,3/5, MID 3,4-/5, Cuadriceps MID 4-/5, MII 4/5, Flexoextensión del pie derecho 4+/5 del izquierdo 5/5. RCP ambos flexores, REM hipoactivos en ambos MMII, en MMSS hipoactivos pero más vivos que en MMII. Imposible mantener cuclillas. Sensibilidad normal. No disimetría. Marcha anadeante. Auscultación cardíaca y TSA sin soplos. EKG: Ritmo sinusal a 65lpm sin alteraciones en la repolarización. Analítica de sangre: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: GOT 102, CK 4994, LDH 465, Filtración glomerular superior a 90, glucosa normal. Sin proteínas en orina. Rx Tórax: Normal.

JUICIO CLÍNICO

Posible miopatía de cinturas

Diagnóstico diferencial

Distrofia muscular hereditaria. Miopatía congénita hereditaria. Miopatía metabólica hereditaria.

COMENTARIO FINAL

El diagnóstico de este tipo de miopatía hereditaria es frecuente tras la primera infancia y el diagnóstico clínico se apoya con la biopsia. Es importante el papel del médico de familia para la realización de una buena anamnesis e historia familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Algoritmos diagnósticos en las miopatías hereditarias, Grupo de estudio de enfermedades neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología. Álvarez Castro P, Isidro San Juan ML, Cordido Carballido F. Guías clínicas en Atención Primaria.

165/181. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

AUTORES:

(1) Pedrosa del Pino, M.; (2) Ruiz-Cabello Crespo, E.; (3) Becerra Piñero, R.; (4) Molina García, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1); (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 16 años sin A.P. de interés, que consulta porque desde hace una semana nota dificultad progresiva para la marcha. También, su padre le había notado que desde hace varias semanas cierra el ojo izquierdo con menos fuerza. Además refiere que hace 6-8 meses comenzó con parestesias en m. inferiores pero que no le había dado importancia por lo que no había consultado previamente, actualmente no las presenta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-EN: Afebril. TA: 130/90. Conciente, alerta, habla normal. Lenguaje normal. Fuerza normal. REM vivos, exaltados en miembros inferiores, simétricos, aumento del área reflexógena. RCP extensor izquierdo, flexor derecho. Paresia facial nuclear izquierda; resto de pares craneales normales. Sensibilidad normal. No disimetría en prueba D-N. Romberg inestable con tendencia a caer a la izquierda. Marcha con aumento de la base de sustentación. Resto de exploración física sin alteraciones.

-AS: hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica normal.

-Rx torax: sin alteraciones.

-EEG: RS a 100lpm.

-TAC craneal: lesiones hipodensas en sustancia blanca subcortical frontal, parietal y occipital, la mayor frontal derecha, también periventricular anterior izquierda.

JUICIO CLÍNICO

Esclerosis Múltiple

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ha de plantearse con enfermedades que cursan con brotes de afectación del sistema nervioso como: lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Behçet, sarcoidosis o enfermedad de Lyme.

COMENTARIO FINAL

La esclerosis múltiple es una enfermedad consistente en la aparición de lesiones desmielinizantes, crónicas de SNC. El trastorno se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años, aunque puede manifestarse a cualquier edad.

Las lesiones del sistema nervioso central que causan la esclerosis múltiple no siempre se manifiestan directamente como síntomas clínicos detectables y claramente atribuibles a la enfermedad, por lo que en ocasiones se tiende a restar importancia a los primeros signos. Se ha demostrado que el tratamiento precoz, reduce significativamente el número de brotes e intensidad de los mismos. De ahí la importancia como del médico de familia para reconocer los síntomas desde su inicio.

BIBLIOGRAFÍA

-Rubin S. Management of multiple sclerosis: an overview. Dis Mon. 2013;59:253-260.-Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria.

Ann Neurol. 2011;69:292-302. -Ropper AH, Brown RH. Principios de Neurología. Mc Graw Hill.

165/187. CASO CLÍNICO. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA PANCREATITIS AGUDA.**AUTORES:**

(1) Morán Rocha, M.; (2) Ortiz Mera, J.; (3) Navarro Macias, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos del Condado. Huelva; (2) Médico Intensivista. Hospital Infanta Elena. Huelva.; (3) Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón de 52 años con hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, claudicación intermitente, sin alergias medicamentosas. Exfumador de 50 cigarros/día. Bebedor habitual moderado. Acude a Urgencias por dolor de inicio brusco en región epigástrica, vómitos, disnea, palpitaciones y sudoración profusa. En su centro de salud administran cafeinitrina sublingual sin mejoría y se traslada al hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración: disminución del murmullo vesicular y abdomen distendido, duro y ausencia de ruidos hidroaéreos. Analítica: destaca hiperglucemia, hiperamilasemia, resto de bioquímica normal. Gasometría venosa con acidosis metabólica compensada. Radiografía de tórax y electrocardiograma normal. APACHEII:8.

Presenta deterioro progresivo, tanto analítico como clínico, con deterioro de la función renal, se realiza ecografía sin hallazgos destacables, el APACHE II sube a 24 puntos ingresando en UCI, donde se inicia tratamiento de soporte vital con ventilación mecánica y aminos y hemofiltración. Se somete a cirugía urgente donde se aprecian datos sugestivos de trombosis venosa mesentérica, a pesar de ello persiste inestable siendo finalmente éxitus.

JUICIO CLÍNICO

Isquemia intestinal por trombosis venosa mesentérica superior secundaria a pancreatitis aguda necrohemorrágica. Fallo multiorgánico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infarto agudo de miocardio.

Obstrucción intestinal.

Cólico biliar.

Aneurisma disecante de aorta.

COMENTARIO FINAL

La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente, hasta en un 25% de ellas puede acompañarse de una respuesta inflamatoria sistémica que lleve a fallos orgánicos o incluso al fallecimiento del paciente. Por ello necesitamos escalas para establecer actitudes diagnósticas y terapéuticas precoces encaminadas a reducir la morbimortalidad de los pacientes de mayor riesgo

El objetivo es detectar precozmente el fallo orgánico (FO) sin demorar el tratamiento por ello se realizó seguimiento clínico y analítico protocolizado durante las primeras 72 horas, como recomiendan las guías. Como predictor de gravedad analítico en un principio empleamos la PCR, siendo normal y empeorando posteriormente (valores séricos por encima de 150mg/dl a las 48h se correlacionan con la presencia de necrosis pancreática). Además, necesitamos escalas para medir gravedad que se puedan aplicar en las primeras 48 horas, la más contrastada y la que se usó en nuestro caso fue el APACHE II. Obteniendo una puntuación 8 (>8 pancreatitis grave) empeorando el pronóstico el IMC>30Kg/m² de nuestro paciente. Ante el empeoramiento clínico, se aplicó la escala Sequential Organ Dysfunction Assessment (SOFA), para valorar si existía FO (mejor marcador de mortalidad y gravedad). Obtuvimos una puntuación de 11 por lo que se ingresa en UCI. Por último, son necesarias algunas pruebas de imagen para detectar complicaciones. En el caso que comentamos no se realizó TAC abdominal a pesar de presentar criterios para ello: a) ecografía abdominal no valorable y b) descartar complicaciones (presencia de trombosis venosa mesentérica) ante el rápido empeoramiento clínico.

BIBLIOGRAFÍA

Maraví-Poma E, et al. Clasificación Internacional y Multidisciplinaria de la Pancreatitis Aguda: Edición española 2013. Med. Intensiva. 2013.

Maraví-Poma E, Zubia Olascoaga F, Petrov M.S; Navarro Soto S. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis. Med Intensiva. 2013;37(3):163-179

De la Heras Castaño G, Castro Senosiaain B. Factores pronósticos de la pancreatitis aguda: Progresos en gastroenterología y hepatología, Vol 24, Num 7; 2001

165/191. ¿POR QUÉ SE ME HINCHAN LAS VENAS DEL CUELLO CUANDO ME AGACHO, DOCTOR?

AUTORES:

(1) Espina Rodríguez, N.; (2) Pozuelo Rodríguez, A.; (2) Becerra Piñero, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 40 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 20 cigarrillos al día, sano, sin otros antecedentes de interés, consulta a su Médico de Atención Primaria por cuadro de 6 días de evolución consistente en tos seca con ingurgitación yugular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Buen estado general, consciente, orientado. Normocoloreado, eupneico en reposo Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación en tercio superior de hemitórax derecho. Tórax: Araña vascular en región anterior del tórax.

Resto de exploración sin interés Pruebas Complementarias: - Analítica sanguínea: Hemograma, coagulación y bioquímicas normales. - Radiografía de tórax: masa en lóbulo superior derecho

Se deriva a consulta de Neumología para realización del resto de pruebas complementarias: Tac Tórax: masa de densidad partes blandas compatible con conglomerado adenopático que ocupa varias regiones(hiliar, cavotraqeal, paratraqueal, prevascular y subcarinal). A nivel hiliar derecho rodea y estenosa el bronquio del LSD (lóbulo superior derecho) y sus bronquios segmentario. Y a nivel mediastínico estenosa la vena braquiocefálica izquierda y la vena cava superior. No nódulos pulmonares ni derrame pleural. Resto normal - Broncoscopia: Laringe, tráquea, carina principal y árbol bronquial izquierdo normales. Árbol bronquial derecho: pérdida de pliegues con signos de infiltración de la mucosa desde la entrada de LSD con carina de división engrosada. - PAAF de ganglio linfático, Citología de Broncoaspirado y Citología de cepillado bronquial: positiva para células malignas - Biopsia bronquial: carcinoma de células pequeñas.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome vena cava superior secundario a neoplasia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Faringitis/ Tos alérgica / Masa mediastínica

COMENTARIO FINAL

Si bien es una patología difícil de diagnosticar en Atención Primaria, es conveniente tenerla presente ya que se trata de una patología muy importante desde el punto de vista de la etiología y que puede pasar inadvertida debido a su gran variedad de manifestaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1.Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. N Engl J Med. 2007;356:1862-9 2.Lepper PM, Ott SR, Hoppe H, Schumann C, Stammberger U, Bugalho A, et al. Superior vena cava syndrome in thoracic malignancies. Respir Care 2011 May;56(5):653-66 3.Shahen K, Alraies MC. Superior vena cava syndrome. Cleve Clin J Med 2012;79(6):410-2 4.Navarro F, López J.L, Molina R, Lamarca A. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de la vena cava superior. Medicine. 2013;11(24):1500-3 5.Sabino A, Pérez B, Ruiz M. Protocolo diagnóstico de la sospecha de síndrome de la vena cava superior. Medicine. 2005;9(24):1579-81.

165/192. GINESCOMASTIA EN VARÓN

AUTORES:

(1) González Jiménez, P.; (2) Pascual Álvarez, J.; (3) Jiménez Guerrero, S.; (4) Gil Mellado, M.; (4) García Martínez Cañavate, M.; (4) Díaz Caro, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga; (2) Enfermera. Residencia de ancianos.; (3) Enfermera. Paro; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 50 años que acude a consulta a demanda de Atención Primaria por aumento del tamaño de las mamas y dolor de predominio en mama derecha de 3 semanas de evolución.

Niega aumento de peso en este último mes. No consumo de alcohol ni tóxicos.

No alergias medicamentosas conocidas. Diverticulitis hace 5 años.

En el momento actual el paciente no está tomando ningún tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se observa ginecomastia bilateral con dolor a la palpación más predominante en mama derecha. No se palpan nódulos ni adenopatías axilares.

No secreción por el pezón.

Peso: 75kg. Talla: 1.78. IMC: 23.7

*Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos sobreañadidos

*Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos.

*Miembros inferiores: no se evidencia edemas.

Se realiza analítica de sangre con valores dentro de lo normal incluido determinación de prolactina y demás hormonas (previamente explicado como debe acudir a realizarse esa prueba).

Tras recibir estos resultados se rehistoria al paciente. En esta entrevista refiere que coincidiendo con el cuadro comenzó de forma voluntaria y sin prescripción médica a tomar omeprazol 20 mg 1 comprimido cada 24 horas por reflujo gastroesofágico, estando mejor de este.

JUICIO CLÍNICO

Ginecomastia secundaria a toma de omeprazol

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ginecomastia secundaria a hiperprolactinemia.
- Ginecomastia secundaria a toma de fármacos.
- Ginecomastia secundaria a patología endocrina diferente a la hiperprolactinemia.
- Ginecomastia secundaria a patología mamaria.
- Ginecomastia por aumento de peso.

COMENTARIO FINAL

Ante un paciente varón con ginecomastia, debemos insistir en la toma de fármacos ya que muchos de los fármacos que producen esta patología pueden ser adquiridos sin necesidad de prescripción médica y por tanto no tener constancia de que el paciente lo está tomando.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuhaci N, et al. Ginecomastia: Clinical evaluation and management. Indian J Endocrinol Metab. 2014;18:150-158.
- En: De Groot LJ, Beck-Peccoz P, Chrousos G, K Dungan, Grossman A, Hershman JM, Koch C, McLachlan R, Nuevo M, Rebar R, Cantante F, Vinik A, Weickert MO, editores. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc .; 2000.

- Bridenstine M, Bell BK, Rothman MS. Ginecomastia. In: McDermott MT, ed. Endocrine Secrets. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013:chap 46.

165/195. PANHIPOPITUITARISMO POR SÍNDROME DE SHEEHAN TRAS EL EMBARAZO**AUTORES:**

(1) Ariza Hernández, E.; (2) Zavala Artacho, L.; (3) Morales Acedo, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mollina. Málaga; (3) Médico de Familia. Hospital Comarcal Antequera. Unidad Urgencias y Cuidados Críticos. Málaga.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 43 años que acude a la consulta por amenorrea de larga evolución que inicia tras primer embarazo por lo que se realizan pruebas de función tiroidea evidenciando alteración en perfil tiroideo y se inicia tratamiento sustitutivo. Después de unos meses vuelve a la consulta para recibir tratamiento sustitutivo hormonal por amenorrea

Es derivada a la consulta de especialista de medicina Interna y Endocrinología, donde se completa estudio hormonal.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial en tratamiento con Valsartán 160 mgs/día, Menarquia 13 años, G2P2V2A0

Se inicia tratamiento de reemplazo hormonal con hidrocortisona, levotiroxina y hormona de crecimiento, citándose para control analítico y densitometría. Tras recibir aporte hormonal la paciente se encuentra estable.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración destaca: Buen estado general, hidratado, afebril, eupneica y tolerando el decúbito. Obesidad. Peso: 59 kgs, TA 169/71 mmHg. Auscultación cardiopulmonar no se auscultan soplos destacables. Abdomen blando y depresible. No doloroso. Extremidades con aumento de tamaño de pies y manos. Ausencia de pérdida de vello púbico y axilar.

Hemograma: leucocitos 8400 con neutrófilos 45%, hemoglobina 14.6, VCM 92, plaquetas 207.000. Bioquímica : glucosa 78 mg/dl, urea 40 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, filtrado glomerular >90, sodio 140 mEq/L, potasio 4.6 mEq/L, cloro 103 mEq/L, calcio 9.9 mEq/L, fósforo 4.1 mEq/L, hierro 90 mcg/dl, HbA1c 5.8%, colesterol total 221 mg/dl, HDL 59 mg/dl, LDL 136 mg/dl, triglicéridos 127 mg/dl, GOT 26 U/L, GPT 13 U/L, GGT 36 U/L, fosfatasa alcalina 49 U/L, proteínas totales 7.3 mg/dl, albúmina sérica 4.2 mg/dl, ferritina 110 ng/dl, TSH 0.05 mU/ml, tiroxina 15.7 pmol/L, ACTH 8.24 pg/ml, Cortisol 0.42 mcg/dl, FSH 1.23 mU/ml, LH 0.18 mU/ml, prolactina 3.01 ng/ml, 17 beta estradiol 14.27 pg/ml, GH 0.03 mg/ml, somatomedina C/IGF 1 indetectable.

Densitometría -2.4 de.

Tras inicio de tratamiento hormonal sustitutivo se repite nuevamente analítica, destacando hemograma

normal HbA1c 5.6%, colesterol total 212 mg/dl, HDL 59 mg/dl, LDL 129 mg/dl, triglicéridos 116 mg/dl, GOT 25 U/L, GPT 14 U/L, GGT 38 U/L, fosfatasa alcalina 49 U/L, proteínas totales 7.0 mg/dl, albúmina sérica 4.3 mg/dl, ferritina 148 ng/dl, TSH 0.01 mcU/ml, tiroxina 20.4 pmol/L, ACTH 5.08 pg/ml, Cortisol 3.12 mcg/dl.

JUICIO CLÍNICO

Panhipopituitarismo por posible Síndrome de Sheehan tras primer Embarazo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor Extrahipofisiario productor de hormonas
Tumor Hipofisiario
Tumor Diencefalo

COMENTARIO FINAL

El Síndrome de Sheehan es una endocrinopatía que se presenta en el puerperio resultado de la necrosis de la glándula hipófisis acompañada de colapso circulatorio intenso que produce panhipopituitarismo. La destrucción extensa de las células resulta en un tiempo variable que oscila de días a años, por tanto es importante para los médicos de familia reconocerla, ya que la pérdida aguda del funcionamiento de la glándula puede ser fatal si no se realiza un reemplazo hormonal y de por vida, de las hormonas deficientes. Por otra parte, el tratamiento inadecuado produce aterosclerosis prematura, aumentando la mortalidad en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Hayes FJ, Seminara StB, Crowley WF. Hypogonadotropic hypogonadism. *Endocrinol Metab Clin North America* 1998; 27:739-763.
Herrera Pombo JL. Enfermedades del hipotálamo y la hipófisis anterior. En: Rodés J, Guardia J, eds. *Medicina Interna*. Barcelona: Edit. Masson, 1997; Tomo II: 2.494-2.514.

165/196. DOCTORA, SE ME DUERMEN LAS MANOS.

AUTORES:

(1) Fernández Moreno, E.; (2) Ávila Rivera, J.; (3) Gómez Pacheco, M.; (4) Luque Rodríguez, M.; (4) de Toro Torres, E.; (5) Moncada Alba, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de la Victoria. Córdoba; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de la Carlota. Córdoba; (3) Médico de Familia. Consultorio de la Victoria. Córdoba; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.; (5) Médico de Familia. DCCU Distrito de Guadalquivir. La Carlota. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

AP: paciente varón de 31 años. Fibroma de vainas tendinosas, liquen plano, TBC en la juventud, operado de TBC ganglionar con 8 años, intervenido por quistes cutáneos, pólipos anal intervenido.

En tratamiento con pantoprazol y esporádicamente ibuprofeno.

EA: paciente que acude a consulta por cervicalgia y afectación de ambas manos, con sensación de hormigueos en ellas y progresiva pérdida de fuerza tanto en las manos como últimamente en las piernas. Lleva desde 2010 con dolor cervical. Se le caen los objetos de las manos, ha perdido habilidad en ellas, más en la izquierda y se cansa pronto al caminar pero sin claudicación de la marcha.

Se le realiza analítica y radiografía de columna cervical siendo estas normales y se deriva a HURS de Córdoba para estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración neurológica: pares craneales normales, fuerza y tono normal en los 4 miembros, no alteraciones sensitivas (superficial y profunda). Reflejos muy vivos en los 4 miembros, con clonus rotuliano y aquileo bilateral, agotables. Plantares flexores.

Presenta dos cicatrices cutáneas en cara lateral izda del cuello, por la intervención previa sobre ganglios cervicales.

RM cervical: se aprecia una tumoración intrarraquídea a nivel de c2-c3, intradural extramedular que comprime intensamente la médula y se sale del canal por el agujero de conjunción, incluyéndose en la musculatura paravertebral. Provoca destrucción de la mitad izda del cuerpo vertebral c3 y desplaza y engloba la arteria cerebral a dicho nivel.

Se completó el estudio con TAC cervical, angioTAC cervical y estudio angiográfico cervical. No se practicó embolización ni oclusión arterial alguna.

Se incluye para intervención quirúrgica, practicándose laminectomía c2-c3 y extirpación radical de la tumoración.

JUICIO CLÍNICO

Neurinoma cervical con compresión medular y mielopatía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de estos tumores se incluyen linfadenopatías cervicales, lipomas, linfangiomas, linfomas, neurofibromas, metástasis cervicales, quistes branquiales, tumores vasculares, paragangliomas, etc.

COMENTARIO FINAL

Los schwannomas cervicales, también llamados neurinomas o neurilemomas, son tumores benignos neuroectodérmicos originados en las células de Schwann, localizadas en los pares craneales (a excepción del nervio óptico y olfatorio que carecen de células de Schwann), en los nervios periféricos y en el sistema neurovegetativo. Son los tumores más frecuentes de los nervios periféricos y su transformación maligna es extremadamente rara. Son de crecimiento lento, por lo que se puede retrasar su diagnóstico incluso hasta años desde el comienzo de los síntomas; la mayoría de los tumores son asintomáticos, no obstante pueden producir radiculopatías cervicales.

La RM es fundamental para el diagnóstico, pero no permite distinguirlos de otros tumores intramedulares

más frecuentes, como los astrocitomas o los ependimomas. Por eso es muy importante el diagnóstico intraoperatorio mediante el estudio anatomopatológico. El tratamiento es quirúrgico, y su exéresis completa debe constituir el objetivo terapéutico de estos tumores infrecuentes pero potencialmente curables.

BIBLIOGRAFÍA

Crespo J, De la Fuente R, García E, Ruiz M, Alañón MA. Schwannomas en cabeza y cuello extracraneales: a propósito de tres casos. Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja. 2013; 4: 135-42
Bernal-García L.M, Cabezano-Artero J.M, Ortega-Martínez M, Porras-Estrada L.F, Fernández-Portales I, Ugarriza-Echebarrieta L.F, Molina-Orozco M, Pimentel-Leo J.J. Neurinomas intramedulares. Presentación de dos casos de un tumor infrecuente. Servicios de Neurocirugía y de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.
Vaquero Crespo, J.: Ependimomas de la médula espinal. En Tumores raquímedulares. Grupo de Neurooncología de la Sociedad Española de Neurocirugía. Ed. Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid 2007. p. 213-230

165/200. DOLOR ABDOMINAL TRAS TRANSITO BARITADO

AUTORES:

(1) Solís Aguilera, M.; (2) Barroso Recasens, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Paulina García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 16 años que consulta a su médico de Atención Primaria por presentar dolor abdominal de 36 h de evolución. No se acompaña de náuseas, ni vómitos, diarrea o fiebre ni otra sintomatología. Es continuo, sin relación con la ingesta y lo localiza a nivel periumbilical. Refiere que comenzó tras la realización de un tránsito baritado el día anterior. Está siendo estudiada por digestivo por presentar desde hace un año dolor abdominal cólico y estreñimiento habitual. Desde la prueba no ha tenido ninguna deposición y ha tenido escasa ingesta de líquidos. Se pauta ranitidina y antiespasmódico (SPASMOCTYL, Otilonio bromuro). Ante la persistencia del dolor, la paciente acude a hospital de referencia para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: Afectada por el dolor, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y profunda. Normocoloreada. Afebril. Eupneica. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel periumbilical sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Puño percusión renal bilateral negativa. Resto normal. Pruebas complementarias: urgencias hospitalarias: hemograma,

bioquímica, sedimento de orina y gasometría venosa normales. Radiografía simple de abdomen se aprecia acúmulo de contraste baritado a nivel de marco cólico descendente y sigma. Ampolla rectal libre.

JUICIO CLÍNICO

Dolor abdominal a filiar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Estreñimiento. Impactación de tránsito baritado. Descartar patología abdominal urgente (peritonitis, obstrucción intestinal, apendicitis)

COMENTARIO FINAL

Tratamiento: Ingesta abundante de líquidos, laxante lubricante y emoliente por vía oral, enemas de limpieza con agua jabonosa. Evolución: favorable, resolución del cuadro a las 6-8 horas emitiéndose alta domiciliaria. Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia). Es importante informar a nuestros pacientes de la importancia de la ingesta de líquidos tras la realización de un tránsito baritado ya que la ausencia favorecería el estreñimiento y por tanto la impactación del contraste. No usar laxantes aumentadores de volumen en caso de impactación dado que pueden empeorar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Guzmán DM, Castrillo Salas L, Carreño Pedemonte JC, Piqueras Pardellans J, Barber Martínez de la Torre I, Enríquez Cívicos G. Utilización de contrastes vía enteral en el paciente pediátrico: guía práctica. 2. Ros Mendoza LH et al. Estudio radiológico del intestino delgado. Radiología 2006;48(1):1-7

165/206. ¿QUÉ SUCEDE 9 MESES DESPUÉS DE UNA LUMBALGIA?

AUTORES:

(1) Bernal Hinojosa, M.; (2) Espínola Coll, E.; (3) García Gollonet, B.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer inmigrante, Árabe de 44 años. No hábitos tóxicos y no alergias medicamentosas conocidas. Barrera idiomática, acudía sola a la consulta. Acude en varias ocasiones a urgencias y a nuestra consulta de atención primaria, por cuadro de lumbalgia y malestar abdominal de meses de evolución, siendo valorada en el servicio de urgencias con diagnóstico de meteorismo y lumbalgias de repetición. Dada la evolución tórpida y el empeoramiento progresivo, nos planteamos un estudio más completo de la situación, al profundizar en la anamnesis preguntamos la fecha de última regla, sorprendiéndonos que hacía más de cuatro meses que no menstruaba, a partir de este momento ampliamos el estudio con pruebas complementarias, solicitando

analíticas con hemograma, Bioquímica y perfil hormonal, se solicitaron test de embarazo y Sangre oculta en Heces. Posteriormente se derivó al servicio de Urgencias del Hospital Materno infantil (Ginecología) para confirmar el embarazo, se corroboró una gestación de 4 meses de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Índice masa corporal 32, Auscultación cardiorrespiratoria normal, Abdomen: globuloso, blando y depresible no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Presentaba dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar, que se irradia a miembro inferior derecho, Lassegue positivo.

Analítica de sangre: Anemia ferropénica Hb 9.8 g/dl, VCM 67 fl. Con eje hormonal TSH < 0.005 ng/ml, PRL 38.7 ng/ml FSH 0.2 mUI/ml, LH < 0.1 mUI/ml, Estradiol 1974 pg/ml PG 39.83 ng/ml, marcadores tumorales negativos, sangre oculta en heces negativo y test de gestación primero falso negativo, segundo positivo. Combur test: Leucos ++.

Eco obstétrica: Feto vivo en podálica, acorde a la semana 16+3, líquido amniótico normal, placenta anterior normal, resto de exploración de anejos normal.

JUICIO CLÍNICO

Amenorrea secundaria. Gestación. Lumbalgia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anemia ferropénica, hipertiroidismo, menopausia precoz, úlcus péptico, amenorrea secundaria a fármacos, tumor gastrointestinal.

COMENTARIO FINAL

Nos gustaría recalcar que en la labor del médico de Atención Primaria es muy importante indagar, explorar y hacer una completa anamnesis y no quedarse solo en lo común y superficial, como por ejemplo en este caso que no eran unos síntomas claros de embarazo e interrogando a la paciente supimos que llevaba varios meses sin menstruación y por medio de la anamnesis y la ayuda de las pruebas complementarias pudimos llegar al diagnóstico de gestación. Hemos de señalar también lo difícil que resultaba explorar a nuestra paciente a consecuencia de la barrera idiomática, ya que la paciente acudía sola a consulta y no hablaba Castellano, solventamos el problema pidiéndole que acudiera acompañada de un familiar que nos ayudara durante la entrevista clínica.

BIBLIOGRAFÍA

APARICIO YUJA, Ronald. algoritmo diagnostico de amenorrea secundaria. Rev Cient Cienc Méd [online]. 2012, vol.15, n.1, pp. 46-46. ISSN 1817-7433

165/208. CONSECUENCIAS DE DEJAR LA MEDICACIÓN.

AUTORES:

(1) García Gollonet, B.; (2) Bernal Hinojosa, M.; (3) Espínola Coll, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial. Dislipemia. Hipotiroidismo de 17 años de evolución, en tratamiento con levotiroxina entre 50-100 mcg diarios. Cirrosis hepática de origen no filiado con datos de hipertensión pulmonar. Varices esofágicas. Reflujo gastroesofágico. Paciente valorada en nuestra consulta por presenta sensación de frío, palpitaciones y nerviosismo, se detectó TSH 0.07, T4 1.56, T3 2.09 por lo que suspendió el tratamiento de levotiroxina 75mcg. A los dos meses la paciente presenta deterioro del nivel de conciencia de forma progresiva de aproximadamente un mes de evolución, refieren sus hijas que al inicio presentaba dificultad para la deambulacion, con desviación de la marcha, que fue empeorando progresivamente hasta permanecer en cama la última semana. Niega fiebre. No cefalea. No focalidad neurológica. Se decide enviar a Hospital para realización de pruebas complementarias

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Alerta, orientada en espacio, no en tiempo. Aceptable estado general. Palidez cutáneo-mucosa. Bradipsíquica. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes leves bilaterales, hipoventilación global. Abdomen. blando, depresible, algo distendido, hernia en línea media sin signos de complicación. Ruidos presentes. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: sin edemas. No signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes.

Pruebas Complementarias: Analítica leucocitos 2100 (neutrófilos 55%), Hb 11,6, VCM 82, plaquetas 47000. Coagulación: PT actividad 59,8%. Gasometría venosa: pH 7.43, pCO2 40.3, HCO3 26, lactato 1.43. Bioquímica: glucosa 88, urea 22, creatinina 0.8, sodio 142, potasio 3.6, GOT 34. TSH 58.3, T4 0.44, T3 < 0.5.

- Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos significativos.

- Urocultivo: Klebsiella pneumoniae sensible a quinolonas, amoxicilina-clavulánico

JUICIO CLÍNICO

Hipotiroidismo clínico. Disminución del nivel de conciencia de origen mixedematoso, secundario a interrupción del tratamiento hormonal, Infección urinaria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ICTUS, Demencia, Infección urinaria, Intoxicación medicamentosa.

COMENTARIO FINAL

La patología tiroidea constituye un trastorno muy común en la consulta de Atención Primaria. Las enfermedades del tiroides tienen una elevada prevalencia en todas las edades, y especialmente en el sexo

femenino. Las manifestaciones clínicas son variadas, mal definidas. En nuestro caso contamos con una paciente hipotiroidea de larga data, en tratamiento con Levotiroxina, presenta tanto datos clínicos y como analíticos de hipertiroidismo por lo que se decide suspender medicación. Posteriormente y de manera progresiva presenta disminución del nivel de consciencia, de origen mixedematoso a consecuencia de la falta de hormona tiroidea que junto con la infección de orina hacia que nuestra paciente presentara dichos síntomas. En caso de suspender el tratamiento en pacientes hipotiroideas debemos de hacerles un seguimiento mas cercano ya que puede ocurrir que los pacientes se descompensen como ocurrió con nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Castro P, Isidro San Juan ML, Cordido Carballido F. Guías clínicas en Atención Primaria. Fistera.com. Hipotiroidismo. Guías Clínicas. 2004;2

165/211. RECTORRAGIA EN LA INFANCIA. INVAGINACIÓN INTESTINAL Y DIVERTÍCULO DE MECKE

AUTORES:

(1) Benitez Lafuente, A.; (2) Martín Brioso, E.; (3) Macias Delgado, T.; (4) Parreño Mantero, J.; (5) Ramblado Minero, M.; (6) Domínguez Mora, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Jabugo. Huelva; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva; (5) Médico de Familia. UGC Condado. Huelva; (6) Médico de Familia. Centro de Salud del Campillo. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 18 meses de edad con antecedentes personales de hidrocele resuelto. Vacunación correcta. Sin alergias medicamentosas conocidas y sin más enfermedades de interés que acude a la consulta de urgencias por presentar abundante sangre roja oscura con algún resto de heces al cambiarle el pañal, previamente bien en todo momento sin quejas abdominales ni episodio de encogimiento de piernas, ni fiebre ni otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Objetiva: Dificultosa por la falta de colaboración del paciente, que presenta buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas. Afebril. ORL: faringe normal otoscopia norma. No adenopatías significativas. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. Buena ventilación en ambos hemitórax sin ruidos patológicos. Abdomen blando, sin megalias ni masas. Pulsos fuertes bien perfundido.

No exantema ni petequias. No signos meníngeos. Exploración anal: pequeña fisura a las 2 horas.

Hemograma: Leucocitos: 19190 (linfocitosis de 97%), Hb: 10.8 g/dl, Hto: 31.7%. Plaquetas: 474000. Estudio de coagulación normal. PCR: 39.6, PCT: 2-10 ng/ml. Rx de abdomen: abundante material y gas que llega a recto-sigma. Ecografía abdominal: abundante imposición aérea en vacío-hipocondrio derecho y fosa iliaca dcha. Discreta cantidad de líquido libre perihepático, fundamentalmente es espacio de Morrison y en menor medida en la cavidad pélvica entre asas.

Se deriva al Hospital infantil Virgen del Rocío para valoración por cirugía digestiva infantil, donde se le vuelve a realizar ecografía abdominal sospechándose invaginación ileocecal y un enema opaco efectivo. Se ingresa en planta de cirugía digestiva donde se interviene en 2 ocasiones de invaginación ileocecal y de divertículo de Meckel.

JUICIO CLÍNICO

Rectorragia por Invaginación Ileocecal y divertículo de Meckel.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la presencia de rectorragia en los niños debemos considerar como posibles causas la fisura anal, gastroenteritis infecciosa, amebiosis, isquemia intestinal, malrotación con vólvulos, apendicitis, invaginación intestinal y divertículo de Meckel entre otros.

Para poder llegar a un adecuado diagnóstico, se debe de realizar una correcta valoración clínica considerando los síntomas (dolor abdominal, vómitos diarrea, fiebre, productos patológicos en las heces.), examen físico (a veces masas en abdomen; signo de la morcilla). Tacto rectal; en hocico de tenca; Ecografía abdominal, que en la invaginación origina una imagen en diana (intestino se repliega en sí mismo).

COMENTARIO FINAL

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal, presentándose en 2 a 4% de la población general. Contiene todas las capas de la pared intestinal. El divertículo de Meckel se origina cuando el saco gestacional (o vitelino), no es absorbido por completo el feto a la séptima semana del embarazo.

Su origen embriológico está en la obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico o vitelino, una estructura que aparece a la tercera semana de edad gestacional. Lo más frecuente es que sea asintomático pero entre un 5- 17% de los casos son sintomáticos. Los síntomas más frecuentes del divertículo son la hemorragia gastrointestinal (heces sanguinolentas; hematoquecia), dolor abdominal, obstrucción intestinal (dolor, diarrea, estreñimiento, vómitos) y la diverticulitis o tumores (GIST que ocurre en un 5 % de los casos.

La invaginación intestinal se origina cuando una porción del intestino (delgado o grueso) se introduce en sí mismo. Es más frecuente en niños menores de un año presentando una mortalidad menor del 1%. Suele ser de causa desconocida y más frecuentes en la transición entre el intestino delgado y grueso

(invaginación ileocecales). La invaginación intestinal suele causar dolor abdominal con encogimiento de piernas y la emisión de vómitos biliosos (verde-oscuro), y heces sanguinolentas (en jaleo de grosellas). El tratamiento de la invaginación se puede basar en la reducción de la invaginación radiológica (mediante la aplicación de enema de contraste) si es posible, en caso contrario o que el intento de reducción de la invaginación fuera fallido por enema se realiza reducción de la invaginación mediante cirugía o incluso extirpando la parte del intestino afecto.

En este caso el diagnóstico diferencial inicial era complicado pues por la edad del paciente y la forma de presentación casaba tanto con el divertículo (sangrado rectal sin dolor abdominal ni otra sintoma), sin embargo por las características de la sangre y podría casar con invaginación intestinal. Finalmente fueron las pruebas de complementarias de imagen eco de abdomen que determinaron el doble diagnóstico en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

Ann R. Punnoose, MD. JAMA 8 febrero de 2012- vol 307 N° 6. Gutiérrez Naranjo, Malena. Divertículo de Meckel. Revista médica sudamericana. Ruiz Orrego, Jorge, Benavides, José. Características del divertículo de Meckel en la población infantil. Revista Gastroenterológica del Perú.- Vol. 15 N° 3.1995.

165/223. LIPOSARCOMA, HALLAZGO CASUAL TRAS UNA EXPLORACIÓN DE ABDOMEN RUTINARIA. IMPORTAN

AUTORES:

(1) Torres Sánchez, E.; (2) Castro Fernandez, D.; (3) Cueto Avellaneda, L.; (1) Cabrerizo Carvajal, A.; (4) Barbero Rodriguez, E.; (5) Ramon Albertus, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medico Residente de 3º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Chana. Granada; (2) Medico Residente de 2º Año de Cardiología Hospital Virgen de las Nieves. Granada; (3) Medico Residente de 3º Años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjayar. Granada; (4) Medico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Caleta, Granada; (5) Medico Residente de 1º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ámbito: Atención primaria en la mayor parte, requiriendo colaboración de atención especializada
Motivo de consulta : Paciente de 70 años que aprovechando una consulta de revisión de crónicos nos comenta que se ha notado un bulto al palpase el abdomen desde hace unas semanas.

Antecedentes personales: VHC, HTA, lipomatosis, con exéresis de 3 lipomas.

Anamnesis: Refiere hallazgo accidental de tumoración en abdomen hace varias semanas. Desde hace meses episodios de dolor abdominal difuso, autolimitados, no relacionados con la ingesta. Niega

nauseas, alteraciones del hábito intestinal o fiebre. Pérdida de peso de 4kg en los últimos meses, que atribuye a dieta hipocalórica que está realizando

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración:

Buen estado general, ligera palidez cutánea.

Abdomen blando, no doloroso a la palpación; se palpa tumoración hipogástrica, de consistencia blanda, de tamaño aprox 9 cm x 9 cm, difícil de movilizar.

Además, se palpan dos bultomas de tamaño menor en fosa ilíaca derecha.

Se palpan tres tumoraciones en espalda y dos en antebrazo derecho, de aproximadamente 1 cm x 1 cm, móviles, blandas y no adheridas a planos profundos, compatibles con lipomas.

Pruebas complementarias realizadas desde Atención Primaria:

- Ecografía abdominal que realizamos en el C.Salud: Visualizamos un paquete graso peritoneo en mesogástrico de 130 cm x 69 mm que parecía desplazar al riñón izquierdo.

Además, nódulos sólidos hipoecogénicos homogéneos no vascularizados de localización en grasa peritoneal.

- Solicitamos TC abdominal ante la duda de la naturaleza de dichas lesiones : En conjunto las imágenes se corresponden con diagnóstico de liposarcoma intestinal.

Derivamos al paciente prefente a consulta de Cirugía General. Tras estudio PET- TC, que informa de sospecha de lipo-fibro-sarcoma, el paciente es intervenido 2 meses después mediante laparotomía media, realizando exéresis de liposarcoma abdominal gigante y resección de 10 cm de yeyuno, siendo el postoperatorio favorable.

Anatomía patológica: Liposarcoma bien diferenciado con desdiferenciación de grado 2

JUICIO CLÍNICO

Juicio clínico : Liposarcoma abdominal gigante bien diferenciado.

Actualmente el paciente está a la espera de la primera cita en consultas externas de oncología para planificar tratamiento. Permanece asintomático

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lipoma benigno, aneurisma aórtico, cancer colorrectal, carcinoma gastrointestinal, linfoma, lastrón inflamatorio, absceso, vólvulo, lipoma intestinal, esplenomegalia, textiloma, tumor desmoide, TBC abdominal, quiste mesentérico, leiomioma, mesenteritis

COMENTARIO FINAL

El médico de familia debe estar alerta a los nuevos síntomas que presenta un paciente, a pesar de que éste le comunique el problema de forma vaga o a raíz de otro motivo de consulta.

Debemos realizar la exploración y pruebas complementarias necesarias en cada momento, no achacando siempre nuevos síntomas a la patología de base ya conocida del paciente.

Además, este caso nos ejemplifica que desde atención primaria y con la ayuda de las nuevas tecnologías de las que ya disponemos en los Centros de Salud, se puede llevar a cabo un diagnóstico diferencial completo y complejo.

BIBLIOGRAFÍA

165/225. ¿SABER? O ¿NO SABER?

AUTORES:

(1) Cueto Avellaneda, M.; (2) Torres Sanchez, E.; (3) Barbero Rodriguez, E.; (2) Cabrerizo Carvajal, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjajar: Granada.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada; (3) Médico Residente de 2º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Caleta. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 82 años con AP de HTA, Artrosis y cáncer de próstata que empieza con dolor lumbar. Dado que no presenta mejoría con tratamiento analgésico adecuado, se realiza radiografía lumbosacra donde se aprecian imágenes compatibles con metástasis.

Ante dicha información la familia decide que no debemos informar al paciente.

Este último acude en repetidas ocasiones por dolor y se le nota angustiado y desolado porque no damos con la solución a su problema.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx Lumbosacra: imágenes compatibles con metástasis

JUICIO CLÍNICO

Cáncer de Prostata con metástasis lumbosacras

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIO FINAL

¿Debemos tener en cuenta el principio de autonomía del paciente o sobre éste se encuentran las decisiones de la familia? ¿No supondría un alivio para el paciente conocer su situación real y le permitiría afrontar el dolor de otra forma?

Cada caso es único pero no debemos perder de vista el derecho que tiene el paciente a conocer, si es que quiere, su situación y tampoco olvidar que a veces es necesario para que pueda hacer un correcto duelo.

Índice de Autores

A

Adell Vázquez, J.	68, 69
Agrela Torres, S.	22, 41, 70
Aguado Medero, I.	58, 102
Ahmad, K.	33
Albarrán Núñez, M.	31, 32, 76
Almagro Miras, M.	59
Álvarez Lamonda, B.	43
Aranda Escribano, M.	37, 38
Ariza Hernández, E.	128
Arjona Jiménez, J.	50, 74, 76, 100, 104, 105, 118
Atienza Martín, F.	35, 36, 49, 60
Ávila Rivera, J.	86, 92, 115, 129

B

Ballesteros Fernandez, A.	85, 87, 117, 118
Bandera Verdier, P.	34
Barbero Rodriguez, E.	133, 134
Barnoiu, O.	121
Barreiro Solla, M.	46, 47
Barrero García, F.	42
Barrero Macias, M.	50
Barroso Recasens, C.	95, 130
Becerra Piñero, R.	93, 112, 113, 116, 125, 127
Bedoya Belmonte, J.	34
Bellanco Esteban, P.	46, 62
Bellido Salvatier, A.	84, 90, 112
Benítez Bohorquez, I.	26, 27
Benitez Lafuente, A.	39, 40, 41, 67, 73, 101, 132
Benítez Rivero, J.	46, 62
Bernal Hinojosa, M.	125, 130, 131
Bolaños González, Á.	62, 72, 107
Borne Jerez, S.	31, 32, 76
Brome Robles, E.	29
Bujalance Zafra, M.	34

C

Caballero Morgado, J.	68
Cabello, A.	115
Cabo López, A.	111
Cabrerizo Carvajal, A.	133, 134
Calvo Sabio, J.	23, 70, 100

Cantón Cuadrado, N.	22, 41, 70, 81, 122
Cañete Vargas, M.	111
Carmona Rivas, A.	29, 31
Carrasco Racero, M.	26, 27, 37, 38
Carrillo Abadia, I.	25, 33, 50, 58, 91, 94, 95, 98, 100, 102, 118
Castaño Fuentes, M.	85, 87, 117, 118
Castillo Barrera, J.	28, 44, 54, 55
Castro Fernandez, D.	133
Castro Moreno, J.	115
Castro Serrano, M.	22
Chacón Menacho, M.	38
Chamorro González-Ripoll, C.	106
Cintado Sillero, M.	111
Cordero Méndez, F.	50
Corrales Soto, J.	39, 49
Cruz Rodríguez, M.	43
Cueto Avellaneda, L.	133
Cueto Avellaneda, M.	134
Cuevas Cruces, J.	73, 86

D

de La Rosa Riestra, S.	48
Delgado Moya, M.	101
Delgado Vidarte, A.	106
De Los Riscos Mateos, E.	41
Del Pino Valverde, P.	62, 75
de Toro Torres, E.	86, 92, 129
Díaz Caro, E.	34, 90, 127
Díaz Carrasco, M.	47
Díaz Saborido, A.	25, 34, 91, 94, 95, 98, 105
Domínguez Mora, M.	39, 67, 73, 132
Domínguez Teba, A.	30, 35, 43, 44, 46, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 108, 112
Domínguez Zorrero, I.	118
Duque Bañón, C.	36

E

Espina Rodriguez, N.	93, 127
Espínola Coll, E.	130, 131
Espinosa Collado, A.	22
Espinosa Coll, E.	125
Expósito Molinero, C.	81, 122

F

Feria Ramírez, M.	57
Fernández García, F.	26, 27, 37, 38
Fernández García, J.	61
Fernández Moreno, E.	86, 92, 115, 129
Fernández Ortega, S.	62
Fernández, X.	121
Filella Sierpes, A.	32
Flaquer Antúnez, M.	41, 70, 81, 122
Flores Cebada, E.	46
Franco Rivera, E.	111
Fuentes Calvente, C.	30, 35, 43, 44, 45, 46, 48, 55, 56, 112

G

García Buendía, A.	62, 72, 107
García de Vinuesa Garijo, L.	115
García Flores, A.	31
García Gollonet, B.	125, 130, 131
García Jiménez, M.	33, 58, 100, 108
García Martínez Cañavate, M.	127
García Martín, P.	32, 74, 76, 100, 101, 102, 105, 118
García Reyes, R.	89, 123, 124
García Ruíz, C.	106
García Sardón, P.	32
García Sardón., P.	47
Garrido Pazo, M.	39, 40, 41
Geara Joyed, P.	48, 63
Gil Cañete, A.	97
Gil Mellado, M.	127
Godoy Guerrero, F.	103
Gómez Pacheco, M.	92, 129
Gomez Sabalet, M.	81, 122
Gómez Sánchez, L.	65, 97
González Bravo, J.	106
González Braza, M.	25
González Jiménez, P.	90, 112, 127
González Sánchez, F.	90
González Sánchez, H.	68, 69
González Sanz, J.	57
González Trujillo, A.	25, 33, 34, 58, 91, 95, 98, 100, 102, 108
González Vera, C.	34
Guevara Barroso, V.	97
Gutiérrez García, Á.	77, 78, 79, 80, 82, 84, 110

H

Herrera Moreno, C.	70
Hidalgo, M.	57
Hinojosa Fuentes, F.	65
Hormigo Pozo, A.	37
Huertos Rodríguez, I.	115

J

Japón Cabello, M.	48, 63
Jatri Edjil-Mahmud, M.	39
Jiménez Guerrero, S.	127
Jiménez Tapia, T.	99
Jorge Martín, N.	85, 87, 117, 118
Jurado Pérez, J.	83, 109

L

Leiva Cepas, F.	51, 61, 73
Leiva Pino, J.	111
León Arévalo, I.	45
León Marín, M.	37
Llimona Becerra, R.	96
Llimona Perea, C.	96
Llimona Perea, I.	96
López Coto, M.	66, 100
López García, J.	40
López González, C.	47
López González, J.	30, 43, 45, 47, 53, 56
López-López, I.	73
López Moreno, J.	73
López Pradas, C.	25, 45, 76
López Robles, F.	23, 42
Lorca Marín, J.	34
Losada Ruiz, M.	35, 36, 49, 60
Lozano Zurita, S.	61
Luciani Huacac, L.	31
Luna Moreno, M.	37, 47, 88, 114
Luque Rodríguez, M.	92, 129

M

Machuca Albertos, M.	46
Macías Beltrán, I.	28, 30, 35, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 55, 112
Macias Delgado, T.	39, 40, 41, 67, 73, 132
Madeira Martins, J.	51
Maderia Martins, J.	73

Mancera Romero, J.	37, 47, 88	Ortega Carpio, A.	23
Marín Andrés, G.	35, 36, 49, 60	Ortega Molina, J.	47
Márquez, E.	35	Ortega Urbano, F.	23, 42
Márquez Vera, E.	30, 44, 45, 46, 48, 53, 55, 112	Ortiz Mera, J.	126
Martí Canales, J.	43		
Martín Brioso, E.	73, 76, 101, 105, 132	P	
Martínez Faure, J.	27, 52	Palomo Cobos, C.	25, 34, 39, 40, 41, 94, 98
Martínez Membrilla, S.	121	Palomos Cobos, C.	94
Martín Martín, J.	25	Paniagua Gómez, F.	47
Mateos Madrid, M.	107	Paniagua Urbano, D.	62, 75, 121
Mateos Velo, L.	25, 33, 34, 58, 91, 94, 95, 98, 102, 108	Pardo Álvarez, J.	25, 45, 76
Medero Canela, R.	28, 30, 35, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 112	Parra Chacón, E.	38
Medina Díaz, J.	33	Parra Valderrama, A.	97
Medina Osuna, A.	86	Parreño Mantero, J.	73, 101, 132
Meléndez Barrero, M.	57	Pascual Álvarez, J.	127
Mellado Fernández, M.	83, 109	Pascual Suaza, C.	83, 109
Membrillo Contioso, E.	25, 98	Paulo Gregorio, V.	68, 69
Membrillo Contioso, E.	33, 34, 58, 91, 94, 95, 102, 108	Pazos Bernal, N.	27
Méndez del Barrio, I.	29, 31	Pedregal González, M.	32, 45, 50
Miranda García, A.	26	Pedrosa del Pino, M.	125
Molina García, P.	90, 113, 116, 125	Perea Cejudo, I.	96
Molina Sánchez, B.	28, 54, 55	Perea García, J.	119, 120
Molino Peinado, J.	39, 49	Pérez Cabeza de Vaca, I.	50
Moncada Alba, A.	92, 129	Pérez Castro, M.	37, 47, 88, 114, 119, 120
Montañéz Perles, M.	59	Pérez Collado, M.	25
Montero López, J.	43	Pérez Contreras, R.	57
Montesinos Sánchez, P.	27, 37	Pérez Eslava, M.	46
Montilla Álvaro, M.	106	Pérez Pérez, F.	27, 52
Montoro Ortiz, M.	26, 27, 37, 38	Pérez Rivera, R.	31
Morales Acedo, M.	75, 128	Pérez Talavera, E.	90
Morales Gil, L.	63	Pérula de Torres, L.	51
Mora Moreno, F.	97	Pérula de Torres., L.	61
Morán Rocha, M.	47, 126	Polo Ruiz, M.	77, 78, 79, 80, 82, 84, 110
Moreno Jimenez-Mena, B.	50	Pozuelo Rodríguez, A.	93, 127
Moro Carrasco, J.	118	Pueyos Rodríguez, S.	43
Muñoz González, L.	37, 47, 88, 114, 119, 120		
N		R	
Navarro Agüera, J.	63	Ramblado Minero, M.	40, 41, 73, 132
Navarro Macias, F.	68, 69, 126	Ramírez Compás, M.	23, 42
		Ramírez Martínez, M.	50
O		Ramon Albertus, M.	133
Orta Chincoa, R.	83, 109	Ramos Clemente, J.	47
Orta Santana, M.	57	Reina Martín, M.	77, 78, 79, 80, 82, 110
		Retortillo Ramos, P.	23
		Revuelta Pérez, F.	35, 36, 49, 60

Rey Martín, A.	41
Rivera Fenoy, M.	26
Rodríguez Castro, F.	58
Rodríguez Fernández, L.	35, 36, 49, 60
Rodríguez Franco, L.	35, 60
Rodríguez García, C.	75
Rodríguez Gómez, J.	103
Rodríguez González, M.	34
Rodríguez López, L.	29, 31
Rodríguez Ordóñez, M.	77, 78, 79, 80, 82, 110
Rodríguez Ruiz, H.	27, 52
Rodríguez Sánchez, M.	28, 29, 30, 43, 44, 45, 47, 54, 56, 112
Rojas Sedeño, F.	86
Rojo Iniesta, M.	64, 80, 84, 90, 104, 113
Roldán Carrégalo, I.	75
Romero Bernal, A.	50, 58, 100
Romero Mendoza, A.	62, 72, 107
Romero Rodríguez, E.	51, 61, 64, 71, 73
Rosua Urbano, H.	22
Ruiz-Cabello Crespo, E.	116, 125
Ruiz Cabello-Crespo, E.	90
Ruiz Ciudad, M.	121
Ruiz del Moral, L.	37, 47, 88, 114, 119, 120
Ruiz Díaz, G.	97
Ruiz Gómez, A.	23
Ruiz Medina, A.	22, 41, 70, 81, 122
Ruiz Ruiz, A.	77, 78, 79, 80, 82, 84, 110
Ruiz Sánchez, G.	50, 74, 76, 100, 104, 105
Rull Martínez, M.	23, 42, 103
Ruz Caracuel, I.	61
Ruz Franci, I.	50

S

Saavedra Bazaga, O.	118
Salguero de la Haya, S.	91, 94, 95
Salmerón Gualda, M.	33
Sánchez Hernández, P.	83, 109
Sánchez Morales, L.	89, 123, 124
Sánchez Pérez, M.	114, 119, 120
Sánchez Ramos, J.	25
Sánchez Salado, J.	27, 52
Serratos Márquez, F.	103
Solis Aguilera, M.	95, 130

T

Tapia Guerrero, A.	119, 120
Ternero, D.	80
Ternero Escudero, D.	77, 78, 79, 80, 82, 84, 110
Torrado Morcillo, B.	49
Torres Avilés, J.	121
Torres Sanchez, E.	134
Torres Sánchez, E.	133
Trueba Carreón, J.	33, 35, 76, 100, 108
Trueba Torreón, J.	58
Trujillo Díaz, N.	32, 74, 76, 100, 101, 105

V

Valdellós Cabello, J.	59, 121
Vázquez González, N.	111
Velázquez Giménez de Cisneros, G.	28, 30, 32, 45, 53, 54, 55, 56
Ventosa Arias, P.	51
Viana Miranda, F.	51
Villalba Baena, M.	22, 70, 81, 122

Z

Zavala Artacho, L.	75, 128
--------------------	---------

