

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 5 • Vol. 5 • Mayo 2016

ISSN: 2254 - 4410

**11º Congreso
Andaluz**

**de Médicos
de Atención Primaria**



**SEMERGEN
Andalucía**

Chiclana (Cádiz)
12, 13 y 14 de mayo de 2016
Hotel Valentín Novo Sancti Petri
Centro de Convenciones (Urb. Novo Sancti Petri)


ap congress
Ctra. 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:

Editora Jefe

Dra. Dª. María Rosa Sánchez Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos Semergen Andalucía.

Consejo asesor:

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

Dra. Dª. Inés Bonilla Garrigüez.
Médico de Familia. Centro de Salud Huelva-Centro.

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

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

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

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

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

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

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

Comité Organizador:

Presidente

Dr. D. Enrique Alcaraz Vera
Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Vocales

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

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Dr. D. Juan Antonio Navarro González
Médico de Familia. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando-Cádiz.

Dra. Dª Patricia Sánchez Hernández
Médico de Familia. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádi

Comité Científico:

Presidente

Dr. D. José Escrivano Serrano
Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Vocales

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. Doctor en Ciencias de la Salud. Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Sevilla.

Dr. D. Javier Benítez Rivero
Médico de Familia y Geriatra. Centro de salud "La Laguna". SAS. Cádiz.

Dr. D. Antonio Fernández Natera
Médico de Familia. DCCU Distrito Bahía de Cádiz-La Janda.

Dr. D. José Luis Martíncano
Médico de Familia. UGC Aracena. Huelva.

Dr. D. Manuel Ruiz Peña
Médico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

Dr. D. Fernando María Pérez Pérez
Especialista en Medicina Intensiva.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico del Servicio Provincial de Cádiz de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Dr. D. Abel Saldarreaga Marín
Médico de Familia. Benalup.

Dra. Dª María Rosa Sánchez Pérez
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

Junta Directiva Autonómica SEMERGEN Andalucía

Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente

Manuel Jiménez de la Cruz

Vicepresidente Económico y de Relaciones Institucionales

Maria 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@semegen.es
Tel. 699 626 586



SEMERGEN Andalucía

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 - 4410

© 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:

Como en años anteriores publicamos el quinto 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 todas las comunicaciones admitidas por el comité científico del 11º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria celebrado en Chiclana (Cádiz).

Existe un claro compromiso de SEMERGEN-Andalucía de potenciar la investigación en Atención Primaria y de facilitar que tanto los residentes, que han participado de forma destacada, como el resto de profesionales de Atención Primaria tengan un espacio para presentar sus trabajos. Este año hemos superado la ya elevada participación de años anteriores y esta iniciativa editorial nos permite mostrar nuestro reconocimiento al trabajo y al esfuerzo personal de todos los profesionales que han participado.

El congreso ofrece una amplia oferta formativa con talleres y mesas que abarcan el amplio mapa de competencias de nuestra especialidad y basados en los mayores niveles de evidencia disponibles para conseguir una atención sanitaria de calidad.

Este año en la línea de potenciar el papel de la Atención Primaria dentro de la organización del sistema sanitario se realizará una mesa de debate sobre "la Atención Primaria como eje del sistema sanitario" donde participarán Consejeros de Salud de diferentes comunidades autónomas.

Continuando con la iniciativa de nuestro congreso anterior se desarrollarán de forma paralela las 2º "Jornadas de atención a la cronicidad" con la participación de representantes de las sociedades científicas, expertos en cronicidad y gestores del SSPA. Se concretarán, cumpliendo con el objetivo de las primeras jornadas, los pasos a seguir y las acciones específicas para la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas, con propuestas de objetivos que permitirán evaluar su grado de implantación, estrategia que será presentada por el Director-Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. José Manuel Aranda.

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

Dra. Dª María Rosa Sánchez Pérez

Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos SEMERGEN Andalucía

TALLERES

Taller URM: Diagnóstico de las Arritmias en Atención Primaria.

Dr. 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.

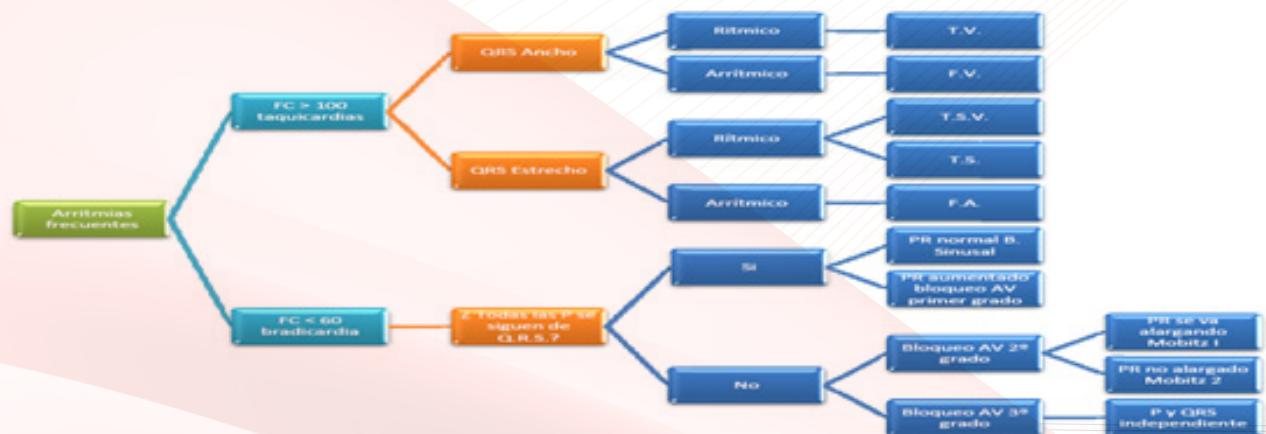
Para introducirnos en el manejo de las arritmias debemos de seguir un procedimiento sistemático para la interpretación de los electrocardiogramas, y no dejarnos llevar por alteraciones más o menos llamativas que puedan hacer perder la visión global del trazado. En primer lugar, aunque de escasa importancia para la interpretación de las arritmias, calcularemos el eje cardíaco (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

trazado (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 que 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: Radiografía de Tórax lo fundamental para Atención Primaria y Urgencias

Dr. José Ramón Aragón Baliña

La Rx simple de Tórax es aun, y seguirá siendo, uno de los principales retos del diagnóstico radiológico.

La frecuencia de realización es muy alta, constituyendo el 40% de los estudios que se realizan en cualquier servicio de Rx, independientemente del nivel tecnológico.

Es una exploración rápida, barata y con baja dosis de radiación, lo que hace que se pueda realizar en cualquier medio, hospitalario o no, con equipos de bajo coste y pocas necesidades de espacio.

La información que proporciona en un amplio espectro de patología es muy alta. Desde enfermeda-

des que afectan a la piel hasta las del sistema osteoarticular y por supuesto el análisis de los pulmones, tráquea y bronquios, corazón y grandes vasos, mediastino, pleura, etc.

Permite una aproximación diagnóstica a patologías tan prevalentes como EPOC, Ca pulmón, neumonía, neumopatías intersticiales, Insuficiencia cardíaca y neumotórax.

Otras tecnologías de imagen que han ido apareciendo en los últimos 30-35 años han aportado abundante información en los procesos patológicos que afectan al tórax. Desde la ecografía, de utilidad en

lesiones pleurales, diafragma y partes blandas, o la TC y TCH con los modernos equipos MC que se ha convertido en la exploración Gold Estándar, hasta la RM o el PET que tienen un papel cada vez más útil en la diferenciación de estructuras, como puede ser el estudio de nódulos pulmonares en el caso del PET, o los estudio cardiacos en el de la RMI.

A pesar de ello la clásica Rx tórax en dos proyecciones, PA y lateral sigue teniendo un inestimable valor en la clínica diaria, por lo que resulta de interés su

correcto, aunque complejo análisis e interpretación.

La certera valoración radiológica del paciente se basa en la clínica y en la interpretación de los hallazgos encontrados así como en los signos radiológicos

Por lo tanto, para interpretar cualquier imagen radiologica de torax, es imprescindible conocer previamente los datos clínicos mas relevantes y el objetivo que persigue la exploración.

Con este taller se pretende actualizar y aumentar los conocimientos que el medico pueda tener previamente

Taller URM: Uso de medicamentos en población inmigrante

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez

Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Resumen

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

Los pacientes difieren de varias maneras. Algunas de estas maneras se deben a sus enfermedades, la clase socioeconómica, su nivel de educación, pero las más profundas diferencias pueden ser las culturales, en las que se basa su estilo de vida su idea del mundo. Muchos profesionales de la salud pueden pensar que esto no va a influir en un buen tratamiento. Pero este no siempre es el caso.

Imaginémoslo intentando entender la prescripción de un enema cuando no lee bien el castellano y nunca ha oído hablar de tal cosa. O es una mujer asiática y para ella es tabú, como verdadero procedimiento invasivo que significa una afrenta para las creencias culturales y religiosas de su país de origen. Es un musulmán o es hindú y se le prescribe insulina de vaca o de cerdo. Piense como le está indicando tomas pequeñas y frecuentes de alimento cuando este paciente es musulmán y estamos en Ramadán.

Conocer alguna característica de su cultura puede ayudar a realizar un mejor cuidado y restablecimiento de la salud.

También a través de numerosos estudios se ha demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción)

y la farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco) de la mayoría de los medicamentos. Además de los estudios de farmacogenética se han descrito respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas específicas—variabilidad intraétnica—, (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales y contaminantes), galénica, dosis y pautas, vías de administración, expectativas del paciente y del médico-efecto placebo y nocebo— así como uso de medicina alternativa.

De manera práctica se recomienda que si necesitamos tratar alguna patología que diagnostiquemos en el inmigrante vayamos abordando el tratamiento según la etnia del paciente, documentándonos progresivamente sobre las peculiaridades que puedan afectar al desarrollo evolutivo.

Es necesaria una explicación pormenorizada y darles por escrito la duración del tratamiento, sobre todo si tienen dificultades con el idioma, insistir en el seguimiento y supervisar el cumplimiento con especial énfasis.

Nuestra actuación estará presidida por la precaución, la reflexión y el sentido común. Con el inmigrante la atención médica debe ser especialmente cuidadosa y respetuosa. El primer contacto de necesidad del inmigrante en nuestro país, o al menos de necesidad vital, puede ser con el sistema sanitario. Entonces será nuestra tarjeta de visita, la impronta. No convirtamos nuestra actuación y su tratamiento en otro riesgo para el Inmigrante.

Taller URM: FÁRMACOS EN EL EMBARAZO, NOVEDADES Y CONTROVERSIAS. UNA REVISIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Dra. M^a Paz Pérez Unanua,

Aproximadamente el 5% de las embarazadas tienen que tomar algún medicamento por presentar alguna patología crónica previa al embarazo y el 86%

de las gestantes toma algún medicamento durante dicho periodo. El promedio de fármacos consumidos de 2,9 por gestante, un aspecto preocupante es que

un porcentaje no desdeñable de ese consumo se realiza a través de automedicación.

La información sobre la seguridad de los medicamentos en el embarazo no procede de ensayos clínicos diseñados con esta finalidad, sino de estudios realizados con animales. El sistema de clasificación más conocido del riesgo teratogénico es el de la FDA, que califica a los medicamentos en 5 categorías de riesgo (A, B, C, D, X) en base a los datos disponibles en humanos y animales.

Otro aspecto a tener en cuenta es que durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos que interfieren y modifican la farmacocinética de los medicamentos empleados, pudiendo influir tanto en su eficacia como en su seguridad. Es necesario realizar una valoración individualizada de cada mujer embarazada y tener en cuenta los beneficios, los riesgos, las alternativas terapéuticas y las consecuencias de no prescribir dicho tratamiento.

En el taller se repasará el uso racional del medicamento en las situaciones clínicas más frecuentes que se presentan en la mujer embarazada.

Anemia y patologías carenciales en el embarazo

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en las embarazadas pero no siempre es necesario administrar suplementos de hierro durante la gestación.

La suplementación con ácido fólico antes del embarazo reduce la prevalencia de los defectos del tubo neural (anencefalia, espina bifida), se debería comenzar antes de la concepción y mantenerse durante las 12 primeras semanas de embarazo.

La deficiencia de yodo durante el embarazo afec-

ta a la función tiroidea de la madre y del recién nacido, así como al desarrollo cerebral del mismo. En el taller se repasarán la patología tiroidea durante la gestación y se establecerán las recomendaciones actuales para la administración de yodo a la mujer embarazada.

Patología digestiva durante la gestación

Una de las quejas más habituales de la mujer embarazada son los problemas digestivos. Para el médico de Atención Primaria es importante conocer el manejo de las náuseas, vómitos, dispepsia y pirosis, estreñimiento y hemorroides.

Infecciones más habituales durante la gestación

Se repasarán el abordaje y el uso racional de los antibióticos en los procesos infecciosos más frecuentes: el resfriado común, como manejar las infecciones de orina, vaginitis, parasitosis.

Otro aspecto a tratar en el taller será la vacunación en la mujer embarazada, la decisión de vacunar a una embarazada se basará en la valoración de la probabilidad real de infección, del riesgo que supone la enfermedad para la madre y el feto y de los efectos de la vacuna para ambos. ¿Cuáles son las vacunas indicadas? ¿En qué momento debemos administrarlas?

Otras patologías

Y finalmente conocer, si es necesario, el manejo farmacológico de la patología neuropsiquiátrica que nos puede consultar la embarazada en la consulta del médico de familia como el insomnio, la ansiedad o la depresión. ¿Cuáles son los fármacos recomendables para el manejo de las alergias o el asma, hipertensión arterial, diabetes gestacional etc?

Taller: Relación Residente-Tutor en el desarrollo Profesional

Dr. D. Javier Benítez Rivero

Dra. Dª. Pilar Bellanco Esteban²

El principal objetivo del taller consiste en analizar la relación que se establece entre el residente de Medicina Familiar y Comunitaria y su tutor, como eje del desarrollo profesional durante los cuatro años que comprenden dicha especialidad médica. El taller se dirige a todo médico de atención primaria, en especial a médicos en periodo de residencia y médicos que ejercen como tutores.

Los alumnos podrán conocer las funciones del tutor de Medicina Familiar y Comunitaria, así como diferenciar los modelos de enseñanza y aprendizaje

adulto, establecer modelos didácticos y ser capaces de diseñar modelos colaborativos o de feed-back. Durante el taller se indagará en la transversalidad del proceso de desarrollo asistencial, científico y personal del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Finalmente se diferenciarán las evidencias actuales sobre el análisis del vínculo residente-tutor.

Al terminar el taller el alumno podrá ser capaz de diseñar un plan de docencia sobre medicina familiar y comunitaria.

TALLER: SPIROMETRÍA

Dr. D. Antonio hidalgo Requena

La espirometría mide la magnitud de los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados (flujos aéreos). Es fácil de realizar pero requiere de una gran colaboración por parte del paciente.

Es una prueba básica en el estudio y seguimiento de las enfermedades respiratorias. Pero sólo si se cumplen unos requisitos de calidad, dispondremos de una espirometría válida.

Las variables espirométricas se compararán con

valores de referencia obtenidos de una población de sujetos sanos no fumadores (ajustados por sexo, edad, altura y origen étnico). La espirometría forzada mide volúmenes pulmonares dinámicos, y los resultados deben expresarse en forma numérica y gráfica. Numéricamente anotaremos los valores de referencia para cada variable, los valores obtenidos en el paciente, y el porcentaje de los valores medidos con relación a los de referencia. En la prueba broncodilatadora anotaremos los valores post-broncodilatador, el porcentaje de los valores medidos con relación a los de referencia y el porcentaje de ganancia o pérdida con respecto a los valores prebroncodilatador.

En la práctica clínica son suficientes tres variables para disponer de casi toda la información necesaria para interpretar la espirometría: FVC, FEV1 y la relación FEV1/FVC.

Los criterios de calidad de la espirometría son aceptabilidad (buen comienzo y finalización, libre de artefactos) y reproductibilidad.

En la Prueba broncodilatadora debe realizarse una espirometría en situación basal y otra tras administrar un BD de acción corta. Se considera positiva si el cambio en el FEV1 es $\geq 12\%$ y la diferencia sea ≥ 200 ml.

En primer lugar, al interpretar una espirometría,

debemos analizar la morfología de las curvas para conocer si cumplen o no los criterios de calidad. Si se cumplen pasaremos a la interpretación de los datos numéricos y si no se cumplen hay que repetir la espirometría.

El análisis de la espirometría nos permite establecer la existencia o no de una alteración ventilatoria y, en clasificarla en cuatro tipos de patrones: obstructivo, restrictivo, mixto o normal.

Bibliografía.

1. Gutierrez FJ, et al. Documento de Consenso sobre la espirometría en Andalucía. SEMERGEN-Medicina de Familia, 2009, vol. 35, no 9, p. 457-468.
2. Casan P, Burgos F, Barberà JA, Giner J. Espirometría. En: Puente Maestu L. Manual SEPAR de Procedimientos. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar. Madrid: Luzan 5, 2002; 4-15.
3. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Crapo R, Enright P, van der Grinten CP, Gustafsson P, Jensen R, Johnson DC, MacIntyre N, McKay R, Navajas D, Pedersen OF, Pellegrino R, Viegi G, Wanger J; ATS/ERS Task Force. Standardisation of spirometry. Eur Respir J 2005; 26(2): 319-338.
4. León Jiménez A (coord.). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: proceso asistencial integrado. 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2007: 81.

TALLER DE SALUD LABORAL

Dra. Dª. 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 ,(incluidas las últimas actualizaciones) , 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 Comunicación de Sospecha de una enfermedad profesional.
- Casos Prácticos

Taller: Valoración integral del paciente crónico

Dra. Dª. Mª Rosa Sánchez Pérez

El aumento de la esperanza de vida ha condicionado que las enfermedades crónicas sean el patrón epidemiológico dominante y que los servicios sanitarios se vean obligados a plantear cambios organizativos. Desde la publicación de la Estrategia para el

abordaje de la cronicidad en el SNS en 2012 prácticamente todas las comunidades autónomas han elaborado su propia estrategia, entre ellas Andalucía.

El médico de familia debe conocer la metodología y las herramientas para realizar una adecuada valo-

ración integral a los pacientes crónicos, identificar a los pacientes pluripatológicos o de alta complejidad y elaborar un plan terapéutico y de cuidados que integre todas las actividades sociosanitarias que son necesarias para una correcta atención individualizada de estos pacientes.

El trabajo coordinado con los profesionales de enfermería y los servicios sociales así como con el

resto de profesionales de otros niveles asistenciales es prioritario, siempre sobre la base de que los responsables de la coordinación son los equipos de Atención Primaria.

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

TALLER DE CIRUGÍA MENOR

Dr. D. Francisco Herrera Fernández

Sr. D. Juan Carlos García González

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

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

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

Es esencial que el médico de Atención Primaria que va a realizar cirugía menor, tenga conocimiento del instrumental básico a manejar, así como del ma-

terial de sutura (tipos de hilo, calibre, agujas...etc). Un capítulo aparte merece la anestesia local, como uno de los pilares de la cirugía menor. Se estudiarán los anestésicos locales más frecuentes así como sus presentaciones farmacológicas, dosis tóxicas y técnicas de aplicación.

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

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

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

TALLER: DESMONTANDO MITOS EN URM.

DEJAR DE HACER INTERVENCIONES INNECESARIAS

Dr. D. Francisco Atienza Martín

El sobre diagnóstico y el sobre tratamiento constituyen un problema sanitario porque muchas intervenciones sanitarias habituales pueden originar más daños que beneficios en algunos pacientes que las reciben. Elshaug AG et al. Identificaron en 2012 más de 150 intervenciones sanitarias potencialmente de bajo valor¹.

El médico de familia debe identificar y “dejar de ha-

cer” este tipo de intervenciones en su práctica habitual que siguiendo a Repullo² se pueden clasificar en:

- Innecesarias: cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos como por ejemplo utilizar antihipertensivos de mayor precio para alcanzar los mismos objetivos en prevención cardiovascular que se obtendrían

con otras de menor coste

- Inútiles: cuando el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento como por ejemplo utilizar estatinas en prevención primaria en pacientes de edad muy avanzada
- Inseguras: cuando sus complicaciones superan el probable beneficio como utilizar AINEs en pacientes con insuficiencia cardiaca
- Inclementes: cuando la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención por ejemplo multiplicar las pruebas complementarias en pacientes con una esperanza de vida muy corta
- Insensatas: cuando consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas como la utilización de tratamiento antifractura en pacientes de bajo riesgo

Las causas de esta situación se deben a una multiplicidad de causas entre las que destacan la medicalización de la vida, la invención de enfermedades

o la práctica de una medicina más centrada en la enfermedad que en el paciente.

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

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

Bibliografía.

1. Elshaug AG, Watt AM, Mundy T, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Medical Journal of Australia*, 2012; 197(10): 556-560.
2. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Calidad Asistencial*, 2012; 27(3): 130-138

TALLER: URM: Habilidades en desprescribir

Dr. D. Francisco Atienza Martín

La deprescripción es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros¹.

La justificación de esta intervención viene dada porque la polimedición y el uso inadecuado de medicamentos constituye un verdadero problema de salud pública por su prevalencia y su impacto negativo sobre los pacientes².

Los pacientes susceptibles de deprescripción son diversos, pero se pueden priorizar los que se encuentran en las siguientes circunstancias:

- Pacientes polimedicados, especialmente ancianos
- Cuando los fármacos producen efectos adversos
- Cuando los fármacos no han demostrado eficacia en los ensayos clínicos
- Cuando la expectativa de vida es corta, en pacientes terminales, frágiles o con demencia avanzada
- Cuando, al revisar la medicación de forma rutinaria, se encuentran medicamentos que no son necesarios o adecuados
- Cuando se detectan duplicidades, interacciones relevantes, errores de prescripción, medicación inadecuada o incumplimiento «responsable»

Existen dos estrategias para la deprescripción¹:

- a. Por fármacos: consiste en identificar los fármacos inapropiados y revisar todos los pacientes que lo tomas, utilizando herramientas de adecuación de la medicación como los criterios de Beers y los STOPP-START .
- b. Por pacientes: consiste en evaluar un paciente concreto, discontinuando lo innecesario y añadiendo lo

preciso de una forma individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida. Suele apoyarse en el uso de algoritmos que facilitan la toma de decisiones como el de Garfinkel³.

La deprescripción por paciente consiste en una serie de fases:

- Revisión del tratamiento y de las circunstancias del paciente
- Analizar los objetivos terapéuticos en ese paciente
- Actuar eliminando los medicamentos inapropiados
- Acordar con el paciente y su entorno el ritmo de la deprescripción adaptado a sus circunstancias, creencias y valores
- Monitorizar el proceso

Bibliografía.

1. Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2012. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12000601>
2. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:114-23. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/_infMed/docs/PolimedcadosVol35n4.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/_infMed/docs/PolimedicadosVol35n4.pdf)
3. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch of Intern Med*. 2010;170(18):1648-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20937924>

Taller Desmontando Mitos URM: Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el abordaje del paciente terminal.

Dra. María Pedrosa Arias

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, han aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades neoplásicas y enfermedades degenerativas. Por eso los cuidados paliativos se han convertido en una necesidad de gran relevancia tanto para el sistema de salud como para la Atención Primaria.

Según un estudio reciente descriptivo, la proporción de pacientes con necesidad de Cuidados Paliativos y de soporte en domicilio en España se sitúa alrededor de 3 por cada 1000 habitantes cifra que aumenta en poblaciones más envejecidas.

La situación avanzada y terminal se caracteriza por la presencia de una enfermedad incurable, progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas, el impacto emocional sobre, enfermo, familia y equipo, y un pronóstico limitado de vida.

En esta situación los objetivos terapéuticos están centrados en la mejora de la calidad de vida, la promoción de la autonomía, y la adaptación emocional a la situación, con una concepción activa de la terapéutica y un abordaje interdisciplinar y multidisciplinar.

La definición más reciente de los Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) incluye los siguientes conceptos:

Los cuidados paliativos consisten en la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva, o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual y alta necesidad de demanda y atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias y de acuerdo con sus valores, preferencias, y creencias.

Los instrumentos fundamentales para la terapéutica en Cuidados Paliativos, son el adecuado control de síntomas, el establecimiento de objetivos de los cuidados acordes con los valores y las preferencias del paciente, la comunicación constante y recíproca entre el paciente y todos los que participan en su cuidado.

Ante estos postulados, el Médico de Familia se encuentra en una situación inmejorable para asumir los cuidados de estos pacientes, sin obviar que esto también supone un trance difícil y lleno de decisiones complejas.

Con este objetivo abordaremos de forma práctica el manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos.

Taller desmontando mitos en URM: Seguridad en la terapia EPOC

Dr. D. Pablo Panero Hidalgo

RESUMEN.

Los médicos de Atención Primaria somos el punto de contacto del paciente con el Sistema Sanitario. Nuestra actuación entre otras funciones es abordar al paciente de forma integral y continuada. Esto lleva una actuación compleja ya que somos nosotros los que tenemos que valorar al paciente de forma global, aunque haya sido visto en Hospital y requiera tratamientos variados, los responsables de las interacciones y de los eventos adversos de sus tratamientos así como el seguimiento de sus patologías es nuestro trabajo diario.

Abordamos cada vez más patologías tanto agudas como crónicas, fruto de la mejora de nuestra capacidad de resolución, tanto en conocimientos como en aptitudes. Es por esto que nuestra misión se complementa sobre todo con el principio de “primum non nocere”. De esta forma que surgen iniciativas como la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud en colaboración con las Comunidades Autónomas en 2005. Los objetivos de la estrategia inicialmente se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo

sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos.

En el estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria obtuvo que la prevalencia observada de eventos adversos fue de un 11,8 %. El 54,7% de los éstos se consideraron leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. El 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% con algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados. La mayoría de eventos adversos (64,3%) se consideraron prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación¹.

Como vemos si bien intentamos hacer las cosas bien, debemos valorar los riesgos que conllevan las decisiones que adoptamos y por tanto, considerarlas a la hora de atender a nuestro paciente.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las patologías más prevalentes que atendemos en nuestras consultas, de forma que un

10,2 % de la población entre los 40 – 80 años sufre esta enfermedad, constituyendo la 4^a causa de muerte a escala mundial. Han surgido Guías para el diagnóstico y tratamiento, entre ellas la Guía GOLD y GesEPOC, de forma que está cambiando el abordaje del paciente en el sentido de no utilizar solo la función pulmonar (FEV1) a la hora de decidir cómo tratar a nuestro paciente, sino que se están considerando una valoración multidimensional que permita tratar al paciente según sus características propias, es decir, mediante su fenotipo y por tanto optimizar el tratamiento mediante la medicación adecuada “a medida”. Sin embargo, pese a la existencia de dichas guías y a la formación continuada del profesional de Atención Primaria, la EPOC sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada e infratratada, y dentro de los tratamientos que indicamos, muchos no son los adecuados para su fenotipo, por lo que disminuimos eficacia y aumentamos el riesgo de efectos adversos².

Otro dato a tener en cuenta es que el paciente con EPOC no suele tener esta patología aislada, ya que se asocia a otros procesos crónicos, lo que entendemos como “comorbilidades” que pueden añadir problemas en el diagnóstico y en el tratamiento de la EPOC, o bien que los tratamientos que se utilicen puedan empeorar la evolución de la EPOC o que el propio tratamiento de la EPOC conlleve un empeora-

miento de otras patologías crónicas. Las comorbilidades en la EPOC no sólo contribuyen a aumentar la repercusión social y el coste anual de la enfermedad, sino que también constituyen un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes en los que existen³.

Con el taller lo que se pretende es por tanto tener en cuenta todas estas circunstancias referidas a la hora de decidir qué tratamiento es el más adecuado para nuestro paciente que permita el control de su enfermedad pero sin complicar la evolución del resto de patologías que pudieran tener asociadas. Igualmente valorar según el fenotipo el tratamiento personalizado de los pacientes con EPOC a la hora de evitar posibles efectos adversos.

Referencias bibliográficas

1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015 – 2020. Disponible en <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
2. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2014; 50 (Supl 1): 1 – 16.
3. De Miguel Diez J, Gomez García T, Puente Maestu L. Comorbilidades de la EPOC. Arch Bronconeumol 2010; 46 (Supl 11): 20 - 25

Taller URM: Herramientas para la Seguridad del paciente

Dr. D. Francisco Tomás Pérez Durillo

La seguridad del paciente se ha convertido en una pieza fundamental de los sistemas sanitarios más aún desde que numerosos estudios han demostrado que la propia atención sanitaria destinada a mejorar nuestra salud es una importante fuente de daños.

La medicación, la comunicación entre niveles, el diagnóstico y tratamiento rápido en procesos de riesgo, unos cuidados y procedimientos seguros, la coordinación dentro del equipo asistencial, la higiene de manos, etc., son aspectos importantes en este ámbito.

En el estudio APEAS los resultados ponen de manifiesto que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura siendo la frecuencia de eventos adversos baja y predominando los de carácter leve. Sin embargo, debido a la elevada frecuencia de las consultas de Atención Primaria el número absoluto de eventos adversos sea alto. Generalizando los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados el 7% de los ciudadanos cada año.

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

Por ello resulta necesario integrar la cultura de la seguridad del paciente en nuestra práctica cotidiana estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos así como implantando prácticas seguras en los centros sanitarios.

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

- Mapas de Riesgos para la identificación de factores de riesgo y los probables o comprobados daños en un ambiente de trabajo.
- Matrices de Riesgos o Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) con el fin de llevar a cabo un análisis proactivo de los riesgos detectados.
- Análisis de Incidentes Clínicos (AIC) o del Análisis de Causa Raíz (ACR) para realizar un análisis reactivo de los incidentes.

Taller: Actualización Antineumocócica en el paciente adulto con patología de base. Algunos casos prácticos

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

- **La neumonía adquirida en la comunidad (NAC)** es una enfermedad infecciosa respiratoria aguda que tiene una incidencia de 3-8 casos/1.000 habitantes. Aumenta con la edad y las comorbilidades. En España, el *S. pneumoniae* es el agente patógeno más frecuentemente identificado.
- **La enfermedad neumocócica invasiva (ENI)** es la forma más grave de la enfermedad neumocócica y se define como la presencia de *S. pneumoniae* en sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR) u otro fluido normalmente estéril. La neumonía bacteriémica es la forma más frecuente de ENI. Determinadas condiciones de los pacientes aumentan el riesgo de enfermedad neumocócica y de sus complicaciones.

Actualmente disponemos en España de 2 vacunas antineumocócicas para el adulto:

1. Vacuna antineumocócica polisacárida de 23 serotipos. (Pneumovax 23©, Pneumo 23©).

Se elaboran a partir de los polisacáridos purificados presentes en la cápsula de 23 de los serotipos más frecuentes causantes de infección neumocócica comunitaria en adultos. Induce una respuesta inmune independiente de células T. Se recomienda una única revacunación a los vacunados de hace más de 5 años, los mayores de 60 años y a personas de cualquier edad con alto riesgo de ENI. Condicionan la eficacia de la VNP23 el no generar memoria inmunitaria, la inducción del fenómeno de la tolerancia inmunitaria o hiporespuesta con la revacunación y no actuar sobre la colonización nasofaríngea. Tiene limitada la duración de la protección de 2 a 5 años.

2. Vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos. (Prevenar13©).

Se elabora a partir de 13 polisacáridos conjugados con una proteína transportadora. Induce una respuesta inmune dependiente de T, y a diferencia de la vacuna polisacárida, genera memoria inmunológica. Además, se produce una respuesta de anticuerpos IgA en las mucosas, que reduce la colonización nasofaríngea por los serotipos presentes en la vacuna y genera una inmunidad de grupo, que dificulta la adquisición de nuevos portadores y de futuros enfermos.

Desde marzo del año 2015 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) aprobó para la vacuna conjugada de 13 serotipos en la indicación de la prevención de la neumonía en adultos.

En adultos inmunocompetentes con patología de base se recomienda una sola dosis de 0,5 ml por vía intramuscular, independientemente de las comorbilidades, sin ser necesaria una dosis de recuerdo.

Actualmente Prevenar 13© está financiada (con visado) para pacientes que presentan algún tipo de inmunodeficiencia. No está financiada para pacientes adultos con patologías crónicas.

- **El estudio CAPITA**, publicado en el año 2015, es un ensayo clínico fase 4, aleatorizado, controlado con placebo para evaluar la eficacia de la vacuna antineumocócica conjugada 13 valente en la prevención de neumonía neumocócica adquirida en la comunidad. En este estudio, Prevenar 13 ha demostrado eficacia clínica frente a neumonía neumocócica, invasiva o no invasiva, en adultos de 65 años o mayores.

Por estudios epidemiológicos se ha demostrado que la NAC es más frecuente en pacientes con determinadas patologías crónicas. El documento de consenso sobre la vacunación en el adulto con patología de base recomienda la vacunación (preferentemente con Prevenar 13©, una dosis, no siendo necesaria dosis de recuerdo) en nuestros pacientes crónicos con las siguientes patologías:

- **Enfermedades Respiratorias crónicas: EPOC, asma, patología intersticial difusa pulmonar, bronquiectasias, neumoniosis, fibrosis quística, neumonía previa y tabaquismo** (en todo fumador con enfermedad respiratoria crónica, fumador activo de más de 15 paquetes/ año y ex-fumador de menos de 10 años que fumaba más de 20 paquetes/año).
- **Diabetes** de cualquier tipo, tanto en tratamiento con ADO como insulinodependiente.
- **Enfermedad cardiovascular crónica** (incluye cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y accidente cerebro-vascular).
- **Enfermedad hepática crónica** (incluye cirrosis).
- **Alcoholismo.**

Bibliografía:

1. Picazo JJ et al. Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base. Revista Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252.
2. Casas Maldonado F, et al. Recomendación de la vacuna antineumocócica en las enfermedades respiratorias crónicas. Rev Esp Patol Torac 2014; 26 (2) Suplemento 1:1-20.
3. Bonten MJM, et al. N Eng J Med 2015;372:1114-25.

Taller URM: Uso adecuado de fármacos inhalados en asma y EPOC

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

La vía inhalada es el tratamiento de elección en enfermedades respiratorias como asma y EPOC.

Sus principales ventajas son la llegada directa del fármaco al órgano diana, su gran rapidez de acción, menor cantidad de principio activo y menos efectos secundarios.

Todas las ventajas de la utilización de los inhaladores desaparecen si no se utilizan correctamente.

Los mecanismos físicos que condicionan el depósito pulmonar de un medicamento inhalado en las vías respiratorias: Impactación, difusión y sedimentación. El tamaño de la partícula, el flujo inspiratorio y la pausa de apnea tras la inhalación, son los determinantes principales en dicho depósito.

Los profesionales sanitarios deben estar perfectamente formados en el conocimiento de los diferentes dispositivos de inhalación para poder adiestrar a los pacientes que los necesiten y comprobar periódicamente su uso adecuado.

La aparición en el mercado de múltiples tipos de inhaladores y de nuevos fármacos inhalados, constituye en problema tanto para los pacientes como para los médicos.

Existen dos grandes grupos de dispositivos de inhalación: Los cartuchos presurizados y los de polvo seco. Estos a su vez los clasificamos en monodosis y multidosis. El dispositivo Respimat® se diferencia de los cartuchos presurizados en que no contiene propelente.

El modo de inhalación es distinto según se trata de un dispositivo con cartucho presurizado o del polvo seco.

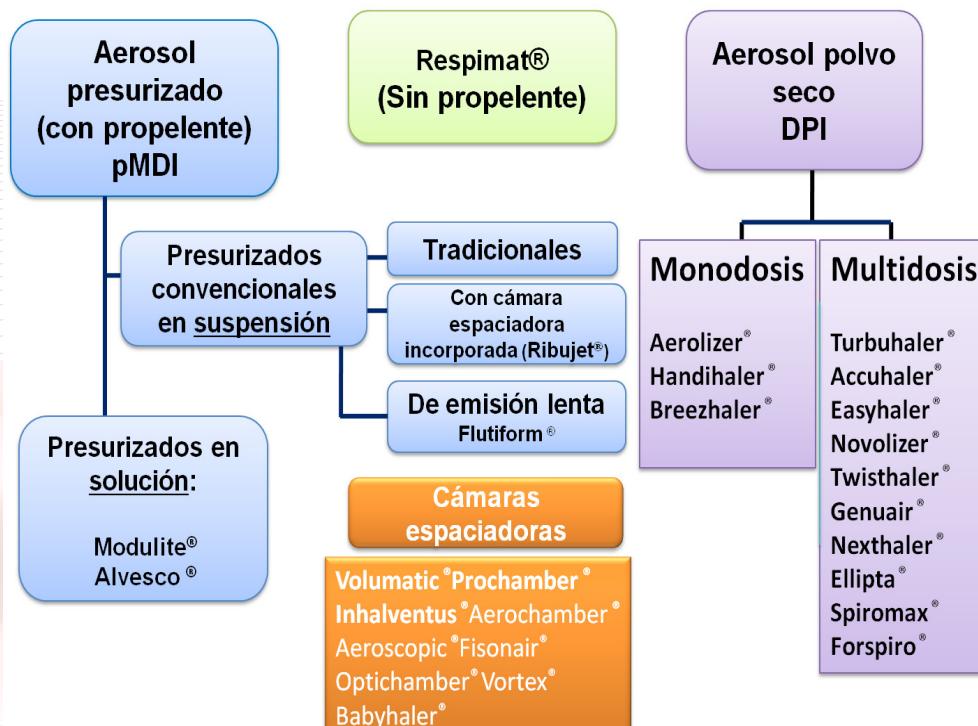
Por otra parte, las cámaras de inhalación mejoran sustancialmente el depósito del aerosol en el pulmón y se deben utilizar cuando hay mala coordinación entre la pulsación y la inhalación al manejar los cartuchos presurizados. Existen en el mercado múltiples modelos de cámaras espaciadoras, actualmente el Sistema Sanitario Público de Andalucía financia tres modelos: volumatic, prochamber e inhalventus.

Elegir el dispositivo más adecuado para cada paciente es una tarea ardua y con una gran posibilidad de error. No a todo el mundo le sirve el mismo inhalador, por eso existen en el mercado tantos sistemas y combinaciones de fármacos. Algunas características a tener en cuenta en la elección del inhalador son:

- La edad del paciente
- El flujo inspiratorio
- La facilidad para coordinar la inspiración con la pulsación en los cartuchos presurizados
- Utilizar el menor número de inhaladores posibles, y con las pautas más simples.
- Adaptar siempre el inhalador al enfermo, y no al revés. Valorar las limitaciones físicas y cognitivas y tener siempre en cuenta las preferencias del paciente.

Para tratar la EPOC y el Asma desde la Atención Primaria contamos con 18 principios activos que, solos o asociados, nos permiten utilizar 26 opciones distintas de tratamiento lo que supone 67 opciones distintas de marcas comerciales. Y todo ello con 18 dispositivos de inhalación distintos.

Tipos de dispositivos inhaladores



TALLER DESMONTANDO MITOS EN URM: ANTIBIÓTICOS. PRESCRIPCIÓN DIFERIDA

Dr. D. Juan de Dios Alcántara Bellón

Los antibióticos constituyen uno de los hitos más trascendentales 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 Americana 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.

Se trata de un taller, práctico, centrado en los Síndromes más frecuentes en atención primaria y basado fundamentalmente en desmontar falsas creencias, mitos y supuestas verdades no demostradas científicamente sobre el adecuado uso de antibióticos, con el objetivo de conseguir romper la inercia terapeútica, clarificar el tema y reconducir conductas no adecuadas que carecen de soporte científico.

Además abordaremos las indicaciones de la prescripción diferida.

Taller: Incorporación de la Biblioteca Virtual de Andalucía en la consulta

Sra. Dª. Verónica Juan-Quilis

Sr. D. José María Carrión Pérez

OBJETIVOS GENERALES

La irrupción de la tecnología en las bibliotecas y en los centros de documentación ha traído consigo cambios sustanciales en las formas de comportamiento de los usuarios a la hora de la búsqueda de información. La desbordante cantidad de información a la que nos vemos expuestos ha supuesto un nuevo auge en el desarrollo de las herramientas del descubrimiento.

Los usuarios cada vez más tienden a acumular pequeñas colecciones personales con ingentes cantidades de información que deben administrar y gestionar. Para ello la BV-SSPA, pretende formar a los profesionales en el uso experto de las Herramientas del Descubrimiento, para la búsqueda de información, en conjunción con su módulo Flow (portal personal para administrar los resultados de las búsquedas).

Al finalizar la actividad los alumnos estarán en disposición de utilizar Summon (Herramienta del Descubrimiento de la BV-SSPA). Serán capaces de hacer una búsqueda bibliográfica rigurosa, con la facilidad y pertinencia de Summon y manejar las referencias capturadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De conocimiento:

- Conocer Gerión y aplicar las bases de una búsqueda bibliográfica ayudado del potencial de las herramientas del descubrimiento.
- Aplicar los filtros de Gerión (Clustering), para reconducir de manera experta los resultados a las necesidades informáticas del usuario.
- Usar la sección de Flow para ir creando y gestionando la base de conocimiento fruto de los resultados de búsquedas de los usuarios

Funcionales (operacionales):

- La organización de un archivo personal de referencias bibliográficas.

Actitudinales:

- Compartir citas entre varios investigadores
- Exportación-importación en los distintos formatos bibliográficos
- Poder de decisión en la selección de las fuentes más interesantes para la publicación de trabajos de investigación.

UNIDADES DIDÁCTICAS

Módulo I. La BV-SSPA. Gerión

Profesor:

- Teoría del álgebra de Boole en las bases de datos bibliográficas
- Diseño de la búsqueda
- Preparar una estrategia de búsqueda
- Caja de búsqueda de Gerión
 - búsqueda simple
 - búsqueda avanzada
- Filtrando los resultados (Clustering)
 - tipo de contenido

- disciplina
- fecha de publicación
- términos temáticos
- idioma
- Obtención del texto completo
 - enlace al texto completo
 - SOD (servicio de obtención de documentos)
- A to Z de Recursos y Revistas
- Técnicas avanzadas en el manejo de Gerión
 - Flow. Espacio personal para administrar resultados
 - canal RSS 2.0
 - búsqueda avanzada

Taller: Aula de Urgencias. Actualización en el manejo de URGENCIAS de alta incidencia a través de casos clínicos:

Dr. D. Gabriel Jiménez Moral

Dr. D. Rafael Ángel Castro Jiménez

Con la finalidad de actualizar y profundizar en el tratamiento inicial de urgencias ante determinadas patologías o eventos de alta incidencia, hemos desarrollado una serie de casos clínicos sobre los que iremos trabajando y avanzando permitiendo que los asistentes puedan reforzar o adquirir nuevos conocimientos, a la vez que poner en práctica y mejorar destrezas en técnicas en el manejo de estos pacientes.

En el taller se abordará mediante supuestos prácticos, los siguientes objetivos:

- Revisar las actualizaciones en la manejo de las urgencias a tratar.
- Adquirir destrezas técnicas en manejo inicial del politraumatizado grave
- Mejorar habilidades y destrezas en técnicas de RCP básica
- (Reconocimiento inmediato, Masaje Cardiaco Externo eficaz..)
- Revisar protocolo de actuación inicial ante paciente que presenta ICTUS
- Familiarizarse con escalas de detección y valo-

- ración de ICTUS
- (CINCINATI, RANKIN)
- Actualizar criterios y parámetros de inclusión de pacientes en la clasificación de EPOC y ASMA
- Revisar los protocolos de actuación ante patologías respiratorias más frecuentes en urgencias (EPOC y ASMA).
- Adquirir destrezas en el manejo de sistemas de inhalación para medicamentos.
- Repasar pasos básicos pero fundamentales para la detección y manejo inicial del SCA: interrogatorio dirigido exhaustivo, uso venodilatadores, oxigenoterapia, analgesia (como, cuándo??)
- Adquirir destrezas en el manejo de la VMNI en casos de EAP

Con este abordaje consideramos que se realizará un repaso de patologías altamente prevalentes en el ámbito de la urgencia y/o emergencia para el médico de familia

Taller URM: Actualización del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Dr. D. Manuel Luis Mellado Fernández

El progresivo envejecimiento de la población y las mejoras introducidas en el tratamiento de la patología isquémica aguda han modificado sustancialmente el perfil del paciente con Insuficiencia Cardíaca. Hasta hace unos años, la mayoría de pacientes que padecían insuficiencia cardíaca lo hacían como consecuencia de un infarto agudo de miocardio, pero ahora tenemos pacientes con mayor edad y con numerosas co-morbilidades que complican tanto el tratamiento, como el diagnóstico, como el seguimiento.

Algunos datos a tener en cuenta son:

- La tasa de mortalidad por Insuficiencia cardíaca

- NO ha disminuido
- La mortalidad a los 5 años del diagnóstico es del 50%
- Supone la causa más frecuente de hospitalización en mayores de 65 años.
- Los pacientes con Insuficiencia cardíaca acuden una media de 2 veces al año a los servicios de urgencias por descompensaciones.
- El primer mes tras el alta hospitalaria es un “periodo muy vulnerable” donde más del 50% suelen reingresar.
- Si bajamos la estancia hospitalaria media de estos pacientes aumentan los ingresos.

Estamos tratando una patología cada vez más prevalente, en la que la Atención Primaria juega un papel fundamental, sobre todo en la prevención, en el diagnóstico clínico y en el seguimiento.

El médico del primer nivel asistencial debe de estar capacitado para:

1. Prevenir la insuficiencia cardiaca. La hipertensión arterial es su segunda causa tras la patología isquémica, por lo que tenemos que controlar a este numeroso grupo de pacientes, no sólo con fármacos sino con medidas tales como: disminuir el consumo de sal, tratar adecuadamente la anemia, la obesidad y evitar fármacos “perjudiciales” como antiinflamatorios, y algunos antidiabéticos entre otros.
2. Tratar agudizaciones. Sospechar clínicamente este cuadro, manejando los criterios de Framingham, prestando especial atención a signos de alarma como: aumento brusco de peso, aparición de edemas y/o disnea (sobre todo nocturna)
3. Conocer el objetivo de control de los factores de riesgo en los pacientes ya diagnosticados: tensión arterial entre 110/60 y 135/85 y frecuencia cardiaca entre 50-60 pm (si Fibrilación auricular hasta 80 pm)
4. Conocer, manejar y titular los diferentes fármacos: Diuréticos y nitratos como “tratamiento más sintomático”, IECA/ARA II junto con Beta-bloqueantes como fármacos con impor-
- tante utilidad en la reducción de la morbimortalidad de estos pacientes (nivel de evidencia 1 A), indicaciones actuales y contraindicaciones de la digoxina, uso de fármacos antiadosterona (Espiranolactna y Eplerenona), manejo de Ivabradina e indicaciones de la anticoagulación. Diferencias de enfoque terapéutico según tipo de insuficiencia cardíaca (con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida o preservada). Basándonos en grado de disnea (escala NYHA), tensión arterial y frecuencia cardiaca, así como de la función renal y electrolitos, el médico de AP debe reestructurar, modificar o implementar el tratamiento con el que el paciente sale del hospital, con el fin de evitar sus recaídas y sobretodo mejorar su calidad de vida.
5. Manejo eficiente del resto de coomorbilidades y diagnóstico diferencial (patología pulmonar, insuficiencia venosa periférica, otras causas de disnea,...) Uso de marcadores de agudizaciones (BNP y NT-proBNP)
6. Criterios de derivación a cardiología

Hay una serie de prometedores nuevos fármacos, que actúan potenciando los péptidos natriuréticos, en avanzada fase de investigación y algunos, pendientes de aprobación de comercialización. La LCZ696 ha demostrado reducir la mortalidad en un 20% y la primera hospitalización en un 21% respecto al enalapril.

Taller desmontando mitos en URM. Revisión del tratamiento con antipsicóticos.

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. En esta tarea la prescripción de psicofármacos es una herramienta valiosa para la asistencia de cualquier enfermedad psiquiátrica.

Además es muchas veces necesario llevar a cabo la administración de fármacos antipsicóticos en patologías caracterizadas por pérdidas de referencias del mundo real (psicosis), trastornos graves de conducta y/o agitación psicomotriz.

El taller pretende actualizar conocimientos teóricos mediante una metodología práctica y participativa, para aprender a realizar un uso adecuado de trata-

miento con antipsicóticos 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. Conceptos previos de psicofarmacología.
2. Mecanismos de acción y clasificación de los fármacos antipsicóticos.
3. Efectos secundarios más frecuentes y precauciones de uso.
4. Indicaciones de los fármacos antipsicóticos y empleo adecuado de dosis terapéuticas.
5. Cuestionario de autoevaluación, casos clínicos y repaso de ideas básicas.

Taller: Dulaglutida, nuevo tratamiento para la DM2 pensado en el paciente

Dr. D. Juan Daniel Ocaña Rodríguez

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

La mayoría de guías de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2 señalan que tras met-

formina (primera opción recomendada a día de hoy, siempre que sea bien tolerada), cualquier otro fárma-

co puede añadirse, dependiendo de las características y/o preferencias del paciente. Por tanto la decisión de cómo implementar el tratamiento del paciente con diabetes que no alcanza sus objetivos de control, depende del conocimiento de los diferentes fármacos y su correcta indicación para cada caso en concreto (“tratamiento centrado en el paciente”).

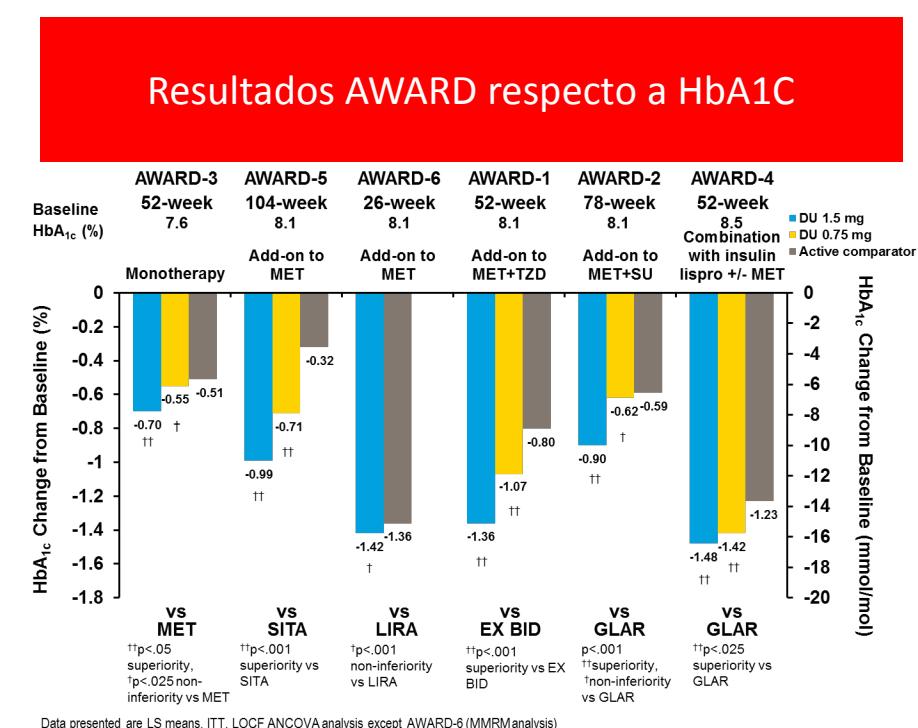
Los análogos de GLP1 son una opción de tratamiento de la que se puede beneficiar un buen número de pacientes. De forma esqueta, podríamos resumir sus principales ventajas en su poca incidencia de hipoglucemias, reducción de HbA1c comparable al resto de opciones y, sobre todo, la pérdida de peso que produce en la mayoría de pacientes. Con unos efectos secundarios relativamente poco frecuentes, destacando a nivel gastrointestinal: náuseas, dispepsia...

Su administración, al igual que la insulina, es vía subcutánea, actuando por un mecanismo dependiente de las incretinas, y a través de la inhibición del glucagón.

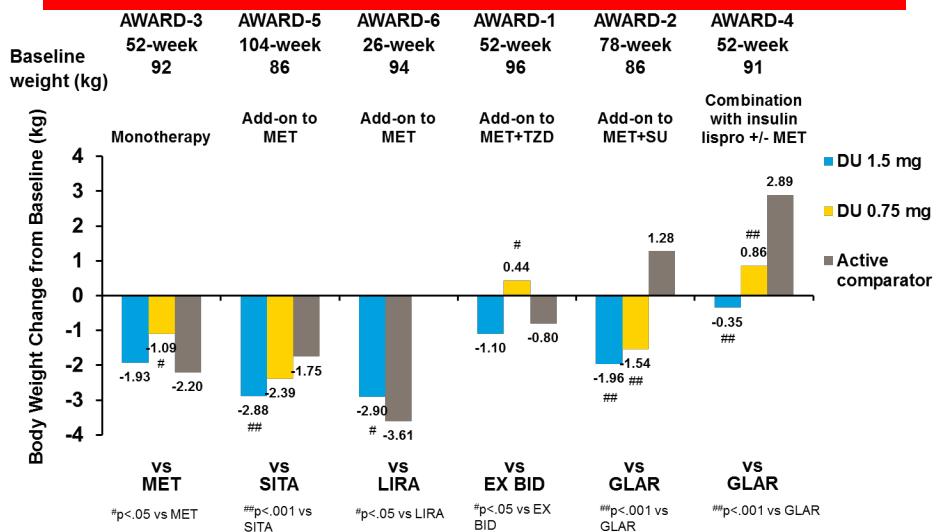
Actualmente disponemos de 5 moléculas diferentes, tres de las cuales pueden administrarse de forma semanal, lo que supone una importante mejora debido a su comodidad de uso y a la mayor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Dulaglutida, de administración semanal, aporta una serie de ventajas respecto a los otros antidiabéticos, tanto por su eficacia como por su reducción de peso, como por el dispositivo de administración. De hecho, hay estudios clínicos, con excelentes resultados, en los que se ha comparado con diferentes moléculas ampliamente usadas en el tratamiento de la diabetes: metformina, sulfonilureas, sitagliptina, liraglutida, exenatida e incluso insulina glargina (estudios AWARD):

- **AWARD-1** Estudio comparativo, aleatorizado de 978 pacientes seguidos 52 semanas y controlado con placebo, de los efectos de dulaglutida VS exenatida en el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en tratamiento con metformina y pioglitazona.
 - **AWARD-2** 807 pacientes seguidos durante 78 semanas. Compara los efectos de dulaglutida VS insulina glargina en el control glucémico de pacientes en tratamiento con metformina y glicopiridida.
 - **AWARD-3** 807 pacientes, 52 semanas comparando el grado de control con dulaglutida VS metformina en pacientes con diabetes tipo 2 en fases iniciales.
 - **AWARD-4** 884 pacientes, 52 semanas comparando dulaglutida VS insulina glargina, ambos en combinación con insulina lispro, en pacientes con diabetes tipo 2.
 - **AWARD-5** 1.098 pacientes, 104 semanas, con dulaglutida VS sitagliptina en diabéticos tratados con metformina.
 - **AWARD-6** dulaglutida VS liraglutida en pacientes tratados con metformina
 - **AWARD-7** dulaglutida VS insulina glargina en pacientes diabéticos con enfermedad renal tratados con insulina lispro
 - **AWARD-8** dulaglutida VS placebo en pacientes tratados con sulfonilureas
 - **AWARD-9** dulaglutida VS placebos en pacientes tratados con insulina glargina y metformina
- Resultados resumidos AWARD 1-6



Resultados AWARD respecto al peso



Data presented are LS means, ITT, LOCF ANCOVA analysis

Taller Código Ictus

Dr. D. Francisco Javier Lerma Dorado

Dr. D. Jesús Enrique Martínez Faure

Taller en el que los asistentes podrán adquirir, y en su caso reforzar, los conocimientos y habilidades necesarias para valorar, tratar y derivar correctamente en el medio extra-hospitalario a pacientes con ACVA en base a los criterios de calidad del proceso asistencial ACVA, procesos Neurológicos EPES y procesos específicos.

En el Taller se aprenderá a valorar de forma correcta al paciente con ACVA, identificando signos y

síntomas de deterioro neurológico así como conocer las medidas básicas de cuidados y tratamiento de este tipo de paciente (TA, glucemia, T^a, SpO₂...)

Así mismo se adquirirán las nociones para decidir correctamente la derivación del paciente según nivel de deterioro, antecedentes, evolución, edad, zona geográfica... Así como la activación del CODIGO IC-TUS de prealerta hospitalaria.

TALLER URM: USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO.

Dr. Enrique Alcaraz Vera

Dra. Manuela Sánchez González

Dra. María José Aparicio Cervantes

INTRODUCCIÓN:

El dolor crónico es un problema de salud pública, cuyo abordaje resulta prioritario por su elevada prevalencia y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere en su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, familiar y laboral.

Se estima que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico.

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

Uno de sus objetivos es promover una atención segura para el paciente, para lo que recomienda fo-

mentar procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor e implementar prácticas seguras.

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

A pesar de ello, su uso ha experimentado un notable aumento en la pasada década, en gran medida por el incremento de utilización en el dolor crónico no oncológico.

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

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

OBJETIVO DEL TALLER. Establecer prácticas seguras para el uso de **OPIOIDES EN DCNO**, dirigidas a prevenir los errores de medicación y reducir los eventos adversos previsibles causados por estos medicamentos.

RESUMEN.

El DCNO es aquel que persiste más allá de 3-6 meses cuya causas no amenazan la vida pero si generan un importante deterioro físico y psíquico, y refiriéndonos ya en concreto al DCNO de origen musculo-esquelético decir que sus características son: duración >3 meses, intensidad según la escala

EVN >4 y pudiendo ser continuo o intermitente (más de 5 veces a la semana)

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

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

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

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

Taller: Dulaglutida, nuevo tratamiento para la DM2 pensado en el paciente:

Dra. Marisa Amaya Baro.

Resumen

“La importancia de las pequeñas cosas en el día a día de las personas con diabetes: La complejidad en el uso de dispositivos inyectables”

Para la mayoría de las personas con diabetes del tipo 2 el inicio de tratamiento inyectable supone un punto de inflexión y de crisis, supone un antes y un después, amén del inicio de la percepción de la diabetes como enfermedad que previamente no tenían. Parte de esta “situación de crisis” tiene que ver con creencias, experiencias previas en otros familiares o amigos, y sin lugar a duda con la técnica en sí de la auto inyección subcutánea y el manejo de los dispositivos, esta situación es parte de la carga de la diabetes y tiene que ver con el afrontamiento de la complejidad en los aspectos técnicos del tratamiento.

Ayudar a los pacientes y/o su entorno a superar esta situación es parte esencial de los programas educativos y misión de todo el equipo asistencial. El conocimiento de la técnica correcta en la administración de inyectables para el tratamiento de la diabetes se ha manifestado como el primer requisito para lograr un buen control glucémico y asegurarnos de la eficacia de dicho tratamiento.

El objetivo de la ponencia tiene que ver con incrementar la adherencia terapéutica de los pacientes mediante el conocimiento de los dispositivos disponibles en el mercado para arGLP1 semanal, sus características y cuales de ellos se acercan al ideal de seguridad y facilidad en su uso.

Taller URM: Manejo de los trastornos afectivos: enfoque centrado en la persona.

*Dr. D. Manuel Álvarez Romero
Sra. D^a. Ana Moreno Gómez
Dra. D^a. Esther Rodríguez Díaz*

En este taller tratamos de explicar, en base al paradigma psicosomático y centrándonos en la persona como única, libre e irrepetible, los procedimientos y medios a utilizar en el abordaje de los Trastornos afectivos.

El paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual que la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática promueve como ampliación del que en su día describiera Engels, alcanza a perfilar los puntos vulnerables en la genética, en la constitución de la urdimbre,

en el soporte socio-familiar o laboral y en el entorno ecológico. El quinto elemento refleja el uso de la propia libertad del paciente en favor o como obstáculo para su curación.

Serán definidos y analizados los Trastornos afectivos así como la aplicación de las pautas psicoeducativas, psicoterapéuticas y farmacológicas. No podemos olvidar la comorbilidad existente y la implicación etiopatogénica de las enfermedades medicas presentes.

El uso racional de medicamentos (riesgos farmacológicos y costes) y la búsqueda de posibilidades psicoterapéuticas alcanza gran importancia en este taller.

La combinación de medidas farmacológica y atención psicoterapéutica con los diversos modelos existentes y sus múltiples técnicas logra una probada mayor eficacia que la utilización de cualquiera de estas partes por si solas.

La elevada y creciente demanda de los pacientes afectos de patologías afectivas sobrecarga notablemente la solicitud de asistencia en el ámbito de la atención primaria. La complejidad de las relaciones en la sociedad actual, la globalización de la información y de los medios de comunicación, las crisis económicas tan de actualidad son factores que han hecho y prometen seguir haciendo más frecuentes estas patologías. La formación psicosomática de los profesionales de la salud en el ámbito clínico privado y público, ahorrará recursos y potenciará los resultados satisfactorios. Apostamos por la iniciativa y la constancia en la búsqueda y aplicación de estos recursos.

En la tercera parte del taller, se trabajarán tres técnicas, dirigidas a las distintas intensidades en las que se pueden presentar los cuadros ansiosos, depresivos o de índole psicosomática. Se comenzará con una Técnica de Visualización, que parte del terreno cognitivo para llegar al cuerpo y a los afectos. Con ello, se consiguen aportar imágenes positivas que complementan la relajación con experiencias orgánicas agradables, con sus efectos positivos sobre el cuerpo. La práctica de este tipo de ejercicios capacita a la persona para poder alcanzar de manera autónoma sensaciones de positividad y calma.

Posteriormente, se explicará la Técnica de relajación progresiva de Jacobson, método de carácter fisiológico, orientada a conseguir un estado fisiológico de reposo con el que la persona puede establecer un control voluntario de la tensión de su cuerpo. Propicia una conexión mayor entre el cuerpo y el estado de percepción sobre el mismo y en referencia al dolor o al placer. Todo el cuerpo percibe una mejoría tras el entrenamiento en relajación progresiva, incrementándose las mejorías con la práctica. La relajación progresiva no es un método breve, ni sus efectos lo son tampoco, pero es muy aconsejable la constancia en su aplicación.

Por último, se procederá a la explicación y práctica guiada del Entrenamiento Autógeno. Aunque es necesaria la formación específica, se dotará a los asistentes de directrices para realizar los primeros

pasos del entrenamiento y experimentar los beneficios de esta técnica, como son la autorregulación y la homeostasis del organismo. Es esta técnica especialmente indicada en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, de ansiedad y los síndromes relacionados con el estrés.

MESAS

Mesa: SEMERGEN & MSD Comprometidos con el Pacientes de Alto Riesgo Vascular

Dr. D. José Mancera Romero

Dr. D. Amador López Granados

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo

Con esta actividad, en estrecha colaboración entre SEMERGEN y MSD, nos planteamos el objetivo de capacitar al médico de atención primaria para la consecución de los objetivos de control lipídico y glucémico en los pacientes de alto riesgo vascular.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar a los pacientes de alto riesgo vascular
- Definir de los objetivos de control lipídico
- Definir de los objetivos de control glucémico
- Analizar las diferentes opciones terapéuticas para conseguir los objetivos de control lipídico y glucémico
- Crear planes de actuación individualizados
- Diseñar un plan de actuación para iniciar o me-

jorar la producción científica de investigación sobre los pacientes de alto riesgo vascular

Definiremos qué se entiende por paciente de alto riesgo vascular, analizando las diferentes herramientas de las que disponemos para ello.

Haremos un recorrido por las diferentes opciones terapéuticas con las que contamos para conseguir los objetivos que nos marquemos en estos pacientes.

Discutiremos el tratamiento aconsejado basándonos en los últimos estudios disponibles.

Presentaremos una herramienta que se ha demostrado útil para el abordaje del control de los lípidos y analizaremos en profundidad las últimas evidencias sobre el papel de la sitagliptina en este tipo de pacientes.

Foro de Debate: Últimas evidencias en RCV y diabetes

Dr. D. José Mancera Romero

Dr. D. Manuel Ruiz Peña

Dr. D. Juan Daniel Ocaña Rodríguez

Para una atención integral de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tenemos diversas opciones terapéuticas, con incorporación de nuevos grupos farmacológicos recientemente. En los últimos años se ha generado una gran controversia sobre el manejo de pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular (ECV) debido a la posibilidad de un efecto deletéreo de algunos tratamientos o de una terapia excesivamente intensiva. La seguridad a nivel cardiovascular (CV) de los tratamientos para la DM se empezó a cuestionar cuando se sugirió que la rosiglitazona, un fármaco de la familia de las tiazolidinedionas, podría asociarse a un mayor riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad CV, lo que, aunque luego ha sido puesto en duda, llevó a la suspensión de su comercialización en algunos países. Desde entonces, la seguridad CV de los tratamientos para la DM ha requerido una atención especial por parte de médicos y agencias reguladoras.

Recientemente, se han presentado los resultados de los ensayos clínicos con saxagliptina (SAVOR-TIMI), alogliptina (EXAMINE) y sitagliptina (TECOS), todos ellos fármacos del grupo de los inhibidores de la enzima dipeptidil-peptidasa tipo 4 (DPP-4). En estos estudios, todos ellos cumplieron el objetivo primario del estudio demostrando ser seguros a nivel CV, sin embargo saxagliptina se asoció a un incremento inesperado del riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC), y alogliptina a un aumento no significativo de hospitalizaciones por primer episodio

de IC. Sitagliptina, sin embargo, demostró seguridad también en términos de IC.

Respecto a los agonistas de GLP-1, en junio de 2015 se publicaron los resultados del estudio ELIXA que comprobaron la seguridad CV de lixisenatide. Los resultados de este estudio confirman que lixisenatide no produce un aumento de riesgo CV y tampoco se observó un aumento de hospitalización por IC. Recientemente, se ha comunicado que liraglutide, otra molécula de esta familia, reduce los eventos CV en pacientes con DM2 y alto riesgo CV tratados con este fármaco, aunque los resultados se presentarán en el próximo congreso de la Asociación Americana de Diabetes de 2016.

El último grupo farmacológico comercializado para la DM2 son los inhibidores de las proteínas co-transportadoras de sodio-glucosa tipo 2 (iSLGT-2). En septiembre de 2015, se comunicaron los resultados de empagliflozina (estudio EMPA-REG), demostrando por primera vez que un fármaco antidiabético reduce de manera significativa la mortalidad tanto CV como total de los pacientes con DM2 y ECV tratados con este fármaco. En los próximos años, se comunicarán los resultados de los estudios de seguridad CV de canagliflozina (estudio CANVAS) y de dapagliflozina (estudio DECLARE).

Todos estos datos se analizarán en profundidad en un formato de debate abierto, con la interrelación entre el moderador y los ponentes así como con la activa participación de los asistentes.

Debate a dos bandas: iDPP4 e iSGLT2 en el tratamiento de la diabetes

*Dr. D. José Escribano Serrano
Dr. D. Antonio Hormigo Pozo
Dr. D. José Mancera Romero*

En un formato totalmente interactivo entre el moderador, los ponentes y los asistentes, abordaremos de manera pormenorizada las dos opciones terapéuticas que suponen los iDPP4 y los iSGLT2 en el tratamiento de la diabetes.

Analizaremos el lugar que ocupan ambos grupos en los diferentes algoritmos de tratamiento propuestos por las Sociedades Científicas y el perfil del paciente que mejor puede beneficiarse de estos tratamientos.

Nos detendremos a debatir sobre las diferencias

entre ambos grupos y entre los fármacos del mismo grupo. Hablaremos de las indicaciones así como de las contraindicaciones y los efectos secundarios.

Discutiremos sobre las cortapisas que los Servicios Sanitarios Públicos ponen para su utilización y trataremos de buscar soluciones.

Estamos seguro de que el debate aportará una información relevante para nuestra práctica clínica habitual y contribuir en una mejora en la atención a la persona con diabetes.

Symposium: Diabetes y Riesgo Cardiovascular. Más allá del control glucémico

*Dr. D. José Escribano Serrano
Dr. D. Rafael Palomares Ortega
Dr. D. Jesús Vergara Martín*

La diabetes es una enfermedad crónica y progresiva que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia y que conlleva un riesgo incrementado de sufrir complicaciones micro y macrovasculares dependiendo de la magnitud y de la duración de la misma y de otros factores asociados.

En presencia de esta enfermedad, el riesgo cardiovascular está aumentado de dos a cinco veces según la población considerada y la naturaliza del episodio, siendo la causa más frecuente de muerte en este grupo de pacientes.

Existen evidencias sólidas de que la mejora del control glucémico con las terapias clásicas de la diabetes (tratamiento intensivo frente al convencional) reduce las complicaciones microangiopáticas. Sin embargo, el impacto sobre las complicaciones macroangiopáticas y sobre la mortalidad cardiovascular en la diabetes tipo 2 sigue siendo objeto de

controversia tras los resultados post-intervención de UKPDS, ACCORD, VADT, ADVANCE, etc. Entre los motivos argumentados para esta controversia están el incremento de peso e hipoglucemias que ocurren con determinados tratamientos antidiabéticos como son insulina, sulfonilureas y tiazolidindionas y la implicación de otros factores de riesgo cardiovascular que aparecen en más de 90% de las personas con diabetes (obesidad, la HTA, la dislipemia, etc.) y sobre los que no intervienen dichas terapias.

Por otro lado, se analizará el papel de las nuevas alternativas terapéuticas sobre dichos factores de riesgo vascular más allá del control glucémico, y sus posibles implicaciones sobre los resultados de seguridad cardiovascular recientemente publicados como son el Examine, Tecos, Savor, Elixa y sobre todo el Empa-Reg Outcome con inhibidores de SGLT-2.

Mesa: Manejo Paciente con diabesidad

*Dr. D. Antonio Hormigo Pozo
Dr. D. Javier Benítez Rivero*

Con esta actividad, en estrecha colaboración entre SEMERGEN y Jansen, nos planteamos el objetivo de capacitar al médico de atención primaria para la consecución de los objetivos de control glucémico y relación con el sobrepeso y/o obesidad en los pacientes diabéticos.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar a los pacientes de diabéticos y su relación con el peso
- Definir de los objetivos de control glucémico y la individualización del tratamiento
- Definir de los objetivos de control peso
- Analizar las diferentes opciones terapéuticas para conseguir los objetivos de control glucémico y su relación con el peso
- Crear planes de actuación individualizados
- Diseñar un plan de actuación para iniciar o mejorar la producción científica de investigación

sobre los pacientes diabéticos con sobrepeso y/o obesidad

Definiremos qué se entiende por paciente con diabesidad, relación con el desarrollo de diabetes y la influencia de la edad en el abordaje clínico y terapeútico, analizando las diferentes herramientas de las que disponemos para ello.

Haremos un recorrido por las diferentes opciones terapéuticas con las que contamos para conseguir los objetivos que nos marquemos en estos pacientes.

Discutiremos el tratamiento aconsejado basándonos en los últimos estudios disponibles.

Presentaremos una herramienta que se ha demostrado útil para el abordaje del control de glucemia y peso y analizaremos en profundidad las últimas evidencias sobre el papel de los inhibidores de SGLT-2 en este tipo de pacientes.

Presentación: La enfermedad de Lyme

Dr. D. Abel Saldarregua Marín

La enfermedad de Lyme (EL) o borreliosis de Lyme, es la enfermedad transmitida por garrapatas más frecuentemente diagnosticada en el hemisferio norte. Asimismo es la enfermedad transmitida por vectores más frecuente de Europa y EEUU.

Es una enfermedad infecciosa multisistémica, de etiología bacteriana, debida a espiroquetas, que se transmiten por la picadura de garrapatas duras del género *Ixodes* (en nuestro medio por *Ixodes ricinus*). Estas precisan de un vector para el desarrollo de su ciclo vital y transmisión, en el que el hombre juega un papel intermediario. Presentan un predominio estacional característico, siendo más infectivas desde inicio de primavera-verano hasta inicio del otoño.

Es una enfermedad de reciente diagnóstico, describiéndose sus inicios a principios de los años 70, en la ciudad estadounidense de Lyme, a la que debe el nombre. El agente causal se tipificó y aisló en 1982: *Borrelia burgdorferi sensu lato*. A este complejo pertenecen 19 genoespecies, de las que se describen tres especies especialmente patógenas: *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia afzelii* y *Borrelia garinii*, esta última la más prevalente en España.

El espectro clínico de la EL es amplio, con manifestaciones típicas iniciales como el eritema migratorio (patognomónica) o la acrodermatitis crónica atrófica y el linfocitoma en fases avanzadas. Se caracteriza por la presencia de afectación multisistémica en el transcurso de la infección sin tratamiento antibiótico, destacando la afectación articular migratoria; neurológica, con predominio de meningitis, radiculoneuropatía y afectación de pares craneales (principalmente parálisis facial); y cardíacas, principalmente bloqueo auriculoventricular.

Sin embargo, las manifestaciones iniciales pueden ser inespecíficas (astenia, tos no productiva, faringitis no exudativa, adenopatías regionales) y hasta en el 80% de los casos los pacientes no recuerdan el antecedente de picadura por garrapata.

Por todo ello, el diagnóstico de la EL es complejo. Se basa en la identificación del cuadro clínico característico o al menos su sospecha clínica, junto con el antecedente epidemiológico de exposición en área endémica. La confirmación diagnóstica suele ser por técnicas de serología (ELISA y western-blot).

Un aspecto muy importante es la prevención de la picadura y en el caso que ocurra su extracción antes de las 24-72 horas. Hay una técnica de extracción de garrapatas descrita por el CDC (Centers for Disease Control and Prevention; Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta).

El tratamiento antibiótico al inicio de la enfermedad evita la progresión a fases avanzadas e invalidantes. La elección antibiótica está basada en guías con grados de recomendación y niveles de evidencia. Los principales antibióticos son doxiciclina, ceftriaxona, cefuroxima y amoxicilina, dependiendo de la afectación clínica.

El interés de la EL estriba, aparte de la elevada prevalencia ya mencionada, en la repercusión a distintos niveles que presenta dicha enfermedad: 1) social (real y de ficción), que se plasma en su trascendencia a los distintos medios de comunicación; 2) supone una importante repercusión económica (se realizan más de 3.4 millones de pruebas serológicas al año en EEU, lo que implica unos 500 millones de dólares); 3) hay una elevada producción de artículos científicos (una media de 1-3 semanales).

A esto debemos añadir aspectos etiopatogénicos de la EL que están aún sin dilucidar, a la actual polémica existente en relación a los criterios para el diagnóstico microbiológico y al diagnóstico clínico inespecífico con el que se manejan los clínicos actualmente.

Los aspectos más destacables de la EL son su elevada prevalencia, el desconocimiento por la mayor parte del personal sanitario de la repercusión clínica de la enfermedad en sus fases avanzadas y de las controversias actualmente existentes en torno a las técnicas diagnósticas.

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES MÉDICO DE FAMILIA

199/41. CONTROL DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Fernandez Ortega, S.; (3) Agüera Moreno, P.; (4) Leiva Cepas, F.; (5) Carrasco Martín, J.; (6) Vergara Martín, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Huercal. Almería.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Conocer el control de los principales FRCV en los pacientes con ERC incluidos en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional (cohorte abierta) de sujetos reclutados consecutivamente por médicos de familia de toda España. Se consideró ERC la existencia de un FGe <60 ml/min, clasificando la misma en estadios 3a (45-60 ml/min), 3b (30-45 ml/min), 4 (15-29 ml/min) y 5 (<15 ml/min). Se consideró buen control de la HTA al promedio de PA <140/90 mmHg, control LDL <70 mg/dl y control HbA1c en diabetes <7%. Se recogieron variables socio-demográficas, analíticas y FRCV.

RESULTADOS

Se incluyeron 240 pacientes, 136 mujeres (56,8%) y 104 varones (43,2%), edad media $70,7 \pm 11,5$ años. 168 pacientes (70,0%) presentaron ERC en estadio 3a, 38 (15,9%) estadio 3b, 19 estadio 4 (7,9%) y 15 (6,2%) estadio 5. El control de PA se alcanzó en 107 pacientes (57,8%), colesterol LDL en 34 (14,7%) y HbA1c en 48 (59,3%). 3 pacientes alcanzaron control de tres FRCV (3,6%) y 142 de dos (44,5%). Se observó que el mal control de PA, LDL y HbA1c aumentaba según progresaba el estadio de ERC ($p<0,05$). Globalmente el control de los tres FRCV fue de 2 pacientes (3,4%) en estadio 3a, 0 pacientes estadio 3b, 1 paciente estadio 4 (12,5%) y 0 pacientes estadio 5.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio indican un pobre control de los principales FRCV, especialmente del colesterol-LDL. Del estadio 3a al estadio 5 el mal control fue incrementándose progresivamente.

199/43. PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FRCV EN LOS PACIENTES OBESOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Agüera Moreno, P.; (3) Fernández Ortega, S.; (4) Ginel Mendoza, L.; (5) Acevedo Vázquez, J.; (6) Prieto Díaz, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ginés. Sevilla.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales del Estudio IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia y grado de control de los FRCV de los pacientes obesos.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte ($n=3.042$).

RESULTADOS

De los 3.042 pacientes incluidos, el 33,0% reconocieron no han ningún tipo de actividad física ($n=971$). Los pacientes obesos presentaron mayor edad ($60,8 \pm 13,5$ vs $56,7 \pm 14,9$, $p<0,0001$), sin que se observaran diferencias por sexos (54,6% vs 56,1%, $p=0,432$). Todos los factores de riesgo fueron más frecuentes en pacientes obesos: sedentarismo (39,1% vs 25,0%, $p<0,0001$), HTA (64,2% vs 39,5%, $p<0,0001$), dislipemia (56,8% vs 47,4%, $p<0,0001$) y diabetes (26,4% vs 15,3%, $p<0,0001$). El control de HTA (53,9% vs 62,1%, $p=0,002$) y dislipemia (25,0% vs 44,8%, $p<0,0001$) fue peor, pero el de diabetes fue similar (74,5% vs 76,1%, $p=0,669$). El RCV estimado fue muy alto (46,9% vs 30,6%, $<0,0001p$) o alto (33,8% vs 15,0%, $p<0,0001$) con más probabilidad en pacientes obesos.

CONCLUSIONES

Los pacientes obesos presentan mayor prevalencia de todos los FRCV y peor control de la HTA y dislipemia.

El RCV estimado es superior en pacientes obesos.

199/44. PERFIL DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OBESIDAD INCLUIDOS EN EL ESTUDIO DE DIABESIDAD (C)

AUTORES:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Fernandez Ortega, S.; (3) Agüera Moreno, P.; (4) Latorre Rodriguez, L.; (4) Martínez Picazo, R.; (5) Valencia Anguita, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Aroche. SAS. Aroche. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Conocida la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM) en España, por el estudio Diabet.es, del perfil del anciano diabético de Cádiz, por el Estudio MADICA®, y con la reciente incorporación al arsenal terapéutico del tratamiento de la DM del grupo denominado Glucoréticos/Glucosúricos, queremos conocer cómo evoluciona los datos de Diabesidad en los mayores de 65 años que utilizan este grupo terapéutico. Para ellos nos planteamos como Objetivo Principal la valoración de la Hemoglobina Glicada (HbA1c) y peso, en mayores de 65 años diabéticos, en un periodo de 6 meses. Como secundarios: Las modificaciones del peso/talla, perímetro abdominal, la glicada y la relación con el metabolismo óseo, para conocer cómo influyen los niveles sobre la glicada, así como la incidencia de hipoglucemias, cambios el metabolismo óseo: su posible repercusión en la aparición de caídas

MATERIAL Y MÉTODOS

Se captaran 65 pacientes con DM conocida o no, que inicien tratamiento con Glucoréticos, durante un periodo de 6 meses, con valoración al inicio y final a los 6 meses de seguimiento. Las variables utilizadas son: edad, sexo, IMC, glucemia, glicada, perímetro abdominal, P.A.S y P.AD, Función Renal. Úrico, Microalbuminuria, Ca, P, Fosfatasa alcalina, Vit D, hipoglucemias, caídas, consecuencias, y fármacos utilizados.

RESULTADOS

65 pacientes con media de edad: 75,93 +/-6,117. Hombres:40%, mujeres 60%. IMC: 32,9879. PA:108 cm. PA: 130/77 mmHg. Glucemia 146 +/-37 mg/dl. Glicada 7 +/-0.8%. Habían tenido hipoglucemias previas 4.6%. F.R: 73 +/- 26 cc/mt.

Úrico de 6, Microalb: 2. Vit D: 24. Ca: 9.3, P: 4. F alcalina 76. Y habían tenido caídas el 9.2%. Fármaco mas utilizado la Metformina.

CONCLUSIONES

Situación basal y revisaremos en 6 meses.

199/48. ANÁLISIS DE GÉNERO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA DE LA SALUD

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Davila Ramblado, M.; (3) Sanchez Amarillo, E.; (4) Macias Delgado, T.; (4) Garrido Pazo, M.; (5) Campos Gallego, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico UPRL. Unidad de Prevencion. Distrito Atención Primaria HCCC. Huelva. Grupo Salud Laboral de SEMERGEN.; (2) Graduada En Educacion. Universidad De Huelva. Huelva.; (3) Graduada En Educación. Alumna en Practicas Máster de Genero. Universidad de Huelva. Huelva.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Cortegana. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.; (5) Enfermera Residente. Enfermería del Trabajo. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

El enfoque de género ha estado prácticamente olvidado en la realización de las políticas de Prevención de Riesgos Laborales; los riesgos y la protección de las mujeres se han centrado en su función reproductiva, aplicándose para otros riesgos patrones puramente masculinos El objetivo es realizar un análisis de las herramientas usadas en Vigilancia de la Salud para incorporar la perspectiva de género en una Unidad de Prevención de Riesgos Laborales tipo I del Servicio Andaluz de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis documental del procedimiento de Adaptación de puestos de trabajo (015 del Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales) usados en vigilancia de la salud del personal trabajador de nuestro Distrito de Atención Primaria de Salud.

RESULTADOS

El análisis del Procedimiento de Adaptación de Puestos, uno de los más vinculados a Vigilancia de la Salud, nos pone de manifiesto, que se instauran y se aplican partiendo de una situación de igualdad de hombres y mujeres, sin considerar diferencias entre los sexos, respecto a las condiciones y riesgos presentes en el trabajo.

CONCLUSIONES

La perspectiva de género debe estar presente en todas las políticas, y una más de ellas es la referente a la salud laboral. La integración del enfoque de género en los procedimientos y herramientas usados en la Vigilancia de la salud, es una necesidad para caminar hacia la equidad en el trabajo de mujeres y hombres

199/52. ESTUDIO DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN PERSONAL SANITARIO : NO SOLO RIESGO BIOLÓGICO.

AUTORES:

(1) Díaz Márquez, M.; (2) Dominguez Mora, M.; (3) Garrido Pazo, M.; (4) Remesal Barrachina, T.; (5) Ramblado Minero, M.; (6) Perez Aquino, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Grupo Salud Laboral. Cortegana. Huelva.; (2) Médico de Familia. El Campillo.

Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Corte-gana. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.; (4) Médico de Familia. Islacristina. Huelva.; (5) Médico UPRL. Unidad de Prevencion. Distrito Atención Primaria HCCC. Huelva. Grupo Salud Laboral de SEMERGEN.; (6) Técnico UPRL. Distrito Huelva Costa Condado Campiña. Grupo de Salud Laboral SEMERGEN. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Una de las responsabilidades de la Vigilancia de la Salud, al objeto de la Prevención de Riesgos Laborales es el registro e investigación de los accidentes de trabajo; clásicamente el accidente con riesgo biológico se ha considerado el más relacionado con el personal sanitario, pero el cambio en las condiciones de trabajo, conlleva cambio en las características de los accidentes. Nos proponemos conocer el número de accidentes con riesgo biológico registrados en el personal sanitario de nuestro Distrito de Atención Primaria de Salud, base para una adecuada planificación de la actividad preventiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio del numero accidentes biológicos registrados desde el año 2005 a 2015 en nuestra Unidad de Prevención de Riesgos Laborales,relacionándolo con el número total de accidentes anuales. Los datos son extraídos de la memoria anual de actividades y del registro Medtra, servidor informático usado en nuestra Unidad.

RESULTADOS

Durante los años 2005 al 2015 se producen los siguientes accidentes biológicos respecto al total de accidentes : 21 de 78,22 de 53,23 de 45,17 de 57,24 de 57,12 de 57,32 de 71,16 de 55,19 de 62,17 de 81 y 16 de 68. En nuestro Distrito de Atención primaria de Salud, existe un predominio de accidentes no sérinos respecto a aquellos con riesgo biológico.

CONCLUSIONES

La mayoría de los accidentes registrados en nuestro personal de atención primaria de salud, son accidentes no biológicos, quizá debido a las actividades preventivas realizada en este sentido desde las unidades de prevención, a través de la formación de los trabajadores y de la creación de un circuito de registro, ampliamente difundido. En base a los datos registrados las intervenciones preventivas habrán de dirigirse hacia las causas de los otros tipos de accidentes registrados: agresiones,y traumatismos.

199/55. RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA DEL PROGRAMA DE INMOVILIZADOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

AUTORES:

(1) Sánchez Pérez, M.; (2) Ruiz Del Moral, L.; (3) Pérez Castro, M.; (2) Luna Moreno, M.; (3) Muñoz González, L.; (1) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.;

(2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Describir el cumplimiento de variables de registro y del contenido de visitas relacionadas con el programa de inmovilizados en un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Centro de salud urbano. Auditoría clínica. Año 2015. Criterios normativos establecidos. Variables: demográficas, de registro (proceso valoración geriátrica integral -VGI-, episodio VGI médico, episodio VGI enfermera, visita domicilio médico, visita domicilio enfermera -VDE-), de contenido (valoración clínica, funcional, cognitiva, social, análisis, valoración úlceras por presión e incontinencia urinaria) y número de fármacos. Medidas de frecuencia y de asociación.

RESULTADOS

676 personas incluidas en el programa. Muestreo aleatorio de 97 historias. El 70% mujeres. Edad media de 79 (DE 12) años, 75 (DE 14) en los hombres y 81 (DE 11) en las mujeres. Las variables de registro se cumplimentaron de manera global en el 72% (63% los médicos y 83% las enfermeras - $p<0,005$ -). La variable de registro con mayor cumplimentación fue la VDE (93%) y la que menos el episodio VGI médico (44%). Las variables de contenido se cumplimentaron de manera global en el 72% de las historias, oscilando entre el 89% de valoración del riesgo de úlceras por presión y el 57% de la valoración de la incontinencia urinaria. Había recogido resultados de análisis en el 73% de las historias auditadas. Los pacientes usaban una media de 8,3 fármacos (9,2 los hombres y 8 las mujeres).

CONCLUSIONES

Apreciables diferencias en el registro de las diferentes variables. Elevado consumo de fármacos. Se reconocen evidentes áreas de mejora.

199/56. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) CON RETINOPATÍA DIABÉTICA (RD) Y FACTORES ASOCIADOS A LOS 5 AÑOS EN UN CENTRO URBANO DE SEVILLA.

AUTORES:

(1) Salas Díaz, M.; (2) Sampedro Abascal, C.; (3) Muñoz Rodríguez, J.; (4) Galobart Morilla, P.; (5) Navarro Domínguez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud San Pablo. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Alcalde Manuel Bustos. Mairena del Alcor. Sevilla.; (4) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Mercedes Navarro. Sevilla.; (5) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Conocer la evolución de una muestra pacientes con DM2 diagnosticados de RD y Factores Asociados en una población urbana de un centro de salud de Sevilla en el período comprendido entre 2010-2015

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo de una cohorte de 32 pacientes con RD de 360 con Diabetes, a los que se le realizó una retinografía en el año 2010. Se valoraron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento antidiabético, Hipertensión Arterial, HbA1c, Accidente Vásculo-Cerebral (AVC), Síndrome Coronario Agudo (SCA),y Mortalidad; volviéndose a valorar en 2015.

RESULTADOS

No hubo variabilidad significativa respecto a la edad, sexo, tratamiento con Antidiabéticos Orales, excepto en el tratamiento con Insulina en la que hubo un 25% más de pacientes tratados al final del estudio.

Se aplicó el test de McNemar para la variable de retinopatía a los 5 años y no hubo mala evolución, solo una fue proliferativa. Tampoco hubo diferencia significativa en 5 años de las complicaciones como SCA y/o AVC. La única variable predictiva para muerte por cualquier causa en nuestra muestra fue la del Colesterol de alta densidad(HDL), mediante el modelo con logaritmo natural (P 0,05) y una Odd Ratio muy baja(0,0005).

CONCLUSIONES

Los pacientes con RD no sufrieron cambios en los 5 años. Hubo en general buen control de Hb A1c y posiblemente un seguimiento más estrecho ya que se insulinizaron en un alto porcentaje. Los valores de HDL encontrados fueron bajos e incrementaron la mortalidad, hay que insistir más en la dieta y en una vida más cardiosaludable.

199/64. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN**AUTORES:**

(1) Ginel Mendoza, L.; (2) Reina González, R.; (3) Gutiérrez Jansen, M.; (4) López Téllez, A.; (5) Aguirre Rodríguez, J.; (6) Prieto Díaz, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Medico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es

conocer el tratamiento farmacológico que reciben los hipertensos (HTA) en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.042).

RESULTADOS

1.429 pacientes son HTA (47,4%), su edad media fue de $65,4 \pm 11$ años, 50,5% mujeres, antigüedad de HTA $9,7 \pm 6$ años. El grado de control de la presión arterial (Criterio ESH 2013) fue 58,5%. Un 59,5% realiza dieta para su HTA, un 92,7% tratamiento antihipertensivo. Los fármacos antihipertensivos más frecuentemente empleados son: ARA-II 44,8%, Diuréticos 44,2%, IECA 38%, Calcioantagonistas 22,8%, Beta-bloqueantes 17,3%. Los antihipertensivos en monoterapia 39,3%, biterapia 35,8% y tres o más fármacos 18,9%. Los HTA tomaban respecto a no HTA: más estatinas: 75,4% vs 55,7%, p<0,001; más antitrombóticos 30,9% vs 7,8%, p<0,001; más anticoagulantes 8,2% vs 2,8%, p<0,001.

CONCLUSIONES

9 de cada 10 HTA en Atención Primaria reciben tratamiento antihipertensivo, principalmente en monoterapia. El fármacos que bloquean el sistema renina angiotensina y los diuréticos son los fármacos más empleados. Los HTA reciben más estatinas, antitrombóticos y anticoagulantes.

199/76. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN**AUTORES:**

(1) Ginel Mendoza, L.; (2) Morales Naranjo, J.; (3) Gutiérrez Jansen, M.; (3) Reina Fernández, R.; (4) Esturo Alcaine, J.; (5) Domínguez Requena, á.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia Centro de Salud Victoria. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Montealegre. Sevilla.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud El Parador. Roquetas De Mar. Almería.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular establecida y riesgo cardiovascular en los pacientes menores de 50 años en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERIANC es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.042).

RESULTADOS

835 sujetos <50 años (27,4%), edad media de 39,2±8años, 59,8% mujeres. La prevalencia de FRCV entre <50 años vs >50 años fueron: hipertensión arterial 15,5% vs 59,5%, p<0,001; dislipemia 23,2% vs 60,8%, p<0,001; diabetes 5,2% vs 24,2%, p<0,001; obesidad 25,8% vs 35,7%, p<0,001; fumador 27,3% vs 14,8%, p<0,001; alcohol 10,6% vs 12,4%, p=NS; sedentarismo 25,9% vs 31,2%, p<0,001. La enfermedad cardiovascular fue de 10,3% vs 17,6%, p<0,001, cardiopatía isquémica 6,3% vs 8,4%, p=NS; ictus 2,9% vs 5,3%, p<0,0001; enfermedad arterial periférica 2% vs 5,3%, p<0,001, e insuficiencia cardíaca 1,1% vs 3,6%, p<0,0001. El riesgo cardiovascular alto o muy alto: 26,1% vs 69,1%, p<0,001.

CONCLUSIONES

Los sujetos menores de 50 años, tienen una menor prevalencia de FRCV, de enfermedad cardiovascular establecida, así como un riesgo cardiovascular alto o muy alto menos prevalente.

199/87. RETORNOS DURANTE LAS 72 HORAS SIGUIENTES AL ALTA DE URGENCIAS.

AUTORES:

(1) Fernández Natera, A.; (2) Manzano Felipe, M.; (1) Carrasco Gutierrez, V.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz.; (2) Enfermero. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los retornos a urgencias (RU), se producen cuando un paciente es dado de alta del Servicio de urgencias de atención primaria y vuelve a este, en el mismo u otro centro de atención primaria, en un periodo menor o igual a 72 horas del alta.

Actualmente se plantea utilizar la tasa de RU como indicador de calidad, junto a otras como las de altas voluntarias, la mortalidad o las reclamaciones.

Planteamos como objetivo determinar el volumen de RU en AP del Distrito Bahía de Cádiz la Janda

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se auditaron las historias clínicas digitales de las consultas de los servicios de urgencias Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda del año 2015. Se identificaron los registros de pacientes que habían solicitado una nueva asistencia urgente en menos de 72 horas.

RESULTADOS

Se atendieron 309.933 urgencias, que ocasionaron un RU del 8%. En los servicios de urgencias donde existe

personal específico de urgencias se produjo un RU del 34,6% frente a un 65% de RU en servicios de urgencias donde su personal no era específico de urgencias.

CONCLUSIONES

Obtenemos RU semejantes a los aportados por un estudio del 2012 realizado en el Sistema Sanitario Público (8,6%).

Concluimos que en centros no atendidos por personal específico de urgencias un mismo paciente acude en más de una ocasión, conllevan una mayor RU y ocasionan un mayor consumo de recursos.

199/88. TIEMPOS DE PERMANENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) Fernández Natera, A.; (2) Manzano Felipe, M.; (1) Carrasco Gutierrez, V.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz.; (2) Enfermero. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Tiempo de permanencia en urgencias (TPU) es un indicador de básico de calidad básico. En determinadas condiciones (ictus, politraumatismo y SCA) el tiempo es básico en términos de disminución de la mortalidad o mejora de la esperanza y calidad de vida de futuro

Como objetivo planteamos conocer el TPU de los servicios de urgencia de AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se auditaron las historias clínicas digitales del Diraya de urgencias Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda del año 2015. Se calculó el tiempo de permanencia en urgencias (TPU) como el transcurrido desde la admisión hasta la salida del servicio tras el alta. Los TPU se promediaron para el total de pacientes.

RESULTADOS

El TPU medio fue de 30.52 minutos con un mínimo de 5.88 minutos y un máximo de 155.49 minutos. El 25% de las urgencias atendidas no superaron los 7.87 minutos de TPU y el 75% de las urgencias atendidas no permanecieron más de 23.53 minutos en urgencias. Nos encontramos con dos valores atípicos de TPU, correspondientes a las unidades de Alcalá de los Gazules y a Benalup, de 155.49 minutos y 101.46 minutos respectivamente.

CONCLUSIONES

Planteamos la necesidad de estudios que aporten más información sobre los TPU puesto que ellos se ven influenciados por factores como la presión asistencial, el resultado de la clasificación en el triaje o las características y casuística que presentan los pacientes atendidos.

199/100. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Aguirre Rodríguez, J.; (2) López-Sidro Ibáñez, R.; (3) Carrasco Martín, J.; (4) Prieto Cid, C.; (5) Hidalgo Fajardo, M.; (6) Alberola Cañizares, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Estepona. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud El Parador. Almería.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

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

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.043). Se definió la prevención secundaria como la existencia de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, retinopatía, enfermedad cerebrovascular, y arteriopatía periférica).

RESULTADOS

El 15,6% de los pacientes tenían antecedentes cardiovasculares, siendo la cardiopatía isquémica la más prevalente (42,4%). Entre ellos, fue más frecuente la obesidad abdominal (31,9% vs 27,4%, p=0,052), HTA (65,5% vs 43,9%, p<0,0001), dislipemia (64,9% vs 47,7%, p<0,0001) y la DMt2 (29,2% vs 16,9%, p<0,0001). La HTA estaba igualmente controlada en ambos grupos (57,9% vs 58,8%, p=0,082), la dislipemia peor controlada en pacientes en prevención secundaria (12,6% vs 43,4%, p<0,0001) y la DM mejor controlada (91,1% vs 70,3%, p<0,0001). La calidad de vida percibida por el cuestionario EQ-5 fue menor en pacientes de prevención secundaria (1,6% vs 3,5%, p=0,05).

CONCLUSIONES

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

199/102. RIESGO TROMBÓTICO Y HEMORRÁGICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Aguirre Rodríguez, J.; (2) Hidalgo Rodríguez, A.; (3) Loizaga González, E.; (4) Leiva Cepas, F.; (5) Esturo Alcaine, J.; (6) Domínguez Requena, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico de Familia. Hospital Infanta Luisa. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Centro del Consultorio Villarubia. Córdoba.; (5) Médico de Familia. Centro de Unidad de Gestión Clínica Montealegre. Cádiz.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud El Parador. Almería.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de los pacientes con Fibrilación Auricular (FA) incluidos en el estudio IBERICAN

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, que serán seguidos durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. El tercer corte analizado (n=3.043) presentó una prevalencia de FA del 5,5% (n=160).

RESULTADOS

La edad media de los pacientes con FA fue 69,5±12,1 años (vs 57,3±14,5 años, p<0,0001), y el 43,8% mujeres (vs 56,1%, p=0,002). El rango de edad con mayor prevalencia fue de 70-80 años (36,9%) frente al 2,5% correspondiente a los menores de 40 años. El 15,0% de los pacientes tenían un CHADS2 de 0 puntos, el 23,1% de 1 punto y el 61,9% de 2 o más puntos. El 85% tenían un CHADS-VASC de 2 o más puntos y el 12,5% de 1 punto. El 16,9% de los pacientes presentaban un HAS-BLED de 3 o más puntos. Se anticoagularon el 10,5% de los pacientes con CHADS=0, el 67,6% de los pacientes con CHADS=1, y más del 60% de los pacientes con CHADS≥2.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con FA son pacientes de alto o muy alto riesgo trombótico y bajo riesgo hemorrágico.

199/104. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Hidalgo Rodríguez, A.; (2) Aguirre Rodríguez, J.; (3) Gómez González, M.; (4) Loizaga González, E.; (5) Gamero De Luna, E.; (6) Leiva Cepas, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Garrucha. Almería.; (4) Médico de Familia. Hospital Infanta Luisa. Sevilla.; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Juncal. Sevilla.; (6) Médico de Familia. Consultorio de Villarubia. Córdoba.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos es $57,9 \pm 14,6$ años, y el 55,5% mujeres. El 54,9% vive en un hábitat urbano, y el 57,3% tiene estudios primarios. El 50,3% tienen dislipemia, el 47,4% hipertensión arterial, el 29,7% sedentarismo, el 28,2% obesidad abdominal y el 19% diabetes mellitus. El grado de control de HTA, dislipemia y DM2 fue del 58,5%, 25,8% y 75,9%. El 28,2% cumplen criterios de síndrome metabólico. El 15,6% de los pacientes presentaban una enfermedad cardiovascular previa. El 7,8% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 10,3% un filtrado glomerular (CKD-EPI) <60 ml/min, el 9,6% microalbuminuria, el 5,5% de fibrilación auricular, el 4,6% de ictus, y el 2,9% de insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

A pesar de que la población atendida en Atención Primaria es relativamente joven, la prevalencia de factores de riesgo es muy elevada, lo que tendrá un impacto importante en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.

199/105. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN**AUTORES:**

(1) Lopez-sidro Ibañez, R.; (2) Aguirre Rodríguez, J.; (3) Ortega Osuna, M.; (4) García Matarán, L.; (4) Lorente Serna, J.; (5) López Téllez, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Parador. Almería.; (5)

Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedad cardiovascular establecida en los hipertensos (HTA) respecto de los no HTA en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.042).

RESULTADOS

1.429 pacientes son HTA (47,4%), su edad media fue de $65,4 \pm 11$ años, 50,5% mujeres, antigüedad de HTA $9,7 \pm 6$ años. La prevalencia de FRCV entre HTA vs no HTA fueron: dislipemia 66,4% vs 35,9%, $p < 0,001$; diabetes 30,6% vs 8,5%, $p < 0,001$; obesidad 44,4% vs 22,5%, $p < 0,001$; fumador 13,5% vs 22,7%, $p < 0,001$; alcohol 13% vs 10,8%, $p = NS$; sedentarismo 34,3% vs 25,5%, $p < 0,001$. La enfermedad cardiovascular fue de 21,6% vs 10,2%, $p < 0,0001$, siendo cardiopatía isquémica 10,7% vs 5,3%, $p < 0,001$; ictus 6,5% vs 3%, $p < 0,001$; y enfermedad arterial periférica 6,4% vs 2,5%, $p < 0,0001$; insuficiencia cardíaca 4,8% vs 1,3%, $p < 0,001$. El grado de control de presión arterial fue: 58,5%.

CONCLUSIONES

Los pacientes con hipertensión arterial en Atención Primaria, tienen una mayor prevalencia de FRCV y de enfermedad cardiovascular establecida. Su grado de control de presión arterial es claramente mejorable.

199/114. INFECCIONES DEL TRATO URINARIO EN ANCIAÑOS INSTITUCIONALIZADOS. VALORACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA.**AUTORES:**

(1) Rodríguez Aguado, O.; (2) Gómez Calvo, A.; (1) Domínguez Manzano, N.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Cádiz.; (2) Residencia de Ancianos San Juan De Dios. Fundación Gerón. Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Las infecciones del tracto urinario en ancianos suponen un problema que repercute tanto en su estado de salud como en los costes asistenciales. Planteamos los siguientes objetivos:

- Determinar la incidencia de estas infecciones.
- Cuantificar los cuadros agudos, crónicos y recidivantes.

- Establecer enfermedades concomitantes y otras situaciones influyentes en esta patología.
- Considerar los fármacos consumidos y que puedan influir en la incontinencia del anciano.
- Enumerar los antibióticos principalmente utilizados, sugiriendo una estrategia de rotación para disminuir la aparición de resistencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal para valorar las infecciones urinarias en una residencia de ancianos de Cádiz entre 01/04/2015 y 31/03/2016.

Se recogieron los siguientes datos: número de registro, edad, sexo, sondaje e incontinencia urinaria, análisis previo, antecedentes personales, tratamiento habitual, tratamiento previo y definitivo para la infección, infección primaria o recidivante, presencia de infecciones urinarias agudas o crónicas y alergias.

RESULTADOS

Se reclutaron 44 pacientes con infección del trato urinario, 75 % mujeres y 25% hombres. El intervalo de edad oscila entre los 71 y los 102 años, con una media de 83,90. La moda y mediana fue 84 años.

La tasa de incidencia global fue de un 49 %. Tenían sondaje vesical un 15,90 % e incontinencia urinaria un 86,36. Presentaban alergias a medicamentos un 22,72%.

En 84 episodios no se administró tratamiento previo y en 15 episodios sí. En todos los casos se administró un tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

- Existe un número elevado de infecciones del tracto urinario en pacientes institucionalizados.
- Se proponen las siguientes medidas de corrección:
 - Intervención educativa sobre el personal implicado en el cuidado de los ancianos.
 - Higiene de manos del personal encargado del lavado de los ancianos y de la higiene íntima de los mismos.
 - Rotación empírica de antibióticos para el tratamiento de estas infecciones.
 - Evaluación posterior de la incidencia de estas infecciones urinarias tras la intervención educativa.

199/119. PRESCRIPCIÓN DIFERIDA DE ANTIBIÓTICO

AUTORES:

(1) Martíncano Gómez, J.; (2) Russo Sivianes, E.; (3) Rodríguez Castilla, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica. Araçena. Huelva.; (2) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Araçena. Huelva.; (3) Farmacéutico. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Determinar la eficacia y seguridad de la Prescripción Inmediata de Antibiótico (PIA) en ausencia de indicación clínica concluyente comparada con la Prescripción

Diferida (PDA), que difiere el tratamiento antibiótico (ATB) por decisión del paciente en caso de no mejoría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza mediante estudio cuasi-experimental los casos de pacientes de un Servicio de Urgencias rural durante tres meses. Con tamaño muestral suficiente, se asignan 114 pacientes por muestreo consecutivo a los que se les aplica la PAD por un médico entrenado. 114 controles son apareados por diagnósticos y recibe la atención usual de los otros médicos del servicio. Se obtiene medidas de frecuencias, comparación de medias y proporciones y NNT, y mediante auditoria, uso de ATB, reconsultas, RAM y con encuesta telefónica, duración del proceso, satisfacción, comodidad y percepción de utilidad (SSPS V.21 y UIC-RRC).

RESULTADOS

La PIA fue del 73,7%; con PDA retiró el ATB el 18%. Disminuyendo el uso de ATB el 55%(CI95% 0.38-0.6), OR=0,1(IC95%:0.05-0.19). Aplicar PDA a 2.0 pacientes evita 1 uso de ATB (CI95%1.7-2.6). Los síntomas tuvieron la misma duración en ambos grupos: 2 a 7 días (DS:1) con PIA y DS:1.6 con PDA). Reconsultan por RAM en el grupo control 9 pacientes (DS:0.9), en el PDA, 2(DS:0.3). Sobre 10 puntos, la media de satisfacción fue de 7,63 (DS:2,5) y de 7,68 (DS:2,5) respectivamente; la utilidad del procedimiento PIA fue de 6,34 (DS:2,5) y de 9.82 (DS:0.83) para PDA.

CONCLUSIONES

El uso de la PDA reduce el uso de ATB, complicaciones y número de consultas, no afecta al curso clínico ni a la satisfacción del paciente. La posibilidad de tomar o no el ATB según puede decidir el paciente es más valorada.

199/120. ADAPTANDO EL TRABAJO A LAS PERSONAS EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Laureano Rico, D.; (3) Pérez Aquino, J.; (4) Macías Delgado, T.; (4) Garrido Pazo, M.; (5) Benítez Lafuente, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico UPRL. Unidad de Prevención. Distrito Atención Primaria HCCC. Huelva. Grupo Salud Laboral de SEMERGEN.; (2) Alumno en Prácticas Prevención Riesgos Laborales. UPRL Distrito Huelva Costa. Huelva.; (3) Jefe UPRL. Distrito Huelva Costa Condado Campiña. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Cortegana. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.; (5) Médico Residente. Hospital de Río Tinto. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Las adaptaciones de puesto de trabajo son las modificaciones o ajustes de las condiciones de trabajo de un puesto específico con el objeto de que un trabajador pueda desempeñar las funciones propias con garantía de protección eficaz en materia de seguridad y salud,. Nos proponemos estudiar las características de las adaptaciones realizadas en nuestra Unidad de

Prevención desde 2005 hasta el año 2015 en el Distrito de APS Huelva Costa,

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de las adaptaciones de puesto realizadas en nuestra Unidad desde el 2005 hasta el 2015, valorando si preciso cambio de tareas o cambio de puesto, categoría profesional,, y la causa que motivo la especial sensibilidad del trabajador, a partir de las memorias de actividades y del registro del servidor informático Win Medtra;

RESULTADOS

Se han realizado un total de 153 adaptaciones de puesto de trabajo, de las cuales 28 han precisado el cambio de puesto de trabajo,, con un ligero predominio de las categorías de personal facultativo y de enfermería y siendo la restricción mas frecuente la exención de guardias

CONCLUSIONES

La adaptación de puesto se convierte en una herramienta fundamental en las empresas para programar los cambios necesarios acordes a la evolución de los riesgos del trabajo en relación a la edad de los trabajadores y la modificación de las cargas de trabajo.

199/121. INFLUENCIA DE LA AMPA SOBRE EL CONTROL DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES TIPO 2

AUTORES:

(1) Hormigo Pozo, A.; (2) Polo Ruiz, M.; (2) Naharro Franco, R.; (3) Ruiz Del Moral, L.; (3) Luna Moreno, M.; (4) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga.; (2) Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga.; (3) Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Valorar la influencia de la medida de la presión arterial ambulatoria (AMPA) sobre el control de las cifras de Presión arterial en pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2 (DM2).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental (con grupo control equivalente) prospectivo multicéntrico, realizado en Atención Primaria. Duración de seis meses. Muestreo aleatorio sistemático de pacientes con DM2 e hipertensión mal controlada ($>140/90$ mmHg). Para las variables cuantitativas se analizaron medias, desviación estandar e intervalo de confianza para la media del 95%. Para las cualitativas medidas de frecuencia y proporción. Para las medias se usaron test de Student y Anova de una vía en las cuantitativas y el c2 para las cualitativas. Las comparaciones se hicieron con un error \pm bilateral de 0,05.

RESULTADOS

342 pacientes (178 AMPA y 164 no AMPA), edad media de 65,8 años y 47,7% eran hombres . La PAS pasó de 143 a 131 mmHg (AMPA 144 a 130 mmHg y no AMPA 142 a 131 mmHg) sin diferencias . La PAD pasó de 83 a 77 mmHg (AMPA 83 a 77 mmHg y no AMPA 83 a 78 mmHg) sin diferencias significativas. Los pacientes bien controlados pasaron del 46 al 87% al final del estudio (PAS del 51 al 87% y PAD del 81 al 96%) sin diferencias.

CONCLUSIONES

La inclusión de los pacientes en el estudio y la utilización del AMPA contribuyeron a disminuir las cifras de presión arterial y aumentar el porcentaje de pacientes bien controlados.

199/122. INFLUENCIA DE LA AMPA EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES TIPO 2

AUTORES:

(1) Hormigo Pozo, A.; (2) Luna Moreno, M.; (2) Ruiz Del Moral, L.; (3) Polo Ruiz, M.; (3) Naharro Franco, R.; (4) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga.; (2) Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Valorar la influencia de la medida de la presión arterial ambulatoria (AMPA) en el cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2 (DM2).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental (con grupo control equivalente) prospectivo multicéntrico, realizado en Atención Primaria. Muestreo aleatorio sistemático de pacientes con DM2 e hipertensión mal controlada ($>140/90$ mmHg). Variables: test de Batalla y test de Morisky-Green. Para las variables cuantitativas se analizaron medias, desviación estandar e intervalo de confianza para la media del 95%. Para las cualitativas medidas de frecuencia y proporción. Para comparar las medias se usaron el test de Student y la Anova de una vía en las cuantitativas y el c2 para las cualitativas. Las comparaciones se hicieron con un error \pm bilateral de 0,05.

RESULTADOS

342 pacientes (178 grupo AMPA y 164 grupo no AMPA), edad media de 65,8 años y 47,7% eran hombres (sin diferencias entre grupos). El test de Batalla arrojó un nivel de cumplimiento global del 70 % (grupo AMPA 75% y grupo no AMPA 64 % - $p=0,028$ -). En el test de Morisky-Green la proporción de pacientes cumplidores fue del 69%, sin diferencias entre ambos grupos, aunque sí hubo diferencias significativas (AMPA 98% y no AMPA 93% - $p=0,018$ -) en el 2º ítem (¿Toma usted los medicamentos a la hora indicada por su médico?).

CONCLUSIONES

La inclusión de los pacientes en el estudio y la utilización del AMPA contribuyeron a una mejora en el cumplimiento terapéutico.

199/126. RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CREENCIAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS EN DIABÉTICOS TIPO 2**AUTORES:**

(1) Duque, C.; (2) Atienza Martín, F.; (1) Suárez Messeguer, R.; (1) Ballesta Meischner, R.; (1) Rivera Cornejo, M.; (1) Serrano Fernández, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Enfermera. Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla. Sevilla.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

La adherencia terapéutica es un problema de salud en los pacientes con enfermedades crónicas. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre las creencias sobre los medicamentos y la adherencia en diabéticos tipo 2

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Variables de estudio: edad, sexo, número de fármacos, creencias sobre medicamentos (cuestionario BMQ general y específico), adherencia (cuestionario de Morisky)

Análisis estadístico bivariante mediante comparación de medias (prueba t) y de proporciones (chi cuadrado)

RESULTADOS

96 pacientes, 58,3% varones, edad media 71,5 años (DS: 12,9), cumplidores el 57,3%, promedio de fármacos: 7,25 (DS: 3,9)

No se encontraron diferencias significativas entre cumplidores e incumplidores por sexo, en el promedio de fármacos ni en la puntuación del BMQ-E

Puntuación de BMQ-G: cumplidores: 19,02 incumplidores: 21,12 ($p=0,043$)

Puntuación dimensión abuso: cumplidores: 11,20 incumplidores: 12,78 ($p=0,026$)

CONCLUSIONES

La opinión negativa sobre los medicamentos, especialmente en la dimensión de abuso se relaciona con el incumplimiento en pacientes diabéticos tipo 2 con independencia de otros actores como la edad, el sexo o el número de fármacos utilizados

COMUNICACIONES**COMUNICACIONES PÓSTERS MÉDICO DE FAMILIA****199/6. CARDIOVERSIÓN EXTRAHOSPITALARIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR. ANTICOAGULACIÓN****AUTORES:**

(1) Domínguez Manzano, N.; (2) Rodríguez Félix, F.; (3) Lapuerta Lozano, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) 061. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Unidad De Cuidados Críticos Y Urgencias (UCCU). Algeciras Centro. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) 061. Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en nuestro medio, supone un riesgo de ictus cinco veces superior al de la población general y una alta tasa de mortalidad y morbilidad. Las últimas guías de manejo de la FA publicadas en el año 2014 recomiendan la administración de terapia anticoagulante en pacientes sometidos a cardioversión eléctrica y farmacológica.

OBJETIVO: evaluar si se realiza terapia anticoagulante en pacientes con Fibrilación Auricular sometidos a cardioversión según las recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

Población de estudio: pacientes atendidos por los Equipos de Emergencias-Urgencias extrahospitalarios, de la provincia de Cádiz, diagnosticado de fibrilación auricular, los meses de Enero a Junio del 2015.

RESULTADOS

Los pacientes incluidos en el estudio fueron un total de 300, de los cuales 173 (57,6%) fueron hombres y 127 (42,3%) correspondieron a mujeres.

La edad media de los pacientes atendidos fue de 69,6 años (DE +/- 12,02).

En un 28% (84 pacientes) se realizó cardioversión, eléctrica (4,7%) o farmacológica (95,2%).

Al 17,8% (15 pacientes) se anticoaguló en el mismo episodio de la cardioversión. Un 47,6% (40 pacientes) tomaban tratamiento anticoagulante previo al cuadro por lo tanto no fue administrado. Y al 34,5% (29 pacientes) ni se les administra ni los tomaba previamente.

CONCLUSIONES

1. Al 34,5% de los pacientes cardiovertidos, a pesar de la indicación según las recomendaciones del 2014, no son anticoagulados en el episodio agudo evaluado.

2. El antiarrítmico más empleada para la cardioversión fue la amiodarona seguido de la flecainida.

4. El fármaco anticoagulante más frecuente usado es la heparina de bajo peso molecular administrada por vía subcutánea.

5. Es más frecuente la cardioversión farmacológica que eléctrica en los primeros episodios de FA.

6. Se hace necesario la aplicación de los algoritmos de la FA con cumplimiento de la indicación de anticoagulación.

199/12. ¿ES LA OBESIDAD UN FACTOR DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?

AUTORES:

(1) Sánchez García, M.; (2) Bejarano Ávila, G.; (3) Reyes Gilabert, E.; (4) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (2) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Sevilla Aljarafe Norte. Sevilla.; (3) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (4) Médico de Familia. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla Norte. Sevilla.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Obesidad es la acumulación de exceso de grasa en el cuerpo especialmente alrededor del abdomen, tiene una incidencia negativa en la salud al aumentar el riesgo de sufrir numerosas patologías (hipertensión, diabetes, artritis, problemas cardiovasculares, entre otros). Así mismo aumenta el riesgo de padecer enfermedad periodontal debido a la resistencia insulínica y a su mayor producción de proteínas inflamatorias.

La obesidad está en segundo lugar por debajo de fumar como factor de riesgo para destrucción periodontal.

El objetivo del presente estudio será realizar una revisión bibliográfica, acerca de la relación entre obesidad y enfermedad periodontal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda en la base de datos Pubmed-Medline de los artículos publicados desde 2010 a 2016 utilizando los términos mesh: "obesity and periodontal disease and nutrition".

RESULTADOS

Encontramos 25 artículos y seleccionamos 16 en los que se incluían sujetos con obesidad y patología periodontal.

Los datos actualmente indican que un alto índice de masa corporal, circunferencia abdominal, niveles séricos de lípidos y porcentaje de grasa subcutánea están asociados con mayor riesgo de enfermedad periodontal.

La obesidad influye en el sistema inmune predisponiendo a la destrucción del tejido, conllevando a un mayor riesgo de enfermedad periodontal. Los altos niveles de adiponectinas de la grasa visceral inducen la aglutinación de sangre a nivel microvascular, disminuyendo el flujo sanguíneo a la encía facilitando la enfermedad periodontal.

CONCLUSIONES

Las personas con obesidad tienen más posibilidades de padecer afectaciones en sus encías debido a la

resistencia insulínica y a su mayor producción de proteínas inflamatorias.

199/18. CALIDAD DE VIDA ORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

AUTORES:

(1) Reyes Gilabert, E.; (2) Bejarano Ávila, G.; (3) Sánchez García, M.; (4) García Palma, A.; (5) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (2) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Sevilla Aljarafe Norte. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (4) Odontóloga. Unidad De Gestión Clínica De Salud Bucodental Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte; (5) Médico De Familia.unidad De Investigación Del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

En el siglo XXI el cáncer es una de las 3 enfermedades de mayor prevalencia; el tratamiento se basa principalmente en la quimiorradioterapia y/o radioterapia asociada a cirugía que conlleva la aparición de efectos secundarios a nivel oral afectando la calidad de vida del paciente. Objetivo. Realizar una revisión de la literatura narrativa de la calidad de vida oral en pacientes oncológicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de artículos desde el año 2005 en Medline a través de Pubmed con las palabras claves: "oral pathology AND cancer patients", "mucositis", "quality of life AND cancer", "carcinoma", "cancer patient". Considerando criterios de inclusión el ser artículos originales y con los límites de búsqueda: Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial Review, Systematic Reviews

RESULTADOS

Se obtuvieron 2750 artículos y analizados 10 concordantes con los criterios de inclusión. El tratamiento oncológico produce un gran número de complicaciones orales, muchas de ellas muy graves que incluyen mucositis orofaríngea, xerostomía, caries rampante, sialoadenitis, infecciones bacterianas, víricas o micóticas, disgeusia, dolor por neurotoxicidad y osteorradionecrosis .Es necesario seguir un protocolo de atención odontológica pre, intra y post terapia oncológica, realizando acciones de promoción, preventión, curación y rehabilitación para elevar la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Es importante que el odontostomatólogo de atención primaria se implique y participe en el equipo oncológico interdisciplinar y que esté en permanente contacto con la Unidad de Oncología donde se trata al paciente con la finalidad de prevenir y tratar las complicaciones bucales y mejorar su calidad de vida.

199/21. ¿PUEDE LA PATOLOGÍA BUCAL SER LA PRIMERA EVIDENCIA DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

AUTORES:

(1) Sánchez García, M.; (2) Reyes Gilabert, E.; (3) Bejarano Ávila, G.; (4) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (2) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (3) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Sevilla Aljarafe Norte. Sevilla.; (4) Odontólogo. Unidad De Investigación Del Distrito Sanitario. Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más frecuente que la anorexia, afecta casi siempre a mujeres, caracterizado por episodios recurrentes de ingesta compulsiva. La mayoría de las mujeres tienen un peso normal y la edad en que aparece es más avanzada que la anorexia. Frecuentemente es un comportamiento secreto y suele pasar desapercibido. Nuestro objetivo será realizar una revisión bibliográfica patologías orales consecuencia de la BN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en la base de datos Pubmed-Medline de los artículos científicos publicados desde 2011 a 2016 sobre patologías médicas derivadas de la conducta purgativa de la bulimia, acotando aquellos en los que se derivaran patología bucal, utilizando las palabras clave: "purging", "self-induced vomiting", "oral pathologies" y "bulimia"; se excluyeron artículos no estaban relacionados con la bulimia y en los que las conductas de purgar no eran consecuencia directa de la patología.

RESULTADOS

De todos los artículos encontrados, se seleccionan 11 en los se ha podido relacionar la conducta purgativa con patología bucal de forma directa.

La erosión dental es el signo más grave y común.

Se ha descrito un aumento de caries dental, de trastornos periodontales, xerostomía, sialadenitis y lesiones en la mucosa oral.

CONCLUSIONES

Los TCA tienen repercusiones graves y pueden dar lugar a la muerte, por ello es prioritario su diagnóstico precoz. En muchas ocasiones serán tanto el médico de familia como el odontólogo, los que de forma casual encuentren las primeras evidencias de un TCA.

199/22. REMODELADO ÓSEO Y FACTOR HORMONAL

AUTORES:

(1) Portorreal Guerrero, W.; (2) Bonilla Fernández, T.; (3) Villena Martín, F.; (4) Portorreal Bonilla, W.; (5) Del Castillo Asín, J.; (6) Garzón Fernández, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consulta Privada. Almuñécar. Granada.; (2) Enfermera Nefrología. Hospital Universitario De Granada.

Universitario De Granada. Granada.; (3) Médico de Familia. Vélez Venaudalla. Granada.; (4) Psicólogo. Consulta Privada. Granada.; (5) Analista Químico. Consulta Privada. Almuñécar. Granada.; (6) Médico de Familia. Consulta Privada. Motril. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Demostrar las nuevas modificaciones científicas en el remodelado óseo y sus mecanismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudios bibliográficos, desde enero 2014 hasta marzo 2016 de la relación, factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF23) y la homeostasis fosforo cálcica, vitamina D (ViT,D) en el remodelado óseo la búsqueda se ha realizado por PUBMED Y MEDSCAPE, en relación con FGF23 y su receptor, factor de crecimiento fibroblástico (FGF-RI) y klotho.

RESULTADOS

En el remodelado óseo intervienen factores mecánicos, humorales locales: citoquinas, (estimulan la actividad de los osteoclastos), factor de crecimiento transformante beta (FGT.B), funciona por doble mecanismo sobre el remodelado 1- estimula la diferenciación de los osteoblastos 2-activar los osteoclastos, y los componentes del sistema osteoprotegerina(OPG)/RANKL/RANK, formado por 1- OPG, producida por los osteoblastos, 2- RANKL (ligando del receptor del activador del factor nuclear Kappa-B (NF-KB), producido por los osteoblastos, 3- RANK (receptor del activador del factor nuclear Kappa-B, presente en las membranas de los osteoclastos, activándose por la unión a RANKL, (Paracrino). Y por último, factores hormonales: Tiroideos, actúan acelerando el remodelado. Sexuales, los estrógenos actúan inhibiendo la actividad de los osteoclastos y del metabolismo fosforo-cálcico.

CONCLUSIONES

El control del metabolismo calcio-fósforo es integrado y depende de la interacción fisiológica de la glándula paratiroides, hueso y riñón, regulada por la acción endocrina de varias hormonas: ViT,D y PTH mediante la función de FGF 23. El déficit de klotho conduce a una baja sobrevida, osteoporosis, hipercalcemia e hiperfósfatemia entre otros.

199/23. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO, Y PAPEL DE LA PROTEÍNA TAMM HORSFALL O UROMODULINA.

AUTORES:

(1) Portorreal Guerrero, W.; (2) Bonilla Fernández, T.; (3) Villena Martín, J.; (4) Portorreal Bonilla, W.; (5) Del Castillo Asín, J.; (6) Garzón Fernández, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consulta Privada. Almuñécar. Granada.; (2) Enfermera Nefrología. Hospital Universitario De Granada.; (3) Médico de Familia. Vélez Venaudalla. Granada.; (4) Psicólogo. Consulta Privada. Granada.; (5) Analista Químico. Consulta Privada. Almuñécar. Granada.; (6) Médico de Familia. Consulta Privada. Motril. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Presentar este trabajo de Uromodulina y ver la importancia de esta glicoproteína parcialmente olvidada, en la patología infecciosa urinaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudios bibliográficos y observacionales desde marzo de 2011, hasta marzo de 2016 de procesos infecciosos renales e inmuno metabólicos. La búsqueda se ha realizado por Medscape y Pubmed en relación con infección urinaria, sistema inmune urinario y cálculos renales.

RESULTADOS

La glicoproteína de Tamm Horsfall (THP), es la proteína más abundante en las vías urinaria, es una proteína de 616 aminoácidos, con un peso 85-90 KDa, producida por las células epiteliales del asa de Henle y primera parte del túbulito contorneado distal, sintetizada mediante una glicosil fosfatidilinositol (GPI), unida a glicoproteínas de membrana y siendo liberada por proteínas específicas, se produce entre 50-150 miligramos diario. Produce hemaglutinación viral, mediante su acción inmuno supresora, está altamente glicosilada, el 30% de su cuerpo es carbohidrato, la secuencia de los aminoácidos esta codificada por uno de los axones del gen de uromodulina.

CONCLUSIONES

La THP, puede disminuir el daño renal por disminución de la inflamación a través de TLR-4. Los anticuerpos contra la Uromodulina están en varias formas de nefritis, como la nefropatía de los Balcanes. La elevación de la THP, en pacientes, como respuesta al incremento de calcio urinario, concentración de oxalatos y uratos, es un mecanismo protector que está perdido en los pacientes formadores de cálculos, la administración de manosa mejora su recuperación.

199/32. PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FRCV EN LOS PACIENTES SEDENTARIOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN**AUTORES:**

(1) Ruiz Peña, M.; (2) Acevedo Vázquez, J.; (3) Martínez Amado, L.; (4) García Martínez, F.; (5) Rodríguez Rodríguez, J.; (6) Cinza Sanjurjo, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Los Barrios. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ginés. Sevilla.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica. Almería.; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Miguel. Torremolinos. Málaga.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Porto Do Son. Eoxi. Santiago De Compostela.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia y grado de control de los FRCV de los pacientes sedentarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.042).

RESULTADOS

De los 3.042 pacientes incluidos, el 29,7% reconocieron no han ningún tipo de actividad física (n=889). El sedentarismo era más frecuente entre mujeres (62,3% vs 37,7%, p<0,0001) y más ancianos (60,1±14,7 vs 47,9±15,2, p<0,0001). Todos los FRCV eran más frecuentes en pacientes sedentarios: obesidad abdominal (38,7% vs 6,1%, p<0,0001), HTA (54,8% vs 22,5%, p<0,0001), dislipemia (52,9% s 33,0%, p<0,0001) y DM (24,0% vs 6,6%, p<0,0001). No se observaron diferencias en el grado de control de HTA (58,5% vs 58,5%, p=0,428) ni de DM (79,7% vs 83,3%, p=0,259), pero sí peor control de dislipemia (32,0% vs 52,8%, p<0,0001). El RCV fue muy alto (43,7% vs 22,5%, p<0,0001) y alto (21,4% vs 7,9%, p<0,0001) con más probabilidad.

CONCLUSIONES

los pacientes sedentarios presentan mayor prevalencia de todos los FRCV pero solamente la dislipemia presenta peor control. El RCV estimado es superior en pacientes sedentarios

199/33. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN EL ESTUDIO IBERICAN**AUTORES:**

(1) Ruiz Peña, M.; (2) Martínez Amado, L.; (3) García Martínez, F.; (4) Benítez Rivero, J.; (5) García Criado, E.; (6) Cinza Sanjurjo, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Los Barrios. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Almería. Almería.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Porto Do Son. Eoxi. Santiago De Compostela.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

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

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida

se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte ($n=3.043$). Se definió el Síndrome Metabólico (SM) según los criterios de International Diabetes Federation Task Force

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos es $57,9 \pm 14,6$ años, y el 55,5% mujeres. El 38,2% cumplen criterios de SM. Los pacientes con SM eran de mayor edad ($62,9 \pm 12,2$ años vs $54,9 \pm 15,1$ años, $p < 0,0001$) y con menor porcentaje de mujeres (52,4% vs 57,4%, $p = 0,007$). Se observó mayor prevalencia de sedentarismo (36,5% vs 25,4%, $p < 0,0001$), obesidad (51,7% vs 21,0%, $p < 0,0001$), HTA (71,7% vs 32,2%, $p < 0,0001$), dislipemia (66,6% vs 40,1%, $p < 0,0001$) y DMt2 (38,8% vs 6,5%, $p < 0,0001$). La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue mayor (20,1% vs 12,8%, $p < 0,0001$), principalmente cardiopatía isquémica (10,0% vs 6,5%, $p < 0,0001$), fibrilación auricular (7,9% vs 3,6%, $p < 0,0001$) e insuficiencia cardíaca (4,9% vs 1,7%, $p < 0,0001$)

CONCLUSIONES

La prevalencia observada de síndrome metabólico es la esperada en una población de estas características. La prevalencia de FRCV y ECV fue mayor en pacientes con SM.

199/39. BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGOTENSINA EN LOS HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN ¿SEGUIMOS LAS INDICACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

AUTORES:

(1) Ruiz Peña, M.; (2) Martínez Amado, L.; (3) García Martínez, F.; (4) Acevedo Vázquez, J.; (5) Carrasco Martín, J.; (6) Loizaga González, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Los Barrios. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Almería. Almería.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Gines. Sevilla.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga.; (6) Médico de Familia. Hospital Infanta Luisa. Sevilla.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como los eventos cardiovasculares. El objetivo de este estudio es conocer el grado de cumplimiento de las Guías de práctica clínica en los hipertensos y/o diabéticos con albuminuria, respecto al bloqueo del sistema renina angiotensina (BSRA).

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida

se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte ($n=3.043$). Para el presente estudio se seleccionaron los pacientes hipertensos y/o diabéticos con cociente albumina/creatinina ≥ 30 mg/g.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos es $57,9 \pm 14,6$ años, y el 55,5% mujeres. El 47,4% tiene hipertensión arterial, 18,8% tienen diabetes. 1.565 pacientes son hipertensos y/o diabéticos, de ellos 164 tienen albuminuria (10,4%). Un 29,9% un filtrado glomerular (CKDEPI) < 60 ml/min. El control de su PA: 45,1%. 142 pacientes (86,6%) tienen BSRA, 65 (39,6%) tienen BSRA con diurético y 47 (28,7%) BSRA con calcioantagonista, el resto de BSRA es con el resto de grupos farmacológicos antihipertensivos.

CONCLUSIONES

13% de pacientes hipertensos y/o diabéticos con albuminuria y con indicación de BSRA, no incluye un fármaco BSRA. La terapia combinada de BSRA con diurético y calcioantagonista, por este orden, es lo más frecuente en este tipo de pacientes.

199/40. GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN.

AUTORES:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Fernandez Ortega, S.; (3) Agüera Moreno, P.; (4) Beltran Poveda, J.; (5) Bueno Del Campo, V.; (6) Garcia Matarin, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta De Madrid. Andújar.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Las Cabañuelas. Almería.; (6) Médico de Familia. Unidad Gestión Clínica El Padrón. Almería.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

El objetivo de este estudio es conocer el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España.

La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte ($n=3.043$). Se han considerado como criterios de adecuado control de hipertensión arterial los de

las guías europeas de 2013, para el control del colesterol-LDL los de las guías europeas de prevención cardiovascular de 2012, y para la diabetes una HbA1c ajustada a edad y presencia de enfermedad cardiovascular.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos incluidos es $58,6 \pm 14,6$ años, y el 56,0% mujeres.

El 51,8% tienen dislipemia, el 46,9% hipertensión arterial y el 18,4% tienen diabetes. El 7,9% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 5,7% un filtrado glomerular (MDRD) <60 ml/min y el 4,5% de ictus.

Cumplían objetivos terapéuticos de HTA, dislipemia y diabetes el 75,1%, 54,2% y el 57,4, respectivamente.

Solo un 17,1% de los pacientes tiene todos los FRCV controlados

CONCLUSIONES

El grado de control actual de los factores de riesgo cardiovascular en población de Atención Primaria en España es mejorable.

199/42. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Benítez Rivero, J.; (2) Agüera Moreno, P.; (3) Fernández Ortega, S.; (4) Gómez González, M.; (5) Loaiza González, E.; (6) Rodríguez Rodríguez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. SAS. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Garrucha. Almería.; (5) Hospital Infanta Luisa. Sevilla.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular establecida y riesgo cardiovascular en los pacientes mayores de 65 años en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España.

La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte ($n=3.042$).

RESULTADOS

1.056 sujetos >65 años (34,7%), edad media de $73,2 \pm 5,2$ años, 54,2% mujeres.

La prevalencia de FRCV entre >65 años vs <65 años fueron: hipertensión arterial 72,8% vs 33,5%, $p<0,001$; dislipemia 66% vs 41,9%, $p<0,001$; diabetes 29,9% vs 13%, $p<0,001$; obesidad 38,6% vs 29,9%, $p<0,001$; fumador 6,6% vs 24,6%, $p<0,001$; alcohol 10,5% vs 12,6%, $p=NS$; sedentarismo 34,4% vs 27,1%, $p<0,001$. La enfermedad cardiovascular fue de 23,5% vs 15,4%, $p<0,001$, cardiopatía isquémica 10,6% vs 6,3%, $p<0,001$; ictus 6,9% vs 11,3%, $p<0,001$; enfermedad arterial periférica 7,7% vs 2,6%, $p<0,001$, e insuficiencia cardíaca 5,7% vs 1,5%, $p<0,001$. El riesgo cardiovascular alto o muy alto: 81,3% vs 43,9%, $p<0,001$.

CONCLUSIONES

Los sujetos mayores de 65 años, tienen una mayor prevalencia de FRCV, de enfermedad cardiovascular establecida, así como un riesgo cardiovascular alto o muy alto más prevalente.

199/50. LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LAS UNIVERSIDADES DE ANDALUCÍA

AUTORES:

Mancera Romero, J.; Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Nuestro objetivo fue describir la presencia de la Medicina Familiar y Comunitaria en las enseñanzas de las Facultades de Medicina de las Universidades de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Consulta de la programación docente en las páginas web de las Facultades de Medicina de Andalucía (Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla). Curso 2015-2016.

<http://medicina.uca.es/wdocencia/>

Grado-Guía-2015-16/index_html

<https://www.uco.es/organiza/centros/medicina/node/31>

http://grados.ugr.es/medicina/pages/infoacademica/estudios#__doku_guia_docente

https://oas.sci.uma.es:8443/pls/apex/f?p=101:1:3102455512839011::NO::INICIO_LOV_TIPO_ESTUDIO,INICIO_LOV_CURSO_ACAD,INICIO_LOV_CENTROS,INICIO_LOV_TITULACIONES,INICIO_LOV_CICLOS,INICIO_LOV_CURSOS,INICIO_BUSCAR:3,-1,302,5014,-1,-1,

<http://www.medicina.us.es/index.php/home/docencia/organizacion-docente/plan-de-grado>

RESULTADOS

Cádiz:

Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina de Urgencias. 5º curso. 3 créditos. Obligatoria

Rotatorio clínico. 6º curso. Créditos sin especificar. Obligatoria. Sin especificar duración rotación por CS. Córdoba:

Patología General, Semiología Clínica y Medicina de Familia y Comunitaria. 2º curso. 9 créditos. Obligatoria.

Rotatorio Medicina de Familia y Urgencias. 6º curso. 9 créditos. Obligatoria. Dos semanas en CS.

Granada:

Atención Primaria orientada a la resolución de problemas de salud. 4º curso. 3 créditos. Optativa.

Cirugía Pediátrica y Patologías del Sistema Endocrino y Metabolismo, Toxicología, Medicina de Familia y Urgencias y Emergencias Sanitarias. 5º curso. 9 créditos. Obligatoria.

Prácticas tuteladas en Atención Primaria. 6º curso. 9 créditos. Obligatoria. Cuatro semanas en CS.

Málaga:

Patología Médica 2: Hematología, Oncología, Geriatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Paliativa. 5º curso. 9 créditos. Obligatoria.

Rotatorio Atención Primaria y Urgencias. 6º curso. 9 créditos. Dos semanas en CS.

Sevilla:

Patología Médica de las Enfermedades Infecciosas y del Sistema Inmune. Atención Primaria. 6º curso. 6 créditos. Obligatoria.

Prácticas externas (Rotatorio). 6º curso. Créditos sin especificar. Dos semanas en CS.

CONCLUSIONES

Escasa presencia de la enseñanza de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en las Facultades de Medicina de Andalucía.

Se hace necesaria una mayor presencia de la especialidad en los planes de estudios de Medicina.

199/53. GUÍA DE APOYO A PERSONAS CUIDADORAS TRABAJADORAS UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .

AUTORES:

(1) Ramblado Minero, M.; (2) Soriano, I.; (3) Garrido Pazo, M.; (3) Macias Delgado, T.; (4) Campos Gallego, M.; (5) Lopez Garcia, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico UPRL. Unidad de Prevencion. Distrito Atención Primaria HCCC. Huelva. Grupo Salud Laboral de SEMERGEN.; (2) Auxiliar Enfermeria. Grado En Atencion Sociosanitaria. Huelva.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Cortegana. Huelva. Grupo de Salud Laboral de SEMERGEN.; (4) Enfermera Residente. Enfermeria del Trabajo. Huelva.; (5) Médico de Familia. Epidemiología Hospital Rio Tinto. Huelva. Grupo Salud Laboral SEMERGEN.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

El cuidado informal, puede definirse como la prestación de cuidados de la salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas de la red social inmediata,sin recibir una remuneración económica o profesional por ello .Asumir el cuidado de una persona en situación de dependencia constituye un factor de riesgo para la salud Entre los diversos cambios que ponen en cuestión la disponibilidad de cuidadores informales, la progresiva incorporación de las mujeres (principales cuidadoras) al mercado laboral resulta un factor crítico. y ello conlleva una mayor exposición a riesgos psicosociales . Nos proponemos

crear unas guías de apoyo a los cuidadores informales integrada en la atención a los trabajadores desde la Prevención de Riesgos Laborales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta personal integrada en la anamnesis de la historia clínico laboral,realizada en los Reconocimientos Médicos Anuales, donde se pregunta a los trabajadores sobre cargas familiares y si tienen ayuda, tanto informal como remunerada. Durante el Reconocimiento, e integrado dentro de la formación sobre accidentes y agresiones, se le suministra una guía sobre la normativa sobre permisos y licencias, así como correo de la Unidad de Atención al Profesional y persona de contacto para tramitación de solicitudes y aclaración de dudas .Así mismo se les suministra una documentación sobre ayudas formales, en colaboración con Ika Unidad de Gestoría de Usuarios; A través del técnico de Salud, se les entrega una guía de centros de atención a personas mayores así como posibilidad de contactos y requisitos de los mismos.

RESULTADOS

Esperamos realizar la entrega de la Documentación al 100% de los trabajadores que acuden al Reconocimiento Médicos Laboral Anuales y hacer la entrega de la Documentación para que esté disponible en el 100% de los centros de nuestro Distrito.

CONCLUSIONES

El papel de cuidador pone de manifiesto problemas de conciliación de vida laboral y familiar, lo cual tiene impacto sobre la salud de las personas, ya que está demostrado que el cuidado informal, supone una sobrecarga sobre el personal, y que repercute sobre el clima organizacional. La realización de esta guía, supone una medida de incorporación de la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales ., y una forma de intervención sobre los riesgos psicosociales que afectan a nuestro personal.

199/58. EL EJERCICIO FÍSICO REDUCE LA INCONTINENCIA URINARIA EN ANCIANOS

AUTORES:

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

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Valorar el impacto de un programa de ejercicio físico en pacientes institucionalizados midiendo la variación de su condición física,índice de actividad,control del escape involuntario de orina y número de absorbentes que necesitan tras la implantación del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio analítico cuasiexperimental longitudinal, mediante ensayo clínico controlado en paralelo con un grupo que sigue programa ejercicio físico y otro grupo equivalente que no realiza

ningún programa continuando con actividades cotidianas. Se miden las siguientes variables: índice de actividad(IK: índice de Karnofsky), índice de masa corporal (IMC),el equilibrio monopodal con visión,la condición física con el six minutes walk test (TM6') y número de absorbentes.

RESULTADOS

Participan 67 pacientes institucionalizados distribuidos aleatoriamente en dos grupos.La edad media es de 80.5 años, siendo el 27.3%pacientes hombres y 72.7% mujeres.El IMC promedio 32.5 y no se modifica tras programa de ejercicio. La condición física previa medida en metros es de 418.5 y tras entrenamiento 496.7. El IK 50:60:70:80 previo es de 5:12:13:3 y tras ejercicio 4:10:16:3. El equilibrio monopodal con visión previo 25:8 y post-ejercicio 22:11.Los pacientes que no precisan absorbentes tras el programa de ejercicio físico es de un 12.1%.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio demuestran una reducción significativa en el uso de absorbentes en los pacientes que siguen el programa de ejercicio físico así como una mejora de su condición física. No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables.

199/59. DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS A PARTIR DE 70 AÑOS.

AUTORES:

González Sánchez, H.; Ortega Carpio, A.; Barreiro Solla, M.; Gregorio Paulo, V.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Determinar la prevalencia de fragilidad mediante SPPB test (Short Physical Perfomance Battery) en la población diabética anciana, variables asociadas con su aparición y si el grado de control metabólico es adecuado a la fragilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Población diana: Diabéticos a partir de 70 años no dependientes. Muestra aleatoria 97pacientes, estimando una prevalencia esperada del 10% con alfa =5% y beta=90%. Variables: edad,sexo,IMC,tiempo evolución Diabetes, enfermedades concomitantes,tramien to,HbA1c,pruebas complementarias, índices pronósticos de Pfeiffer, Charlson, Pluripatológico, Barthel y SPPB test.Análisis estadístico. descriptivo, bivariante y regresión logística.

RESULTADOS

Evaluamos 44 hombres, 53 mujeres de 75 años edad media, IMC medio30,2 y diabetes 12 años de duración. El 96% tenían otros FRCV asociados, 34% presentaban afectación cardiovascular y 69% otras patologías asociadas. La HbA1c media fue 7,17. Reunían criterios de Pluripatológicos(30,9%), comorbilidad(53,6%),deterioro cognitivo (13,4%).

El Barthel medio fue 98,1 y el SPPB medio 9,2 . El 44,3% de pacientes se clasificaron como frágiles (SPPB<10). Los valores de pacientes frágiles fueron inferiores en los tres test del SPPB, su nivel medio de HbA1c fue 0,63 % mayor que en los diabéticos no frágiles ($p<0,05$), si bien el 53,5% tenían HbA1c<7%). se asociaron independientemente con Fragilidad la edad, aumento de HbA1c, presencia de artropatía, ausencia de hipercolesterolemia y disminución del Barthel.

CONCLUSIONES

Encontramos un alto porcentaje de diabéticos frágiles en la población estudiada 44,3%, con control metabólico excesivamente estricto (53,5%) respecto a las recomendaciones

199/67. USO DE ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL EN UNA ZONA RURAL

AUTORES:

(1) García Flores, A.; (2) Pérez Rivera, R.; (3) Luciani Huacac, L.; (4) Montijano Cuadra, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Ambulatorio de Génave. Zona Básica De Orcera. Jaén.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Orcera. Jaén.; (3) Médico de Familia. Ambulatorio La Puerta De Segura. Zona Básica De Orcera. Jaén.; (4) Trabajadora Social. Centro de Salud Orcera. Jaén.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Realizamos este trabajo para tomar conciencia en nuestra zona básica del uso de este método anticonceptivo, saber el motivo por el cuál es usado, las edades más frecuentes y poder así establecer en nuestra zona de trabajo proyectos para una buena planificación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se emplean los datos recogidos a través de una ficha individual de prescripción de anticoncepción postcoital validada por la consejería de salud que se les pasa a todos los usuarios que acuden a urgencias de la zona básica de Orcera solicitando la llamada píldora postcoital entre los años 2011-2015.

RESULTADOS

Se recogen un total de 123 fichas en estos años, de las cuales se obtienen 44 en 2011, 31 en 2012, 18 en 2013 y 2014 y 12 en 2015. Las edades más frecuentes están comprendidas entre los 17 y 24 años y el motivo que las usuarias usaron en mayor número fue la rotura de preservativo seguido por no usar otro método anticonceptivo. Además los 2 municipios que más la solicitaron fueron Orcera y Cortijos Nuevos.

CONCLUSIONES

Se ha producido un descenso desde el año 2011 al 2015 en la petición de este método anticonceptivo en nuestra zona básica. Las edades más frecuentes no han cambiado a lo largo de estos años y los municipios que más la han solicitado siguen siendo los mismos, lo cual nos ayuda a través de proyecto joven que hay en nuestra zona básica a elaborar métodos

para ir concienciando a nuestros jóvenes sobre este método anticonceptivo.

199/68. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN UNA ZONA RURAL

AUTORES:

(1) García Flores, A.; (2) Pérez Rivera, R.; (3) Montijano Cuadra, C.; (4) Luciani Huacac, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Ambulatorio de Génave. Zona Básica De Orcera. Jaén.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Orcera. Jaén.; (3) Trabajadora Social. Centro de Salud Orcera. Jaén.; (4) Médico de Familia. Ambulatorio La Puerta De Segura. Zona Básica De Orcera. Jaén.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Realizamos este trabajo para valorar en nuestra zona básica los motivos, las edades más frecuentes y municipios en los cuales nuestras usuarias usan este método como finalización del embarazo para poder así establecer en nuestra zona de trabajo proyectos para una buena planificación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se emplean los datos recogidos a través de la ficha individual recogida por nuestra trabajadora social que es la persona que en nuestra zona básica se encarga de los trámites para este proceso. Los datos recogidos son entre los años 2011-2015.

RESULTADOS

Durante el periodo valorado se han producido 55 interrupciones voluntarias del embarazo en nuestra zona, de las cuales la de menor edad se produjo en una usuaria de 17 años y la de mayor edad en una de 41, siendo la edad más frecuente la comprendida entre 16 y 20 años seguida de la comprendida entre 36 y 40 años. Los municipios con más interrupciones voluntarias del embarazo fueron La Puerta de Segura y Torres de Albañez.

CONCLUSIONES

Se ha producido un descenso desde el años 2011 al 2015 en el número de interrupciones voluntarias del embarazo en nuestra zona básica. Las edades más frecuentes no son valorables porque no hay un patrón definido de edad, así como tampoco se ve relación entre los municipios. A través de este trabajo queremos elaborar proyectos junto a nuestra trabajadora social para hacer una correcta planificación familiar e intentar que nuestras usuarias no usen este método para ello.

199/72. LA XEROSTOMÍA E HIPOSALIVACIÓN ASOCIADA A FÁRMACOS UN PROBLEMA DE SALUD ORAL Y GENERAL EN EL ANCIANO.

AUTORES:

(1) Bejarano Ávila, G.; (2) Sánchez García, M.; (3) Reyes Gilabert, E.; (4) García Palma, A.; (5) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Sevilla Aljarafe Norte.

Sevilla.; (2) Médica de Familia. Centro de Salud Alcalá de Guadaira. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (3) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla.; (4) Odontólogo. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla.; (5) Médico de Familia. Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

La disminución del flujo salival y la xerostomía son muy prevalentes en los ancianos debido principalmente a la polimedición. Son factores de riesgo de patología oral y general y deterioran la calidad de vida. En el contexto de dos proyectos sobre salud oral en ancianos hemos realizado una revisión narrativa de la literatura sobre la asociación entre la medicación y la hiposalivación y/o xerostomía en el anciano que es el objetivo de esta comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión narrativa en Medline. La estrategia de búsqueda fue: (((("Aged") [Mesh]) AND (((("Xerostomia") [Mesh]) NOT ("Sjogren's Syndrome") [Mesh]))) AND (((("Drug Therapy") [Mesh]) NOT ("Antineoplastic Agents") [Mesh]))) NOT ("Radiotherapy") [Mesh]). Obtuvimos 137 (20 publicados en los últimos 5 años). Finalmente, seleccionamos 10 que cumplían los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Una tasa de flujo salival disminuida se asocia de manera estadísticamente significativa a la toma diaria de múltiples fármacos. También se asocia a pluripatología, género femenino y al tabaco en los ancianos. Hiposalivación y xerostomía generalmente coinciden, aunque esta última está más relacionada con problemas psicológicos. Ambas son un factor de riesgo de caries, enfermedad periodontal, candidiasis, halitosis, síndrome de la boca ardiente, malnutrición o alteraciones funcionales orales que disminuyen la calidad de vida del anciano.

La toma diaria de medicamentos antisialagogos (antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos, hipertensivos, anticolinérgicos, ansiolíticos, sedantes, AINE, anti-histamínicos y analgésicos opiáceos) son la principal causa de ambas patologías.

CONCLUSIONES

Debido al impacto en salud y calidad de vida de la hiposalivación y xerostomía, su detección debe formar parte de las consultas de salud oral en personas mayores.

199/80. EVALUACION DEL RIESGO HEMORRAGICO EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR NO VALVULAR.

AUTORES:

Segura Coronil, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Zona Básica de Salud Arcos. Unidad de Gestión Clínica. Cádiz-Norte. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica diaria. Nuestro estudio recoge la valoración del uso de escala de riesgo hemorrágico en pacientes diagnosticados de Fibrilación Auricular (FA) no valvular en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) frente a los anticoagulantes clásicos (acenocumarol y warfarina (ACO)).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de los casos de FA no valvular en un cupo de nuestra Zona Básica de Salud.

De un cupo de 1056 pacientes escogido al azar, se contabilizan con diagnóstico de FA no valvular por CIE-10 un total de 40 pacientes de los cuales 25 se encontraban en tratamiento con los NACOs y 15 en tratamiento con ACOs.

RESULTADOS

Realizamos una revisión individual en historia clínica digital del uso o no de escala de riesgo hemorrágico (HAS-BLED). Encontramos que el 100% (25 casos) de los pacientes en tratamiento con NACOs tenían realizadas el riesgo hemorrágico frente al 6,6% (1 caso) de los tratados con ACOs.

CONCLUSIONES

Con la aparición de los NACOs se ha protocolizado el uso de escalas para la valoración del riesgo hemorrágico, dejando olvidado a aquellos pacientes en tratamiento con anticoagulantes clásicos.

Sería bueno quizás llevar a cabo reevaluación de nuestros pacientes en tratamiento con ACOs evitando las complicaciones presentes y futuras en cuanto a hemorragias se refiere.

Podemos sospechar que el hecho de que no exista un visado escrito del uso de ACOs hace que aunque se evalúe el riesgo hemorrágico de estos pacientes aunque no exista registro de ello.

199/83. EL DESCUBRIMIENTO DE UN NUEVO PROBLEMA DE SALUD

AUTORES:

(1) Naranjo Ratia, M.; (2) Rodriguez Montado, B.; (1) Ceballos Fernandez, M.; (3) Ruz Franzi, I.; (4) Aznar Zamora, C.; (5) Zarallo Perez, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Olivillo. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz.; (4) Médico Residente de 3er año. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Rondan Moreno. Cádiz.; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldan Moreno. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Tras un planteamiento inicial sobre actividades preventivas, descubrimos un nuevo problema de salud con elevada prevalencia y que muestra características sorprendentes. Este problema es la HIPOFRECUENTACIÓN, apriori pudiera parecer

banal, pero afecta a un porcentaje nada despreciable de la población (23%) y no se trata de una población sana como pudiera sospecharse. El descubrimiento de este nuevo problema de salud nos plantea la necesidad de definirlo, dado que no hay ninguna referencia en la literatura y estudiar sus características.

OBJETIVOS:

Definir paciente hipofrecuentador. Describir las diferentes patologías en el paciente hipofrecuentador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en 2 fases: fase piloto y fase de estudio. Centro de Salud Urbano (CS). Duración: 1 año. TAMAÑO MUESTRAL: a) Fase Piloto: se obtiene una muestra de 1.492 pacientes (muestreo aleatorio estratificado) de un CS de 29.814 pacientes. Error alfa 5%; precisión 3%, previendo 30% de pérdidas. b) Segunda fase: apartir de 45 años, obtuvimos una segunda muestra de 670 pacientes. Se definen hipofrecuentadores, normofrecuentadores e hiperfrecuentadores.

*VARIABLES: a) Independientes: edad, sexo, número de consultas, enfermedad crónica (SI/NO); tipo de proceso crónico. b) Dependiente: Hipofrecuentador (SI/NO)

*ANÁLISIS ESTADÍSTICO -Análisis bivariante: Chi-cuadrado, regresión logística, regresión lineal simple. Análisis multivariante: regresión logística múltiple. -Programa estadístico R-UCA3.0.1. IC 95%. Alfa 0,05

RESULTADOS

a) Fase piloto: Edad media de frecuentación a un CS: 46,8 años (DE: 17,8). Sexo: mujeres: 52,8%, hombres: 47,1%. b) Fase de estudio (ap de 45 años). Edad media: 60,87 años (DE: 11,8). Sexo: mujeres: 53,2%, hombres: 46,7%. Número visitas/año: 2,46 (DE: 2,86). Clasificación: Hipofrecuentación: 0 visitas/año (28,21%) Normofrecuentación: 1 a 7 visitas/año (66,27%) Hiperfrecuentación: 8 o más visitas/año (5,52%). Características hipofrecuentadores: edad media: 55,72 años (DE: 10,34) enfermedades crónicas: 41,21%. Resultados más significativos ($p < 0,05$) emparejando hipofrecuentación y número de enfermedades crónicas (regresión logística simple y ChiCuadrado), los resultados más significativos ($p < 0,05$) se relacionaron con enfermedades neurológicas, respiratoria, cardiológica, digestivo, endocrino, urológica y psiquiátricas. Sin embargo, a través de regresión logística múltiple obtuvimos: Logit hipofrecuentación (enfermedades) = $0,37 - 1,53 \cdot \text{cardio} + 0,83 \cdot \text{digestivo} - 1,31 \cdot \text{endocrino} + 1,06 \cdot \text{psiquiatría} - 1,57 \cdot \text{neurología} - 0,47 \cdot \text{sexo}$

CONCLUSIONES

-Definimos paciente hipofrecuentador al que no acude al centro de salud (0 visitas) en un año. - Un 41,21% de los pacientes hipofrecuentadores tienen enfermedades crónicas. - Existe asociación significativa entre hipofrecuentador y las patologías cardiológica, digestiva, endocrino, psiquiatría y neurología.

199/84. DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y SU RELACIÓN CON LA INGESTA DE METFORMINA

AUTORES:

Paulo Gregorio, V.; González Sánchez, H.; Adell Vázquez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejon. Huelva.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Al relacionarse la hipovitaminosis de Vitamina B12 con ingesta de Metformina, teniendo en cuenta la prevalencia cada vez mayor de pacientes diabéticos tipo 2, realizamos este trabajo.

Objetivos: Estimar la relación existente entre grado de hipovitaminosis con la dosis de metformina administrada y duración del tratamiento.

Describir la relación entre hipovitaminosis B12 con la edad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal

Centro de Salud El Torrejón (Huelva)

Tamaño muestral:n = 140 Muestra aleatoria de pacientes que estaban en tratamiento con Metformina durante al menos 3 años.

Medidas descriptivas: Media,desviación típica y Porcentajes

Inferencia estadística: Intervalos de confianza 95%,Contraste de hipótesis Estudio bivariante: t-Student, Chi- cuadrado.

Estudio multivariante: regresión logística

RESULTADOS

Porcentaje de hombres 49, Mujeres 50,7, edad media 62 años, HbA1c 7,5% de media, duración del tratamiento 76,51 meses y dosis media de Metformina 1773,6 mg/día. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la edad y el sexo y el nivel de Vit B12. En el análisis multivariante al realizar regresión logística encontramos una relación estadísticamente significativa con la dosis de metformina y nivel de HbA1c

CONCLUSIONES

Las variables que más influyen en el nivel de vitamina B12 en sangre son: dosis de metformina ingerida al día y nivel de hemoglobina glicosilada.

Los pacientes que toman más cantidad de metformina al día tienen mayor probabilidad de presentar déficit de vitamina B12.

Los pacientes con cifras más bajas de hemoglobina glicosilada tienen mayor probabilidad de presentar déficit de vitamina B12, probablemente por otros factores externos que no se hayan tenido en cuenta.

199/94. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SINUSITIS MAXILAR DE ORIGEN DENTAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA**AUTORES:**

(1) Reyes Gilabert, E.; (2) Sánchez García, M.; (1) Bejarano Ávila, G.; (3) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Unidad de Investigación. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

La sinusitis odontógena supone el 10 a 12% de los casos de sinusitis maxilar, por interrupción del muco-periorstio. Las causas dentarias son abscesos periapicales, infección periapical crónica, lesiones periodontales o perforación del piso o mucosa antral en una extracción dental. El diagnóstico puede pasar inadvertido. Objetivo, revisión narrativa de la literatura sobre el correcto diagnóstico y tratamiento de la sinusitis maxilar asociada a un proceso dental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la literatura de artículos desde el año 2010. Base de datos en Pubmed- MEDLINE con palabras claves: "maxillary sinusitis", "dental sinusitis", "maxillary sinusitis" AND "dental origin".

RESULTADOS

Tras una primera búsqueda se obtuvieron 575 artículos, se analizaron 10 documentos. El diagnóstico de la sinusitis maxilar es clínico y exámenes complementarios: transiluminación, radiografías, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonografía. Su tratamiento consiste en tratar la inflamación e infección sinusal y el manejo de la fistula oroantral. Se recomienda Amoxicilina, Macrólidos, Azálicos, Cefalosporinas y Aminopenicilinas. Tratamiento adyuvante descongestionantes, antihistamínicos y antiinflamatorios.

Las comunicaciones oroantrales menores de 5 mm se pueden resolver espontáneamente, pero las mayores se deben cerrar con técnicas de colgajos. El uso de la bolsa de Bichat para cerrar la fistula oroantral, es el tratamiento de elección.

CONCLUSIONES

En tratamientos rebeldes y síntomas unilaterales, se debe buscar patologías dentales que expliquen cuadros rinosinusales máxilo-ethmoidales. Es importante una anamnesis detallada y dirigida a las intervenciones dentales previas del paciente.

199/118. BISFOSFONATOS Y OSTEONECROSIS MAXILAR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**AUTORES:**

(1) Sánchez García, M.; (2) Bejarano Ávila, G.; (2) Reyes Gilabert, E.; (3) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (2) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los bisfosfonatos (BFF) constituyen un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo y disminuir su remodelado cuando existe una reabsorción excesiva. Están indicados en numerosas patologías óseas. En los últimos años y a raíz de su utilización masiva se han publicado numerosos casos de complicaciones asociadas. Entre los posibles efectos

adversos más importantes se encuentran los orales, sobre todo la osteonecrosis de los maxilares (ONM). Objetivo: realizar una revisión bibliográfica acerca de la relación entre bifosfonatos y osteonecrosis maxilar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en la base de datos Pubmed-Medline de los artículos publicados de los 10 últimos años, utilizando los términos mesh: “bisphosphonates” and “osteonecrosis” and “jaw”.

RESULTADOS

Encontramos 92 artículos relacionados de los últimos 10 años, seleccionamos aquellos relacionados con la etiopatogenia.

Se han propuesto teorías, una relacionada con la acción de los BFF sobre el recambio y otra por su efecto antiangiogénico.

La rotura de la mucosa oral, por ulceración traumática o acto quirúrgico, provoca una necrosis ósea local que va a progresar cuando fracasa la cicatrización ósea. El riesgo de osteonecrosis aumenta con la manipulación dental y con la mala higiene.

Se han descrito casos asociados a BFF tanto en pacientes que tomaban la medicación durante años como durante unas pocas semanas.

CONCLUSIONES

Para prevenir la ONM, es conveniente tener presentes protocolos acerca de medidas antes de iniciar el tratamiento y durante con BFF, sobre todo en aquellos pacientes que necesiten cirugía oral.

199/133. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA REPERCUSIÓN TRAS INTERVENCIÓN USUAL CARE EN EL HÁBITO TABÁQUICO EN GESTANTES FUMADORAS EN UNA ZNTS

AUTORES:

(1) Rodríguez Priego, M.; (2) Troyano Pérez, R.; (3) Guzman Moreno, C.; (3) Sanchez Cañete, E.; (4) Almazan Rubio, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud. Guadalquivir. Distrito Córdoba Guadalquivir. Córdoba.; (2) Enfermera. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.; (3) Médica de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Nuestro C.S. está catalogado como Zona de Necesidades de Transformación Social (ZNTS) en la que concurren situaciones de pobreza grave y marginación social que no favorece la deshabituación tabáquica. Se realizó una revisión de 1137 historias clínicas de embarazadas de las cuales 440 eran fumadoras a las que se les realizó una intervención usual care en el periodo 2009 a 2014.

OBJETIVOS:

- Informar sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud en general.
- Concienciar del riesgo durante el embarazo del hábito tabáquico

. -Motivar a las embarazadas para que abandonen el consumo de tabaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Captación y seguimiento de mujeres en la primera consulta de embarazo
- Realización de cooximetria, test de Fagestrom y encuesta de concienciación del tabaco.
- Intervención básica sobre su hábito tabáquico en la primera consulta.
- Ofrecimiento de la posibilidad de asistir a la Unidad de Intervención Avanzada

RESULTADOS

En la revisión se detectó cifras de prevalencia de gestantes fumadoras del 47.6% y una tasa del abandono del 20% inicial, mayor que la nacional así como la falta de asistencia a I. Avanzada por localizarse fuera del C.S. Tras la intervención disminuyó la prevalencia, el consumo leve y moderado, pero no el abandono total.

CONCLUSIONES

A raíz de estos resultados, se plantea realizar un proyecto de investigación con una intervención más amplia y sistematizada, y dentro de UGC que logre más efectividad en las mujeres atendidas en nuestra zona e incorpore una mejora al Programa de embarazo y Tabaco.

199/144. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA COMPARTIDA A PACIENTES CRÓNICOS

AUTORES:

(1) Carmona Rivas, A.; (2) Rodriguez Lopez, L.; (1) Méndez del Barrio, I.; (3) Lagares Franco, C.; (4) Fernández Cosano, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Iznalloz. Granada.; (2) Enfermera de Familia. Centro De Salud De Armilla. Granada; (3) Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Facultad de Medicina. UCA; (4) Médico de familia. Residencia San Juan de Dios. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Valorar la factibilidad y eficacia de un programa de Atención Domiciliaria Compartida en un área Sanitaria, así como presentar los resultados más destacados del mismo. Objetivo secundario: Evaluar la aceptación del programa por parte de los usuarios incluidos y su grado de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal del periodo enero a junio de 2015 tras la implantación del programa. Área de Gestión Sanitaria de ámbito rural. El Programa de Atención Domiciliaria Compartida ha sido elaborado con dos ramas: una llamada Hospitalización Domiciliaria Compartida y otra Seguimiento Domiciliario Compartido. En la primera, se incluyen a pacientes con criterios de ingreso hospitalario pero que son susceptibles de manejo ambulatorio bajo unas condiciones de absoluto control y seguridad tanto para

el paciente como para los profesionales que lo atienden; la segunda incluiría altas hospitalarias precoces que precisan una planificación personalizada de visitas y cuidados.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes, un 57% mujeres. El destino tras el alta fue a domicilio en el 32% y a una residencia el 68%. A la rama de Seguimiento Domiciliario se incluyeron el 41.3% y a Hospitalización Domiciliaria el 58.6%; de los pacientes derivados a residencias, el 75% se incluyó en Hospitalización Domiciliaria. La captación se produjo mayoritariamente en Urgencias con el 45% y Medicina Interna el 16%. Patologías más frecuentes: Infección respiratoria 36%, Insuficiencia respiratoria 25%, Insuficiencia Cardíaca 13%. Reingresaron 3 pacientes y fallecieron 3. La satisfacción fue buena o muy buena en el 96%.

CONCLUSIONES

La implantación del Programa fomenta las altas precoces y disminuyó los ingresos desde Urgencias. El número de reingresos fue escaso. El nuevo modelo fue bien aceptado por los profesionales y satisfactorio para los pacientes.

199/145. VARIABILIDAD CLÍNICA ANTE EVENTOS ESTRESANTES EN PACIENTES SIN ORGANICIDAD.

AUTORES:

Rodríguez López, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Hospital Quirónsalud Campo De Gibraltar. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Cuando un paciente experimenta una clínica o sintomatología no habitual en él, suele relacionarlo a enfermedades orgánicas, siendo éstas el 5% de las causantes. Un evento vital estresante puntual o incluso el estrés continuo, podrían desencadenar síntomas psicosomáticos, correspondiendo al 25% (70% factores ambientales/naturales).

El objetivo de nuestra revisión es determinar la variabilidad de síntomas en pacientes sin patología orgánica que presentan somatizaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomó una muestra de 20 pacientes, 5 hombres y 15 mujeres, sin patología basal (comprendidos en 1 mes) que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias cuyo motivo de consulta fue crisis de ansiedad. Para un correcto diagnóstico diferencial, disponemos de laboratorio para analítica, electrocardiografía y pruebas de imagen.

RESULTADOS

El 75% de nuestros pacientes fueron mujeres, de las cuales 10 eran amas de casas con carga emocional importante, y las otras 5 con estudios (1) o trabajos (4) con alta responsabilidad. En los varones destacaron el desempleo (3) y eventos estresantes (2).

Dentro de las principales sintomatologías que presentaron, sin distinción de sexos, fueron los síntomas

dolorosos, cardiológicos y digestivos. Sólo en una ellas, sintomatología pseudoneurologica (tetraplejia).

CONCLUSIONES

Podemos observar un aumento de la prevalencia en el sexo femenino con nuestra muestra representativa, cuyos factores precipitantes fueron la alta carga de estrés, independientemente del nivel cultural.

Son pacientes con diagnóstico complicado, que gracias a las exploraciones complementarias podemos realizar un correcto diagnóstico diferencial y ofrecer así la mejor asistencia y tratamiento médico.

199/156. DESPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

AUTORES:

(1) Morales Naranjo, J.; (1) Molina Mendaño, M.; (2) Ubiña Carbonero, A.; (3) Ramos Díaz De La Rocha, M.; (3) Rodríguez Ladrón De Guevara, S.; (4) Sánchez Sánchez, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

La tasa de consumo de benzodiazepinas (BDZ) en España se ha triplicado en los últimos años. El objetivo del estudio es mejorar la adecuación de BZD en pacientes con un consumo prolongado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de intervención en la práctica clínica habitual a profesionales de un centro de salud (sesión informativa sobre la adecuación de BDZ, selección de pacientes >65 años con >de 1BDZ, y duración del tratamiento>3 meses) y sobre los pacientes seleccionados (envío de una carta tipo para informar de los riesgos del tratamiento prolongado de las BDZ y la conveniencia de iniciar retirada estructurada). Estudio descriptivo con análisis prospectivo. Comparación tasa BDZ

RESULTADOS

Se enviaron 39 cartas, acudieron a consulta 14 pacientes (35%). De los que acudieron, rechazaron la intervención en la 1ª visita 3 pacientes (21%). Se realizó intervención en 11 casos con una media de 1,4 visitas, consiguiendo una reducción en 4 casos (36%) del total que acudieron. El fármaco sobre el que más se realizó la desprescripción fue por orden de frecuencia: lorazepam 15 (38,4%), bromazepam 11 (28,2%), alprazolam 7 (17,9%), diazepam 2 (0,05%), lormetazepam 2 (0,05%), clorazepato dipotásico 1(0,025%), zolpidem 1(0,025%).

La tasa de consumo en 2014 fue 87,32 y en 2015 de 84,24 produciéndose una reducción del 3,08% del consumo de BDZ.

CONCLUSIONES

La intervención sobre los pacientes no consiguió los resultados esperados, sin embargo, consideramos

que la intervención en los profesionales ha podido influir en la reducción de la tasa de consumo, probablemente por una menor prescripción inicial.

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES MÉDICOS RESIDENTES

199/60. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS RECLUIDOS EN SU DOMICILIO.

AUTORES:

(1) Andrés Vera, J.; (2) Largo Fernández, J.; (3) Cifuentes Mimoso, N.; (4) Moreno Castro, F.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Enfermera Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (4) Enfermero Gestor de Casos. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Describir la situación clínico-social de los pacientes confinados y analizar el impacto de barreras arquitectónicas en sus limitaciones físicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes en programa de atención a inmovilizados durante 2015. Se estudian 366 pacientes. Se realiza encuesta de diseño propio a pacientes confinados analizando: régimen de vida, estado de salud, uso de dispositivo ortopédico y realizándose escala de

valoración socio-familiar de Gijón e Índice de Katz, excluyendo: viven en planta baja/ascensor, no desean ser encuestados, exitus e institucionalizados.

RESULTADOS

De las 366 personas inmovilizadas, tenemos un total de pacientes a encuestar de 166 (45,36%) puesto que 144 (39,34%) viven en planta baja/ascensor y 47 (12,84%) están institucionalizados.

El 85,27% de los pacientes encuestados perciben confinamiento debido a barreras arquitectónicas de la vivienda por falta de ascensor y escaleras con dificultad. Edad media de 83 años y el 67,54% mujeres. El 54,3% tiene régimen de vida autónomo en domicilio aunque el 91,18% presenta deterioro en la movilidad de MMII. No utilizan dispositivos ortopédicos el 13,50%, bastón-muleta el 25,20%, andador el 32,00%, silla de ruedas el 23,30% y encamados un 5,8%.

En la escala socio-familiar de Gijón el 94,2% tienen una puntuación >10 teniendo riesgo social y en Índice de Katz el 61% presentan una incapacidad leve/moderada y el 39,2% incapacidad severa.

CONCLUSIONES

Tenemos un alto porcentaje de pacientes en riesgo social con problemas de salud que le impiden una adecuada movilidad y que debido a las barreras arquitectónicas de sus viviendas perciben un confinamiento involuntario en su domicilio.

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES POSTER MÉDICOS RESIDENTES

199/103. ANÁLISIS DE UN MES EN EL DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

AUTORES:

(1) Muñoz Ayllón, M.; (2) Fernández García, G.; (3) Rico Rangel, M.; (4) Sáez García, L.; (5) Pardos Lafarga, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.; (2) Médico. Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Rodríguez Arias. Cádiz.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.; (5) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)**

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) actúan como primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un análisis descriptivo de los sujetos atendidos en horario de mañana durante el mes de Febrero 2016 por el Dispositivo DCCU 1 de Cádiz.

RESULTADOS

Fueron atendidos un total de 62 pacientes suponiendo una media de 3,8 pacientes al día. Encontramos una edad media de 65 años, con un 56% varones. Un 64% de los avisos fueron prioridades 2; con solo 17 prioridades 1 en todo el mes.

La mayoría de los avisos fueron atendidos en domicilio (67%) siendo un 28% de los pacientes atendidos

en un lugar público. Un 11% solicitó la asistencia por el botón de teleasistencia. Un 10% de los juicios clínicos fueron exitus (encontrado fallecido), predominó la patología cardiaca (16%), respiratoria (11%) y neurológica (18%). Prácticamente una de cada 4 veces avisaron por síncope o presíncope (23%).

El 44% de los pacientes fueron trasladados al HUPM, de estos un 52% pasa al área de Observación; ingresando 2 de estos pacientes en UCI en menos de una hora desde su traslado. Cuatro pacientes atendidos pertenecían al proceso de cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

La muestra con la que hemos contado para el análisis ha sido escasa sin embargo hay varios aspectos que nos llaman notablemente la atención como puede ser que el síncope o presíncope suponga un cuarto de los avisos así como la gran prevalencia de avisos por teleasistencia.

199/124. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

AUTORES:

(1) Reina González, R.; (1) Gutierrez Jansen, M.; (2) Molina Mendaño, C.; (3) Sánchez Jordán, R.; (4) Gómez Montes, C.; (5) Ginel Mendoza, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Estepona. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular establecida y riesgo cardiovascular en los pacientes mayores de 80 años en el Estudio IBERICAN.

MATERIAL Y MÉTODOS

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales del tercer corte (n=3.042).

RESULTADOS

1141 sujetos >80 años (4,6%), edad media de 82,2±1,5años, 46,8% mujeres. La prevalencia de FRCV entre >80 años vs <80 años fueron: hipertensión arterial 81,6% vs 45,6%, p<0,001; dislipemia 59,6% vs 49,9%, p<0,05; diabetes 31,2% vs 18,3%, p<0,001; obesidad 41,6% vs 32,5%, p<0,05; fumador 2,2% vs 19,1%, p<0,001; alcohol 8,6% vs 12,1%, p=NS;

sedentarismo 50,4% vs 28,7%, p<0,001. La enfermedad cardiovascular fue de 31,2% vs 14,8%, p<0,001, cardiopatía isquémica 14,9% vs 7,5%, p=0,001; ictus 10,6% vs 4,3%, p<0,001; enfermedad arterial periférica 12,8% vs 4%, p<0,001, e insuficiencia cardiaca 14,9% vs 2,3%, p<0,001. El riesgo cardiovascular alto o muy alto: 75% vs 55,2%, p<0,001.

CONCLUSIONES

Los sujetos mayores de 80 años, tienen una mayor prevalencia de FRCV, de enfermedad cardiovascular establecida, así como un riesgo cardiovascular alto o muy alto más prevalente.

199/139. SINDROME BURNOUT EN UN CENTRO DE SALUD.

AUTORES:

(1) Fernández Gómez, J.; (2) Sauco Colom, I.; (3) Lugo Ramos, H.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.; (2) Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez.; (3) Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

Establecer la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en médicos en ejercicio en Centro de Salud de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en nuestros Centros de Salud en enero 2016. La muestra fu un total de 56 Médicos de Atención Primaria, de los cuales 34 fueron mujeres (61%) y 22 hombres (39%). Los datos fueron recogidos través de encuestas con el cuestionario y la escala de Maslach el cual fue utilizado para establecer el diagnóstico.

RESULTADOS

La prevalencia de enfermedad fue del 9 %, 60% fueron mujeres. Sus edades comprendidas entre los 47 y 59 años. El 89% reconocía que su situación había empeorado coincidiendo con recortes sanitarios. Con un promedio de trabajo de 37,5 horas semanales y donde el 25 % trabajo más de 45 horas por semana. El promedio de años de ejercicio se sitúa en 17,7 años.

CONCLUSIONES

La presente investigación confirma que el Síndrome de Desgaste Profesional es una realidad a día de hoy que ha empeorado con los recortes sanitarios. Así mismo se reafirma la necesidad de crear estrategias de prevención que mejoren las condiciones de trabajo y por ende la calidad asistencial

199/140. EL CONSUMO DE TABACO EN PROFESIONALES DE NUESTRO DENTRO DE SALUD

AUTORES:

(1) Fernández Gómez, J.; (2) Sauco Colom, I.; (3) Lugo Ramos, H.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.; (2) Médico Residente. Medicina Familiar

y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez. Cádiz.; (3) Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN (INCLUYENDO OBJETIVOS)

El objetivo del presente estudio es conocer cuál es la situación actual de los médicos y enfermeros de nuestro Centro de Salud ante el consumo de tabaco y las conductas que adoptan frente a él estos profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional. La población objeto de estudio fue el personal médico y de enfermería de nuestro centro. A través de un encuesta de preguntas cerradas se estudiaron las siguientes variables: situación actual con respecto al consumo de tabaco, conocimiento de la legislación que restringe el consumo de tabaco en los centros de trabajo, veces que fuma en una jornada laboral, intención dejar el

consumo de tabaco y la posible participación en un programa de ayuda para dejar de fumar.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 27 médicos y a 25 enfermeros. El 19,4% declara ser fumador actual y sólo un 6,7% quiere mantener el hábito. Todos los encuestados conocían la legislación, aunque el 27,7% considera complicada su aplicación. El 87,5% de los fumadores confirmó que salía 1-3 veces a la puerta o alrededores de su centro de trabajo para fumar durante la jornada laboral. La mayoría de los fumadores (79,5%) confirman que utilizarían un programa de ayuda para dejar de fumar. El 28 % había abandonado hábito tabáquico alguna vez

CONCLUSIONES

Un alto índice de los fumadores encuestados estarían interesados en abandonar el consumo de tabaco. Consideramos que como profesionales sanitarios, se debería dar ejemplo al resto de usuarios empezando por sí mismo.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORALES MÉDICO DE FAMILIA

199/10. PREVALENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA ORAL EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

AUTORES:

(1) Bejarano Ávila, G.; (2) Reyes Gilabert, E.; (3) Sánchez García, M.; (4) García Palma, A.; (5) Luque Romero, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Odontóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Sevilla Aljarafe Norte. Sevilla.; (2) Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.; (4) Odontólogo y Director en Funciones. Unidad de Gestión Clínica de Salud Bucodental del Distrito Sanitario Sevilla. Aljarafe Norte. Sevilla.; (5) Médico De Familia. Unidad De Investigación Del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La salud oral de los pacientes ancianos institucionalizados suele ser peor que la de los ancianos independientes afectando su calidad de vida oral (CVO). La población anciana está creciendo a nivel mundial. Las condiciones de pluripatología, polimedición, disminución de la capacidad física o cognitiva se incrementan con la edad y dificulta la realización de una buena higiene oral diaria. Además se une la infrecuente priorización del cuidado dental por sus cuidadores, la dificultad para el traslado al gabinete dental o la baja percepción de su salud oral. La malnutrición en este grupo, está relacionada con problemas de salud oral como la pérdida dentaria, de retención protésica, y otros factores. En Andalucía,

apenas existen estudios recientes de la descripción del estado de salud oral en ancianos institucionalizados. Por ello, resulta imprescindible realizar una evaluación del estado de salud oral en los ancianos institucionalizados de nuestra área de salud.

OBJETIVOS

El objetivo principal es valorar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral (LMO) en el anciano institucionalizado en relación con la higiene oral y discapacidad; secundarios: determinar la relación entre LMO con la pluripatología, polimedición, estado del ánimo, o describir las necesidades de tratamiento odontológico y CVO.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO

AP del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte (DSASN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Duración: 1 año.

Población: 3050 ancianos institucionalizados censados del DSASN.

Criterios de inclusión: paciente de 65 o más años de las poblaciones que firman CI o del representante legal; exclusión: pacientes en respiro familiar, éxitus, cambios de residencias, ingresos, tratamiento activo quimioradioterápico. Los pacientes con trastornos mentales graves no se excluirán del estudio pero no podrán realizar determinadas encuestas.

Tamaño muestral: de una población de 3050 personas de 65 o más años censados en las residencias del DSSA. Teniendo en cuenta una proporción de LMO

del 53%, IC del 95%, error beta de 7, obtenemos una muestra de 184 ancianos. Muestreo consecutivo. Variables dependientes: caries, enfermedad periodontal, dientes ausentes, LMO, xerostomía y CVO mediante Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Independientes: sexo, edad, población, tabaco, alcohol, IMC, pluripatología, polimedición, depresión, ansiedad, cariogenicidad de la dieta, higiene oral y protésica, parafunciones, nutrición enteral y estado nutricional (MNA).

Análisis estadístico: estudio descriptivo de las variables. Estudio inferencial, para variables cualitativas Chi Cuadrado/Fisher y cuantitativas T de Student/U de Mann-Whitney. Significación estadística cuando $p<0,05$. IC al 95%. Se usará SPSS versión 18.

Limitaciones del estudio: Aunque existe poca comparabilidad por la escasez de estudios en pacientes institucionalizados, tomaremos una muestra de la población general con el mismo rango de edad, porcentaje de sexo y grado de dependencia

APLICABILIDAD

Con este estudio se propone conocer la prevalencia de LMO en este colectivo, realizar un protocolo de fármacos de riesgo de producir LMO, valorar cambios de dieta o necesidad de programas de educación dental a cuidadores. Finalmente pretendemos realizar promoción, prevención o tratamiento de las LMO para mejorar el estado de salud oral en ancianos institucionalizados.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El proyecto se aprobará por el comité ético de investigación clínica de los hospitales. Cada paciente firmará el CI.

199/54. ¿SABEN NUESTROS PACIENTES ADMISTRARSE LA INSULINA?

AUTORES:

(1) Castillo Moraga, M.; (2) Martínez Villegas, I.; (3) Argudo Lobatón, C.; (4) Rodríguez Martínez, M.; (3) Gómez Briosi, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Consultorio de la Algaida. Salúcar de Barrameda. Cádiz.; (2) Enfermero. Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo y Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La administración de insulina puede presentar dificultades para algunos pacientes, sobre todo al inicio del tratamiento. Una técnica incorrecta puede conducir tanto a un inadecuado control de las cifras de glucemia por infradosificación como a la presentación de hipoglucemias por sobredosis. La educación sanitaria a pacientes diabéticos constituye uno de los pilares fundamentales en el manejo de la enfermedad

para lograr un adecuado control metabólico, mejorar la adherencia al tratamiento y evitar errores en la administración de fármacos hipoglucemiantes.

OBJETIVOS

- Detectar y corregir dudas y errores en la técnica de administración de la insulina en pacientes diabéticos.
- Valorar la necesidad de mejora de técnicas educativas para pacientes insulinizados.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal

EMPLAZAMIENTO

El estudio se desarrollará en pacientes diabéticos pertenecientes a un consultorio de un núcleo de población rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionarán aquellos pacientes diabéticos en tratamiento insulínico anterior o de reciente inicio que acudan a la consulta de control de crónicos de enfermería o del médico de familia durante un periodo de cuatro meses. Las variables cualitativas medidas serán: sexo, conservación de insulina en frigorífico, utilización de una aguja nueva para cada punción, desecho de la pluma tras 28 días de su apertura, realización de técnica correcta de purgado previo a la administración, rotación del lugar de inyección y control del tiempo necesario para la administración de la dosis. Todas las variables serán dicotómicas con respuesta Sí o No. Las variables cuantitativas serán la edad y el tiempo que el paciente lleva siendo tratado con insulina. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. El análisis estadístico se hará mediante el programa SPSS. La principal limitación del estudio puede ser la falta de colaboración por parte del paciente.

APLICABILIDAD

La detección de posibles errores en la técnica de insulinización y su corrección puede suponer una mejora en el control metabólico de los pacientes diabéticos, evitando en algunos casos subidas de dosis o ajustes de tratamiento innecesarios e indicando la necesidad de una mejora de las estrategias educativas en la zona como elemento fundamental para el abordaje de esta patología.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se pedirá al paciente su consentimiento verbal para participar en el estudio. Se solicitará igualmente autorización al comité de ética de referencia de la zona. Se evitará cualquier dato que vulnere la confidencialidad, en virtud de la Ley Oficial de Protección de Datos.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POSTERS MÉDICO DE FAMILIA

199/49. DESCRIPCIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE UN NÚCLEO DE POBLACIÓN RURAL

AUTORES:

(1) Castillo Moraga, M.; (2) Rodriguez Martinez, M.; (3) Lozano Del Valle, R.; (3) Gómez Brioso, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Consultorio de la Algaida. Salúcar de Barrameda. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Unidad Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Unidad Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Alto. Sanlúcar De Barrameda. Cádiz; (3) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar Barrio Bajo. Sanlúcar De Barrameda. Cádiz.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud aconseja como método anticonceptivo de primera elección en adolescentes el preservativo para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sin embargo, en la consulta del médico de familia de la zona en que se desarrollará el estudio un gran número de adolescentes demanda el uso de anticonceptivos orales (ACHO) a una edad muy temprana, verbalizando un alto grado de preocupación por evitar embarazos no deseados. Sin embargo no muestran el mismo nivel de interés por la prevención de ETS.

OBJETIVOS

Conocer el patrón de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes en un núcleo de población rural.

Describir el grado de conocimiento de las adolescentes sobre ETS y su prevención a través del uso de preservativo.

Valorar la necesidad de mejorar las estrategias educativas en ETS en la zona.

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal

EMPLAZAMIENTO

El estudio se desarrollará en mujeres adolescentes pertenecientes al consultorio de un núcleo rural que acuden a la consulta solicitando algún método anticonceptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se valorará mediante cuestionario anónimo el perfil de uso de anticoncepción en adolescentes con edades entre 14 y 20 años que acuden a consulta para su prescripción. Las variables analizadas serán: tipo de método anticonceptivo empleado, edad de inicio de consumo de ACHO u otro método anticonceptivo, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, conocimiento de ETS, conocimiento del uso del preservativo como método preventivo, persona/s con las que consultaron para iniciar su

consumo y si recibieron algún tipo de educación sexual reglada. Se excluirán aquellas mujeres que utilicen anticonceptivos hormonales por indicación del ginecólogo o del médico de familia debido a alguna patología. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Análisis estadístico mediante programa SPSS. La principal limitación del estudio es que sea un familiar quien acuda por la receta.

APLICABILIDAD

La detección de un alto grado de desconocimiento o despreocupación por la transmisión de ETS puede indicar una necesidad de aumentar las estrategias educativas y de formación en la población adolescente de la zona para fomentar el uso del preservativo como método preventivo idóneo en este grupo de edad.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se solicitará aprobación del comité de ética del área sanitaria. En menores de edad se solicitará autorización verbal de la madre o padre para llenar la encuesta. Se evitará cualquier dato que vulnere la confidencialidad, en virtud de la Ley Oficial de Protección de Datos.

199/132. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN UNA ZONA RURAL

AUTORES:

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

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La patología tiroidea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria .Es fundamental su detección precoz con el fin de evitar los efectos que la disfunción tiroidea produce a diferentes niveles del organismo (cardiovascular, cognitivo, metabolismo óseo).Y también requiere un alto grado de sospecha clínica por la asociación con otras patologías también muy prevalentes dentro del ámbito de Atención Primaria. Además, el médico de familia desarrolla un papel importante en el tratamiento y seguimiento de algunas de las alteraciones de la glándula tiroidea .

La prevalencia conocida de la patología tiroidea varía dependiendo de múltiples factores según los diferentes estudios realizados; en nuestro país, oscila entre un 0,6% y un 2,74%. Para manejar mejor una patología, es importante conocer la situación de la misma en cada entorno, por ello queremos saber qué porcentaje se da en nuestro medio.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de la patología tiroidea en nuestra zona básica

DISEÑO

Estudio transversal multicéntrico

EMPLAZAMIENTO

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: población mayor de 14 años adscrita a la zona básica. Criterios de exclusión: patología terminal crónica y negativa del paciente. Cálculo de la muestra: de las personas que cumplen los criterios de inclusión, a través de muestreo aleatorio simple, se calculará la muestra, asumiendo intervalo de confianza del 95%. Se pretende analizar la edad, sexo, dieta, consumo de sal yodada, antecedentes familiares, enfermedades asociadas, tratamiento, niveles de hormonas tiroideas y de anticuerpos anti-tiroideos. El análisis estadístico será descriptivo, se presentará como media y desviación estándar para las variables cuantitativas y como porcentajes para las variables cualitativas. En el análisis bivariado se utilizará el análisis de la varianza de un factor para

comparar variables cuantitativas y cualitativas. La prueba del Chi cuadrado se utilizará para la comparación de variables cualitativas. Recogidas de datos: datos registrados en diraya y de la entrevista personal. Limitaciones: posible sesgo de información por no estar bien cumplimentadas las historias clínicas.

APLICABILIDAD

El disponer de información de la prevalencia de patología tiroidea en nuestro medio, nos permitiría manejarla mejor, tenerla en cuenta ante patologías que se asocian a ella, estar más alerta en el grupo de edad que más se da. Ver si está muy relacionada con la dieta y el consumo o no de sal yodada, si fuera así, esto permitiría llevar a cabo medidas preventivas de aparición de enfermedad y realizarlo lo más precoz posible. Los resultados de este estudio se extenderán al resto de compañeros de la zona tras su revisión para que pueda ser de provecho para todos.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se pedirá permiso a la Comisión de investigación del Distrito para tener acceso a las historias clínicas digitales. Se pedirá consentimiento informado a los pacientes. En todo momento se protegerá el anonimato de los pacientes

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORALES MEDICO RESIDENTE

199/90. CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA: ¿LO HACE BIEN ATENCIÓN PRIMARIA?

AUTORES:

(1) Rizo Barrios, A.; (2) Leiva-Cepas, F.; (3) Madeira Martins, J.; (4) Peña Amaro, J.; (5) Fernández García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Anatomía Patológica. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.; (4) Catedrático de Histología. Departamento de Ciencias Morfológicas. Sección de Histología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Córdoba.; (5) Facultativo Especialistas de Área. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:**INTRODUCCIÓN**

Desde hace unos años a esta parte, en muchos de los Centros de Salud de Atención Primaria de nuestra comunidad se practica cirugía menor con resultados eficientes en la mayoría de los casos. En la mayoría de los casos intervenidos, la motivación para la exéresis es evitar una derivación a Atención Hospitalaria que sería demorada por la escasa repercusión

existente para el paciente. Para ello, pretendemos analizar a nivel de nuestra área de influencia la cirugía menor ambulatoria empleando las muestras remitidas a Anatomía Patológica desde Atención Primaria en el área sanitaria estudiada.

OBJETIVOS

-Determinar el tipo de lesiones halladas en las muestras remitidas a estudio histopatológico procedentes de cirugía menor.

-Evaluar si la exéresis ha sido satisfactoria tanto para la eliminación de la lesión así como para la evaluación histopatológica.

-Correlacionar el diagnóstico de presunción de Atención Primaria, respecto al definitivo obtenido en Anatomía Patológica.

DISEÑO

Observacional, descriptivo y retrospectivo.

Multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO

Centros de Salud de Atención Primaria del área de influencia del Hospital de referencia con Servicio de Anatomía Patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Población y muestra: hombres y mujeres mayores de 16 años sometidos a procesos de cirugía menor ambulatoria en los centros de Atención Primaria con referencia al hospital del tercer nivel. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir 68 pacientes intervenidos.

-Variables a estudiar y fuente de obtención de datos: genéricos (edad, tipo de lesión -cutánea o no-, tabaco, alcohol, antecedentes quirúrgicos previos -mayores y menores- y diagnóstico histopatológico final: maligno o benigno. Para ello, atendiendo a la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de referencia, se correlacionarán los centros de Atención Primaria con pacientes a los cuales se le ha intervenido de alguna lesión menor y se haya enviado a Anatomía Patológica para analizarlo histopatológicamente.

-Análisis estadístico: se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p<0,05$).

APLICABILIDAD

A través de los resultados de este estudio se pretende establecer la presunción del diagnóstico preoperatorio con el diagnóstico histopatológico definitivo.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Córdoba. Al tratarse de una revisión de historias clínicas, con la autorización del Hospital y del Distrito sanitario, es suficiente.

199/91. CORRELACIÓN DE LA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. BÚSQUEDA DE PATOLOGÍA MALIGNA GINECOLÓGICA.

AUTORES:

(1) Leiva-Cepas, F.; (2) Rizo Barrios, A.; (3) López-Marrín, L.; (4) López Matarín, A.; (5) Fernández García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (2) Médico Residente de 2do año. Anatomía Patológica. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (3) Graduada en Enfermería. Universidad Católica de Valencia. Valencia.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.; (5) Facultativos Especialista de Área. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino es un problema relevante en salud pública con implicaciones trascendentales 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 Cervico 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.

OBJETIVOS

-Comprobar la existencia de patología maligna en mujeres sometidas al cribado de cáncer de cérvix.

-Evaluar la satisfacción de la muestra obtenida en Atención Primaria respecto al diagnóstico histopatológico final.

-Relacionar, en nuestro medio, la detección precoz del cáncer de cérvix con la toma citológica; respecto a otros síntomas.

DISEÑO

Observacional, descriptivo y retrospectivo.
Multicéntrico.

EMPLAZAMIENTO

Centros de Salud de Atención Primaria del área de influencia del Hospital de referencia con Servicio de Anatomía Patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Población y muestra: mujeres de entre 18 y 65 años sometidas a citología cérvico-vaginal en los centros de Atención Primaria con referencia el hospital del tercer nivel. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir 675 mujeres.

-Variables a estudiar y fuente de obtención de datos: genéricos (edad, hábitos sexuales, tabaco, alcohol, antecedentes ginecoobstétricos. Para ello, atendiendo a la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de referencia, se correlacionarán los centros de Atención Primaria con mujeres que se han realizado allí la citología cervicovaginal y en cuyo diagnóstico haya patología benigna (infecciones, lesiones cutánea benignas) o patología maligna (lesiones preneoplásicas o neoplásicas propiamente dichas).

-Análisis estadístico: se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p<0,05$).

APLICABILIDAD

A través de los resultados de este estudio se pretende establecer la efectividad real del programa de cribado de cáncer de cérvix; dado que la detección de lesiones malignas; según algunos trabajos es baja respecto a otros programas de cribado.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Córdoba. Al tratarse de una revisión de historias clínicas, con la autorización del Hospital y del Distrito sanitario, es suficiente.

199/92. CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS DISTROFIAS MUSCULARES.

AUTORES:

(1) Leiva-Cepas, F.; (2) Ruz-Caracuel, I.; (3) López Matarín, A.; (4) Jimena Medina, I.; (5) Peña Amaro, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (2) Médico Residente de 1er año. Anatomía Patológica. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina

Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.; (4) Profesor Titular de Histología. Departamento de Ciencias Morfológicas. Sección de Histología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Córdoba.; (5) Catedrático de Histología. Departamento de Ciencias Morfológicas. Sección de Histología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Córdoba.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El primer relato histórico de distrofia muscular apareció en 1830, cuando Sir Charles Bell escribió un ensayo sobre una enfermedad que causaba debilidad progresiva en niños varones. La distrofia muscular se refiere a un grupo de más de 30 enfermedades genéticas que causa debilidad y degeneración progresivas de los músculos esqueléticos usados durante el movimiento voluntario. Afortunadamente, la prevalencia de este grupo de enfermedades es baja; pero desde Atención Primaria el acompañamiento y la atención domiciliaria es fundamental. Es por esto, que creemos que por parte de los Médicos de Atención Primaria es básico qué se sabe de esta enfermedad y sus aspectos evolutivos.

OBJETIVOS

-Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de Atención Primaria (AP) hacia el grupo de enfermedades conocidas como distrofias musculares atendiendo a aspectos básicos (genéticos, histológicos y etiológicos) como clínicos (diagnóstico, tratamiento y pronóstico).

DISEÑO

Observacional, de tipo transversal.

EMPLAZAMIENTO

Multicéntrico –Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud-.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Población y muestra: médicos de AP. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario incluir 1068 profesionales.

-Variables a estudiar y fuente de obtención de datos: socio-laborales, conocimientos y prácticas sobre las distrofias musculares en Atención Primaria. Se invitarán a participar a todos los socios de la SEMERGEN y a través de ellos a otros profesionales de su entorno (método de la bola de nieve). Cumplimentarán una encuesta on-line con preguntas sobre conocimientos, actitudes y abordaje ante un paciente con distrofia muscular diagnosticada.

-Análisis estadístico: se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p<0,05$).

APLICABILIDAD

A través de los resultados de este estudio se pretende saber los conocimientos y la actitud de los profesionales de AP en relación a este problema en nuestro país, aspectos bastante desconocidos, de tal forma que así se podrá recomendar a las Autoridades Sanitarias medidas para aumentar el conocimiento y la sensibilización para el incremento de la puesta en práctica de las medidas científicas -investigadoras- adecuadas así como potenciar la formación en dicha materia por los profesionales de AP.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Córdoba. Se solicitará consentimiento informado a los participantes y se hará un tratamiento de los datos de carácter personal según la LOPD.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POSTERS MEDICO RESIDENTE

199/4. ESTUDIO EN DOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA

AUTORES:

Rojo Iniesta, M.; Bellido Salvatier, A.; Pedrosa Del Pino, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La vaginosis bacteriana es la forma más frecuente de infección intravaginal en todo el mundo, con una prevalencia entre el 10-40%. Se asocia a múltiples complicaciones que se podrían reducir el riesgo mediante su tratamiento. Por esta razón, algunos estudios apoyan el concepto de tratar a todas las mujeres con vaginosis bacteriana asintomáticas aunque la evidencia

disponible en el momento actual, es insuficiente para apoyar o excluir un beneficio del tratamiento.

OBJETIVOS

Determinar la remisión de la infección en mujeres asintomáticas con vaginosis bacteriana no tratadas, con respecto a las mujeres que reciben tratamiento antibiótico.

DISEÑO

El tamaño muestral estará determinado por mujeres con resultado de vaginosis bacteriana que cumplan los criterios de inclusión a partir de las citologías y/o exudados vaginales. Se utiliza la técnica de muestreo no probabilístico.

EMPLAZAMIENTO

Dos Centros de Salud de Atención primaria en Málaga.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población consta de mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años pertenecientes

a los Centros de Salud de estudio, diagnosticadas de vaginosis bacteriana y asintomáticas. Los criterios de inclusión comprenden: haber mantenido relaciones sexuales con coito vaginal al menos desde dos años antes de la toma de la citología y/o exudado vaginal, vaginosis bacteriana demostrada mediante exudado vaginal o citología y mujeres sexualmente activas. Los criterios de exclusión son: no aceptar participar en el estudio, portadoras de otras infecciones de transmisión sexual, gestante y promiscuidad sexual. El estudio se llevará a cabo en dos fases. En la primera se realizará un análisis descriptivo transversal o de prevalencia, para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y porcentajes y para las variables cuantitativas, media o mediana, desviación estándar, mínimo y máximo, e intervalo de confianza del 95%. La segunda fase se trata de un estudio analítico observacional de cohortes prospectivo, en el que se calculará la tasa de incidencia de curación a través del riesgo relativo, diferencia de incidencias o riesgo atribuible y fracción atribuible. El análisis bivariante para variables independientes cualitativas se realizará mediante la Chi-cuadrado y para variables independientes cualitativas dicotómicas y cuantitativas la t de Student, con un nivel de confianza del 95%.

La validez interna del estudio puede verse afectada por los sesgos de: selección, información (sesgo de la memoria motivada, sesgo del entrevistador, sesgo de obsequiosidad, sesgo de falseamiento) y los de confusión.

APLICABILIDAD

Dado que en una parte de las pacientes persisten los síntomas durante larga data e incluso aparecen complicaciones, queremos obtener una respuesta encaminada hacia si plantear un tratamiento farmacológico o, si por lo contrario, hay que declinarse por una abstención terapéutica.

Se conseguiría unificar criterios en cuanto el manejo de la vaginosis bacteriana asintomática. Al no haber fuentes que se centren en este tipo de estudio, los resultados obtenidos tendrían un alto impacto para la comunidad sanitaria.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La obtención de datos se hará conforme a lo que se establece en la legislación vigente en España sobre protección de datos. El proyecto será sometido a estudio y aprobación por los Comités Éticos.

199/65. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN, PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y EVENTOS ADVERSOS EN LOS USUARIOS TRATADOS CON INFILTRACIÓN DE CORTICOIDES EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

AUTORES:

(1) García Sánchez, T.; (2) Morales Rincón, S.; (3) Barbero Rodríguez, E.; (4) Sierras Jiménez, M.; (5) Moreno Carrasco, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico Residente de 3er año.

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico Residente de 2to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico Residente De 2º Año De Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro De Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El uso de infiltraciones de corticoides intra-articulares o peri-articulares en la patología osteoarticular es una técnica que se practica desde hace décadas con demostrada eficacia. Cada vez es más frecuente en Atención Primaria el uso de dichas infiltraciones locales de corticoides para diversas patologías osteoarticulares. Se ha convertido en una interesante alternativa al uso de antinflamatorios por vía oral en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, osteoartritis, bursitis, fascitis, etc., especialmente en aquellos casos en los que el paciente no responde a otros tratamientos.

La mejoría de la clínica así como su duración es variable, en función de la patología subyacente y de la articulación tratada. Los efectos adversos son relativamente poco frecuentes pero, puesto que se trata de una técnica invasiva, siempre tendremos que explicar tanto la técnica como las posibles complicaciones al paciente y sopesar riesgos y beneficios.

Por otro lado, aunque la técnica no es demasiado compleja, se precisa de un médico de familia entrenado para su uso y administración.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes tratados con infiltración de corticoides en un centro de salud urbano (edad, sexo, antecedentes personales y comorbilidades, derivaciones a Traumatología, Rehabilitación y/o Reumatología, tratamientos que realizan...), así como el grado de satisfacción con la técnica utilizada (valorando el dolor antes y después de la infiltración con una escala visual analógica del dolor y el número de infiltraciones realizadas), y por último, analizar los eventos adversos ocurridos.

DISEÑO

estudio observacional, descriptivo-transversal.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Periodo de estudio: marzo de 2011 hasta septiembre de 2015. 2. Sujetos: todos los pacientes a los que se les realizó infiltración con corticoide local en el centro de salud durante el periodo de estudio y que aceptan voluntariamente participar en el estudio. 3. Variables: encuesta de características socio-demográficas de los usuarios (edad, estado civil, nivel sociocultural, antecedentes personales y comorbilidades, tratamientos que realizan...), encuestas de satisfacción, de escala visual analógica del dolor y de complicaciones. Para el análisis de los resultados, usaremos el test Ji2 para la comparación de variables cualitativas, y la correlación de Pearson para la

de variables cuantitativas, utilizando para ello el programa estadístico SPSS.

APLICABILIDAD

Los resultados obtenidos nos permitirán mejorar el conocimiento sobre el perfil de los usuarios de infiltraciones en nuestra zona, mejorar sus indicaciones, conocer mejor los efectos adversos que sufren los pacientes así como su incidencia, plantear nuevas estrategias que nos permitan mejorar la seguridad y los criterios de selección de los pacientes, evaluar su uso en atención primaria y en última instancia mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y disminuir, cuando sea posible, el número de derivaciones hospitalarias. Además, podremos plantear nuevas hipótesis para futuros estudios.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Los usuarios serán informados de los fines de las encuestas realizadas y se les pedirá su consentimiento.

199/74. EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓICA EN EL ADULTO EN MÉDICOS DE FAMILIA DE CENTROS DE SALUD URBANOS.

AUTORES:

(1) García Sánchez, T.; (2) Sierras Jiménez, M.; (3) Morales Rincón, S.; (4) Barbero Rodríguez, E.; (5) Escamilla Ramos, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por neumococo son una importante fuente de mortalidad en niños, ancianos y personas inmunocomprometidas. La mayor tasa de mortalidad por infección neumocócica invasiva se da en adultos mayores de 65 años, especialmente en aquellos con más comorbilidad.

Actualmente disponemos de dos tipos de vacunas antineumocócicas, 23-VPN y 13-VNC, con diferentes

indicaciones, según el United States Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), en función de la edad del paciente y de los factores de riesgo para desarrollar enfermedad neumocócica.

Aunque diferentes sociedades científicas recomiendan la vacunación antineumocócica en el adulto como herramienta de prevención en determinados pacientes, la formación en este campo y la aplicabilidad en nuestras consultas de Atención Primaria, puede ser muy variable entre profesionales. Por este motivo consideramos de utilidad el evaluar los conocimientos de los profesionales de Atención Primaria sobre esta materia, con el fin de mejorar la atención a nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Valorar la formación en el campo de la vacunación antineumocócica en el adulto de los Médicos de Familia de nuestro área sanitaria, así como la frecuencia con la que se realiza consejo médico y registro de dicho proceso en Historia Clínica.

DISEÑO

Estudio observacional, descriptivo-transversal.

EMPLAZAMIENTO

Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Periodo de estudio: de Enero de 2016 a Mayo de 2016. 2. Sujetos: Médicos de Familia que ejercen en diferentes centros de salud de nuestro área sanitaria. 3. Variables: encuesta para valoración de conocimientos en vacunación antineumocócica con 15 preguntas de respuesta “verdadero o falso”.

APLICABILIDAD

Los resultados obtenidos nos permitirán conocer el grado de conocimientos en el campo de la vacunación antineumocócica de los profesionales sanitarios de nuestra zona, valorando la necesidad o no de ampliar la formación en esta materia, con el fin de mejorar la indicación a nuestros pacientes y aumentar la seguridad y los criterios de selección de los mismos. Además, podremos plantear nuevas hipótesis para futuros estudios.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Los Médicos de Familia incluidos en el estudio serán informados de los fines de las encuestas realizadas, de su anonimato y de la posibilidad de divulgación de los resultados obtenidos en publicaciones científicas y congresos.

CASOS CLÍNICOS

CASOS CLÍNICOS POSTER MÉDICO DE FAMILIA

199/19. MIASTENIA GRAVIS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

AUTORES:

(1) Rodríguez Rodríguez, E.; (2) Pérez Román, D.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad Gestión Clínica. Jerez-Centro. Jerez.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Jerez-Centro. Jerez.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Pacientes mujeres (82 y 71 años) pluripatológicas que presentan de manera súbita visión doble y ptosis parpebral unilateral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXP: Debilidad muscular y cansancio con empeoramiento tras el ejercicio (ambas eran diabéticas y se les recomendaba andar una hora al día). Ptosis monocular y visión doble.

P.COMP: Determinación de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina, RMN (para detectar alteraciones del Timo), Electromiograma, bioquímica completa con hormonas tiroideas (puede asociarse a Hipertiroidismo y agravar la debilidad miasténica), factor reumatoide y ANA (asociarse a LES, Artritis reumatoide, Tiroiditis, Vitílico y Pénfigo).

JUICIO CLÍNICO

Miastenia gravis de forma ocular exclusiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome de Eaton-Lambert.

Botulismo.

Timoma.

ACVA.

Esclerosis múltiple.

Síndrome de Wernicke.

Tumores orbitarios.

Oftalmopatías tiroideas.

Ptosis parpebral por dehiscencia del elevador del párpado.

COMENTARIO FINAL

Es muy importante sospechar ante un paciente con diplopia y ptosis este trastorno autoinmune que está mediado por anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina.

Tras la administración de fármacos colinérgicos (Piridostigmina) asociada a Prednisona ambas paciente tuvieron una respuesta rápida.

BIBLIOGRAFÍA

M Cruz, Q Albert, L Amat, R Arcas, J Ardura, J Argemi - Cruz M et al. Tratado de Neurología, 2006. JJ Barton, M Fouladvand - Seminarios en neurología, 1999. MJ Kupersmith, R Latkany ... - Archives of ..., 2003. NT Monsul, SA Patwa, AM Knorr, RL menor ... - Diario de la ..., 2004 - Elsevier. D Grob, N Brunner, T Namba, M Pagala - Muscle & nervio, 2008. Me Illa, JA Díaz-Manera, C Juárez, R-Rojas García ... - Medicina Clínica, 2005. O Herrera Lorenzo, J Infante Ferrer ... - archivo Médico de ..., 2009.

199/86. LESIÓN GENITAL. CONSECUENCIAS DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO.

AUTORES:

González Sánchez, H.; Paulo Gregorio, V.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Anamnesis: Varón 39a, acude a consulta por presentar pequeña lesión ulcerada en glande a nivel del

frenillo de aspecto blanquecino no dolorosa, último contacto sexual de riesgo 2 semanas antes de acudir a consulta. No otros síntomas.

AP: contactos sexuales de riesgo

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Examen Físico: lesión pequeña de menos de 1 cm a nivel del frenillo del pene, blanquecina, ulcerada, no dolorosa.

No adenopatía inguinal.

Resto examen físico: anodino.

Pruebas complementarias: Normales, incluyendo estudio para Sífilis, VIH, Mononucleosis, VEB. Se realiza tratamiento inicial como infección cutánea, la lesión aumenta extendiéndose a prepucio, acude a Urólogo privado que diagnostica "craurosis prepucial", recomienda tratamiento quirúrgico. Tres semanas después de intervención quirúrgica acude a consulta con exantema generalizado.

Examen Físico: Exantema generalizado, no pruriginoso en tronco, ingle y miembros superiores. Adenopatías inguinales bilaterales pequeñas, no adheridas de menos de 1 cm. Pene: circuncidado sin signos de infección.

Pruebas complementarias: Hemograma y BQ: Normales, Inmunodiagnóstico: Infecciosos: Ac VIH negativos, Mononucleosis (Ac heterófilos) negativos, Virus E.Baar (AgVCA, Ac IgG): Positivos, IgM negativo. AC reaginico de sífilis Titulación 1/64, T.Pallidum IgG e IgM positivos

JUICIO CLÍNICO

JC Craurosis prepucial secundaria a Sífilis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infecciones producidas por V.Herpes Simplex, T.Pallidum, H. Ducreyi, C.Trachomatis, K.granulomatis, V.E.Barr provocan úlceras genitales. Tratamiento: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones IM. Evolución: Satisfactoria

COMENTARIO FINAL

Conclusiones

1-La forma de presentación atípica de una lesión genital hace difícil sospechar el agente etiológico para instaurar el tratamiento adecuado antes de que aparezcan complicaciones.

2-En nuestro paciente las pruebas iniciales para sífilis fueron negativas.

3-Consideramos que la lesión genital pudo sobreinfectarse por virus o bacterias, lo que llevó a la intervención quirúrgica antes de que se produjera una fímosis obstructiva.

4-Debe realizarse toma de muestras para cultivos de las lesiones ulceradas para identificar el agente etiológico siempre que sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

Hook EW III. Syphilis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 327.

Tramont EC. Traponema pallidum (syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2009:chap 238.

Schmid GP. Approach to the patient with genital ulcer disease. Med Clin North Am 1990; 74:1559.

199/89. LESIONES EN PIEL PRODUCIDAS POR METAMIZOL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

AUTORES:

González Sánchez, H.; Barreiro Solla, M.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: lesiones en piel AP: HTA, Púrpura autoinmune en 1998 Alergica a: Esteres salicílicos, arilacéticos, penámicos, Tramadol. Intolerancia a Enalapril. Anamnesis: Mujer 79 años, acude por presentar lesiones cutáneas eritematosas pruriginosas ligeramente sobrelevadas no desaparecen a la vitropresión de distribución generalizada que comenzaron a aparecer después de tomar Metamizol. No otros síntomas. No contacto con animales ni medio rural, no consumo de alimentos crudos ni derivados lácteos sin pasteurizar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: MMII: ligeros edemas maleolares Piel: lesiones eritematosas, algunas de ellas violáceas, ligeramente sobrelevadas que no desaparecen a la vitropresión en tronco, espalda, escote, MMSS y sobre todo en MMII que impresionan ser vasculíticas/purpúricas, algunas evolucionadas y ulceradas a nivel del talón de aquiles y maleolo externo sin signos de sobre infección bacteriana Pruebas complementarias: Hemograma y Coagulación normales. BQ: Glucosa, creat, BT, GPT, GOT, GGT, ALP 9, LDH, Amilasa, Lipasa, Urea, Na, K, CPK, Ca, P, PCR: Normales, IgA 328, IgG 830, IgM 76, IgE 23, C3 126.8, C4 39.1, Albúmina 4.1, CK MB 24, %CKMV 8.39, Autoinmunidad: ANA <1/80, Ac Cardiolipinas IgG 1, IgM 17. Proteinograma normal. ECG normal Rx Torax: normal

JUICIO CLÍNICO

J.C: Vasculitis Leucocitoclástica probablemente medicamentosa

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La Vasculitis Leucocitoclástica Cutánea engloba un grupo de síndromes que producen inflamación mediada por inmunocomplejos, de vasos capilares, vénulas y arteriolas cutáneas, con cambios histológicos que se describen bajo el término de Vasculitis Leucocitoclástica Dentro de este grupo de las vasculitis por hipersensibilidad concomitan el síndrome de Schonlein-Henoch, la vasculitis crioglobulinémica, enfermedad del suero, vasculitis inducidas por medicamentos, deficiencias congénitas del complemento, relacionadas con enfermedades neoplásicas, infecciosas y del tejido conectivo. Dentro del grupo de vasculitis de vasos pequeños existe un subgrupo de vasculitis asociadas a ANCA formado por la poliangeitis microscópica (PAM), granulomatosis de Wegener, síndrome de Churg-Strauss y la vasculitis leucocitoclástica. Se denomina vasculitis por hipersensibilidad al presentarse, como una reacción aberrante frente a antígenos de

diferente naturaleza como componentes microbianos, fármacos, productos tumorales u otras sustancias exógenas o endógenas. En la mayoría de los pacientes no se conoce el factor desencadenante.

COMENTARIO FINAL

Comentario final

Ante la evidencia de la aparición de las lesiones después de la ingesta de Metamizol y los resultados analíticos podríamos concluir que en nuestro paciente el factor desencadenante fue el medicamentoso aunque en la literatura revisada solo se le atribuye un 15-22% a estos y en la mayoría de las ocasiones no se puede detectar el factor desencadenante. La paciente fue tratada con dosis decrecientes de corticoides y con cura de las lesiones ulceradas, evolucionando satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍA

Carrasquer Moya C, López-Baeza JL, Fernández Alonso E, Duran M, Pelaez Hernández A. Vasculitis: características clínicas y diagnósticas. Allergol Inmuno Clin 2001;16(3): 218-24. Niandet P, Rose B, Appel G, Hunder G. Henoch Sholein Purpura. UP to Date 8(1); 2000. Iglesias DiazL, Guerra Tapia A, Ortiz romero PL, editores. Tratado de Dermatología, 2da edición Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana de España 2004. Jimenez Murillo L, Montero perez F Javier, Medicina de Urgencias y emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 4ta Edición 2010, España

199/164. SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS: HIPERCALCEMIA EN EPOC.

AUTORES:

(1) López Mora, A.; (2) Abadías Pérez, J.; (3) Duque Castilla, E.; (4) Ocaña Rodríguez, D.; (4) Fernández López, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Algeciras.; (2) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica DCCU Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.; (3) Médico de Familia. DCCU Algeciras. Algeciras.; (4) Médico de Familia. Centro Salud Algeciras Norte. Algeciras.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 76 años en seguimiento por EPOC en el que se detecta casualmente en analítica de rutina hipercalcemia de origen desconocido.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Anamnesis y exploración física. Determinación de parámetros analíticos: calcemia, fosfatemia, PTH y PTHrP.

JUICIO CLÍNICO

Hipercalcemia tumoral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiperparatiroidismo primario.

COMENTARIO FINAL

Destacar la relativa facilidad del diagnóstico diferencial de la hipercalcemia asintomática como síndrome paraneoplásico más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

Guía Fisterra de Síndromes Paraneoplásicos Hormonales.

(<http://www.fisterra.com/univadis/ficha.asp?idFicha=406>) Manual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (<http://www.seen.es/manualSeen/manual.aspx>).

CASOS CLÍNICOS MÉDICO RESIDENTE ORAL

199/51. HEMATOMA DE LA VAINA DE LOS RECTOS TRAS CRISIS DE TOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES:

(1) Jiménez Tapia, T.; (2) Torrado Morcillo, B.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro De Salud La Orden. Huelva.; (2) Medico Residente 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 60 años, sin factores de riesgo cardiovasculares. Como antecedentes importantes destacamos síndrome fibromiálgico, síndrome depresivo y retrolistesis L4-L5. Fue intervenida de amigdalectomía en la infancia, y está en estudio por Urología debido a quistes sinusales/ectasia leve bilateral.

La paciente acude a su médico de Atención Primaria en numerosas ocasiones por crisis de tos. Inicia tratamiento con fármacos antitusígenos, sin mejoría a lo largo de meses de evolución. Refiere molestias en hipocondrio izquierdo tras las crisis de tos que se autolimitan. Un día la paciente acude de nuevo a su médico por dolor súbito en flanco izquierdo, irradiado a espalda, refractario a analgésicos de primer escalón. Cuenta una crisis de tos intensa esa mañana. En la exploración su médico palpa una masa en hemiabdomen izquierdo por lo que la deriva a urgencias hospitalarias.

A su llegada al hospital la paciente continua con dolor a ese nivel, que aumenta con la tos y con los movimientos respiratorios. Afebril y normotensa. No refiere traumatismos en la zona afecta. Niega otra sintomatología por aparatos ni asocia síndrome constitucional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración encontramos un abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación de hemiabdomen izquierdo, donde palpamos una masa muy dolorosa, no pulsátil, que ocupa prácticamente todo el hemiabdomen.

Solicitamos radiografía de abdomen y analítica urgente, con perfil abdominal y coagulación, resultando todo dentro de la normalidad.

Se realiza una ecografía abdominal no reglada donde visualizamos lo que podría ser una masa/ectasia renal severa. Solicitamos entonces ecografía/TAC abdominal reglada.

JUICIO CLÍNICO

En el TAC de abdomen informan de una masa heterogénea localizada en pared abdominal anterior izquierda de 10cm de diámetro transversal y 5,7 cm

anteroposterior; hallazgo compatible con hematoma de la vaina de los rectos.

Finalmente nuestra paciente ingresa para control evolutivo y tratamiento con analgésicos y AINEs.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los distintos diagnósticos diferenciales pensamos en un tumor, que podría ser renal, retroperitoneal, intestinal, ovárico o metastásico (la paciente no refiere síndrome constitucional y el dolor y la aparición de la masa de forma súbita va en contra de este diagnóstico). Otra opción sería una hidronefrosis, malformación o trombosis renal (la historia clínica de la paciente es compatible con este diagnóstico a priori).

COMENTARIO FINAL

La formación de un hematoma en la vaina de los músculos rectos del abdomen es infrecuente en la práctica clínica. La hemorragia se debe generalmente a la rotura de la arteria epigástrica inferior o de pequeños vasos intramusculares.

El hematoma espontáneo es más infrecuente que el postraumático, y su diagnóstico suele ser difícil. La causa subyacente de estos hematomas espontáneos parece ser la falta de elasticidad de las paredes de los vasos y su incapacidad de acomodación a grandes variaciones de longitud que se producen en los músculos rectos abdominales con la tos, el estornudo, la defecación o el ejercicio intenso.

El tratamiento suele ser conservador, reservándose la cirugía para aquellos pacientes que presenten deterioro hemodinámico por sangrado activo o presenten una infección del hematoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán P Rafael, Paterna L Sandra, Guillén S María Eugenia, Cantín B Sonia, Bernal J Joaquín, Esarte M Jesús María. Hematomas espontáneos de la pared abdominal. Rev Chil Cir [Internet]. 2007 Feb; 59(1): 5-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000100003>.
2. Villena-Tovar, José Francisco. Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso Cirugía y Cirujanos, vol. 78, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 543-545 Academia Mexicana de Cirugía, A.C. Distrito Federal, México
3. Vidal, M. A., M. López-Escobar, C. Medina, R. García, L. M. Torres. "Shock hipovolémico intraoperatorio consecuencia de un hematoma de la vaina de los rectos." Rev. Esp. Anestesiol. Reanim 52.8 (2005): 495-498. Disponible en: <http://sedar.es/restringido/2005/8/7.pdf>
4. García M. P., Martín M. L., Bonachía O., Lázaro J., Butrón J., García J., García R. Ramos R., Lomas M. Hematoma espontáneo de la Pared abdominal: Una causa infrecuente de abdomen agudo, Cirugía Española, Volumen 69, Número 6, 2001, páginas 616-618, ISSN 0009-739X, Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(01\)71820-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(01)71820-9). ([Http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X01718209](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X01718209))

5. Bear, I. G., Robles, M. D. M., Cernuda, R. B., Pérez, J. Á., & Barreiro, J. J. (2000). Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. *emergencias*, 12, 269-271. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Baldonedo/publication/237274036_Hematoma_espontaneo_de_la_vaina_del_recto_un_reto_diagnstico/links/0c960535ff394d8030000000.pdf

199/78. CUANDO LA CLÍNICA NO CONCUERDA CON EL DIAGNÓSTICO INICIAL: 'DOCTOR, LA ANEMIA VA A PEOR'

AUTORES:

(1) Hidalgo Rodríguez, A.; (2) López-Sidro Ibáñez, R.; (3) Fignani Molina, C.; (4) López Rivero, C.; (5) De Cruz Benayas, M.; (6) García Sánchez, T.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chana. Granada.; (4) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Caleta. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Aurora es una mujer de 45 años que acude al servicio de urgencias por astenia y deterioro del estado general de 3 días de evolución.

Acompañada por su madre y su hermana, comentan que de forma gradual y sin causa aparente ha iniciado un cuadro de debilidad generalizada, irritabilidad y ánimo deprimido. Por ello, acudieron a urgencias el día anterior, iniciando tratamiento con hierro oral por probable anemia ferropénica de origen ginecológico (Hb 8.2 g/dl; VCM 74.6 fL). Dado el empeoramiento clínico de la paciente (y refiriendo una metrorragia muy abundante aquella misma noche), deciden volver a urgencias.

Entre los antecedentes personales presenta únicamente hipermenorrea que ha requerido hierro oral en alguna ocasión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Durante la exploración, presenta un aspecto débil, decaído, con llamativa palidez mucocutánea. Mantiene actitud desafiante, evitando el contacto visual. Destaca aplanamiento afectivo. Llama la atención el discurso bradifásico, bradipsíquico, sencillo y repetitivo ('no sé', 'usted sabrá', 'me da igual'). El resto de la exploración (neurológica, cardiorespiratoria y abdominal) es completamente normal.

Sospechando empeoramiento brusco de la anemia se solicitó analítica completa, que paradójicamente mostraba cifras de hemoglobina similares al día anterior (siendo el resto de la analítica normal), transfundiéndose no obstante un concentrado de hematíes. Para descartar ingesta tóxico-medicamentosa se solicitó estudio de orina que resultó negativo.

Dada la normalidad de las pruebas complementarias, se reentrevistó a los familiares para descartar etiología psiquiátrica, los cuales negaban que hubiera sufrido ningún acontecimiento vital estresante que lo justificara: 'parece otra persona, ella suele ser energética, cariñosa y optimista'. Durante su estancia en urgencias (12 horas aproximadamente) no presentó mejoría alguna, por lo que sospechando patología orgánica intracranial, se realizó TAC que evidenció una masa frontoparietal derecha con áreas de necrosis e importante efecto masa. Aurora fue intervenida a los 3 días del diagnóstico, tras lo cual presentó una evolución desfavorable falleciendo finalmente tras 2 semanas en UCI.

JUICIO CLÍNICO

Oligodendrogioma anaplástico tipo III frontoparietal derecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anemia ferropénica, anemia por sangrado agudo, trastorno conversivo, accidente cerebrovascular agudo, delirium hipoactivo, episodio depresivo mayor.

COMENTARIO FINAL

Lamentablemente la mayoría de los síntomas que presentan los pacientes que padecen tumores cerebrales son individualmente poco específicos (con excepción de la epilepsia de inicio reciente), lo cual supone un importante obstáculo para realizar el diagnóstico.

En este caso el síntoma más llamativo es el cambio brusco de personalidad. Según la literatura, se recomienda que en aquellos casos en los que aparezca sintomatología depresiva sin causa aparente que lo justifique es recomendable la realización de prueba de imagen para descartar organicidad.

En nuestro ejercicio profesional es fundamental evitar el anclaje diagnóstico, debiendo, en función de la evolución del paciente y la valoración continuada del mismo, remodelar las hipótesis iniciales y reconducir nuevamente el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Schmidt-Hansen M1, Berendse S2, Hamilton W3. Symptomatic diagnosis of cancer of the brain and central nervous system in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 2015 Dec;32(6):618-23.
- 2.Gutin PH, Posner JB. Neuro-oncology: diagnosis and management of cerebral gliomas--past, present, and future. *Neurosurgery* 2000; 47:1.
- 3.Seddighi A1, Seddighi AS, Nikouei A, Ashrafi F, Nohesara S. Psychological aspects in brain tumor patients: A prospective study. *Hell J Nucl Med*. 2015 Sep-Dec;18 Suppl 1:63-7

199/127. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE DE 15 AÑOS.

AUTORES:

(1) González Lavandeira, M.; (1) Huesa Andrade, M.; (2) Jiménez Varo, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.; (2)

Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 15 años que acude a consulta de Atención Primaria acompañado de su madre por haberle detectado una tensión arterial (TA) de 160/100 (milímetros de mercurio) mmHg de forma casual hace 3 días. Según refiere, la medición de la TA se debió a un “juego de niños” con el tensiómetro de su abuela. Antecedentes personales: cefaleas frecuentes desde hace unos 3 años por lo que nunca había consultado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, asintomático. Sin focalidad neurológica.

Auscultación cardiaca: rítmica a 80lpm.

TA en consulta 150/90mmHg.

Pruebas complementarias:

- Auto Medida de la Presión arterial (AMPA): media de 165/92mmHg
- Analítica sanguínea: hemograma y bioquímica sin alteraciones.
- Analítica orina 24 horas: Dopamina 2134 microgramos (mcg)/ 24 horas.
- Ecografía abdominal: tumoración posiblemente dependiente de riñón izquierdo de 3,2 centímetros (cm).
- Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste: tumoración retroperitoneal sugestiva de paraganglioma.
- Cirugía: Se realiza intervención quirúrgica para extirpación de la tumoración previo bloqueo alfa adrenérgico con fenoxibenzamina 10mg vía oral. Se emplearon dosis elevadas de dos comprimidos cada 8 horas para lograr objetivo de TA por debajo de 140/80mmHg.
- Anatomía patológica: compatible con paraganglioma.
- Estudio genético: pendiente.

JUICIO CLÍNICO

Paraganglioma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- HTA aislada.
- HTA esencial.
- Feocromocitoma.
- Patología renal.

COMENTARIO FINAL

El paraganglioma es un tumor neuroendocrino productor de catecolaminas poco frecuente. En cuanto a los síntomas, la tríada clásica incluye cefalea, sudoración y taquicardia acompañada de HTA. A pesar de su escasa incidencia, es fundamental reconocer las manifestaciones clínicas más frecuentes, solicitar pruebas de imagen y analíticas para descartar la existencia de posibles masas abdominales. Además, es necesaria la realización de estudio genético para filiar las posibles mutaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pham TH, Moir C, Thompson GB, Zarroug AE, Hamner CE, Farley D, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma in children: A review of medical and

surgical management at a tertiary care centre. Pediatrics. 2006;118:1109--17.

2. Lenders JW, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. Phaeochromocytoma. Lancet. 2005;366:665---75.
3. Barontini M, Levin G, Sanso G. Characteristics of pheochromocytoma in a 4- to 20-year-old population. Ann NY Acad Sci. 2006;1073:30---7.
4. Pozo Román J. Feocromocitoma. An Pediatr. 2006;64 Supl 2:92---9.

199/128. AMIGDALECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE CEFALEA RESISTENTE A TRATAMIENTO

AUTORES:

- (1) Leiva-Cepas, F.; (2) López-marín, L.; (3) López-lópez, I.; (4) Reyes Vallejo, R.; (5) Cabello Chanfreut, A.; (6) Fernández García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (2) Graduada en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia. Valencia.; (3) Médico Residente de 3er año. Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (5) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (6) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 27 años de edad. Alérgico a cefditoren pivoxilo. Antecedentes personales: amigdalitis de repetición en la infancia. Alergia estacional y asma alérgica. Cefaleas de componente migrañoso no estudiada por neurología. Sin intervenciones quirúrgicas. No tratamiento actual.

Acude a consulta en febrero de 2013 por cefalea parietal, con buena respuesta a naproxeno. Se instaura tratamiento preventivo con flunarizina. 6 meses después acude por la presencia de la misma sintomatología, con resistencia a analgesia. Se deriva a Neurología para estudio. Cambian tratamiento preventivo a amitriptilina 25 mg/24 h. No existe mejoría.

Meses después el paciente mientras duerme, en presencia de testigos, hace una crisis convulsiva; el paciente no refiere periodo postcrítico ni amnesia del episodio.

A finales del 2015 el paciente comienza con ronquera, debido a hipertrofia amigdalar, se instaura tratamiento con ibuprofeno oral, auxina A y E, sin mejoría. Se decide amigdalectomía y palatoplastia en enero de 2015 cediendo las cefaleas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física normal, incluida la neurológica.
- Analítica: hemograma normal. Bioquímica normal, salvo colesterol 243 mg/dl, HDL 68 mg/dl, LDL 173 mg/dl.
- TAC de cráneo normal.

-RMN de cráneo: normal.

-EEG: normal.

JUICIO CLÍNICO

Cefalea. SAOS por hipertrofia amigdalar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante la presencia de un cuadro de cefalea, lo primero es descartar a través de la exploración neurológica la alteración que implique patología estructural. La existencia de factores predisponentes a los episodios de cefalea más intensos, así como elementos excitantes; incluyendo factores estresantes.

COMENTARIO FINAL

En el caso que implica a este paciente, la existencia de una obstrucción de la vía aérea superior por la hipertrofia amigdalar conlleva la generación de un SAOS, por el cual el paciente no tiene una buena ventilación y descanso nocturno, el aumento del CO₂ por las apneas implica cefaleas que son resistentes a tratamiento. La exploración de la cavidad oral o la existencia de obesidad concomitante puede ser un factor predisponente, a considerar en el tratamiento de las cefaleas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flemons WW. Obstructive sleep apnea. N Engl J Med 2002; 347:4 98-504.
2. Hoffstein V, Szalai JP. Predictive value of clinical features in diagnosing obstructive sleep apnea. Sleep 1993; 16:118-122.
3. Newman LC, Lipton RB, Solomon S. The hypnic headache: a benign headache disorder of the elderly. Neurology. 1990;40: 1904-1905.

199/130. POR QUÉ TENGO LA CARA HINCHADA?

AUTORES:

(1) López-sidro Ibáñez, R.; (2) López Rivero, C.; (3) Hidalgo Rodríguez, A.; (4) García Sánchez, T.; (5) De Cruz Benayas, M.; (5) Aguirre Rodríguez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años con varios episodios de parálisis facial recurrente, que comenzaron a la edad de 17 años, con una ligera paresia hemifacial izquierda residual, sin otros antecedentes personales de interés, acude a consulta por edema labial y hemifacial izquierdo de varios días de evolución, sin otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se aprecia eritema y edema firme labial, acompañado de tumefacción hemifacial y lengua fisurada, el resto de la exploración física es normal.

Se realizó analítica incluyendo hemograma, bioquímica y estudio inmunológico, incluyendo C1 inhibidor, que resultaron normales.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Varias enfermedades pueden cursar con tumefacción orofacial crónica¹, debe descartarse el angioedema, tanto idiopático como alérgico (ver historia de toma de inhibidores de enzima convertidora de angiotensina), infecciones, como la erisipela recurrente, dermatitis de estasis, enfermedades granulomatosas como la sarcoidosis y enfermedad de Crohn, también se debe tener en cuenta reacciones a cuerpo extraño, que pueden darse tras la infiltración de distintas sustancias en tratamientos estéticos.

COMENTARIO FINAL

El SMR es un trastorno neuromucocutáneo de etiopatogenia todavía desconocida², se caracteriza por la triada clínica³: parálisis facial recurrente, edema orofacial y lengua geográfica, se estima una prevalencia en torno al 0.08% de la población, aunque se cree infradiagnosticado, debido principalmente a que son mucho más frecuentes las formas oligo y monosintomáticas, presentándose el cuadro clínico completo entre el 8 y el 25% de los casos.

El diagnóstico es eminentemente clínico, pero se aconseja confirmación histopatológica, caracterizada por granulomas epiteloides no caseosos, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico⁴.

El tratamiento es sintomático⁵, siendo los corticoides, tópicos, en infiltración o sistémicos, la primera elección, se han probado otras terapias con clofazimina, antiinflamatorios no esteroideos, hidroxichloroquina, dapsona, sulfapiridina, danazol y antibióticos de amplio espectro con resultados variables. El tratamiento quirúrgico, mediante queiloplastia de reducción, estaría indicado para minimizar el defecto estético, y la descompresión de nervio facial, en las parálisis de larga evolución.

Aunque el pronóstico es bueno, la recurrencia de los síntomas puede afectar de manera importante la vida de los pacientes con SMR, siendo conveniente la valoración de estos pacientes por un equipo multidisciplinar constituido por dermatólogos, estomatólogos, neurólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tàrrega Porcar ML, Pitarch Bort G, Gómez Vives B, Jiménez Borillo E, Bellido Segarra M, Batalla Sales M. Síndrome de Melkersson-Rosenthal. fml. 2013; 17(18):3p
2. Ang KL, Jones NS. Melkersson-Rosenthal Syndrome. The Journal of Laryngology & Otology 2002;116:386-8.
3. Romero Maldonado N, Sendra Tello J, Moreno Izquierdo R. Síndrome de Melkersson-Rosenthal: tríada

clínica clásica. Actas Dermosifiliogr. 1999;90:623-6. - Vol. 90 Núm.12

4. Greene RM, Rogers RS. Melkersson-Rosenthal syndrome: a review of 36 patients. J Am Acad Dermatol 1989;21:1263-70.

5. Martínez-Menchón T, Mahiques L, Pérez-Ferriols A, et al. Síndrome de Melkersson-Rosenthal,. Actas Dermosifiliogr. 2003;94:180-3. - Vol. 94 Núm.03. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-13045979-S300>

199/135. CRISIS ASMÁTICAS DE REPETICIÓN COMO EXPRESIÓN DE UNA VASCULITIS.

AUTORES:

(1) Pérez Castro, M.; (2) Muñoz González, L.; (3) Ruiz Del Moral, L.; (3) Luna Moreno, M.; (3) Reina González, R.; (4) Sánchez Pérez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico Residente de 2do año. 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 42 años, con antecedentes personales de asma persistente leve y sinusitis de repetición. Acude a consulta de Atención Primaria por presentar tos, mucosidad y falta de aire de 2-3 días de evolución. Su Médico de familia lo diagnostica de un posible catarro de vías altas y pauta tratamiento sintomático. Posteriormente acude por persistencia del cuadro junto con autoescucha de sibilancias nocturnas, siendo diagnosticado de hiperreactividad bronquial y precisando tratamiento con aerosolterapia. Tras ello acude al Servicio de Urgencias por presentar crisis asmáticas casi a diario que empiezan a alterar la actividad y el sueño, donde realizan radiografía de tórax en la que se aprecia un infiltrado bilateral pulmonar difuso y pautan antibioterapia. El paciente presenta mejoría parcial, pero continúa asistiendo a consulta de Atención Primaria de forma reiterada por persistencia de tos, mucosidad y sibilancias. Ante la situación su Médico lo deriva a Neumología, siendo diagnosticado de asma persistente grave. A pesar del tratamiento prescrito, el paciente no mejora, asociando además fiebre, pérdida de apetito y pérdida de peso. Es derivado de nuevo a Neumología donde realizan una analítica sanguínea en la que se aprecia eosinofilia, y una tomografía computerizada de tórax en la cual aparecen infiltrados bilaterales migratorios no cavitados, siendo el paciente diagnosticado de una vasculitis de mediano y pequeño vaso denominada Churg-Strauss.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración: auscultación respiratoria: sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares, roncus en bases. Aspecto caquético. Pruebas complementarias:

Radiografía torácica: infiltrado intersticial difuso. Análisis sanguíneo: eosinofilia. Tomografía computerizada de tórax: infiltrados bilaterales migratorios no cavitados.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Churg-Strauss

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndromes de tos crónica, síndrome de hiperventilación, rinitis, neumonías, fibrosis pulmonar, EPOC, bronquiectasias, bronquitis obliterante, estenosis de vías aéreas, inhalación de cuerpo extraño, cáncer de pulmón, insuficiencia cardiaca, reflujo gastroesofágico, síndrome Widal, enfermedades sistémicas (vasculitis).

COMENTARIO FINAL

- La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma. Es frecuente que estos pacientes consulten en Atención Primaria por distintos síntomas.

- El asma es el signo más común del síndrome de Churg-Strauss, pero dicho síndrome es una enfermedad sistémica rara que puede causar una amplia gama de signos y síntomas, lo que hace difícil su diagnóstico.

- Siempre debemos tener en cuenta los antecedentes médicos de los pacientes. En nuestro caso, el diagnóstico se basa en los antecedentes personales del paciente además de los resultados de análisis de sangre anómalos, radiografía de tórax o TAC

- El Síndrome de Churg-Strauss es raro y no tiene cura, pero podemos ayudar a controlar los síntomas con esteroides y otros medicamentos inmunosupresores potentes

- Recalcar la importancia de los contactos repetidos con el Médico de Familia para el diagnóstico de enfermedades raras. Ante un paciente que consulta de forma reiterada por algún cuadro, recordar que éste puede formar parte de alguna enfermedad rara.

BIBLIOGRAFÍA

- Lacerda Fernandes G, Araújo Teixeira A, Santana Antón AG, Rodrigues Reis AT, Rezende de Freitas AC, Bachour Basílio D. Churg-Strauss syndrome: a case report. Radiol Bras. 2014 Jul-Aug; 47(4): 259–261

- Etxeberria Agirre A, Rotaeché del Campo R. Diagnóstico y clasificación del asma. Última revisión 09/03/2012. Guías Fisterra. Citado 2016. Disponible en URL: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2184/guias-clinicas/diagnostico-clasificacion-asma/#3737>

199/136. EPILEPSIA FOCAL

AUTORES:

(1) Leiva Cepas, F.; (2) Martíncano Gómez, J.; (2) Russo Sivianes, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (2) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica. Aracena. Huelva.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes familiares: Madre con síndrome depresivo. Un hermano muerto en accidente laboral.

Antecedentes personales: Mujer. 37 años. Nacida en Tingo (Perú). Casada. En su país se ocupaba de sus dos hijos pequeños y trabajos agrícolas. En el 2010 su marido emigró a España. Reagrupación familiar en el 2013.

En España ha trabajado como doméstica, cuidadora y actualmente como camarera. No alergias, no hábitos tóxicos, no ejercicio. Frecuentes cefaleas tensionales achacadas a la vivencia de la muerte de su hermano y a las condiciones laborales precarias que soporta. Pterigón bilateral.

Descripción de la anamnesis:

Hace dos meses acude a consulta por haber despertado durante el sueño nocturno, en dos ocasiones y con una semana de diferencia, de manera súbita y en un estado de temor sin una causa aparente. Sin criterios de derivación a Salud Mental, se inicia tratamiento ansiolítico. Al mes es atendida en urgencias de AP y urgencias hospitalarias manteniéndose diagnóstico y tratamiento. Una semana después acude a urgencias pues el cuadro se acompaña de temblor autolimitado del hemicuerpo izquierdo. Se deriva por Epilepsia tardía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se estudia con anamnesis y exploración física y analítica (Hemograma y bioquímica, proteinograma, función tiroidea, serología hepática, ANA, VIH, RPR, orina, ECG, y RNM craneal. Destaca el resultado de la RNM con dos lesiones quísticas en área cortical temporal, sugestivo de cisticercosis. Se indica tratamiento con Levetiracetam, albendazol y prednisona. Se solicita serología específica, ecografía y fondo de ojo (pendientes).

JUICIO CLÍNICO

Neurocisticercosis activa parenquimatosa. Epilepsia Focal en Marcha Jacksoniana.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe diferenciarse de otros cuadros neurológicos con sintomatología similar (tumores u otros procesos infecciosos del SNC, migrañas sin aura o con cefaleas tensionales).

COMENTARIO FINAL

El hombre se infecta del cestodo *Taenia solium* por contagio directo (manipuladores, convivencia...) o la ingestión de huevos por agua y alimentos contaminados. De susceptibilidad universal es prevalente en algunas regiones (África, sudeste asiático, América central y del sur- y Europa Oriental) y hasta principios del s. XX en el sudeste peninsular español.

Puede ocasionar dos tipos de infección según infecte el gusano adulto del intestino delgado (teniasis) o las larvas de los tejidos (cisticercosis). La clínica la induce la respuesta inflamatoria local al parásito y por el efecto de la lesión ocupante de espacio (músculos, tejido subcutáneo, SNC, ojos).

La forma de presentación más frecuente de la neurocisticercosis es la crisis epiléptica, seguida de la cefalea. Pueden pasar años (incluso más de 10) desde la exposición a los síntomas. Y es la causa más frecuente de epilepsia adquirida.

Se ha sugerido que la administración de antihelmínticos a inmigrantes procedentes de zonas de alta prevalencia como más adecuado que la realización de screening. Un interrogatorio sucinto sobre el país de origen (conductas de riesgo, prevalencia y endemidad) orientará al médico hacia las patologías que pueden explicar el motivo de consulta o que el individuo tiene mayor riesgo de padecer. La neurocisticercosis ha dejado de ser uno de esos diagnósticos excepcionales y dado su carácter previsiblemente emergente en nuestro medio, los profesionales sanitarios debemos conocer dicha enfermedad e incluirla en los algoritmos de diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Garcia Hector H, Nash T, Del Brutto O. Clinical symptoms, diagnosis, and treatment of Neurocysticercosis. Lancet Neurol 2014; 13: 1202–15
Woodhall, D; Jones, J; Cantey, P; Wilkins, P; Montgomery, S. Neglected Parasitic Infections: What Every Family Physician Needs to Know. American Family Physician, 2014 (89) 10: 803-11

199/138. HIPERTENSIÓN SECUNDARIA A ESTENOSIS ARTERIA RENAL DERECHA

AUTORES:

- (1) Huesa Andrade, M.; (1) González Lavandeira, M.; (2) Jiménez Varo, I.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.; (2) Medico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de Macarena. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente, mujer de 44 años de edad con diagnóstico en 2011 de hipertensión arterial. En los últimos dos meses presenta varios episodios de crisis hipertensivas y cifras de tensión arterial elevadas. En tratamiento con IECA y tiazidas, se ajusta la dosis y se añade un nuevo fármaco, con mala tolerancia y persistencia de la clínica. Dado la mala evolución y falta de control de las cifras, se decide la realización de pruebas complementarios para descartar otras causas posibles de hipertensión arterial.

Como antecedentes personales, la paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular presenta hipertensión y dislipemia en tratamiento con estatinas. No presenta otros antecedentes médicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente presenta buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable (160/ 80). A 65 latidos por minuto (lpm) Índice de masa corporal (IMC) de 20.02 (dentro de la normalidad). La auscultación cardiopulmonar era rítmica y sin soplos, a unos 65 latidos por minuto. El murmullo vesicular estaba conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Saturando al 99 %. Resto de examen sin hallazgos destacables.

Se le realiza como pruebas complementarias: analítica completa con hemograma, bioquímica y coagulación siendo normal. TAC con contraste: Aorta abdominal de calibre normal. Tronco celíaco, mesentérica superior y renal izquierda normal. Arteria renal derecha con estenosis y posible angiodisplasia. Se objetiva zona con retraso de contraste, realizándose por medio de la rama cortical dependiente de la arteria lumbar. Podría estar en relación con la oclusión de rama segmentaria compensada posteriormente. Se realiza tratamiento angiodisplásico con catéter balón, con éxito. Suspendiéndose el tratamiento antihipertensivo. Actualmente en revisiones (MAPA y ecocardiografía dentro de la normalidad)

JUICIO CLÍNICO

Estenosis arteria renal derecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertensión arterial esencial, feocromocitoma, coartación aórtica, hiperaldosterolismo

COMENTARIO FINAL

La importancia de este caso clínico radica en la necesidad de barajar diagnósticos diferenciales menos frecuentes en patologías tan prevalentes como la hipertensión arterial, refractaria al tratamiento. Así como tener un seguimiento estrecho con nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zachrixon K, Herlitz H, Lonn L, M F, H E. Duplex ultrasound for identifying renal artery stenosis: direct criteria re-evaluated. Acta Radiologica. 2016 Abril. (Epub ahead of print)
2. García Gómez M, Fernández Fresnededo G, S SdC. Hipertensión arterial renovascular secundaria a estenosis de la arteria polar. Nefrología. 2002; XXII(1): p. 85-86.
3. Cuxart M, Picazo M, Matas M, Canalias J, Nadal C, Falcó J. Hipertensión arterial y estenosis de la arteria accesoria. Nefrología. 2007; 27: p. 510-511.

199/142. ERUPCIÓN DE AMPOLLAS EN CORONA DE JOYAS.

AUTORES:

(1) Romero Recio, J.; (2) Vizcaíno Rodríguez, F.; (3) Coronel Pérez, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Cazalla. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.; (3) Dermatóloga. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 41 años, con hipotiroidismo primario y crisis de broncoespasmo desde hace unos años, que consulta por lesiones pruriginosas en la cara, tronco y miembros de una semana de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración aparecen ampollas tensas agrupadas dispuestas en anillo junto a ampollas denudadas e hiperpigmentaciones residuales, así como lesiones con costras melicéricas sugestivas de impetiginización.

La analítica realizada en Urgencias no mostró alteraciones de interés salvo leucocitosis 15.2 ml/mm3 con 70,4% de neutrófilos y PCR 113,4.

Se tomó muestra para citodiagnóstico de Tzank que fue negativo. En el cultivo del exudado de una ampolla se aisló *Staphylococcus aureus*. La biopsia de la piel en el borde de una ampolla mostró una ampolla subepidérmica y en piel sana la inmunofluorescencia directa mostró depósito lineal de IgA en la membrana basal de la epidermis.

JUICIO CLÍNICO

Dermatosis IgA lineal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las ampollas generalizadas pueden aparecer en las enfermedades ampollosas autoinmunes (pénfigo, penfigoide ampolloso, dermatitis herpetiforme), impétigo ampolloso, dermatitis de contacto, toxicodermia, prurigo simple, traumatismos o enfermedades genéticas (epidermolisis ampollosa).

COMENTARIO FINAL

La Dermatosis IgA lineal es una enfermedad autoinmune ampollosa de la piel poco frecuente, que puede aparecer en cualquier momento de la vida, sin predominio racial. Está provocada por anticuerpos IgA dirigidos contra diversas proteínas de la unión dermoepidérmica, entre ellas proteínas de 97, 180, 230, 250 y 285 kDa. Considerada al principio como una manifestación de la Dermatitis Herpetiforme, se sabe en la actualidad, en base a estudios inmunopatológicos e inmunogenéticos, que se trata de una entidad distinta. Cursa con vesículas y ampollas tensas de contenido seroso o hemorrágico, simétricas y de predominio en tronco y miembros, agrupándose de forma anular (“collar de perlas”). A diferencia de otras enfermedades autoinmunes ampollosas cutáneas, el tratamiento se realiza habitualmente con sulfonas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnadas MA. Dermatosis ampollar IgA lineal. Piel 2001;16:324-30.
2. Bickle KM, Roark TR, Hsu S. Autoimmne bullous dermatoses: a review. Am Fam Physician. 2002;65:1861-70.
3. García-García C, Cepeda-Valdés R, Alarcón G, Gómez-Garza AA, Salas-Alanís JC. Dermatosis ampollar por depósitos de IgA lineal: reporte de un caso. Medicina Universitaria 2013;15:135-40.
4. Egan CA, Zone JJ. Linear IgA bullous dermatosis. Int J Dermatol. 1999;38:818-27.

199/176. MUJER DE 38 AÑOS DE EDAD CON DOLOR EN HIPOCONDRIOSO IZDO

AUTORES:

(1) Pérez Puertas, G.; (2) Villar Sánchez, R.; (3) Villar Cruz, D.; (4) Parejo Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Castellar. Ciudad Real. Santiago.; (2) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de Móstoles. Madrid.; (3) Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda. Jaen.; (4) Servicio de Mededicina Interna. Hospital de Motril. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 38 años de edad,fumadora de 5 cig/dia y con AP: gastritis por Helicobacter pylori, rinitis alérgica y cefaleas ocasionales.

Tto actual: ACO,,bilastina 10 mg,omeprazol 20 mg. AF: Padre diabético, EPOC, Madre :HTA.

Acude a consulta por dolor abdominal intenso en flanco izdo no irradiado, acompañado de náuseas, no vómitos, no fiebre y un episodio de diarrea sin productos patológicos.No síntomas miccionales.

Exploración anodina . TA 145/85. Posible GEA .Tto dieta blanda,buscapina/8 h

A los 5 días la paciente acude de nuevo por un nuevo episodio de dolor abdominal en flanco izdo acompañado en esta ocasión de diaforesis,nerviosismo y palidez cutánea.

Se deriva a urgencias hospitalarias .

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

REG, palidez muco-cutánea, febrícula (37.7°), sudorosa.

TA 149/89

ACP: Taquicárdica, no soplos, mvc sin ruidos patológicos.

Abdomen blando depresible,doloroso a la palpación difusa en hemiabdomen izdo,PPRI(+).

Resto de la exploración normal.

Bioquímica:hiponatremia moderada

Hemograma : leucocitosis con desviación a la izda .

PCR : 16.5

Rx torax-Abdomen : normales

ECO-ABDOMINAL: se evidencia una tumoración en glándula suprarrenal izda .

TAC abdominal :se objetiva una masa de 7.5 cm de diámetro dependiente de glándula suprarrenal izda

que plantea realizar dco diferencial entre feocromocitoma o carcinoma suprarrenal .

JUICIO CLÍNICO

feocromocitoma

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma suprarrenal

Aldosteronoma

COMENTARIO FINAL

En este caso el diagnóstico de feocromocitoma no se sospechó por presentar HTA, que es la clínica más frecuente de presentación .

El cuadro debutó con dolor abdominal acompañado de diaforesis y nerviosismo, por lo que se realizó una ecografía abdominal que evidenció una tumoración en glándula suprarrenal izda.

Tras este resultado se realizó un TAC abdominal que describió una tumoración con una masa de 7,5 cm dependiente de glándula izda.suprarrenal .

El pronóstico es bueno,excepto en los casos de enfermedad maligna como resultó ser en nuestra paciente, en los que la tasa de supervivencia a los 5 años es menor del 50%. La cirugía del feocromocitoma no siempre conduce a la curación de los pacientes incluso con tumores benignos.

Así pues el seguimiento clínico y bioquímico de los pacientes debe ser indefinido.

Es importante sospechar, confirmar, localizar y resecar el feocromocitoma por varias causas:

1º.Hipertensión Arterial asociada,curable con la resección del tumor.

2º Riesgo de Muerte Súbita

3ºPresentar malignidad en un 10% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1)Manna NN,Kenady DE. Hypertension in patients with pheochromocytoma.cur Hypertens 1999;1: 540-5

2)Dluhy R, Lawrence J, Willians RH. Hipertensión de origen endocrino. Tratado de Endocrinología Clínica .RH Willians .10ª ed. USA :Ed. Elsevier;2000 .p. 677

3)Medicine 11ª serie 2012; 11(15):918-922

CASOS CLÍNICOS

CASOS CLÍNICOS POSTER MÉDICO RESIDENTE

199/2. PRURITO DE ORIGEN SISTÉMICO: UN CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Becerra Piñero, R.; (2) Rojo Iniesta, M.; (3) González Jiménez, P.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria por presentar prurito generalizado, de dos semanas de evolución, sin mejoría clínica tras tratamiento con antihistamínicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

*Exploración física: TA 110/65, FC 110 lpm, Afebril. Piel con lesiones secundarias por rascado en extremidades, abdomen y tórax, sin otras lesiones asociadas.

Resto de exploración normal.

*Pruebas complementarias:

-Analítica sangre: hemograma normal, glucosa 88, creatinina 0,59, iones normales, transaminasas y bilirrubina normal. Ag antitransglutaminasa Ig A negativo, TSH <0,005, T4L 2,24, T3L 23.28.

JUICIO CLÍNICO

Hipertiroidismo primario

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedades hepáticas y vías biliares
- Ferropenia
- Diabetes mellitus
- Mastocitosis
- Enfermedad renal
- Enfermedad infecciosa
- Estrés emocional

COMENTARIO FINAL

La paciente mejoró a las 2 semanas de iniciar tratamiento con antitiroideos, quedando asintomática con el posterior control de la enfermedad tiroidea. El prurito puede ser la primera manifestación en pacientes con hiperfunción tiroidea, afecta de un 4 a un 11%, siendo más frecuente en pacientes con Enfermedad Graves-Basedow o con hipertiroidismo prolongado no tratado. La causa de este prurito parece ser el aumento de vascularización cutánea y el aumento de temperatura de la piel. La posible relación de un prurito de origen desconocido, sin lesiones dérmicas primarias, obliga al médico de atención primaria a la realización de una anamnesis y exploración meticulosa, acompañado de una analítica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Shivakumar T, Chaidarun S. Resistance to thyroid hormone in a patient with coexistence Graves disease. Thyroid. 2010;20:213-6.
- 2.Foz M. Enfermedades del tiroides. En: Farreras Valentí P, Rozman C, editores. Medicina Interna (11.^a ed.). Barcelona: Doyma, 1998; 1997-2048.
- 3.Greaves MW. Fisiopatología y aspectos clínicos del prurito. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editores. Fitzpatrick. Dermatología en medicina general. 6.^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 460-8.

199/3. ANSIEDAD EN EL POSPARTO: UN CASO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

- (1) Becerra Piñero, R.; (2) Bellido Salvatier, A.; (3) Molina García, P.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente De 4to Año De Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 37 años, sin antecedentes de interés, que al mes de su primer parto eutócico, comenzó con 3

ó 4 episodios al día de sudoración y nerviosismo, sin palpitaciones, fiebre, mialgias ni alteraciones del comportamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

*Exploración Física: frecuencia cardíaca de 72 lpm, tensión arterial 100/60 mmHg, afebril y eupnéica; en la palpación tiroidea se apreciaba una glándula aumentada de tamaño de forma difusa, sin nódulos, de consistencia blanda y no dolorosa.

*Pruebas complementarias: Analítica sangre : en la que destacó una T4 libre de 6,7 ng/dl (0,85-2,10 ng/dl) y TSH de 0,01 mUI/L (0,20-5,00 mUI/L).

JUICIO CLÍNICO

Tiroiditis posparto

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Depresión posparto
- Sd ansioso
- Sd anémico

COMENTARIO FINAL

La paciente fue diagnosticada de tiroiditis postparto (TPP), y no requirió tratamiento para el control de sus síntomas, que a los 5 meses después del parto habían desaparecido. Llegado este momento, se realizó una analítica de control, objetivándose unas cifras de T4 libre de 0,39 ng/dl, TSH de 150 mUI/L, anticuerpos antitiroglobulina de 911 UI/ml (inferior a 120 UI/ml) y anticuerpos antiperoxidasa superiores a 773 UI/ml (inferior a 65 UI/ml). Al octavo mes del parto se normalizaron los parámetros, con una T4 libre de 1,03 ng/dl y una TSH de 0,84 mUI/L. Actualmente, la paciente permanece eutiroidea.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr Rev 1997;18:404-33.
- 2..Stagnaro-Green A. Postpartum thyroiditis: clinical review 152. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87:4042-4047.

199/7. INFECCIÓN RESPIRATORIA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

AUTORES:

- (1) Llimona Perea, I.; (2) Perea Cejudo, I.; (3) Navarro Domínguez, M.; (4) Alcarazo Fuensanta, H.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de AP Sevilla. Centro De Salud Ronda Histórica. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla.; (3) Médico Interno Residente 2do año. Distrito Sanitario AP Sevilla. Centro De Salud Mercedes Navarro. Sevilla.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 43 años, sin antecedentes personales de interés. No fumador, no bebedor ni otros hábitos tóxicos.

Comienza con cuadro catarral de vías altas y fiebre de hasta 38.5°C, de inicio más o menos brusco, artromialgias y malestar general.

Se inicia un tratamiento sintomático con antitérmicos. Después de 48 horas de evolución no experimenta mejoría y se añade a la clínica los persistentes con expectoración amarillenta, empeoramiento del estado general y en la auscultación respiratoria se perciben crepitantes finos en base izquierda, ante lo cual se inicia un tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico sospechando neumonía adquirida en la comunidad.

Después de 4 días de tratamiento el paciente comienza con dificultad respiratoria, experimenta picos febriles de hasta 40°C que no ceden con antitérmicos y en la auscultación se perciben crepitantes finos bibasales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En cuanto a la exploración el paciente experimenta un empeoramiento progresivo, comenzando como un cuadro catarral leve, con auscultación normal y resto de exploración anodina; y evolucionando con un empeoramiento del estado general:

- Auscultación cardiopulmonar: Tones rítmicos, ligeramente taquicárdicos, murmullo vesicular disminuido de forma generalizada con crepitantes finos bibasales.
- Saturación de O₂ sin aportes: 91%
- Radiografía de Tórax: Infiltrado difuso de ambas bases pulmonares, no pudiéndose descartar discreto pinzamiento seno costodiafragmático izquierdo.
- Analítica: Hemograma, normal. Bioquímica, iones y función renal normal. PCR 213. Perfil abdominal normal salvo GOT 132, GPT 98.
- Hemocultivo: negativo.
- Cultivo de esputo: flora habitual.

Ante la clínica del paciente y el resultado de estas pruebas complementarias se planteó la posibilidad de diagnóstico de neumonía atípica, de forma que se solicitó:

- Serología Gripe: Positivo para Virus Influenza A.
- El paciente no se había vacunado de la gripe pues no formaba parte de ningún grupo de riesgo.

JUICIO CLÍNICO

Neumonía Bibasal Atípica por Gripe A.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el momento evolutivo de la enfermedad se plantearon diferentes diagnósticos diferenciales.

- Al comienzo del cuadro: Catarro de vías altas.
- Tras las primeras 48 horas: Neumonía adquirida en la Comunidad.
- Despues de 4 días de tratamiento antibiótico y el empeoramiento de la clínica: Neumonía atípica probablemente viral.

COMENTARIO FINAL

Con este caso clínico pretendemos hacer hincapié en la importancia de la observación y valoración continua de los pacientes en caso de que la evolución no sea la esperada.

A pesar de tratarse de un paciente joven sin antecedentes de interés ni factores de riesgo, hemos visto

como siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de complicación de un proceso gripal, y manejar otras posibilidades diagnósticas aunque sean más infrecuentes.

Otra de los aprendizajes que extraemos del caso es la importancia de la vacunación antigripal en población de riesgo, más susceptibles a estas complicaciones y con un pronóstico más oscuro que un paciente joven sin antecedentes como en nuestro caso. El paciente evolucionó de forma favorable a pesar de precisar ingreso hospitalario durante 6 días para recibir tratamiento con oxigenoterapia y oseltamivir.

BIBLIOGRAFÍA

Farreras-Rozman. 17Edición.

ORTEGA-ALONSO, Aida, et al. Hepatitis aguda en una paciente con gripe A: ¿casualidad o causalidad?. Gastroenterología y Hepatología, 2016, vol. 39, no 1, p. 20-21.

199/8. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: RESTO DIAGNÓSTICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES:

(1) Bellido Salvatier, A.; (1) Rojo Iniesta, M.; (2) Ruizcabello Crespo, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Carranque. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 41 años, camarera de profesión, sin AP de interés.

Acude a consulta, en dos ocasiones, por cuadro de parestesias y debilidad en miembros inferiores de tres semanas de evolución, que en los últimos días le dificulta la deambulación.

Se decide derivarla al servicio de urgencias. Posteriormente se cursa ingreso en el servicio de Neurología donde, tras la realización de pruebas complementarias, se obtiene el diagnóstico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la EF destaca en ambos miembros inferiores: Reflejos osteotendinosos exaltados y espasticidad.

AS: hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucosa 100 mg/dL; Úrea 35mg/dL; Creatinina 0,9; Na 125 meq/L; K 3,8 meq/L; Ca 9 mg/dL. Fe 60 mcg/dL; Ferritina 90ng/mL.

Rx columna dorsolumbar: cuerpos vertebrales con adecuada alineación. No disminución de espacios intervertebrales ni signos de desplazamientos.

JUICIO CLÍNICO

Esclerosis Múltiple

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

EEII; Enfermedades infecciosas y vasculares. Estados de hipercoagulabilidad. Malformaciones vasculares cerebrales o medulares. Enfermedades degenerativas, genéticas y metabólicas.

Defecto Vit B12. Sd paraneoplásico. Mielopatía cervical.

COMENTARIO FINAL

El papel de la atención primaria ante un paciente con sospecha de EM es primordial, dado que su detección precoz influye de forma positiva en la progresión de la enfermedad. El hecho de que aparezca en pacientes jóvenes y, que los síntomas y signos neurológicos sean tan variables, hace que se pueda pasar por alto el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández O, Fernández VE. Esclerosis múltiple: una aproximación multidisciplinaria. Madrid: Asociación Española de Esclerosis Múltiple, 1994.
Martín Ozaeta G, Hernández Regadera JJ, Arrizu Urdiaín T. Formas clínicas y evolutivas. Diagnóstico y escalas en la esclerosis múltiple. Medicine 1998;7: 4320-8.

199/9. MEJORANDO EL TRATAMIENTO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO (VPPB) EN ATENCIÓN PRIMARIA: MANI- BRAS DE REPOSICIÓN CANALICULAR.

AUTORES:

(1) Alcarazo Fuensanta, H.; (2) Llimona Perea, I.; (3) Navarro Domínguez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de AP Sevilla. Centro De Salud Ronda Histórica. Sevilla.; (3) Médico Residente 2do Año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 63 años que consulta por episodios breves de sensación de giro de objetos con náuseas y vómitos asociados. Normalmente inician con los giros de cabeza hacia la derecha. Niega síntomas cocleares (hipoacusia, acúfenos).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PA 137/80, otoscopia normal, exploración neurológica normal con fuerza, sensibilidad y pares craneales conservados y test vestibulares negativos. Maniobra de Dix-Hallpike (nictagmo provocado) positiva.

JUICIO CLÍNICO

Vértigo posicional paroxístico benigno.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Resto de vértigos periféricos (neuronitis vestibular, laberintitis, Ménière, neurinoma del acústico, fármacos o tóxicos) y vértigo central.

COMENTARIO FINAL

Las maniobras de reposición canalicular (Epley, Semont) suponen un procedimiento terapéutico eficaz y eficiente, que se puede practicar en la consulta de atención primaria tanto por infraestructura como por tiempo (no precisan más de 2-3 minutos) y que mejora los resultados del tratamiento farmacológico en

el VPPB. Solamente hay que evitarlas en pacientes con artrosis cervical o estenosis carotídea severas.

BIBLIOGRAFÍA

Guía Fisterra Vértigo, Manual de exploración vestibular para residentes de ORL – M. Oliva (F.E.A ORL H.U. Puerto Real, Cádiz), Guía de Actuación en Atención Primaria.

199/20. BOCIO

AUTORES:

(1) Espinola Coll, E.; (2) Bernal Hinojosa, A.; (3) García Gollonet, B.; (4) Cano García, J.; (5) Gallego Castillo, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente 3er año. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (3) Médico Residente 3er año. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; (4) Médico Residente 1er año. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro De Salud Coín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 22 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni patologías de interés, natural de Ecuador.

Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por aumento de volumen de región anterior del cuello de dos meses de evolución, refiere cambios en la voz, a la exploración impresiona de bocio tiroideo, con nódulos palpables, por lo que se solicita analítica con perfil tiroideo y es derivado a consultas externas de Endocrino.

Valorado de nuevo en nuestra consulta por que ha acudido al servicio de urgencias por fiebre y tos de cinco días de evolución, le han pautado tratamiento antibiótico con Amoxicilina por sospecha de infección respiratoria, pero no encuentra mejoría. Tras explorar al paciente se auscultan crepitantes en ambas bases pulmonares, se solicita radiografía de tórax en la que se objetiva ensanchamiento mediastínico se decide derivar a Hospital con carácter urgente para estudio de masa mediastínica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente y orientado, buen estado general.

Cabeza y cuello: Se palpan adenopatías cervicales de unos 2-3 centímetros, duras adheridas a planos profundos. Bocio tiroideo con varios nódulos palpables. Auscultación: Tonos rítmicos sin soplos, Murmullo vesicular conservados con crepitantes en ambas bases

-Analítica sanguínea: Leucocitos 5600 (neutrófilos 43%), Hb 9.5, PCR 114 Resto sin hallazgos.

-TSH: 4.35, T4 1.49, Antitpo negativo.

-Serología: IgG + CMV y VEB, IgM negativo, resto de virus negativos.

-Radiografía tórax: Ensanchamiento mediastínico. No imágenes de condensación.

-TAC: Adenopatías de tamaño significativo laringocervicales, supraclaviculares mediastínicas e

hiliares, Derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia y lesiones focales en bazo.

-Biopsia Adenopatía: linfoma de hodgkin clásico, celularidad mixta. (con células neoplásicas de Hodking y Reed-Sternberg CD 15 y CD 20)

JUICIO CLÍNICO

Linfoma de Hodgkin Clásico estadio IIIb

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Bocio Endotorácico.

Bocio Multinodular.

Infección respiratoria.

COMENTARIO FINAL

El paciente fue ingresado en el Hospital para realización de pruebas complementarias pertinentes, se inició quimioterapia previo criopreservación del semen. El linfoma de Hodgkin es uno de los linfomas más frecuentes en países occidentales, son múltiples las formas de presentación, siendo la más típica por adenopatías. El paciente consultó por sensación de aumento de región cervical anterior y orientamos al paciente a que pudiera tener un bocio, derivando a consulta de endocrino para estudio, pero el paciente ya contaba con adenopatías laterocervicales y supraclaviculares, por lo que a la hora de explorar la región cervical hay que hacerlo por completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watanabe N, Noh JY, Narimatsu H, Takeuchi K, Yamaguchi T, Kameyama K, et al. Clinicopathological features of 171 cases of primary thyroid lymphoma: A long-term study involving 24,553 patients with Hashimoto's disease. Br J Haematol. 2011;153:236-43.
2. Walsh S, Lowery AJ, Evoy D, McDermott EW, Prichard RS. Thyroid lymphoma: Recent advances in diagnosis and optimal management strategies. Oncologist. 2013;18:994-1003.
3. Freedman A. Follicular lymphoma: 2011 update on diagnosis and management. Am J Hematol. 2011;86:768-75.
4. Henry PH, Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. (eds.) Harrison Principios de Medicina Interna. [libro en Internet]. 17a edición. McGraw-Hill.

199/24. SÍNTOMAS MICCIONALES EN VARÓN DE 65 AÑOS

AUTORES:

(1) Infante Ruiz, M.; (2) Fernández Escribano, J.; (3) Morales, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.; (2) Médico Residente 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.; (3) Médico Residente 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Santa Rosa. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 65 años que consulta por polaquiuria y urgencia miccional de unos meses de evolución sin

otra clínica acompañante. No antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, hipercolesterolemia y es fumador de dos cigarrillos al día. Se aporta al paciente en la consulta la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) presentando una puntuación de 6 (nicturia 1/5, urgencia miccional 2/5, sensación de evacuación incompleta 3/5).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física presenta un aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal y de miembros inferiores sin hallazgos patológicos. Tacto rectal: doloroso a la palpación prostática. Analítica sanguínea: hemograma normal. Bioquímica: normal (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, GGT, FA, ALT, AST). Sistemático de orina: negativo. Antígeno prostático específico (PSA) 6,6 (PSA libre 35%). Dada la sintomatología y resultados de pruebas complementarias se decide derivación a Urología para estudio. En consulta de Urología se realiza tacto rectal que lo describen como palpación de próstata adenomatosa y aplana sin nódulos, de superficie lisa. Se solicita biopsia transuretral guiada por ecografía cuyo resultado anatomo-patológico se informa como adenocarcinoma prostático mínimo de 0,8mm sugestivo de grado 7 de Gleason, sin observarse infiltración perineural ni invasión linfovascular. Se informa al paciente del resultado y se proporcionan dos posibles opciones terapéuticas: radioterapia o cirugía radical. Tras valoración de ventajas e inconvenientes decide finalmente someterse a intervención quirúrgica. Después de la misma, el paciente se encuentra asintomático y con PSA de 0,04 en primer control posquirúrgico.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma prostático

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertrofia Benigna de Próstata. Prostatitis.

COMENTARIO FINAL

El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en los países occidentales. Este hecho está íntimamente relacionado con la generalización del uso del antígeno prostático específico y el aumento de la esperanza de vida. La solicitud del PSA, al que se puede acceder desde la consulta de atención primaria, junto con una anamnesis y tacto rectal nos van a orientar los casos sospechosos y por tanto subsidiarios de ser estudiados en la consulta de Urología, por lo que el papel del Médico de Atención Primaria es primordial ya que supone el primer escalón en el diagnóstico de dicha patología. Por otro lado, recientes estudios como el europeo ERSPC y el estudio norteamericano PLCO, han puesto de manifiesto que el cribado de cáncer de próstata detecta más casos y lo hace en estadíos y edades más precoces, pero no supone un impacto sobre la mortalidad y además se asocia a daños colaterales relacionados con las pruebas complementarias y terapéuticas. Por ello es fundamental individualizar cada caso, solicitar el PSA en

aquellos pacientes en los que esté indicado y finalmente antes de iniciar el estudio informar al paciente sobre los beneficios y posibles efectos secundarios que conlleva el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Marzo Castillejo M, Nuin Villanueva M.A., Vela Valle-spín C. Recomendaciones en contra del cribado de cáncer de próstata con antígeno prostático específico. Rev. Atención Primaria. 2012;Vol 44(7):377-378

199/25. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO

AUTORES:

(1) Morales, A.; (2) Infante Ruiz, M.; (3) Lara Muñoz, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3er año. Centro De Salud De Santa Rosa. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.; (3) Médico Residente 1er año. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 85 años que como antecedentes es Hipertenso, Diabético y ACVA sin secuelas en 2009. Demencia leve. Acude a urgencias, traído por la familia, porque hace 24 horas comenzó de forma más o menos brusca con cuadro de confusión, desorientación temporoespacial y agitación psicomotriz. La familia refería que ya le había ocurrido este cuadro en otras ocasiones, teniendo que traerlo a urgencias también. No focalidad neurológica. Desde hace unos días le llevan notando la orina más oscura de lo normal y con mal olor. No contaban más clínica de interés.

Tratamiento habitual: enalapril, metformina y AAS. No Benzodiacepinas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presentaba regular estado general. Consciente, agitado, desorientado y no colaborador. Eupneico en reposo. No signos de deshidratación. TA 130/85. FC 78lpm. Temperatura 38.3°C. SatO2 95%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: leve dolor a la palpación en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal y resto de exploración abdominal normal. Extremidades sin edemas ni signos de TVP. Se realiza sondaje vesical y se obtiene muestra de orina, siendo piúrica. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pares craneales normales. PINR. No focalidad neurológica. No rigidez de nuca.

Pruebas complementarias solicitadas: BTEST: 120; Analítica general normal salvo leucocitos 14000 con neutrofilia de 70%; Sistématico de orina: esterasa leucocitaria 500 con nitritos positivos; Radiografía de tórax y abdomen normal; TAC CRANEAL: normal.

El paciente ingresa en el área de observación donde se administran antipiréticos y antibióticos por vía intravenosa, a las 24 horas el cuadro febril cede al igual que el cuadro de confusión y agitación.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome confusional agudo secundario a una ITU.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Demencia. Psicosis aguda. ACVA.

COMENTARIO FINAL

El síndrome confusional agudo es un cuadro muy común tanto en consultas de Urgencias Hospitalarias como en Atención Primaria.

Debe sospecharse en todo paciente, anciano, que presente de forma aguda alteración en la conciencia junto con desorientación e hiper o hipooactividad psicomotriz; a veces suele ir acompañado de alucinaciones y delirios.

Las infecciones (urinarias y respiratorias) constituyen la causa más frecuente. A éstas le siguen las intoxicaciones por benzodicepinas y las causas metabólicas (hipoglucemias, encefalopatía hipercapnica, deshidratación, encefalopatía hepática,...).

Debemos sospecharlo sobre todo en paciente anciano hospitalizado o institucionalizado y con previa cirugía sobre todo la tipo ortopédica.

BIBLIOGRAFÍA

L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Perez. Agitación psicomotriz. Manual de Urgencias y Emergencia; Guía diagnóstica y Protocolos de actuación. 5ª edición. Barcelona. Editorial Elsevier, 2015, p. 381-386.

199/26. “DOCTOR, ANTES ME DOLÍA LA PIerna AL ANDAR Y AHORA LA TENGO HINCHADA”

AUTORES:

(1) Morales, A.; (2) Lara Muñoz, A.; (3) Infante Ruiz, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente 3er año. Centro De Salud De Santa Rosa. Córdoba.; (2) Médico Residente 1er año. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 54 años de edad, ex fumador desde hace 2 años, habiendo sido fumador durante 35 años de 2 paquetes de cigarrillos al día. Hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

Acude a consulta de su Centro de Salud porque desde hace unos meses comenzó a notar dolor en pantorrilla de pierna derecha cuando andaba por la calle y que cedía al detenerse. Refería que cada vez le ocurría con mayor intensidad y con recorridos más cortos, hasta el punto de tener que parar de andar antes de doblar la esquina de su calle (calculaba menos de 100 metros). No presentaba pulso pedio ni poplítico derechos y el ITB era de 0.6, por lo que su MAP derivó a CCV, donde le diagnosticaron isquemia arterial crónica de miembro inferior derecho. A los 9 meses fue intervenido con colocación de un Bypass femoro- poplítico.

El paciente se mantiene hospitalizado en planta de CCV durante 3 días sin anticoagulación y tras ello es dado de alta. En su domicilio está en reposo relativo pero a los 4 días acude a su centro de salud porque presenta progresivo entumecimiento e hinchazón de la pierna intervenida sin acompañarse de dolor a dicho nivel, ni de disnea, ni de dolor torácico ni fiebre. Por lo que se decide derivación a Urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En urgencias presentaba buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. TA 130/87. FC 68lpm. SAT02 99%. Afebril. Auscultación: normal. Miembro inferior derecho: edematización desde tobillo hasta la ingle con claro empastamiento. Pierna caliente y eritematosa. No dolor a la palpación. Pulso pedio, poplítico y femoral presentes. Miembro inferior izquierdo normal.

Se solicita Analítica siendo normal, salvo DD 890. Por lo que se realiza Eco-Doppler venoso de miembro inferior derecho: descarta defectos de repleción en circulación venosa de pierna derecha.

El paciente es valorado por Cirujano cardiovascular que considera que el cuadro clínico forma parte de la normalidad del postoperatorio.

JUICIO CLÍNICO

Edema post-revascularización en miembro inferior isquémico crónico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TVP, síndrome compartimental, isquemia arterial aguda, celulitis, flebitis.

COMENTARIO FINAL

El edema de revascularización, consecutivo a un bypass sobre miembro isquémico, es un cuadro clínico muy común que suele ocurrir a las pocas horas o días tras la cirugía, y su causa parece corresponder a la vasodilatación con permeabilidad capilar aumentada y el brusco aumento del flujo sanguíneo en un lecho donde antes la circulación era mínima. La diferencia con respecto a la TVP es la ausencia del dolor y el signo de Hoffman negativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Honesto Garrido-Garcia, Jose A. De Diego-Carmena y Elisabeth Vincent Hameli. Edema postrevascularización de los miembros inferiores. Ed Elsevier (internet). 1976. Pag 244-248. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
- L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Perez. Trombofisis venosa profunda. Manual de Urgencias y Emergencia; Guía diagnóstica y Protocolos de actuación. 5^a edición. Barcelona. Editorial Elsevier, 2015, p. 225-231.

199/28. DIVERTICULITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER DE COLON.

AUTORES:

- (1) Espinola Coll, E.; (2) Garcia Gollonet, B.; (3) Bernal Hinojosa, A.; (4) Cano García, J.; (5) Gallego Castillo, E.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente 3er año. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; (3) Médico Residente 3er año. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (4) Médico Residente 1er año. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro De Salud Coín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 52 años de edad. No alergias medicamentosas. Acude por dolor abdominal y fiebre de una semana de evolución acompañado de estreñimiento. Ante la persistencia de síntomas y la exploración física, se deriva a Urgencias, se diagnostica de Diverticulitis Aguda y es ingresado para tratamiento médico con antibióticos. Al cabo de los meses, acude de nuevo a consulta, refiere desde el ingreso tiene clínica de dispepsia, digestiones pesadas, sensación de plenitud abdominal. Previamente 1 o 2 deposiciones diaria, ahora heces son mas escasas, rectorragia. Solicitamos Helicobacter pylori, sangre oculta en heces, colonoscopia y derivamos a consultas externas de digestivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos ritmicos sin soplos Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin masas ni megalias.

Hemoglobina 14.3 g/dl, Leucocitos 21.5 x10⁹/ Neutrófilos 68.5 % Tiempo de Protrombina 68 % Amilasa 31 U/ Lactato deshidrogenasa 260 U/L Aspartato transaminasa 20 U/L Proteina C Reactiva 446 mg/L

TAC URGENCIAS: Hígado de tamaño normal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática. LOEs subcentimétricas una en segmento II y en segmento VIII, en relación con quistes hepáticos simples, Engrosamiento mural, divertículos, así como rarefacción de la grasa circundante, Craneal al asa patológica, se visualiza una colección de 4.4 cm x 2.6 cm x 3.3 cm .

COLONOSCOPIA URGENTE :En recto, a 10 cm de margen anal se extirpa con asa, polipo de aspecto adenomatoso, menor de 1 cm (adenoma tubular con focos de displasia de bajo grado) Se objetiva estenosis puntiforme de la luz, con mucosa adyacente mamelonada, excrecente, con sangrado espontáneo

COLONOSCOPIA VIRTUAL: A 25 cm de margen anal, en colon sigmoide se objetiva lesión de 5 cm, con disminución de la luz de un 75%, de aspecto mamelonado en relación a proceso neoformativo a dicho nivel.

TAC ABDOMEN-PELVIS:

Segmento de 4 cm de longitud, con engrosamiento mural circunferencial, de bordes mamelonados, que estenosa la luz de forma significativa. No se objetiva dilatación pre-estenótica. Se aprecian hasta 3 adenopatías locoregionales subcentimétricas.

En segmento IV hepático se observa LOE de 2.5 x 1.5 cm, hipodensa, sólida, de bordes mal definidos, compatible con metástasis. Otra LOE hipodensa, bien definida, en ligamento falciforme, Vena porta aumentada de tamaño de 16 mm.

JUICIO CLÍNICO

Neoplasia de sigma con metástasis hepática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diverticulitis aguda, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis isquémica.

COMENTARIO FINAL

El cáncer colorectal es una de las neoplasias más prevalentes en nuestro medio. El espectro clínico de la diverticulitis es muy amplio y es muy difícil

diferencial desde el punto de vista de la imagen entre el cáncer de colon y la diverticulitis aguda, una vez resuelto y ante la persistencia de la clínica, se han de realizar nuevas pruebas de imagen.

BIBLIOGRAFÍA

- Chintapalli KN, Esola CC, Chopra S, Ghia- tas AA, Dodd GD. Pericolic mesenteric lymph nodes: an aid in distinguishing di- verticulitis from cancer of the colon. AJR 1997; 169:1253–1255.
 Xiong L, Chintapalli KN, Dodd GD 3rd, et al. Frequency and CT pattern of bowel wall thickening proximal to cancer of the colon. AJR Am J Roentgenol 2004;182:905–909. CrossRef, Medline

199/29. ATÍPICA LUMBALGIA

AUTORES:

- (1) Reina Martín, M.; (2) Ternero Escudero, D.; (3) Gutiérrez García, Á.; (4) Chacón Huertas, J.; (5) Martínez Ibáñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Delicias. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Canillas De Aceituno. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 23 años, con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psicología. Ha acudido múltiples ocasiones al servicio de urgencias por lumbalgia izquierda de 2 meses de evolución siendo tratada con diversos tipos de antiinflamatorios, corticoides y derivados mórficos sin alivio sintomático. Acude a nuestra consulta de primaria por persistencia de dolor con irradiación a muslo que no cede con el reposo y se intensifica con los movimientos. Sensación distémica no termometrada, sudoración profusa, hiporexia y pérdida de peso de 10 kilogramos en los dos últimos meses. Ante los hallazgos exploratorios en la consulta de atención primaria, se realiza petición de radiografía dorsolumbar urgente y, ante los resultados de ésta, derivamos al servicio de urgencias para valoración especializada y pruebas de imagen.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Afectación del estado general por dolor. Normoperfundida. Estable hemodinámicamente. Consciente y colaboradora.

Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalías con dolor selectivo en hipogastrio.

Fuerza global conservadas. Hipoestesia en cara lateral y medial miembro inferior izquierdo. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Lassegue y Bragard negativos de forma bilateral. Maniobra de

abducción de caderas negativa, con dolor intenso en flanco derecho a la manipulación. Importante sensación de masa en zona cuádriceps izquierdo.

ECG: Ritmo sinusal sin alteraciones.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 8.8. Leucocitos 17.000. Coagulación y bioquímica normal. PCR 202. Radiografía lumbar: Dudosa pérdida de cortical en proyección AP.

TC toracoabdominopélvico: Metástasis ósea en esqueleto axial difusa. Existe en el límite el campo de exploración, una masa sólida en raíz de muslo izquierdo. Posible tumoración primaria.

RMN Muslo y Pelvis: Sarcoma de partes blanda en cuádriceps izquierdo con múltiples lesiones óseas focales metástasis. Lesiones óseas líticas múltiples con dos de mayo tamaño y mayor agresividad con rotura de cortical en ala sacra derecha y pubis izquierdo. Gran masa de partes blandas en musculatura de cuádriceps izquierdo con límites mal definidos y vascularización periférica anárquica que contacta con las ramas vasculares y nerviosas femorales.

Ecografía de muslo izquierdo con BAG: Neoplasia maligna compatible con Sarcoma de Ewing confirmado mediante estudio histopatológico.

JUICIO CLÍNICO

Sarcoma de Ewing con diseminación metastásica ósea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbalgia atraumática. Patología ginecológica. Cólico renoureteral.

COMENTARIO FINAL

Evolución: Durante su ingreso en Oncología, se inicia tratamiento con quimioterapia con toxicidad hematológica. Control del dolor gracias a bomba de perfusión continua de morfina y radioterapia antiálgica. Ante progresión tumoral, se incluye en ensayo clínico con mala respuesta.

Conclusión: La lumbalgia atraumática es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y urgencias que en la mayoría de las ocasiones no supone ninguna afectación grave. Resulta fundamental la realización de una correcta anamnesis y exploración física así como no banalizar una sintomatología comúnmente benigna para no demorar el diagnóstico de una patología grave y potencialmente tratable.

BIBLIOGRAFÍA

- Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. Mayo Clin Proc 2015; 90:1699.

Deyo RA, Jarvik JG, Chou R. Low back pain in primary care. BMJ 2014; 349:g4266.

199/30. ¡OJO! EXFUMADOR SEVERO

AUTORES:

- (1) Reina Martín, M.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Ternero Escudero, D.; (4) Cañizares Romero, J.; (4) Corrales Álvarez, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta.

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre 62 años. Exfumador desde hace 4 años de 90 paquetes/año. Sin antecedentes de interés.

Paciente muy poco frecuentador de nuestras consultas que acude por tos sin expectoración con autofonía de ruidos respiratorios desde hace 3 meses. Refiere asistencia en varias ocasiones en servicio de urgencias no hospitalarias pautándose tratamiento antitusígeno y antibiótico con escasa respuesta. Comenta en la última semana, asociar al cuadro dolor en hemicárdia derecha y espalda coincidiendo con golpes de tos, por lo que decide consultar con su médico de referencia. Niega fiebre o sensación disneaica. No clínica catarral en los últimos meses. No síndrome constitucional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 130/80. SatO₂: 98%.

Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Hipofonía en región superior derecha.

No dolor a la palpación costal en ambos hemicárdias. No signos de inflamación local.

Abdomen: Anodino. No signos de TVP o edemas en MMII.

ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm sin alteraciones de la repolarización.

Radiografía de tórax: Índice cardioráctico dentro de la normalidad. No ocupación de senos costofrénicos. Se observa masa a nivel de lóbulo superior derecho. Analítica sanguínea: Hemoglobina 13.4. Leucocitos 8.500 (Neutrófilos 70%). Coagulación y bioquímica normal. PCR 124.

TC toracoabdominal con contraste: Masa en lóbulo superior derecho de 11x10x11 centímetros. Masa en lóbulo medio con afectación del lóbulo inferior derecho cavitada con adenopatías patológicas subcarinal y linfangitis carcinomatosa. Pequeños nódulos subcentimétricos en pulmón izquierdo.

Fibrobroncoscopia: Signos indirectos de neoplasia con impronta extrínseca sin afectación endoluminal.

Biopsia: Cambios morfológicos sugestivos de carcinoma microcítico.

JUICIO CLÍNICO

Carcinoma microcítico T4N2M1 Estadio IV

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía. Mesotelioma maligno. Tuberculosis.

COMENTARIO FINAL

El cáncer pulmonar es el tumor más frecuente diagnosticado en el mundo y el más frecuente en varones en España. En su aparición no interviene un factor único, influyen diversos factores como sustancias tóxicas, radiaciones, factores hereditarios o dieta. No

obstante, el factor más directamente relacionado es el tabaco: el humo del tabaco es uno de los principales agentes que intervienen en la génesis de cáncer de pulmón y es la primera causa evitable.

BIBLIOGRAFÍA

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin 2016; 66:7.

Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. JAMA 2005; 294:1505.

Brambilla E, Travis WD. Lung cancer. In: World Cancer Report, Stewart BW, Wild CP (Eds), World Health Organization, Lyon 2014.

199/31. DOCTOR, ME SIENTO HINCHADO

AUTORES:

(1) Gutiérrez García, Á.; (2) Reina Martín, M.; (3) Ternero Escudero, D.; (1) Ruiz Ruiz, A.; (4) Franco Rivera, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud San Andrés Torcal. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 54 años sin alergias medicamentosas. Intervenido de fimosis, apendicectomía, herniorrafia inguinal derecha y vasectomía. Ingestión de proteína y aminoácidos en relación con práctica deportiva. Niega consumo de otros tóxicos y drogas. Acude a nuestras consultas por cuadro de cuatro meses de evolución consistente en astenia intensa y pérdida de peso de aproximadamente 8 kilogramos que relaciona con práctica deportiva. Además asocia aumento subjetivo del perímetro abdominal y molestias abdominales difusas inespecíficas sin fiebre ni alteración del hábito intestinal. Refiere tos seca crónica en las últimas semanas junto con dolor en región costal izquierda que califica como punzante. Sensación de tumoración inguinal izquierda a lo largo de la evolución del cuadro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 120/65. SatO₂: 99%. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Se palpa gran masa en zona centro-abdominal con predominio izquierdo, no dolorosa. Hernia inguinal izquierda.

No signos de TVP o edemas en MMII.

ECG: Ritmo sinusal a 70 latidos por minuto sin alteraciones significativas.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 14.2. Leucocitos 7.300. Plaquetas 350.000. Coagulación y bioquímica sin alteraciones.

Radiografía de Tórax: Sin alteraciones significativas. TC Abdomen con contraste: Gran masa tumoral retroperitoneal de 22x12x37 centímetros que desplaza colón descendente hacia delante y hacia izquierda con compresión de colón trasverso, sigma y recto. Se extiende hacia los flancos en región para renal anterior. La masa se hernia hacia el conducto inguinal izquierdo.

Anatomía patológica: Pieza de tumerrectomía de 42x23x20 centímetros compatible con liposarcoma con invasión vascular y borde de resección afectados.

JUICIO CLÍNICO

Liposarcoma desdiferenciado

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumoración renal. Esplenomegalia. Angiomielipoma. Aneurisma aórtico.

COMENTARIO FINAL

Evolución: Tras derivación a servicio de urgencias para atención especializada y pruebas de imagen, donde se realiza diagnóstico de presunción; se ingresa para cirugía programada. Durante la intervención, se observa infiltración tumoral de la vena iliaca izquierda la cual se ve afectada durante la intervención, requiriendo intervención por parte de cirugía vascular. Se realiza bypass con injerto de vena safena derecha hasta vena iliaca común. Se completó tratamiento con radioterapia en remisión en la actualidad.

Conclusión: Los tumores retroperitoneales son un grupo heterogéneo y poco frecuente de neoplasias, el 85% de éstas son malignas. El liposarcoma representa de un 7 a 28% de los tumores retroperitoneales siendo esta localización un factor independiente de mal pronóstico asociado a una presentación en la edad adulta y con tamaños tumorales superiores a los 10 centímetros. El liposarcoma desdiferenciado es un sarcoma de alto grado originado sobre un liposarcoma bien diferenciado con alto riesgo de metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

Raut CP, Pisters PW. Retroperitoneal sarcomas: Combined-modality treatment approaches. J Surg Oncol 2006; 94:81.

Liles JS, Tzeng CW, Short JJ, et al. Retroperitoneal and intra-abdominal sarcoma. Curr Probl Surg 2009; 46:445.

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin 2016; 66:7.

199/34. DOCTORA, ME MAREO...

AUTORES:

Espina Rodríguez, N.; Molina García, P.; González Jiménez, P.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente 4to año. Centro De Salud Tiro Pi-chón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón 62 años que consulta a su médico de familia por cuadro de unos 3-4 días de evolución de

mareo y astenia sin pérdida ponderal ni otra sintomatología clara acompañante. AP: Exfumador desde hace más de 10 años, dislipemia en tratamiento con simvastatina. IQX varices hace años, desde entonces toma daflón.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física anodina con constantes normales. Solicitamos analítica básica con hemograma y bioquímica y electrocardiograma, a la semana el paciente vuelve por los resultados, presenta palidez cutánea mucosa franca; ECG con RS a 90lpm sin alteraciones en la repolarización y en analítica descarta una Hb de 10.5 con previas (hacia 4 años) normales, microcítica hipocroma con niveles de ferritina bajos. EVOLUCIÓN: dado que esa misma mañana el paciente había presentado un cuadro presincopal tras defecación de heces oscuras compatibles con melenas derivamos para urgencias. Presentaba TA 100/60 con FC de 100lpm y sat O₂ basal 100%. ACR: tonos rítmicos sin soplos, ligera taquicardia; mvc. Abdomen blando, depresible con molestias a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal y RHA+. Se le realiza EDA urgente con el siguiente resultado: esófago sin alteraciones, piloro permeable, duodeno con bulbo eritematoso con varias erosiones fibrinadas y pliegue edemato-so en ápex bulbar con ulceración aproximadamente de 1cm fibrinada. No se visualiza hemo fresco a ningún nivel. Pautan dieta blanda en los próximos 3-4días+ omeprazol 20mg/12h y derivan a primaria para completar estudio con ag en heces de h.pylori, que ha negativizado tras realizar tratamiento erradicador. Actualmente pendiente de cita de revisión en consulta externa de Digestivo.

JUICIO CLÍNICO

Hemorragia digestiva alta por ulceración duodenal Forrest III.

Infección por helicobacter pylori.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Procesos neuromediados: sincope vasovagal, tras tos-micción...
- Hipotensión ortostática
- Bradicardias o taquiarritmias
- Miocardiopatías
- Vasculares: sd robo de la subclavia
- Metabólicas y otras causas: hipoglucemia, hipoxia, intoxicaciones, anemia...

COMENTARIO FINAL

La frase “me mareo” se escucha de manera habitual en las consultas de Atención primaria y es utilizada por los pacientes para describir síntomas muy diferentes, siendo un reto para el médico, con el escaso tiempo que solemos disponer, enfocar de manera adecuada el problema que nos presenta el paciente para encontrar la causa lo antes posible y establecer el tratamiento correcto.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Eizaguirre JM, Moreno Álvarez PJ. Mareo. AMF 2009;5(3):128-139.

- Ángel Juárez VM, Ocampo Fernández JR, Costa Jaramillo F. Syncope. Arch Inst Cardiol Mex 1993; 63: 449-461.

- Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernández-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Gastroenterol Hepatol. 2003;26:70-85.

199/35. LAS CAIDAS, EL GRAN ENEMIGO DEL PACIENTE ANCIANO

AUTORES:

Espina Rodríguez, N.; González Jiménez, P.; Molina García, P.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente 4to año. Centro De Salud Tiro Pi-chón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 88 años con AP: HTA, FA permanente anticoagulada, deterioro cognitivo incipiente, parcialmente dependiente para ABVD, come y se ducha sola pero precisa ayuda para salir a la calle. Tiene una cuidadora por horas en domicilio. TTO habitual: amlodipino 5mg; lorazepam 1mg; sintrom con adecuado control de INR. Si lo precisa, vamos a visitar a domicilio, pero habitualmente acude su hija por ella a nuestra consulta. Nos comenta que la está notando más torpe y que esta mañana ha amanecido con un hematoma pretibial derecho por caída accidental durante la noche, desconoce si ha presentado TCE con/sin pérdida de conocimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Acudimos a domicilio a valorar a la paciente, TA 130/65; FC 75lpm, sat O₂ basal 99%; neurológicamente se encuentra consciente y orientada, sin signos de focalidad, moviliza activamente 4 miembros y con Glasgow 15. No heridas visibles por cabeza, cara ni cuero cabelludo. ACR: tonos arrítmicos con FC controlada, sin soplos; mvc. Abdomen normal. MID presenta hematoma pretibial con herida incisa con sangrado activo, realizamos coaguchek y presenta INR 8 por lo que se deriva a urgencias. Analítica sanguínea con Hb 12, INR tras administración de vitamina K de 3.5; creat 1.4 (similar a previas) resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones de interés. Rx torax leve cardiomegalia; ECG con FA a 70lpm; TAC cráneo con signos degenerativos sin evidenciarse foco de hematoma ni sangrado activo. Alta a domicilio. EVOLUCIÓN: inicialmente sustituimos lorazepam por deprax; y analizando las posibles contraindicaciones de nuestra paciente para continuar anticoagulada, la sufre nueva caída nocturna y es encontrada de madrugada por la hija sin respuesta a estímulos. Tras visita de personal médico dispositivo de urgencias se objetiva el fallecimiento de la paciente.

JUICIO CLÍNICO

Diagnóstico de sospecha-àHemorragia cerebral (no realizada autopsia)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Contraindicaciones y situaciones de riesgo:
 - Deterioro cognitivo que dificulte la cooperación del paciente.
 - Riesgo hemorrágico(HASBLE): discrasia sanguínea, intervenciones qx, ulceras pépticas u otras hemorragias de tracto digestivo, urogenital o respiratorio, etc; HTA grave, insuficiencia hepática o renal grave; coagulopatías...

COMENTARIO FINAL

La medicina de atención primarias nos permite un abordaje integral de la patología del paciente con gran cercanía al entorno que le rodea, todo ello puede ayudar a dar un enfoque mucho más idóneo para evaluar el tratamiento que mejor se ajusta a cada paciente de forma individualizada aunque en muchas ocasiones en nuestra práctica clínica diaria nos resulta complicado debido a la gran complejidad que supone la comorbilidad del paciente anciano.

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/58994/FT_58994.pdf
- Falk R. Atrial fibrillation. N Engl J Med. 2001 Apr 5;344(14):1067-78
- Shireman T et al. Development of a contemporary bleeding risk model for elderly warfarin recipients. Chest. 2006 Nov;130(5):1390-6.

199/36. ESTO NO ES UN CÓLICO RENAL...

AUTORES:

(1) Gutiérrez García, Á.; (2) Ternero Escudero, D.; (3) Reina Martín, M.; (4) Luna Valero, M.; (5) Cordero Moreno, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Portada Alta. Málaga.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Carranque. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años ex adicto a drogas por vía parenteral, fumador activo de 50 paquetes/año y bebedor severo 20 unidades estándar de bebida al día. Intervenido de apendicectomía y sin tratamiento habitual. El paciente acude en varias ocasiones a consulta de no demorable por dolor en fossa renal derecha sin clínica miccional tratado como cólico renoureteral no complicado con buena respuesta a tratamiento antiinflamatorio. Ante la persistencia del dolor, acude a nuestra consulta de primaria para valoración. Refiere dolor en fossa renal derecha irradiado a fossa inguinal derecha desde hace 1 mes que ha manejado con tratamiento sintomático. En las últimas 48 horas, refiere sensación distírmica no termometrada, escalofríos, polaquiuria y oligoanuria con aumento del dolor extendiéndose a ambas fosas renales. No presenta

hematuria. Ante exploración y realización de pruebas complementarias en centro de salud, se deriva a servicio de urgencias para valoración del cuadro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 151/80. SatO₂: 98%. T^o: 37.5 °C. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreñadidos.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho e hipogastrio. Blumberg y Murphy negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Tacto rectal con palpación de próstata adenomatosa volumen II a expensas izquierda. No palpación nodular. No signos de TVP o edemas en MMII.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.9. Plaquetas 598.000. Leucocitos 11.900. Glucosa 91. Urea 128. Creatinina 7.36 (previas normales). Filtrado glomerular 8. Sodio 137. Potasio 6.7. PCR 65. pH venoso 7.1. Bicarbonato actual 14.

Análisis orina: negativo.

Ecografía abdominal: Uropatía obstructiva bilateral III/IV con cambio de calibre a nivel de la desembocadura vesical. Colección retroperitoneal que se extiende desde espacio perirrenal derecho subjetiva de absceso.

JUICIO CLÍNICO

Uropatía obstructiva secundaria a Carcinoma de células transicionales de vejiga supratrígona de alto grado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cólico renoureteral. Síndrome del tracto urinario inferior. Tumor renal.

COMENTARIO FINAL

Evolución: Se solicita valoración por Urología que decide realización de doble nefrostomía percutánea y solicitud programada de cistoscopia y UroTC con biopsia. Tras diagnóstico histopatológico de Carcinoma vesical estadio IV, el paciente desestima actitud terapéutica y se incluye en cuidados paliativos. A lo largo del ingreso, presentó mejoría de la función renal y de equilibrio hidroelectrolítico.

Conclusión: El cólico renoureteral es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y urgencias. Aunque su sintomatología es característica, no debemos presuponer un diagnóstico precoz ante dicho cuadro. El cáncer vesical es la patología maligna más frecuente que involucra a las vías urinarias, siendo el 90% del tipo histológico de células transicionales de vejiga. El tabaquismo y el exceso de alcohol suponen el principal factor de riesgo evitable en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

Lotan Y, Choueiri TK. Clinical presentation, diagnosis, and staging of bladder cancer. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2016 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Daneshmand S. Epidemiology and risk factors of urothelial (transitional cell) carcinoma of the bladder. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2016 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

199/37. UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

AUTORES:

(1) Ternero Escudero, D.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Reina Martín, M.; (4) Morales Del Aguila, M.; (5) Rodríguez Ordoñez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (5) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 17 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 25 mg. No hábitos tóxicos.

Paciente procedente de otro centro sanitario por cambio de domicilio que en los últimos dos meses acude en varias ocasiones al servicio de urgencias por odinofagia y adenopatías laterocervicales con sospecha diagnóstica de mononucleosis infecciosa con tratamiento sintomático. Reevaluamos en nuestra primera consulta a la paciente, que refiere desde hace 2 meses adenopatías cervicales que han ido progresivamente aumentando de tamaño, odinofagia y tos irritativa. Ocasionalmente sensación distérmica sin objetivarse fiebre, sensación disneica, molestias centrorácticas y sudoración profusa de predominio nocturno. Pérdida de 4 Kg en las últimas semanas. Solicitamos radiografía de tórax y analítica sanguínea, y ante los hallazgos derivamos a servicio de urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida. TA: 115/65. SatO₂: 98%.

Faringe hiperémica sin exudados. Adenopatías laterocervicales bilaterales destacando una de 4 centímetros laterocervical derecha y otra en escotadura yugular no adheridas a planos profundos y de consistencia dura.

Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservada. No ruidos sobreñadidos. Abdomen: Blando, depresible, sin palpación de masas ni megalías. No doloroso a la palpación. No signos de TVP o edemas en MMII.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.4. Leucocitos 7.700 con linfopenia. Plaquetas 432.000. Glucosa, función renal y hepática normales. LDH 540. PCR 43. TSH 3.25. Frotis sanguíneo normal. Serología negativa.

Radiografía de tórax: Ensanchamiento mediastínico anterosuperior.

ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones.

TC toracoabdominal: Conglomerado adenopático en ambas cadenas vasculares laterocervicales que extienden a nivel supraclavicular y mediastínico. Masa sólida en mediastino anterosuperior que se extiende desde encrucijada cervicotorácica hasta bifurcación hilar con área de necrosis en su interior que produce desplazamiento posterior de tráquea. Múltiples nódulos bilaterales de predominio en lóbulo superior derecho. Derrame pleural derecho, leve.

Punción-aspiración aguja fina: Linfoma No Hodking B Difuso de células grandes estadío IVa.

JUICIO CLÍNICO

Linfoma No Hodking B Difuso de células grandes estadío IVa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mononucleosis infecciosa. Faringitis vírica. Primoinfección VIH.

COMENTARIO FINAL

Evolución: Ingreso a cargo de servicio de Oncología donde se inicia tratamiento con quimioterapia y posterior radioterapia. Presentó como complicaciones de la radioterapia neumonía bilateral y esofagitis rágida. Tras completar tratamiento, permanece en seguimiento con remisión de la enfermedad en la actualidad.

Conclusión: El linfoma no Hodking es responsable de aproximadamente el 7 % de los cánceres infantiles en el mundo desarrollado. Supone el 25% de los casos de cáncer en la franja de edad de 15 a 19 años. Consiste en un grupo diverso de neoplasias malignas de los tejidos linfoideas. A diferencia de los adultos donde predominan los subtipos de bajo grado, la mayoría de los casos infantiles son de alta grado y tienen un comportamiento clínico agresivo.

BIBLIOGRAFÍA

Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and diagnosis of non-Hodgkin lymphoma. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Termuhlen AM, Gross TG. Overview of non-Hodgkin lymphoma in children and adolescents. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2016 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

199/38. "I DO NOT FEEL GOOD ABOUT THIS PILL"

AUTORES:

(1) Ternero Escudero, D.; (2) Reina Martín, M.; (3) Gutiérrez García, Á.; (4) Adell Ruiz De León, M.; (5) Chacón Huertas, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Viñuela. Málaga.; (5) Médico De Familia. Centro De Salud Canillas De Aceituno. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer nativa de reino Unido de 77 años con intolerancia a ibuprofeno y antecedentes de EPOC con fenotipo asmático, hipotiroidismo y dislipemia. En tratamiento con Glicopirronio, Terbutalina, Salmeterol/Fluticasona, Montelukast, Fenofibrato y Levotiroxina. Paciente en seguimiento de forma habitual por cistalgia crónica con respuesta parcial a toma de diversos tipos de antiinflamatorios y analgésicos. Desde hace 1 mes, en tratamiento continuo con Metamizol pautado en servicio de urgencias. Acude a nuestra consulta por tos con esputo amarillento, sensación de disnea progresiva y fiebre de hasta 39.5 °C de 10 días de evolución. Asocia al cuadro, sensación subjetiva de sequedad bucal junto con lengua blanquecina y odinofagia. Solicitamos radiografía de tórax urgente y, ante los hallazgos, derivamos a servicio de urgencias de referencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Taquipneica. TA: 130/80. T^a 39.3 °C. SatO₂: 94%. No adenopatías palpables. Xerostomía con secreción blanquecina espesa en lengua y paladar. Faringe hiperémica sin exudados.

Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos a 115 latidos por minuto. Roncus dispersos con crepitantes gruesos en hemitórax derecho.

Abdomen: Anodino. No signos de TVP ni edemas en miembros inferiores.

Purebas complementarias:

Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.3. Leucocitos 580 con 20 neutrófilos absolutos. Plaquetas 327.000. Bioquímica normal. PCR 297. Gasometría normal. Antigenuria negativa. Serología negativa.

Frotis sanguíneo: Neutropenia severa comprobada con agranulocitosis sin blastocitos.

Radiografía de tórax: Condensación paratraqueal derecha junto con patrón intersticial bilateral.

Hemocultivo positivo a *Pseudomonas Aeruginosa* multisensible.

Cultivo faríngeo positivo a *Serratia Marcensens* multisensible.

JUICIO CLÍNICO

Agranulocitosis secundaria a toma de Metamizol. Neumonía lóbulo superior derecho. Candidiasis orofaríngea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Agudización EPOC. Primoinfección VIH. Patología oncológica.

COMENTARIO FINAL

Evolución: Se cursa ingreso a cargo de Medicina Interna con tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam y antifúngico. Se interconsulta con Hematología quien complementa tratamiento con factores estimuladores de colonias. Presenta evolución favorable con normalización de cifras analíticas y mejoría radiológica durante las 2 semanas de ingreso.

Conclusión: La agranulocitosis inducida por medicamentos es un trastorno hematológico grave, de comienzo brusco, como consecuencia de una reacción idiosincrásica a un fármaco y que produce la

desaparición selectiva y prácticamente absoluta de los granulocitos neutrófilos de la sangre. El número reducido de neutrófilos hace a los pacientes tremadamente vulnerables a las infecciones. En nuestro medio la agranulocitosis por metamizol es un efecto adverso más frecuente en los extranjeros, especialmente entre los británicos, es por ello la posibilidad de utilizar otras alternativas de tratamiento y el amplio uso que se hace de este fármaco obligan a hacer esfuerzos de difusión entre los médicos y los farmacéuticos que ejercen en estas zonas para que conozcan este potencial efecto adverso y para evitar su uso en estas poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Coates TD. Drug-induced neutropenia and agranulocytosis. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

Berliner N. Approach to the adult with unexplained neutropenia. [Internet]. Waltham, (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

199/45. DÉFICIT DE MIELOPEROXIDASA, DATO A TENER EN CUENTA.

AUTORES:

(1) Llimona Perea, I.; (2) Alcarazo Fuensanta, H.; (3) Perea Cejudo, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de AP Sevilla. Centro De Salud Ronda Histórica. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 39 años que acude a consulta por tumoreación laterocervical de 3 meses de evolución, dura y dolorosa que apareció en relación con proceso infeccioso orofaríngeo, y que ha experimentado leve crecimiento según la misma.

No presenta antecedentes personales de interés.

No presenta sintomatología acompañante, niega pérdida de peso, niega fiebre y no presenta ninguna sintomatología de alarma.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presenta un aumento de la densidad laterocervical derecha, dolorosa a la palpación, sin clara tumoreación palpable.

A nivel tiroideo se localiza pequeña nodulación de aproximadamente un centímetro de diámetro, dura y dolorosa (ya conocida, y pendiente de estudio por parte de endocrinología).

Resto de la exploración anodina.

Se le realiza analítica reglada tramitada en consulta de Atención Primaria:

- Hemograma:

Serie roja normal

Serie blanca; leucocitos 6670 (Neutrófilos 110 absolutos, 2700 absolutos). Células LUC 1580 (24,6%)

Serie plaquetar normal

- Bioquímica normal

Al objetivarse una Neutropenia severa, Monocitosis y elevación de células LUC, junto con la clínica de la paciente, se decidió remitirla a Urgencias hospitalarias para completar estudio.

En Urgencias se le realiza nueva analítica que corrobora las cifras anteriormente objetivadas en la analítica reglamentaria; y se decide ampliar el estudio contactando con Hematología y realizando un frotis de sangre periférica que concluye:

- Neutropenia, monocitosis y elevación de LUC falsas por déficit de Mieloperoxidasa (sin significación clínica). Se realiza conteo leucocitario al microscopio: Segmentados 50%, linfocitos 42%, monocitos 6%, eosinófilos 1%, basófilos 1%. Neutrófilos de morfología normal, algunos linfocitos de aspecto reactivo. Serie plaquetaria sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO

- Déficit de Mieloperoxidasa

- Nódulo tiroideo pendiente de estudio

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante los resultados analíticos y la clínica de la paciente, se planteó diagnóstico diferencial con un posible proceso linfoproliferativo como causa del aumento de consistencia laterocervical.

(Finalmente parece que este proceso de aumento de densidad laterocervical era consecuencia de una manipulación constante de la zona por la paciente, no se objetivaron adenopatías patológicas)

Respecto al nódulo tiroideo, ya había sido derivado a Endocrinología para estudio, y está en seguimiento por este servicio.

COMENTARIO FINAL

El déficit de Mieloperoxidasa (enzima componente principal de los gránulos citoplasmáticos de neutrófilos) condiciona un problema en la catalización de la formación de hipoclorito, generando una falsa neutropenia a la hora del conteo automático.

Es un dato importante a recoger en la historia de problemas de salud del paciente, de forma que siempre pueda tenerse en cuenta este dato a la hora de interpretar las analíticas del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Farreras-Rozman Medicina Interna.

- Dios, P. D., Hermida, A. O., & Feijoo, J. F. (2002). Alteraciones cuantitativas y funcionales de los neutrófilos. Med Oral, 7, 206-21.

199/63. HIPOTIROIDISMO COMO CAUSA DE AUMENTO DE PESO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES:

(1) Cañizares Romero, J.; (1) Corrales Álvarez, I.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Martínez Ibáñez, M.; (4) Reina Martín, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Tiro Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 50 años. Ex-fumadora desde hace 1 año de 40 paquetes/año. Sin antecedentes personales de interés. Paciente que acude a nuestra consulta de Atención Primaria porque en los últimos dos meses nota los tobillos y los párpados hinchados. Sin embargo, su principal preocupación es que se está quedando afónica. Refiere haber tomado una serie de remedios naturales, sin mejoría. Asociado a estos síntomas, cuenta astenia importante desde hace un mes, lo que ha hecho que cada vez sea menos activa en las tareas de su casa. Como consecuencia de esta astenia, se encuentra con tendencia al llanto sin motivo alguno, se siente sola. Por otro lado, dice haber ganado unos 10 Kg de peso, pasando de los 62 kg a los 72 Kg actuales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Destaca sequedad de piel. Afebril, TA: 130/80, Peso 72 kg, Talla 154 cm. Boca y cuello: Faringe hiperémica sin placas ni exudado. Destaca tumefacción en ambos párpados. Glándula tiroidea de palpación normal, sin apreciarse bocio. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobrareñadidos. Abdomen: Anodino. No signos de TVP o edemas en MMII. Neurológico: Pares craneales conservados. Campimetría por confrontación normal. Fuerza y sensibilidad conservadas. Romberg negativo ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm sin alteraciones de la repolarización. Analítica sanguínea: Leucocitos 4600. Hemoglobina 14.40. Plaquetas 188000. Glucosa 85; Creatinina 0.76; Sodio 141, Potasio 4.4; Colesterol 420, triglicéridos 154, LDL 282, HDL 108; TSH 102, T4L 0.25 y Anti-Tpo ≥ 1300 (analíticas previas normales). Ecografía tiroidea de atención primaria: glándula tiroidea disminuida de tamaño e hipoeconómica, con múltiples imágenes redondeadas anecoicas. Ante estos hallazgos, tanto clínicos, analíticos y ecográficos, se instaura tratamiento con Eutirox 75mg 1 comprimido cada 24 horas y se deriva a Endocrinología para valoración por su parte

JUICIO CLÍNICO

Hipotiroidismo primario autoinmune secundario a tiroiditis crónica linfocitaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipotiroidismo secundario o terciario - Síndrome nefrótico - Demencia degenerativa o vascular

COMENTARIO FINAL

Las enfermedades del tiroides, y especialmente la enfermedad nodular tiroidea y el hipotiroidismo primario, constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Algunos trabajos sitúan la prevalencia de hipotiroidismo clínico en un 1.4-2% en mujeres

y en 0.1-0.3% en varones, aunque probablemente esté infradiagnosticada. Es frecuente que aparezca hipercolesterolemia asociada por disminución de los receptores de LDL, que no es necesario tratar.

BIBLIOGRAFÍA

Ross DS. Diagnosis of and screening for hypothyroidism. Walthman MA: UpToDate; 2013. The Endocrine Society. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. Chevy Chase (MD): The Endocrine Society; 2012

199/66. ASTENIAS QUE NO SON LO QUE PARECEN

AUTORES:

(1) Rodríguez Valencia, C.; (2) Hernández Rodríguez, D.; (3) Reina Martín, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ámbito del caso: Atención primaria.

Historia Clínica: Mujer de 53 años, ama de casa, sin alergias

medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hipotiroidismo y rinitis alérgica, en tratamiento con eutirox y cetirizina. Acude a su centro de salud por presentar desde hace dos meses astenia que ha llegado a limitar sus actividades diarias, vista por otros profesionales y sin encontrar nada patológico en las pruebas complementarias anteriores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración física no se palparon ganglios axilares ni nódulos mamarios se encuentra un aumento de la pigmentación de la piel y de la areola mamaria que la paciente indica no presentar anteriormente, una tensión arterial de 85/60mmHg y en las pruebas complementarias un potasio de 5,3. Se le solicitó una radiografía de tórax en la que no se evidenció ninguna patología. Ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal se solicitó cortisol en suero que fué de 0,33 y una ACTH de 870,50. Ante estos hallazgos la paciente fue derivada al Servicio de Endocrinología del H.U. Virgen de la Victoria donde fue diagnosticada de Síndrome de Addison y tratada con hidrocortisona y fludrocortisona. Ante su antecedente de hipotiroidismo se procedió a estudio de autoinmunidad en dicho servicio.

JUICIO CLÍNICO

Insuficiencia suprarrenal primaria/síndrome de Addison.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causas orgánicas o psicogénas que producen astenia: infecciones, enfermedades crónicas, otras como

el hipotiroidismo, anemia, distrofias musculares o miopatías inflamatorias, miastenia gravis, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide y el cáncer oculto. Otras enfermedades que causan hiperpigmentación como: hemocromatosis, medicamentosa (cloroquina, amiodarona), insuficiencia venosa crónica, neurofibromatosis, acantosis nigricans, déficit de ácido fólico, síndrome de POEMS.

Toma de fármacos que puedan provocar hipotensión.

COMENTARIO FINAL

Con este caso se pretende insistir en la importancia de una buena historia clínica y exploración física en atención primaria, y estar alerta ante cualquier síntoma o signo que nos cuente un paciente por banal que nos parezca a priori.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison, Principios de medicina interna, 19e. 2016
Pubmed

199/69. VÓMITO ALIMENTICIO.

AUTORES:

(1) Sierras Jiménez, M.; (2) Morales Rincón, S.; (3) Barbero Rodríguez, E.; (4) García Sánchez, T.; (1) Moreno Carrasco, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 91 con antecedentes personales de HTA, hiperlipemia, diabetes tipo II acude consulta por un vómito de contenido alimenticio hace 20 minutos sin productos patológicos. Niega otra sintomatología. Hábito intestinal conservado.

Refiere que se encontraba previamente bien, había caminado durante la mañana, almorzó con buena tolerancia y tras esto durmió durante una hora. Al despertarse ingirió un café y un pestiño y tras 5 minutos a vomitado.

Tras el episodio se mantiene asintomático.

Ante hallazgos en exploración clínica el paciente se deriva a urgencias. Se realizan pruebas complementarias, es valorado por cirugía desestimando intervención quirúrgica ante resultados Tac. Se informa a la familia y se decide sedar al paciente a fin de limitar el sufrimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Ligera palidez mucocutánea. Eupneico. Afebril.

TAS 143 TAD 89 FC 102 SAT O2 98% T^a 36°C.

CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No rigidez de nuca. No IY. No adenopatías.

ACR: tonos arrítmicos sin soplos, frecuencia elevada. Buen murmullo vesicular bilateral, no ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: cierta defensa. Ligera distensión abdominal. Doloroso a la palpación de forma generalizada, no masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg positivo. Signo del psoas negativo. Ruidos intestinales disminuidos. Lesiones de tipo livideces en dorso. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Lesiones tipo livideces en zona posterior ambos MII.

Ex.Neurológica: Glasgow 15.PINLA.No dismetrías. Sin signos de irritación meníngea. Romberg negativo. Marcha conservada. Fuerza y sensibilidad distal conservadas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

--ECG: FA a 145 lpm. No alteraciones en la repolarización.

--RX Abdomen: asas de Intestino delgado dilatadas sin gas distal.

--Analítica:

Hemograma: 14600 Leucocitos (92% PMN), Hb 16.2 g/dl. Plaquetas 216000.

Bioquímica: glucosa 171 mg/dl. Urea 46 mg/dl. Creatinina 0.95 mg /dl. Bilirrubina Total 1,4 mg/dl. Amilasa 48 mg/dl. PCR 0.2

--Gasometría venosa: pH 7.514.pCO2 27.2.pO2 32.3.HCO3 21.7.Anion gap 3.9.Lac 2.Na 136. K 3.9.Ca 1.09.Cl 110.

--TAC Abdomen: La exploración realizada muestra la existencia de una obstrucción por émbolo de la arteria mesentérica superior.

--Isquemia mesentérica aguda.

JUICIO CLÍNICO

Isquemia mesenterica aguda

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Gastroenteritis aguda.

-Intoxicación alimenticia.

-Obstrucción intestinal.

-Isquemia mesentérica.

-Vómito por reflujo.

COMENTARIO FINAL

Con este caso quiero destacar la importancia de realizar una exploración física exhaustiva.

No dejarnos guiar por lo que en principio parece un cuadro banal sin realizar una buena exploración.

Tan esencial ha de ser una buena historia clínica como una buena exploración física.

Este cuadro debutó en urgencias, pudo ser seguido aunque el resultado fuese el fallecimiento del paciente. Lo cual lleva a una reflexión bastante profunda en la que a pesar de diagnosticar de forma precoz no siempre tenemos en nuestra mano el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de Actuación en Atención Primaria. 4^a ed. SemFYC; 2011.

199/70. FIEBRE

AUTORES:

(1) Sierras Jiménez, M.; (2) Barbero Rodríguez, E.; (3) Morales Rincón, S.; (4) García Sánchez, T.; (5) Moreno Carrasco, S.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
 (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
 (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico Residente de 2do. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 27 años sin antecedentes personales de interés acude a consulta el día 18/07/15 por fiebre. En estudio por Unidad de Enfermedades infecciosas por cuadro febril de 45 días de evolución. Según refiere fiebre de 38°C de predominio vespertino que se acompaña de dolor torácico de tipo pleurítico. Acudió a urgencias el 23/06/15 donde se derivó a enfermedades infecciosas con resultados anodinos de PC. Solicitando serología VIH, mycoplasma, treponema siendo negativas. Hemocultivos negativos. 26/06/15 pautan levofloxacino con retirada de fiebre durante dos semanas. El 17/07/15 presenta fiebre de 38,8°C acompañada de dolor torácico de características pleuríticas, sin otra clínica por lo que tras 24 horas de inicio de la sintomatología acude.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Mal estado general. Consciente, orientado y colaborador. Palidez mucocutánea. Eupneico. Sin lesiones dérmicas.

TAS 143 TAD 89 FC 102 SAT O2 98% Tª 38°C.

CYC: pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No rigidez de nuca. No adenopatías.

ACR: tonos rítmicos soplo sistólico mitral. Buen murmullo vesicular, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalías. Murphy negativo. Blumberg negativo. Ruidos intestinales presentes.

MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos.

Ex. Neurológica: Glasgow 15.PINLA.No dismetrías.

--ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. Eje normal. QRS estrecho. No alteraciones en la repolarización.

--RX tórax: ICT normal. Senos libres. Discreto aumento hiliar derecho con respecto a contralateral. Posible adenopatía hilario derecho. No infiltrados.

--Analítica:

Hemograma: 8180 Leucocitos (12% PMN), Hb 14.2 g/dl. Hto 43.Plaquetas 286000.

Bioquímica: glucosa 106 mg/dl. Urea 26 mg/dl. Creatinina 0.85 mg /dl. PCR 124.2.

Coagulación: parámetros en intervalo normal.

Urianálisis: negativo.

--Gasometría venosa: pH 7.40.pCO2 27.2.pO2 60.3.HCO3 21.7.

--Hemocultivos: negativos.

--Serologías: negativas.

--Ecocardiograma: sin alteración morfológica.

--Ecocardiograma transtorácico: válvula mitral con vegetación.

--Cultivo vegetación: Staphylococcus aureus sensible a meticilina.

JUICIO CLÍNICO**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Infecciosas:

Tuberculosis.

Fiebre tifoidea.

Brucelosis.

Supuración vía biliar, hígado o riñón.

Absceso intraabdominal.

Leishmaniasis.

Endocarditis bacteriana.

Neoplasias:

Linfoma.

Leucemia.

Cáncer de colon.

Hipernefroma.

Hepatocarcinoma.

Tumores gastrointestinales.

Vasculitis:

Enfermedad de Still del adulto.

Arteritis de células gigantes.

Miscelánea:

Fiebre por medicamentos.

TEP.

Enfermedad inflamatoria intestinal.

Fiebre facticia.

Enfermedad de Whipple.

Hipergammaglobulinemia D.

Fiebre mediterránea familiar.

COMENTARIO FINAL

Ante un paciente joven, con fiebre de origen desconocido, lo más importante es realizar un buen diagnóstico diferencial así como elegir de forma eficaz las pruebas complementarias a realizar.

La actitud terapéutica así como el adecuado seguimiento del paciente nos llevarán a un nivel óptimo de diagnóstico y tratamiento precoz evitando las complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. SemFYC; 2011.

Guía terapéutica antimicrobiana 2015. J.Mensa. J.M.Gatell.

199/71. DOCTORA, “TENGO LA NARIZ TAPONÁ”**AUTORES:**

- (1) Ruiz Ciudad, M.; (2) Martínez Membrilla, S.; (3) Chacón González, M.; (4) Martín Peñuela, J.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Humilladero. Antequera.; (2) Médico de Familia. Consultorio de Humilladero. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria.

Consultorio de Humilladero. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 38 años sin antecedentes personales de interés y con buen estado de salud, que acude a consulta en mayo de 2015 por congestión nasal generalizada, pero más acentuada en narina derecha, pautándose antihistamínico, sospechando síntomas de rinitis alérgica por la época del año en que consulta y el ámbito rural al que pertenece.

Acude nuevamente a los pocos días presentando intensa dificultad para respirar sin alivio con el tratamiento. Afebril, no rinorrea y si sensación de ocupamiento de narina derecha.

Exploración nasal, se aprecia lesión polipoidea de gran tamaño congestiva y friable que ocupa casi toda narina derecha, fosa nasal izquierda con ligera desviación de tabique pero sin ocupación.

Se prescribe Triamcinolona acetónico vía i.m y budesonida nasal tópica citándose a los 5 días presentando mínima mejoría y con episodio de epistaxis autolimitada por lo que ante presencia de lesión y no buena evolución del cuadro se realiza interconsulta con Otorrinolaringólogo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Otorrino: Gran formación polipoidea anterior pediculada, sangrante a roce, se toma biopsia.

Tac senos: Lesión polipoide inespecífica sólida de 2,5x2, 1 cm en la región anterior de la fosa nasal derecha, bien definida con pequeñas calcificaciones internas periféricas, deforma la parte anterior del septo nasal, bien delimitada

AP: sugestivo de plasmocitoma nasal.

Se realiza interconsulta con Hematología y se deriva para exéresis pólipos.

Analítica: hemograma y bioquímica normal, IgG: 885, IgA 337, IgM: 30.9; Cadenas Ligeras Kappa: 0,86, Cadenas Lambda: 1,07. No presencia células malignas por electroforesis.

Aspirado MO: 0,2% de células plasmáticas mielomatosas junto con 0,9% de células plasmáticas de fenotipo normal, Cariotipo 46XY.

FISH (Hibridación fluorescente in situ): negativo

PEC_TAC: Lesiones hipermetabólicas en celdillas etmoidales derechas y epífisis proximal y distal de tibia derecha todas ellas sugestivas de malignidad en paciente con plasmocitoma de reciente diagnóstico.

Tratamiento: quimioterapia y radioterapia local

Evolución:

PEC-TAC (01/2016): remisión parcial de lesiones etmoidales derechas y de lesión proximal tibial. Incremento de actividad de lesión tibial distal. No presencia de otras lesiones sugestivas de malignidad.

Se plantea posibilidad de Auto-TPH si como valorar Alo-TPH. (Tasa de respuestas del 80% y un 25-40% de remisiones completas)

JUICIO CLÍNICO

PLASMOCITOMA NASAL Y LESIÓN DOBLE PROXIMAL Y DISTAL TIBIAL DERECHA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al ser neoplasias linfoides de células B debe hacerse con

- Mieloma múltiple (MM),
- Reacción plasmocitoide,
- Leucemia de células plasmáticas con infiltración

COMENTARIO FINAL

La nasofaringe es el asiento de tumores de variada naturaleza. El plasmocitoma solitario extramedular (PSE) variante poco frecuente de linfoma de bajo grado, el lugar de presentación más frecuente es la fosa nasal. Se debe realizar un estudio completo general para descartar la presencia de mieloma múltiple.

Queremos destacar la importancia del seguimiento en Atención primaria ya que la no remisión del pólipos con corticoterapia indujo a más estudios diagnósticos con dicho juicio clínico.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. 2016
Hugo Rodrigues Inês, et al. Plasmocitoma extramedular das fossas nasais. Revista Portuguesa de Otorrinolaringología y Cirugía cérvico-facial vol 50 . nº1 . marzo 2012

199/73. DIAGNÓSTICO DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: AUTÉNTICO DESAFÍO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

- (1) Pueyos Rodríguez, S.; (2) Arenas Puga, M.; (3) Pueyos Sánchez, A.; (4) Cruz Matas, M.; (5) Machuca Gómez, L.; (6) Mateos Montes, C.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Granada Sur II. Granada.;
- (2) Médico de Familia. Urgencias Hospital Santa Ana. Motril.;
- (3) Médico de Familia. Centro de Salud Mira Sierra. Granada.;
- (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Antonio. Granada Sur II. Granada.;
- (5) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Motril- Este. Granada Sur II. Granada.;
- (6) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Motril- Centro. Granada Sur II. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 85 años; Antecedentes personales de Cardiopatía isquémica, Fibrilación auricular, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus 2.

Acude por presentar dolor abdominal de 4 días de evolución que empeora con ingesta de alimentos de carácter lancinante, asociado a deposiciones diarreicas y algún episodio de vómito aislado. Se indica dieta blanda, analgesia, se aumenta dosis de gastroprotector y se solicita analítica general pero vuelve acudir por misma clínica más acentuada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general muy afectada por el dolor, nomoperfundida, palidez cutánea. No ingurgitación yugular, tolera decúbito.

Constantes estables.

Auscultación cardiopulmonar: arrítmica, buena ventilación sin ruidos añadidos.

Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada, sin signos de peritonismo. No masas en orificios herniarios. Peristaltismo audible. Tacto rectal: heces sin productos patológicos.

Extremidades: sin edemas, pulsos pedios presentes. Analítica: a destacar leucocitosis con discreta neutrofilia, Hb 7.8, LDH 420. PCR: 54, coagulación con INR en rango superior.

ECG: fibrilación auricular con descenso ST en precordiales compatible con cubeta digitalica.

Enviamos a atención hospitalaria para completar estudio y valoración urgente ante la sospecha de isquemia mesentérica.

Solicitan TAC abdominal donde se aprecian signos de embolia en arteria mesentérica superior, sin hallazgos de isquemia intestinal establecida

Tras reposición hemodinámica, corrección de coagulación y anemia; la paciente es valorada por Cirugía Vascular y se traslada al Servicio de Radiología intervencionista colocándose un stent.

JUICIO CLÍNICO

Angor intestinal. Embolia arterial mesentérica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos, la mayoría intraabdominales. El dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación; de menor de 7 días de evolución con importante repercusión del estado general. Exige un enfoque sistemático y ordenado para establecer un diagnóstico precoz, ya que con frecuencia implica la consideración de una intervención quirúrgica y cifras elevadas de mortalidad.

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así, podemos distinguir tres tipos: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal.

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico, de tipo inflamatorio y de tipo isquémico.

En el diagnóstico diferencial del DAA considerar las diferentes entidades: Inflamación visceral, Oclusión intestinal, Isquemia intestinal, Perforación visceral y Hemorragia intraabdominal.

COMENTARIO FINAL

La aproximación diagnóstica en paciente con dolor abdominal agudo se apoya en una anamnesis detallada, una exploración física meticulosa y un uso racional y eficaz de pruebas complementarias de las que disponemos.

La semiología del dolor nos da la clave del diagnóstico y es esencial para orientar el diagnóstico diferencial. Factores de riesgo cardiovascular (FRCV), arritmias y estados de hipercoagulabilidad nos deben poner en alerta para sospechar un cuadro de embolia e isquemia intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

Montoro MA. Dolor abdominal agudo. En Montoro MA. Manual de emergencias en gastroenterología y

hepatología. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 2010. p. 77-199. ISBN 13: 978-84-96549-74-6.

FISTERRA. Atención primaria de salud en la red. Guías clínicas Dolor abdominal; 2014 Isquemia de las arterias mesentericas: MedlinePlus: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001156.htm>

199/77. LA IMPERTINENTE MOLESTIA POR SEGUIR MUSCULATURA.

AUTORES:

(1) Ruiz Ciudad, M.; (2) Martínez Membrilla, S.; (3) Chacón González, M.; (4) Martín Peñuela, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Humilladero. Antequera.; (2) Médico de Familia. Consultorio de Humilladero. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Humilladero. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 21 años con Antecedentes personales de interés, no alergias medicamentosas conocidas, no conocimiento de atopia, buen estado de salud previo que consulta en varias ocasiones sobre todo en dispositivos de urgencias Atención Primaria y Hospitalaria y durante 3 semanas por picor generalizado y erupción cutánea en miembros y tronco, sin otra clínica asociada, administrándose metilprednisolona + polaramine i.m y pautándose antihistamínicos a dosis altas tal y como indican las nuevas actualizaciones para la atención a la urticaria aguda, y pauta de corticoides orales sin mejoría.

Trabajador de Carpintería desde hace varios años sin ningún proceso similar asociado.

Durante anamnesis niega cambio de hábitos, ni de productos de limpieza, ni de higiene personal, si afirma uso de ropa de lycra y la toma durante más de una semana de batido hiperproteico indicado en su gimnasio habitual para conseguir musculatura, coincidiendo con la aparición de las lesiones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presencia de placas de bordes redondeados confluentes y edematosas, con carácter evanescente sobre todo a nivel de tronco, brazos y piernas, alguna lesión en mejillas y barbilla, respeta plantas, palmas y cabeza.

Analítica con hemograma, bioquímica sin hallazgos relevantes.

Continúa con la urticaria con periodos de remisión mínima que dura dos tres días y que vuelve a recidivar con intensas molestias y prurito, por lo que se deriva a Dermatología para valoración.

JUICIO CLÍNICO

EXANTEMA CUTÁNEO. PROBABLE CAUSA ALIMENTARIA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe realizarse con lesiones cutáneas que morfológicamente pueden ser similares a la urticaria.

Eritema multiforme: lesiones en diana y más duraderas.

Vasculitis urticarial: autoinmune, lesiones habonosas de más de 24 horas, purpúricas, dolorosas, distribución generalizada y puede afectar a palmas y plantas dejando hiperpigmentación

Urticaria papular: por hipersensibilidad a la picadura de insectos, habitualmente la parte baja de las extremidades inferiores y suele durar más que la urticaria.

Dermatitis herpetiforme: autoinmune vesicoampollar y con lesiones similares urticariales. Simétricas y con inmunofluorescencia directa muestra depósitos de Ig A.

Urticaria pigmentosa: pápula hiperpigmentada, el signo de Darier positivo y en biopsia aumento de mastocitos.

COMENTARIO FINAL

La urticaria es una reacción de la piel caracterizada por la aparición de elevaciones cutáneas eritematosas o blanquecinas, edematosas (habón o roncha) pruriginosas y transitorias (minutos, horas o semanas). Su etiología es variada y múltiple (Fármacos, Aditivos, Alimentos, Infecciones, Picadura de insectos, Aeroalérgenos por inhalación, Factores físicos).

Entidad frecuente que motiva reiteradas consultas a los servicios de urgencia.

En nuestro paciente y coincidiendo con la toma de batidos hiperproteicos, podemos pensar en las proteínas del suero de leche entre otros aditivos. El suero de leche, una de las dos proteínas presentes en la leche es aceptable y usado para algunos aficionados al ejercicio físico como fuente de proteínas adicionales y para mejorar el rendimiento muscular, pero puede desencadenar síntomas inmediatos, como urticaria y dificultad respiratoria, y problemas eventuales que incluyen diarrea, calambres y secreción nasal por lo que se debe evitar su toma, además para prevenir otras complicaciones sistémicas, renales, hepáticas y óseas.

BIBLIOGRAFÍA

Leonardo Sánchez-Saldaña,et al.Urticaria aguda. Educación Médica Continua.Dermatol PERU 2012; vol 22

199/81. ¿Y SI PENSAMOS EN LOS IONES?

AUTORES:

(1) Aznar Zamora, C.; (2) Correa Montojo, E.; (3) Naranjo Ratia, M.; (2) Ramirez Narvaez, M.; (4) Muñoz Gonzalez, M.; (4) Zarallo Perez, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Unidad de Gestión Clínica Cayetano Roldan Moreno. San Fernando. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Dispositivos de Apoyo. Área Sanitaria San Fernando. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Distrito Sanitario Bahía Cádiz-La Janda. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldan Moreno. San Fernando. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 72años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes personales:HTA, dislipemia y diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica en diálisis, hipotiroidismo secundario a amiodarona, fibrilación auricular paroxística, cardiopatía isquémica. Tratamiento habitual:AAS, clopidogrel, sintrom, pantoprazol, metoprolol, amlodipino, nitroglicerina, ranexa, levotiroxina e insulina. Comienza con deterioro progresivo del estado general, con aumento de su disnea de horas de evolución y aumento de secreciones respiratorias, sudoración, palidez y cianosis labial. Se toma cafinitrina si y se dispone a ir a su sesión de diálisis, pero al presentar empeoramiento de sus síntomas iniciales y desvanecimiento, llaman al servicio de urgencias, siendo atendida en vía pública.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Disminución del nivel de conciencia, palidez mucocutánea, sudorosa, cianosis labial, normohidratada, disneica, tiraje

Auscultación cardiopulmonar:MVC con crepitantes bibasales, tonos bradiarrítmicos sin soplos audibles

Abdomen: anodino

MMII: no palpo pulso radial, carotideo bilateral conservado. ligeros edemas bilaterales con fovea. no signos de TVP

Exploración neurológica: PINRLA, disminución del nivel de conciencia, sin otros déficits añadidos

TA:90/50. FC:25-30. FR:8-10. glucemia:205. Glasgow: 14/15. Sat 02: 90% basal

ECG:fibrilación auricular lenta vs fibrilación auricular bloqueada, alteraciones inespecíficas del ST.

Canalizamos vía venosa periférica con suero fisiológico iv, administramos oxigenoterapia y colocamos marcapasos extracorpóreo a 60lpm.

Presenta mejoría progresiva tras implantación de marcapasos, permaneciendo estable a llegada al hospital.

A su llegada al mismo se realiza control analítico, destacando hemoglobina de 9.9 y potasio de 7. Valorada por el servicio de UCI que decide implantación de marcapasos transitorio y realizar diálisis.

Tras hemodiálisis se normaliza la hiperpotasemia, la paciente no presenta alteraciones del nivel de conciencia y se encuentra en ritmo propio a 65 lpm, no precisando marcapasos definitivo al haber sido corregida la causa principal.

JUICIO CLÍNICO

fibrilación auricular bloqueada. Bradicardia sintomática secundaria a hiperpotasemia por insuficiencia renal en diálisis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

fibrilación auricular lenta.

Fibrilación auricular bloqueada con repercusión hemodinámica.

Bradycardia secundaria a la toma de b-bloqueantes.

COMENTARIO FINAL

En el caso que nos aborda destacamos la importancia que tienen las causas reversibles de PCR, como son los trastornos electrolíticos, en este caso Hiperpotasemia, ya que esta paciente podría haber

evolucionado a BAV completo y Asistolia.tambien el identificar signos y síntomas de Repercusión Hemodinámica a la hora de indicar con celeridad el uso de terapias eléctricas

El manejo e interpretación del ECG nos ayuda a plantear los posibles diagnósticos diferenciales, como en este caso entre una FA lenta o FA bloqueada, que influirían en la progresión del episodio, así mismo, el realiza una anamnesis dirigida del episodio, para una adecuada orientación diagnóstica y posterior elección de tratamiento eficaz. En este caso la Insuficiencia Renal en diálisis, nos obliga a incluir los trastornos electrolíticos entre las posibles etiologías.

Recordar ademas que esta paciente también refirió dolor torácico opresivo y se tomó una cafinitrina sl., si no encontramos una buena respuesta tras implantación de MP tal vez habría que pensar en un proceso isquémico añadido

BIBLIOGRAFÍA

Alzueta J, Asso A, Quesada A. Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. XI Informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (2014). Rev Esp Cardiol. 2015;68:996-1007.

-Weiss R, Knight BP, Gold MR, Leon AR, Herre JM, Hood M, et al. Safety and efficacy of a totally subcutaneous implantable cardioverter defibrillator. Circulation. 2013;128:944-53.

199/82. NO SIEMPRE ES LA PRIMERA OPCIÓN

AUTORES:

(1) Aznar Zamora, C.; (2) Ramirez Narvaez, M.; (3) Naranjo Ratia, M.; (4) Correa Montijo, E.; (5) Zarallo Perez, A.; (5) Muñoz Gonzalez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Unidad de Gestión Clínica Cayetano Roldan Moreno. San Fernando. Cádiz.; (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias San Fernando. Unidad de Gestión Clínica Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Bahía de Cádiz La Janda. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias San Fernando. Cádiz.; (5) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Dr. Cayetano Roldan Moreno. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 55 años de edad, con los siguientes antecedentes personales : hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo2, dislipemia, ACVA, fibrilación auricular permanente, fumador, bebedor moderado, tratamiento habitual: bisoprolol, pantoprazol, fenofibrato, sintrom, metformina, AAS y amlodipino

Avisan en su domicilio a la unidad móvil de urgencias por presentar cuadro sincopal de segundos de duración, acompañado de un vómito alimenticio sin restos patológicos, no relajación de esfínteres. A la llegada, el paciente se encuentra asintomático, no dolor torácico, no disnea, no otros síntomas. Su familia refiere pérdida de peso en el último mes y vómitos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado, colaborador. Normohidratado. No tiraje, no disneico.

Auscultación cardiopulmonar: MVC sin ruidos sibreañadidos, tonos arrítmicos sin soplos audibles.

Exploración abdominal: no masas, no megalías, no doloroso a la palpación, no defensa.

Exploración neurológica: PINRLA, no focalidad neurológica.

TA: 92/64.

Frecuencia cardíaca: 62 l.p.m.

Frecuencia respiratoria: 14.

Saturación O₂: 98% basal.

Temperatura: 36°.

Glucemia: 174 mg/dl.

Glasgow: 15/15.

ECG sin dolor: fibrilación auricular a 110 l.p.m., eje normal, segmento ST infradesnivelado en V3, V4 y V5. Se realiza un nuevo ECG pasados 30 minutos, no presentando cambios con respecto al primero: fibrilación auricular a 100 l.p.m., eje normal, segmento ST infra-desnivelado en V3, V4 y V5.

La unidad móvil administra AAS 300 mg oral presumiendo un posible SCASEST y se traslada a urgencias de su hospital de referencia en ambulancia medicalizada para realizar pruebas complementarias y diagnóstico.

En Urgencias Hospitalaria solicitan analítica, gasometría venosa, rx de torax y ecografía de abdomen.

En la analítica destacamos: urea 90, creatinina: 3,6, potasio 2,83, calcio corregido 10, PCR 27,4, cK 56, TnTus 32.

Ecografía abdomen: normal.

Rx torax: normal.

Gasometría venosa: pH 7,5, pCO₂ 51, HCO₃ 38,8.

Segundas enzimas: CK 88, TnTus 26.

Se decide ingreso a cargo de medicina interna, se realiza endoscopia digestiva alta con biopsia y TAC toracoabdominal donde se observa un estómago de retención, con compresión extrínseca en incisura angularis estenosis en rodilla duodenal de dudosa naturaleza endoscópica con primera anatomía-patológica negativa.

Se realiza interconsulta al servicio de Cirugía General para valoración de intervención quirúrgica, tratamiento para el cual el paciente aún permanece ingresado.

JUICIO CLÍNICO

Fracaso renal agudo prerrenal.

Hipopotasemia moderada.

Alcalosis metabólica.

Estómago de retención.

Estenosis en rodilla duodenal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síncope vasovagal

SCASET.

COMENTARIO FINAL

Dada la sintomatología y el EKG, primeramente se pensó que el paciente podría sufrir un SCASEST. Posteriormente, tras la realización de una profunda historia clínica, múltiples pruebas diagnósticas y terapéuticas, se observó una naturaleza distinta de

su cuadro, estando toda la sintomatología provocada por una estenosis duodenal inflamatoria que precisa intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ladd AP, Madura JA. Congenital duodenal anomalies in the adult. Arch Surg 2001;136(5):576-84.
2. Gianino P, Castagno E, Grassino EC, Guidi C, Mostert M. Late and unusual onset of congenital duodenal obstruction due to combination lesion. Minerva Pediatr 2010;62(2):223-5.
3. Just JD, Bailey RJ. Duodenal obstruction from congenital bands: an unusual cause of pancreatitis. Can J Gastroenterol 1996;10(7):449-50.
4. Fernández MS, Vila JJ, Ibáñez V, Lluna J, Barrios JE, Gutiérrez C, et al. Laparoscopic transsection of Ladd's bands: a new indication for therapeutic laparoscopy in neonates. Cir Pediatr 1999

199/85. ¡DOCTOR, ME ESTÁ CRECIENDO LA BARRIGA! UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINOPÉLVICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES:

(1) Corrales Álvarez, I.; (1) Cañizares Romero, J.; (2) Gutiérrez García, Á.; (3) Martínez Ibáñez, M.; (4) Reina Martín, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años de edad, nulípara y con antecedentes de HTA bien controlada con Enalapril 10mg/12h. Entre sus antecedentes familiares destacan un hermano mayor intervenido de cáncer de colon y otro diagnosticado de leucemia linfática crónica. La paciente consulta en Atención Primaria por molestias hipogástricas de un mes de evolución que desde hace 4 días se han hecho más intensas apareciendo además disuria y polaquiuria. Se le realiza analítica de orina apareciendo leucocitos +++, hemáties + y nitritos ++. Se le pauta tratamiento antibiótico mejorando la clínica miccional progresivamente en dos días pero a las dos semanas la paciente vuelve a consultar por persistir el dolor abdominal habiéndose hecho más intenso paulatinamente junto con la aparición de sensación de hinchazón abdominal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la primera consulta la paciente presenta aceptable estado general, buena hidratación mucocutánea, TA 130/80. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadios, tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando y depresible, ligeramente distendido, doloroso a la palpación

profunda en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal.

La segunda vez que acude presenta abdomen blando y depresible, globuloso y distendido sugestivo de ascitis, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha con defensa abdominal voluntaria.

Se realiza ecografía abdominal en el Centro de Salud en la que se objetiva masa anexial derecha de gran tamaño, de límites imprecisos, tabicada y con presencia de líquido libre en fondo de saco.

Se decide derivar a la paciente a las Urgencias Hospitalarias donde es ingresada para completar estudio tras la exploración, pruebas complementarias básicas y paracentesis diagnóstica con resultados de muestra hipercelular con agregados de células epiteliales, con citoplasmas vesiculosos y núcleos pleomorfos. Hallazgo sugestivo de Adenocarcinoma.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma de ovario con implantes peritoneales y líquido ascítico +

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Teratomas. Fibroma. Endometriosis ovárica. Absceso diverticular. Carcinoma colon.

COMENTARIO FINAL

Tras ingreso de la paciente se le realiza analítica sanguínea destacando CA-125 200.3 e Índice ROMA 61.54% ($N < 29.90\%$) con hemograma y bioquímica normal, y TAC abdominopélvico donde se observa masa de 8x8x10cm, de contornos lobulados y densidad heterogénea que parece depender de ovario. Se observa líquido libre en pelvis, perihepático y periesplénico. Se observan nódulos aislados en peritoneo y claros implantes en espacio parorrectal derecho.

Se presenta en Comité de Tumores Ginecológicos, decidiéndose iniciar tratamiento con QT Neoadyuvante para posteriormente valorar cirugía de intervalo.

BIBLIOGRAFÍA

Bennett JA, Oliva E. Clin Obstet Gynecol. 2015 Mar;58(1):3-27.

Cho YJ, Kim HJ, Jang SK, Yeon JW, Kim KH, Paik SY. Ultrasonography. 2016 Apr;35(2):164-7. Tong-song T, Wanapirak C, Sukpan K, Khunamornpong S, Pathumbal A. Asian Pac J Cancer Prev. 2007 Jan-Mar;8(1):124-6.

199/93. UNA NEUMONÍA REALMENTE COMPLICADA: LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

AUTORES:

(1) Martínez Ibáñez, M.; (2) Cordero Moreno, A.; (3) Gutiérrez García, Á.; (4) Cañizares Romero, J.; (4) Corrales Álvarez, I.; (1) Rojas Martínez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

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

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años. Fumador de 120 paquetes/año. Bebedor severo. Con EPOC, enfermedad de dupuytren y artropatía psoriásica. Tratamiento: eterocoxib, formodual, terbasmin.

Acude a nuestra consulta de atención primaria por persistencia de clínica de disnea aportando informe de ingreso de hospital comarcal con juicio clínico de insuficiencia respiratoria crónica global agudizada con neumonía bilateral y acidosis respiratoria en tratamiento con BIPAP, levofloxacino y corticoterapia.

Se propuso traslado para ingreso en hospital de referencia desde hospital comarcal con diagnóstico de neumonía bilateral, solicitando alta voluntaria por parte del paciente y acudiendo a mi consulta de atención primaria. Tras rehistóriar al paciente y realizar una Anamnesis exhaustiva el paciente comenta cuadro de dolor centrotorácico intenso opresivo con cortejo vegetativo asociado y sensación de muerte inminente de dos días de evolución, tras el cual comienza con cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado y colaborador. Saturación de oxígeno 95% con gafas nasales. Ligera taquipnea. Tensión arterial 130/70. Auscultación Cardio-Respiratoria: Taquicardia sinusal con tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada con crepitantes hasta campos medios y sibilantes dispersos. Abdomen anodino. Edemas con fóvea en miembros inferiores hasta rodillas.

Radiografía de tórax: Índice Cardiotorácico <55%. Derrame pleural derecho con líquido en cisuras. Infiltrado alveolo-intersticial bilateral compatible con fracaso cardiaco. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 105 latidos por minuto, eje normal con amputación de R en precordiales derechas. Ondas Q V4-V6 y en cara inferior con ondas T aplandas en cara infero-lateral.

Analítica: Hemoglobina 12.2, Leucocitos 13100, tiempo de protrombina 60%, INR 1.3, creatinina 2.16 -->1.82, CK 594, CK-MB 6.8 -->4.9, Troponina I 5.6-->2.56, LDH 399, PCR 23, PCT 0.85, NT-proBNP 14529.

JUICIO CLÍNICO

Infarto agudo de miocárdico infero-lateral evolucionado complicado con insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal aguda secundaria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infarto agudo de miocardio evolucionado. Neumonía bilateral.

COMENTARIO FINAL

Ante los datos aportados por el paciente en la anamnesis, y análisis detallado del caso con correlación clínico-patológico decido derivación por dispositivo de cuidados críticos y urgencias a hospital de

referencia, con sospecha de fallo cardíaco subagudo en el contexto de infarto agudo de miocardio

BIBLIOGRAFÍA

Barry A Borlaug, MD. Clinical manifestations and diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction. Feb 17, 2016.

Barry A Borlaug, MD, Wilson S Colucci, MD. Treatment and prognosis of heart failure with preserved ejection fraction. Mar 2016.

Wilson S Colucci, MD. Prognosis of heart failure. Nov 07, 2014.

199/96. "LUMBALGIA QUE NO ES LO QUE PARECE". LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

AUTORES:

(1) Corrales Álvarez, I.; (1) Cañizares Romero, J.; (2) García García, C.; (3) Rojas Martínez, M.; (4) Cordeiro Moreno, A.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 52 años de edad. Ex-fumadora desde hace 8 años de 10 paquetes/años. Sin antecedentes personales de interés. La paciente acudió a nuestra consulta de Atención Primaria hace 6 meses por dolor lumbar izquierdo con irradiación hacia miembro inferior izquierdo que se trató con AINES con buena respuesta clínica. Hace un mes la paciente vuelve a consultar y refiere que tras el primer episodio ha presentado la misma clínica en diversas ocasiones tratándose de forma domiciliaria.

Se realizó RMN de columna en centro externo donde se observaban cambios degenerativos con pérdida de señal en disco L5-S1 por deshidratación parcial y protusión a nivel de L4-L5 con artrosis de pequeñas articulaciones interapofisarias.

Refiere que desde hace un mes y medio el dolor se ha hecho incapacitante, no respondiendo a la analgesia habitual y que además ha tenido fiebre de hasta 38°C de forma intermitente, aunque ella se encuentra bien y no presenta otra clínica acompañante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el primer episodio de dolor lumbar presentaba muy buen estado general. Consciente. TA 120/90. Auscultación cardiorespiratoria: murmullo vesicular conservado, tonos rítmicos sin soplos. Abdomen anodino. Dolor a la palpación en región lumbar izquierda. Lassegue negativo. No déficit sensitivo ni motor. MMII sin edemas ni signos de TVP.

En la segunda consulta el dolor en zona lumbar y zona posterior de pala ilíaca izquierda se había

intensificado apareciendo también molestias en fosa ilíaca izquierda. Sensación de empastamiento en zona glútea. No adenopatías, ni bocio. Axilas libres. Decidimos derivar a Urgencias para valoración donde indican ingreso en Medicina Interna para estudio de "Fiebre prolongada a filiar" y "Lumbociatalgia de larga evolución".

Analítica sanguínea normal. Proteinograma sin pico monoclonal. Hemocultivo, serologías y marcadores tumorales negativos.

TAC abdominopélvico con contraste: Lesión osteolítica con erosión cortical a nivel de porción posterior de hueso ilíaco izquierdo adyacente a articulación sacroilíaca ipsilateral con componente de masa de partes blandas. Resto normal.

BAG lesión (anatomía patológica): proliferación difusa de células con núcleos grandes, pleomórficos, con nucléolo visible y positividad para CD20, bcl-6 y Mum-1.

JUICIO CLÍNICO

Linfoma no Hodgkin de Células Grandes B difusas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causa infecciosa. Mieloma múltiple. Enfermedad metastásica. Cordoma.

COMENTARIO FINAL

El linfoma no-Hodgkin óseo primario es una entidad clinicopatológica infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodkin de localización extranodal y menos del 2% de todos los LNH en adultos. Aproximadamente el 3% de las neoplasias óseas primarias son LNHOP. Los síntomas son dolor óseo, masa palpable por afectación de tejidos blandos, tumefacción, fracturas patológicas y síndrome de compresión medular. La histología más prevalente es el linfoma B difuso de célula grande.

BIBLIOGRAFÍA

Hu Y, Chen SL, Huang ZX, Gao W, An N. Genet Mol Res. 2015 Jun 11;14(2):6247-50.

Cañete AN, Bloem HL, Kroon HM. Radiologia. 2016 Feb 22. pii: S0033-8338(16)00013-8.

Anyfanti P, Gouridou E, Tsinaridis A, Bekiaropoulos D, Argyropoulos E, Sousos N, Petrou I, Papathanasiou M, Morichovitou A, Damianidis G, Bakatselos S. Scott Med J. 2015 Aug;60(3):e9-13.

199/97. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DOLOR ABDOMINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

AUTORES:

(1) Cañizares Romero, J.; (1) Corrales Álvarez, I.; (2) Sicilia Barea, E.; (3) Cordero Moreno, A.; (4) Martínez Ibáñez, M.; (4) Rojas Martínez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torcal. Málaga.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pi-chón. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años. Alérgica a Moxifloxacino y Claritromicina. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de asma bronquial en seguimiento por Neumología, coriorretinopatía miópica con desprendimiento de vítreo posterior y poliartrosis. Paciente que comienza a consultar en nuestra consulta de Atención Primaria en Agosto de 2015 por cuadro de dolor abdominal difuso, más localizado a nivel de hipocondrio derecho, discontinuo, asociando dispepsia. Se solicita detección de H. pylori mediante cultivo de heces siendo negativo, se instaura tratamiento con Omeprazol 20 mg al día sin mejoría y dada la persistencia de la clínica se decide derivación a Digestivo, que la paciente rechaza. En los últimos dos meses, asocia a esta clínica cuadro de hiporexia y pérdida ponderal de unos 8 kg de peso, junto con astenia y sudoración nocturna, por lo que vuelve a consultar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida, no ictericia mucocutánea. Faringe hiperémica sin placas ni exudado. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Anodino. No signos de TVP o edemas en MMII.

Analítica sanguínea: Hb 12.3, IST 16, Hierro 44, ferritina 121, leucocitos 6300 con fórmula leucocitaria normal. Creatinina 0.57, iones y calcio normal. GOT 23, GPT 26, GGT 67, FA 71, Bi total 0.48. Perfil lipídico normal. Marcadores tumorales: CEA, Ca 125, Ca 15.3, AFP normales. Ca 19.9 de 71.2. Aprovechando los recursos que ofrece nuestro Centro de Salud, teniendo en cuenta la existencia de dolor a nivel de hipocondrio derecho y la clínica de pérdida de peso, se decide realizar Ecografía de abdomen en Atención Primaria, en la que se objetivan varias LOES hepáticas. Bazo de situación, tamaño y ecogencidad normales, riñones de situación, tamaño y ecogencidad normales. Ante estos hallazgos, se decide derivación a Hospital, donde se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste iv: hígado de tamaño normal con múltiples LOES. Pequeña lesión hipodensa de 6 mm en cuerpo pancreático. Gran conglomerado adenopático retroperitoneal de aspecto patológico, algunas de hasta 28 mm, que engloban vasos retroperitoneales. Biopsia de hígado con aguja gruesa: hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos sugestivo de adenocarcinoma de la vía pancreaticobiliar, probablemente colangiocarcinoma.

JUICIO CLÍNICO

Adenocarcinoma de probable origen en vía biliar estadio IV

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carcinoma hepatocelular, Metástasis, Nódulos regenerativos, Adenomas hepáticos

COMENTARIO FINAL

La mayoría de los pacientes con lesiones hepáticas sólidas ocupantes de espacio (LOES) están asintomáticos. Sin embargo, la coexistencia de éstas junto con dolor abdominal y pérdida de peso debe hacernos pensar en un proceso maligno. El colangiocarcinoma representa el 3% de las neoplasias digestivas, aunque su incidencia está aumentando en los últimos años. Muchos pacientes no son candidatos a Cirugía porque el diagnóstico suele ser tardío, siendo la quimioterapia con Cisplatino y Gemcitabina una buena opción.

BIBLIOGRAFÍA

- Gore RM, Shelhamer RP. Biliary tract neoplasms: diagnosis and staging. Cancer Imaging 2007; 7 Spec No A:S15.
Bonder A, Afdhal N. Evaluation of liver lesions. Clin Liver Dis 2012; 16:271.

199/98. PANCREATITIS AGUDA POR PARÁSITOS

AUTORES:

- (1) Rico Rangel, M.; (2) Muñoz Ayllón, M.; (1) Gomez Prieto, D.; (3) Diaz Romero, A.; (4) Leon Tercero, J.; (5) Rodriguez Montado, B.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodriguez Arias. San Fernando. Cádiz.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodriguez Arias. San Fernando. Cádiz.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Rodriguez Arias. San Fernando. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 18 años, natural de Perú, sin AP de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en epigastrio de carácter intenso asociado a náuseas y vómitos alimenticios en varias ocasiones de un día de evolución. Estreñimiento habitual. No fiebre, no otra sintomatología. Durante su estancia en el servicio de urgencias expulsión de lombrices por la boca junto a los vómitos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración física destaca dolor abdominal generalizado, más acentuado en hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal.

En la analítica destaca leucocitos con eosinofilia, aumento de amilasa y lipasa, con transaminasas, enzimas de colestasis y bilirrubina normales.

En ecografía abdominal se detecta aumento de volumen y de la ecogenicidad pancreática y presencia de imágenes tubulares sin sombra posterior, sugestivas de vermes en vesícula biliar.

JUICIO CLÍNICO

Pancreatitis aguda por ascaris lumbricoides

Ante este hallazgo, se administra albendazol y se realiza una colangiopancreatografía retrógrada

endoscópica (CPRE) 24 horas después para extraer el parásito.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Habría que hacerlo con otras entidades que cursen con dolor abdominal agudo, entre las que destacan:

- Colecistitis o colangitis
- Gastroenteritis
- Síndrome oclusivo intestinal
- Apendicitis

COMENTARIO FINAL

La migración de los parásitos intestinales al árbol biliar puede producir cuadros de obstrucción biliar, colangitis ó pancreatitis. Las manifestaciones clínicas varían en severidad según el número de parásitos o si permanecen en los conductos o regresan al intestino, predominando el dolor abdominal, náuseas y vómitos. Las pruebas de imagen abdominal son útiles en el diagnóstico de sospecha, siendo infrecuente recurrir a la cirugía. El tratamiento con albendazol, junto a la extracción endoscópica mediante CPRE, es curativo en el 90% de los casos, reservándose la cirugía si existe sepsis incontrolada, colangitis supurada o fallo en el tratamiento médico.

La pancreatitis por parásitos es extremadamente rara en Europa por lo que el diagnóstico puede ser difícil por un bajo índice de sospecha, pero hay que tener en cuenta la procedencia del paciente ya que la mortalidad en áreas endémicas es de hasta el 5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rana SS, Bhasin DK, Nanda M, Singh K. Parasitic infestations of the biliary tract. Curr Gastroenterol Rep 2007;9:156-64.
2. Mohammad A, Abdul M, Mohammad B, et al. Biliary ascariasis: the value of ultrasound in the diagnosis and management. Ann Asaudi Med. 2007;27(3):161-165.

199/99. ¿Y SI NO ES LO DE SIEMPRE?

AUTORES:

- (1) González Márquez, E.; (2) Gragera Hidalgo, M.; (3) Barrero Martín, M.; (1) Martín Andújar, S.; (4) Pardos Lafarga, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Loreto Puntales. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calletano Roldán. San Fernando. Cádiz.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años que acude a consulta de atención primaria por ictericia escleral sin otros signos ni síntomas salvo náuseas y astenia de 20 días de evolución. No presenta antecedentes personales de otras enfermedades, no toma de ningún tipo de fármaco, ni refiere consumo de tóxicos. Se realiza analítica

con resultados compatibles con hepatitis colestásica derivándose entonces para valoración urgente a digestivo, donde es ingresado para completar el estudio y filiar etiología. Mantuvo enzimas hepáticas y de coletasis elevadas hasta el inicio del tratamiento con penicilamina tras obtener los resultados de la biopsia hepática con niveles de cobre elevados, además de cupruria basal elevada con aumento importante tras el inicio del tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Mantiene constantes conservadas, no se palpan adenopatías, exploración cardiopulmonar normal y abdomen anodino, resto de exploración normal salvo ictericia mucocutánea. No fiebre. Analítica con GOT/GPT 1242/2389 y BT 9.22 con bilirrubina conjugada en 7.89. Coagulación INR 1.2, AP 76%. Serología de virus de hepatitis con anticuerpos negativos. Otras serología Lues, VIH, CMV, Leishmania, Coxiella Burnetti, Parvovirus: negativas. Marcadores tumorales no alterados. Estudio del hierro normal. Ceruloplasmina y alfa-antitripsina dentro de los niveles normales. Pruebas inmunológicas negativas. RX tórax normal. Ecografía abdominal sin hallazgos destacables. ColangioRMN con hallazgos compatibles con hepatitis aguda sin otros datos patológicos. Biopsia hepática compatible con hepatitis crónica con actividad inflamatoria moderada y fibrosis moderada. Cu tejido hepático 54.50 ug/g. Cupruria basal 146 y posterior a tratamiento, 1358.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad de Wilson con afectación hepática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hepatitis (ya sea viral, secundaria a fármacos o tóxicos o de origen inmunitario), colestasis de origen obstructivo (litiasis, tumoración)

COMENTARIO FINAL

A pesar de que es una enfermedad rara, hay que tenerla en cuenta por la gravedad que puede conllevar si no se controla. En el 50% de los casos esta enfermedad debutá con afectación hepática, sin embargo el otro 50% podría comenzar con síntomas neurológicos o psiquiátricos, lo que haría más difícil su sospecha. En tales casos y bajo recomendación de diferentes autores, hemos de sospechar en pacientes jóvenes menores de 50 con alteraciones neuropsiquiátricas de origen no aclarado o si signos o síntomas hepáticos y/o elevación de transaminasas de origen incierto.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison's: Principles of Internal Medicine, 18º Edición; MacGraw Hill 2011. Farreras-Rozman: Medicina interna. 16º edición; Elsevier 2009. Digestivo: DTM Diagnóstico y Tratamiento Médico; Marban, 2012.

199/101. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR TRAS CUADRO SINCOPAL

AUTORES:

(1) Infante Ruiz, M.; (2) Fernández Escribano, J.; (3) Morales, A.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.;
- (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.;
- (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 64 años que acude a consulta de Atención Primaria por sensación disneica de 4 horas de evolución. Mientras está en la sala de espera sufre un cuadro de pérdida de conocimiento de unos segundos de duración, previo sensación de mareo, sudoración y palidez cutánea, sin otra sintomatología. Entre los antecedentes personales destaca hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia cardiaca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración Física: Regular estado general, consciente, orientada, colaboradora. Palidez cutánea, trabajo respiratorio y tiraje subcostal. TA: 110/80, FC: 70lpm, SatO2: 94%. ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. Neurológica: PINR. PC conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetrías. No focalidad neurológica. Marcha normal. Romberg negativo.

Se realiza en Centro de Salud electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm. Eje normal. PR 0.12 seg constante seguido de QRS estrecho. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

Se decide derivación a urgencias hospitalarias tras estabilización.

Pruebas complementarias:

Analítica: hemograma normal. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, iones, enzimas hepáticas normales. Dímero D >5000

GSA: ph 7.36, pO2 61, pCO2 40, HCO3 21

Radiografía de tórax: aumento de índice cardioráctico. No imágenes de derrame ni de condensación.

AngiotAC A. Pulmonares: se observa defecto de repleción en ramas segmentarias del lóbulo medio en relación con tromboembolismo pulmonar. Tronco de arteria pulmonar de 35mm de dm. Cardiomegalia. Diámetro de aorta ascendente (48mm). Parénquima pulmonar sin hallazgos reseñables.

JUICIO CLÍNICO

Tromboembolismo pulmonar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infarto Agudo de Miocardio. Pericarditis. Neumonía. Taponamiento cardiaco. Neumotórax. Dissección de aorta.

COMENTARIO FINAL

Es necesario que el médico de atención primaria esté familiarizado con los factores de riesgo y sintomatología que presenta el tromboembolismo pulmonar. De esta forma, la realización de una anamnesis y exploración física exhaustiva va a permitir sospecharlo y por tanto derivar al punto de urgencias más cercano

para confirmación del diagnóstico, continuar con estabilización hemodinámica (que en muchas ocasiones se encuentra alterada) e inicio lo más precozmente posible de tratamiento ya que se trata de una patología con una elevada morbilidad y relativamente frecuente en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

Morales Blanhir JE, Salas Pacheco JL, Rosas Romero MJ, et al. Diagnóstico de tromboembolia pulmonar. Arch. Cardiol. Méx. 2011;81(2).126-136

199/106. CUANDO LA ENFERMEDAD NO AVISA

AUTORES:

(1) Morales Rincón, S.; (2) García Sánchez, T.; (3) Sierras Jiménez, M.; (4) Barbero Rodríguez, E.; (5) Aguirre Rodríguez, J.; (6) López-Sidro Ibáñez, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (6) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años que acude a consulta por dolor torácico y fiebre.

Como antecedentes personales destaca que es una gran fumadora. Fue intervenida de una fistula perianal con 40 años. No antecedentes familiares de interés.

Refiere que a pesar de ser fumadora desde los 25 años con un consumo medio de 18 cig / día, nunca ha presentado síntomas dependientes de tal hábito hasta hace un mes, que comenzó con pitos (ICAT=35). Desde entonces, describe cansancio, pérdida de apetito y de unos 2 kilos de peso que achaca a problemas familiares. Además tiene dolor costal izquierdo de tipo pleurítico, tos, expectoración mucopurulenta y con algunas hebillas hemáticas en superficie. Presenta fiebre de hasta 38,5 °C.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA: 110/70, FC : 108, talla: 156 cm Peso: 56 kg, IMC: 23. Eupneica, en reposo. Tra: 38,3°C

AC: Normal

AR: hipofonesis en campo superior izquierdo. Leve hipofonesis en base izquierda, plano axilar.

RX tórax: Neumonitis y atelectasia en LSI

Espirometría: Leve obstrucción periférica(FVC: 101%, FEV1:96%, FEV1/FVC:0,8)

Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza una gasometría arterial en la que se aprecia una leve hipoxemia con alcalemia respiratoria. Se solicita TAC programado y se pauta amoxicilina 875 / clav 125: 1-1-1 7dias junto a antitérmicos además de broncodilatadores.

Ya en la consulta del especialista, la paciente se encuentra mejor y sin dolor torácico.

El TAC revela la existencia de una masa en LSI de al menos 5 cm, de contorno no bien limitado por la neumonitis y la atelectasia acompañante. Existe afectación del bronquio del LSI a unos 5 cm de la carina. La arteria pulmonar izquierda aparece irregular y estenosada. Se aprecian adenopatías subcarinales que superan los 10 mm de eje menor y un pequeño derrame pleural dcho. No evidencias de otros nódulos pulmonares. Hígado sin lesiones focales.

JUICIO CLÍNICO

Neo de pulmón izquierdo, al menos en estadio III B(T4,N2). Tras biopsia a través de broncoscopia, se confirma carcinoma de células pequeñas. Pendiente de PET-TAC

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A destacar, procesos infecciosos como reagudizaciones de EPOC, neumonías o TBC.

COMENTARIO FINAL

El oat cell representa un 15 % de los canceres de pulmón, siendo más prevalente en los hombres que en las mujeres .Está íntimamente relacionado con el humo del tabaco siendo poco frecuente en personas que nunca han fumado. Se caracteriza por su elevada agresividad y rápida diseminación a cerebro, hígado y hueso, entre otros.

Es vital continuar con las campañas de sensibilización poblacional sobre el consumo del tabaco. Desde Atención primaria se debe de promover el abandono del hábito y disponer de las herramientas necesarias para el abordaje integral de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Horn L, Eisenberg R, Gius D, et al. Cancer of the lung. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2014:chap 72.

National Cancer Institute. PDQ Small cell lung cancer treatment. Bethesda, MD. www.cancer.gov. Date last modified January 23, 2015. http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/small-cell-lung/health-professional. Accessed October 7, 2015.

199/107. ANGIOEDEMA POR UNA ACEITUNA

AUTORES:

(1) Muñoz Ayllón, M.; (2) Rico Rangel, M.; (3) Galván Melero, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años con los siguientes antecedentes personales: Exfumador desde hace 13 años. Hta en tratamiento. EPOC moderado-severo que precisó

ingreso reciente por exacerbación de EPOC sin control adecuado de la disnea desde el alta. Fibrilación Auricular anticoagulada con rivaroxaban.

El paciente acude a nuestra consulta del centro de salud por presentar desde la tarde anterior cuadro de inflamación en la zona labial que ha crecido en las últimas 24 horas y fiebre con sensación de escalofríos. Esta mañana acudió por el mismo motivo al centro de salud sin cita previa siendo tratado con metilprednisolona sin mejoría alguna. De hecho refiere empeoramiento del cuadro.

Dado la gravedad del caso se recomienda al paciente acudir a urgencias hospitalarias y se inicia antibioterapia con amoxicilina/clavulanico .

El paciente pasa al área de observación siendo valorado por medicina interna y otorrino de forma urgente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

REG, fiebre de 39.5º. A la exploración se aprecia importante edema holoacial con dolor a la palapación, rubor y aumento de temperatura. Se aprecia zona purulenta y edema en ambos vestíbulos nasales así como labio superior. Fosas nasales permeables. Cavum libreCuello sin adenopatías ni lesiones palpables.

Hemograma: Hb 7.9, leucocitos 35.1, neutrófilos 90%.

Bioquímica: Función renal normal. PCR 157.

TAC craneal (ORL) compatible con proceso infeccioso/inflamatorio. Engrosamiento mucoso de ambos senos maxilares con ocupación parcial del izquierdo y de celdillas etmoidales. Significativo aumento de grosor y densidad de partes blandas difuso a nivel facial.

JUICIO CLÍNICO

Vestibulitis nasal con ANGIOEDEMA.

Sépsis grave por proceso vestibular.

Celulitis facial.

Se descarta trombosis del seno cavernoso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nuestro paciente tuvo un importante empeoramiento y aumento del edema al doble en menos de 24 horas. Lo fundamental es iniciar tratamiento antibiótico lo antes posible. En él se ajustó tratamiento con ceftriaxona 2g/24h y cloxacilina 2g/24; así como metilprednisolona a altas dosis.

Precisa vigilancia estrecha del estado clínico por probable empeoramiento.

COMENTARIO FINAL

Ante este tipo de cuadros es fundamental iniciar antibioterapia lo más precozmente posible dada la potencial gravedad que tienen.

Es importante descartar la trombosis del seno cavernoso, una complicación tardía y fulminante de un proceso infeccioso centrofacial (por ejemplo un forúnculo nasal), ya que la tasa de mortalidad actual es del 30% y asocia graves secuelas neurológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de urgencias en ORL para Médicos de Atención Primaria. Coordinación: María Luisa Navarrete Álvaro.

199/108. FIEBRE Y ALGO MÁS

AUTORES:

(1) Morales Rincón, S.; (2) Barbero Rodríguez, E.; (3) García Sánchez, T.; (4) Sierras Jiménez, M.; (5) Aguirre Rodríguez, J.; (6) López Rivero, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.; (6) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 47 años, sin patología conocida ni alergias medicamentosas. Agricultor de profesión. Vive en medio rural. Niega hábitos tóxicos.

Hace 7 días acudió a urgencias por presentar fiebre de hasta 39 °C, con respuesta a antitérmicos. Fue diagnosticado de fiebre sin foco posiblemente en el contexto de un cuadro viral. Se le pautó hidratación y paracetamol 650 mg /8h.

En la consulta de Primaria, continua con fiebre y la respuesta a antitérmicos ya no es plena. Además, refiere artralgias generalizadas y cefalea frontal. Niega otra sintomatología

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Temperatura: 39.5. FC: 103 lpm. Saturación O₂: 98%. Eupneico. TA: 100/70.

Consciente, orientado, colaborador. Asténico, algo deshidratado.

Neurológica: sin focalidad. No rigidez de nuca

ACR: normal

Faringe: leve hiperemia.

Otoscopia: normal.

A la palpación, se evidencia un aumento del tamaño de los ganglios retroauriculares derechos. En cuero cabelludo se observa una lesión con centro necrótico, no dolorosa.

A la inspección, se aprecia una erupción maculopapulosa no pruriginosa, generalizada, que afecta a palmas y plantas pero respeta la cara.

JUICIO CLÍNICO

Sospecha de fiebre botonosa mediterránea (fiebre + exantema + mancha negra)

Se derivó a urgencias para realizar pruebas complementarias y confirmación diagnóstica.

En la analítica solo destacaba un aumento plaquetario y de transaminasas. VSG discretamente elevada.

.Coagulación sin alteración. Serología positiva para Rickettsia conorii (títulos iguales o superiores a 1/40). Se inició el tratamiento con doxiciclina 100mg/12h vo permaneciendo el paciente aspirético desde el segundo día de la administración .Se mantuvo la antibioterapia durante una semana.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con otras patologías víricas (sarampión o primoinfección VIH), y bacterianas (sífilis secundaria o meningococémia).

COMENTARIO FINAL

La fiebre botonosa es una rickettsiosis causada por *Rickettsia conorii* y transmitida habitualmente por garrapatas de perros. La infección da lugar a una afectación del endotelio de los capilares y pequeños vasos, produciendo la destrucción de las células endoteliales, trombosis y hemorragias.

La mayor parte de los casos en la cuenca del Mediterráneo ocurren en verano. Desde 1982, es una enfermedad de notificación obligatoria, y las zonas con mayor incidencia son Melilla, Ceuta, Castilla-La Mancha, Extremadura y Andalucía.

El período de incubación de la enfermedad varía entre 5 y 7 días.

Clínicamente se caracteriza por la fiebre brusca y las artromialgias. Entre el 3º y 5º aparece la erupción maculopapulosa. Muchas veces, la mancha negra pasa desapercibida. Es frecuente encontrar una linfadenopatía regional.

El pronóstico suele ser bueno, aunque en ocasiones puede provocar una afectación visceral importante (insuficiencia renal o alteración hepática grave), coagulación intravascular diseminada, infiltración pulmonar o alteración de la conciencia.

Ante la sospecha clínica se debe de iniciar el tratamiento precozmente sin esperar a los resultados serológicos pues la respuesta al tratamiento es más satisfactoria cuanto antes se inicie el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Cazallas Tarazaga J, Collazos González J. Infecciones por Rickettsias. Medicine. 2002;66(08):3504-11. Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. Medicina Integral. 2001;38(03):110-5.

Fleta Zaragozano J. Rickettsiosis transmitidas por garrapatas. Medicina Integral. 2002;39(1):18-24.

199/109. EMPECEMOS POR EL PRINCIPIO...**AUTORES:**

(1) Gragera Hidalgo, M.; (2) González Márquez, E.; (3) Barrero Martín, M.; (2) Martín Andújar, S.; (4) Pardos Lafarga, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Loreto Puntales. Cádiz.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calletano Roldán. San Fernando. Cádiz.; (4) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Varón, 34 años, AP hipercoagulabilidad (Factor V de Leiden) y valvuloplastia aórtica percutánea a los 8 años con estenosis residual ligera-moderada. Acude

a Urgencias por disnea y pico febril de 38.5°C desde hace 3 días, que se acompaña de pérdida ponderal no cuantificada en los últimos meses. En Rx. Tórax se aprecia DP bilateral que se confirma con Ecografía, realizándose toracocentesis diagnóstica/evacuadora compatible con trasudado (Light). Ingresa en Medicina Interna para continuar estudio debido a la inestabilidad. Se realiza TAC tórax por persistencia del cuadro, descartándose TEP. Tras ETT se confirma disfunción valvular. Dada la buena respuesta al tratamiento diurético, se decide alta a domicilio y revisión por Cirugía Cardiaca. Posteriormente, acude a su MAP por continuar disneico, comentando entonces un aumento del número de deposiciones y temblor distal de tiempo de evolución. Solicita perfil tiroideo sugestivo de hipertiroidismo primario, remitiéndolo de forma urgente para valoración endocrinológica. Inicia tratamiento con carbimazol, con normalización de función tiroidea y recuperación de FE tras una semana de tratamiento. Se administran I131, se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina y se programa intervención quirúrgica de válvula aórtica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Afebril. Taquipneico. AC: tonos taquiarítmicos, soplo aórtico. AP: MV abolido en ambas bases. MMII: no edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 115lpm. Crecimiento AI. Hipertrofia VI. Analítica: Hb 13.6 Leucocitos 4970 Plaquetas 176000. Coagulación normal. Glucemia 92 Cr 0.7 Urea 36 PCR 9.6. Rx Tórax: DP bilateral; dudosos infiltrados basales derechos. Ecografía tórax: DP bilateral mayor en hemitórax izquierdo. LP derecho: Leucocitos 573 (PMN 5%). Glucosa 88; LDH 64. LP izquierdo: leucocitos 1184 (PMN 8%); LDH 111. TAC tórax: DP bilateral de moderado volumen. No imágenes sugerentes de TEP. Dilatación aneurismática de aorta (4.6 cm). Cardiomegalia con hipertrofia VI. Anatomía Patológica LP: "Ausencia de células neoplásicas. Hiperplasia Mesotelial Reactiva". ETT: "Insuficiencia aórtica severa con estenosis aórtica y dilatación VI. Dilatación aneurismática". Perfil tiroideo: TSH 0.05 µUI/ml; T4: 0,90 ng/dl; T3: 2,33 pg/ml. Anti-receptor TSH 14,93 UI/l; Ac Anti-TPO 196,2 UI/ml; Anti-TG 688,2 UI/ml. Ecografía tiroidea: lóbulos tiroideos aumentados. Ecogenicidad glandular heterogénea de forma difusa sin lesiones nodulares. Gammagrafía tiroidea: Bocio difuso hipercaptador.

JUICIO CLÍNICO

DP secundario a IC descompensada por hipertiroidismo 1º (Graves-Basedow).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

derrame pleural: trasudado (insuficiencia cardiaca, renal o hepática) vs exudado (maligno, TBC, paraneumónico, empiema).

COMENTARIO FINAL

Las hormonas tiroideas tienen relevantes acciones cardiovasculares. La patología tiroidea presenta una prevalencia elevada y la normalidad de la función tiroidea, a menudo, revierte los trastornos hemodinámicos cardiovasculares, como en este caso, donde la FE aumentó del 30 al 55% tras el tratamiento

antitiroideo. Ante pacientes con enfermedad cardíaca previa que experimentan una descompensación sin causa evidente, con insuficiencia cardíaca, taquiarritmias supraventriculares o HTP, debemos incluir el hipertiroidismo en nuestro diagnóstico diferencial. Asimismo, destacar la importancia de hacer una minuciosa anamnesis y exploración física, que nos orientará hacia el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mantilla, D. Hipertiroidismo y sistema cardiovascular. Insuf Card 2011; (Vol 6) 3:151-154.
2. Mercé, J. Afectación cardiaca en pacientes con hipertiroidismo. Endocrinol Nutr. 2005;52(8):385-6.

199/110. ARTRALGIAS EN PACIENTE JÓVEN.

AUTORES:

- (1) Barbero Rodríguez, E.; (2) Morales Rincón, S.;
- (3) Sierras Jiménez, M.; (4) García Sánchez, T.;
- (5) Vargas Corzo, M.; (6) Ramos Escamilla, L.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (2) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (3) Médico Residente de 2do año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (5) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (6) Médico Residente de 1er año. Centro de Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años, fumadora de 10 cigarrillos al día, antecedentes familiares de abuelo con Psoriasis, resto sin interés. Antecedentes personales de Psoriasis en placas.

Consulta por cuadro de artralgias generalizadas, bilaterales, y periféricas, desde hace 3 semanas. Más intensas en manos, rodillas y pies, con rigidez matutina e impotencia funcional, limitando la realización de actividades diarias. Sin fiebre ni tumefacción.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Movilidad conservada en manos, aunque dolorosa. No signos de inflamación. Dolor a la palpación y movilización de columna lumbar, articulaciones sacroiliácas con buena movilidad, Chober negativo. Dolor en maléolos externos, sin signos de inflamación ni alteración de la movilidad.

Hemograma y Bioquímica normales. PCR 1.9. VSG 47. Factor reumatoide 34.

Se deriva a la paciente a Reumatología con sospecha de Artritis psoriásica o Artritis con factor reumatoide negativo.

ANA +1/320 patrón homogéneo. DNA nativo: 142. IgG 1779, C3 95, C4 15 (nivel bajo), Anti CCP: 2.1 (<20 negativo), ENAS +, DNA+: 3.5.

RNP, SM, Ro, La negativos.

JUICIO CLÍNICO

Lupus eritematoso sistémico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Poliartritis periféricas puras (por virus), por depósito de cristales (pirofosfato, Artritis reumatoide.) Fiebre reumática, Artritis postestreptocócica, Artritis gonocócica y meningocócica, Poliartritis paraneoplásica, Poliartritis periférica con afectación axial, Espondilitis anquilosante,

Síndrome de Reiter. Artritis reactivas, Artritis psoriásica.

Poliartritis con afectación multisistémica (Lupus, Enfermedad mixta del tejido conectivo, Síndrome de Sjögren.

COMENTARIO FINAL

Ante una poliartropatía en una persona joven el Lupus es una de las opciones a considerar.

Las enfermedades autoinmunes son poco manejadas por los médicos de atención primaria, pero somos nosotros el primer contacto que tienen estos pacientes con el sistema sanitario. Por ello es muy importante que conozcamos las manifestaciones clínicas de estas patologías así como los algoritmos diagnósticos para poder agilizar el proceso, y poder actuar en el tratamiento de estas de forma conjunta con los especialistas.

BIBLIOGRAFÍA

Rodríguez Alonso J.J. Poliartralgias y Poliartritis. Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol 1. 4^a ed. Ciudad: SEMFYC; 2011. p. 999-1006.
<http://www.bvsspa.es/profesionales/>

199/111. “NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO, NI TODAS LOS DOLORES DE ESPALDA SON LUMBALGIAS”.

AUTORES:

- (1) Barbero Rodríguez, E.; (2) Sierras Jiménez, M.;
- (3) Morales Rincón, S.; (4) García Sánchez, T.;
- (5) Vargas Corzo, M.; (6) Ramos Escamilla, L.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (2) Médico Residente de 2do año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (3) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (4) Médico de Familia. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (5) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud La Caleta. Granada.;
- (6) Médico Residente de 1er año. Centro de Salud La Caleta. Granada.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Anamnesis: Paciente de 30 años, consulta por dolor en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución, punzante, sin irradiación, paroxístico, que empeora con los movimientos. No asocia vómitos ni náuseas.

Hace un año comenzó con dolor en región lumbar derecha y en el recorrido de L5 hasta rodilla, con pérdida de fuerza progresiva y limitación de la extensión de la pierna. Valorada por neurocirugía que solicita RMN siendo esta normal, pendiente de electromiograma y valoración por neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Abdomen: blando, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, en la que se aprecia masa de 10 cm apróximadamente, dolorosa, adherida a planos profundos, de consistencia pétreo, sin cambios de coloración local. No signos de peritonismo, Blumberg negativo. Ruidos conservados. Puñopercusión renal bilateral normal.

Miembros inferiores: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Limitación de la extensión de pierna izquierda, Lassegue y Bragard negativos.

Fuerza 3/5. Reflejo rotuliano abolido

Pruebas complementarias:

ECO-TAC abdomen: Masa de ecogenicidad heterogénea que rechaza vasos ilíacos, se extiende hacia región inguinal, hipodensidad central, probable necrosis. Depende del músculo psoas ilíaco derecho, sugerente de tumor muscular (probable sarcoma), sugerimos biopsia.

Anatomía Patológica: Sarcoma pleomórfico indiferenciado.

PET-TAC: Probable sarcoma pleomórfico retroperitoneal derecho, 18x12x8cm. Alta tasa hipermetabólica en alguna de sus zonas, bien delimitado y sin datos claros de afectación metastásica.

JUICIO CLÍNICO

Sarcoma pleomórfico indiferenciado GIII retroperitoneal T2bN0.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neoplasias ciego, ileon, ovario, pared abdominal (tumor desmoide, sarcomas de partes blandas), quistes de ovario, patología anexial, enfermedad Cronh, hernia.

COMENTARIO FINAL

No todos los dolores en la región lumbar son provocados por patologías óseas, por eso ante la persistencia de síntomas y pruebas complementarias normales hemos de pensar en otros diagnósticos diferenciales y seguir investigando otras posibles causas.

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.bvsspa.es/profesionales/>

Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol 1. 4ª ed. SEMFYC.

199/112. A PROPÓSITO DE UN CASO: LUMBALGIA Y DESORIENTACIÓN.

AUTORES:

(1) Galván Melero, M.; (2) Muñoz Ayllón, M.; (2) Sáez García, L.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 54 años de edad sin antecedentes de interés solo destacar que es bebedor moderado y fumador. Acude al servicio de urgencia ambulatoria por presentar desde hace unos 3 días cuadro de

infección respiratoria, fiebre, lumbalgia, desorientación y alucinaciones visuales. Se traslada al servicio de urgencias del hospital de referencia, que debido a su gravedad ingresa a la sala de observación. Durante su estancia en la misma comienza con alucinaciones auditivas, náuseas con vómitos y mioclonías administrándole tratamiento sintomático. Luego presentó asistolia que tras 25 minutos de maniobras de reanimación se declara el exitus del paciente, tras 8-9 horas de estancia en la observación de urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

REG; COC; NHNP. Saturación de O₂ al 98 % y Frecuencia cardíaca de 90 lpm.

- Exploración Neurológica: PINRLA, MOEc, Pares Craneales normales, no signos meníngeos, alucinaciones visuales, habla incoherente, leve braquipsiquia, no pérdida de fuerza y sensibilidad. Resto con imposibilidad de explorar por dolor lumbar.

- AR: mv disminuido con roncus y crepitantes en base derecha.

- AC: tonos claros, ritmicos, taquicardicos, sin soplos ni ruidos sobreañadidos.

- Abdomen: Blando, depresible a la palpación molestias de forma generalizada sin signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalías, RHA conservados.

- Puñopercusión renal izquierda dudosa.

- EEII: no edemas, no signos de TVP ni superficial.

- Exploración Lumbar: dolor en zona lumbar bilateral sin limitación funcional, no signos de infección ni de inflamación, ni cambios en la piel, lassegue negativo.

Analítica: Hemograma: Hemoglobina: 13,3; Hematicrito: 36,3; Leucocitos: 7440 con fórmula normal; Plaquetas: 92000. Coagulación: TPTA: 44,7 Fibrinoígeno: 864. Bioquímica: Glucemia: 90; Creatinina: 4,1; Urea: 127; Sodio: 116; Cloro: 78; GPT: 306; GOT: 897; LDH: 1452; PCR: 481,2 mg/l. Lactato: 13,3; Procalcitonina >100. Gasometría Venosa: pH: 7,36; pCO₂: 30; HCO₃: 16,6. Sistemático Orina: Proteínas: 75; Hematies: 250.

Radiografía de Tórax: Posible infiltrado alveolar en base pulmonar derecho.

Ecografía Abdominal: Hígado de contornos discretamente nodulares, con aumento del calibre portal (15,6 mm) permeable. A descartar hepatopatía crónica. Mínima cantidad de líquido libre perirrenal derecho.

Hemocultivo: negativos; Urocultivos: positivo para Legionella pneumophila.

JUICIO CLÍNICO

Possible neumonía por Legionella pneumophila.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar entre otros tipos de neumonías, meningitis, encefalitis/encefalopatía.

COMENTARIO FINAL

Es un posible caso de neumonía por Legionella pneumophila con presentación atípica que llevó al exitus del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Hibino M1, Hibi M, Akazawa K, Hikino K, Oe M. A case of Legionnaires' pneumonia accompanied by

clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion (MERS) with transient altered mental status and cerebellar symptoms, which responded to treatment by antibiotics and corticosteroid. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi. 2011 Sep;49(9):651-7. Yamauchi T, Yamamoto S, Fukumoto M, Oyama N, Nakano A, Nakayama T, et al. Early manifestation of septic shock and disseminated intravascular coagulation complicated by acute myocardial infarction in a patient suspected of having Legionnaires' disease. Kansenshogaku Zasshi. 1998 Mar;72(3):286-92.

199/113. A PROPÓSITO DE UN CASO: DEPOSICIONES LIQUIDAS.

AUTORES:

(1) Galván Melero, M.; (2) Pardos Lafarga, M.; (3) Paños Maturaga, E.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años de edad con antecedentes de Hipertensión y osteoporosis en tratamiento, presenta desde hace 2 semanas cuadro de deposiciones líquidas amarillentas con dolor abdominal y astenia. Fue remitida al servicio de digestivo por presentar misma clínica anteriormente descrita sin otras alteraciones interés, siendo analítica normal y sin respuesta a tratamiento antibiótico. La paciente mejora tras el cambio de medicación antihipertensiva desapareciendo dicha sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

REG; COC; NHNP. Eupenico en reposo. ARC: sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, molestias de forma generalizada sin signo de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias, RHA aumentado. Analítica: Hemograma: sin hallazgos de interés; Coagulación: sin Hallazgos de interés; Bioquímica: Urea: 84; Creatinina: 4,1 mg/dl; resto normal.

JUICIO CLÍNICO

Sprue-like por Valsartan.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar entre enfermedad celiaca y otros tipos de Sprue.

COMENTARIO FINAL

Se observa dicha alteración con la toma de ARA-II no descrita en ficha técnica y sin estar informado de este efecto secundario muchos profesionales de la salud. En la búsqueda bibliográfica se van observando casos clínicos parecido al nuestro que van surgiendo recientemente.

BIBLIOGRAFÍA

Negro A, Rossi GM, Santi R, Iori V, De Marco L. A Case of Severe Sprue-like Enteropathy Associated With Losartan. J Clin Gastroenterol 2015 Oct;49(9):794.

Naik DK, Martelli MG Gonzalo DH, Sharma AK, Panu D. An atypical case of chronic diarrhoea: olmesartan-induced sprue-like enteropathy. BMJ Case Rep 2015 Sep 14;2015.

Abdelghany M, Gonzalez L 3rd, Slater J, Begley C. Olmesartan associated sprue-like enteropathy and colon perforation. Case Rep Gastrointest Med 2014. Ianiro G, Bibbò S, Montalto M, Ricci R, Gasbarrini A, Cammarota G. Systematic review: Sprue-like enteropathy associated with olmesartan. Aliment Pharmacol Ther 2014 Jul;40(1):16-23.

López Vivancos J. Sprue-like enteropathy due to olmesartan. Rev Esp Enferm Dig. 2015 Jul 7.

199/116. ¿Y SI NO FUERA OSTEOPOROSIS?

AUTORES:

(1) Peñato Luengo, A.; (2) Dominguez Castillo, M.; (2) Sánchez García, M.; (2) Castro Aragón, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino. Sevilla.; (2) Médico de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad metabólica del hueso que se caracteriza por una disminución de su resistencia, lo que predispone a sufrir fracturas por fragilidad. La osteoporosis se ha convertido en un objetivo preferente en la Salud Pública. Es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, afecta sobre todo a las mujeres tras la menopausia. Dada la evolución asintomática que presenta la enfermedad hasta el desarrollo de fracturas, se han desarrollado diversas escalas clínicas de riesgo de osteoporosis y de fractura, teniendo en cuenta los factores de riesgo más importantes.

Caso clínico: Mujer 55 años, que acude a consulta "porque en farmacia le han hecho una prueba y le han dicho que presenta osteoporosis". Asintomática. No alergias conocidas, fumadora 10 cigarros/día. Refiere toma poco calcio en la dieta. Menopausia a los 51 años. Peso 60 kg, talla 160 cm, índice de masa corporal 23.4 (normopeso).

Antecedentes familiares; madre con fractura diáfisis distal radio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, exploración por aparatos dentro de la normalidad, no disminución talla.

En su historial tenemos una radiografía de tórax reciente en la que no se aprecian disminución cuerpos vertebrales que pudieran sugerir fractura vertebral. La ingesta baja de calcio que ella refería no es tal una vez hacemos la cuantificación en función de su dieta, el hábito tabáquico, no cumple criterios (fuma menos de 10 cigarros/ dia, y la fractura osteoporótica de su madre, dado que es de carpo, no está considerada por la guía NICE; por lo tanto presenta un factor de riesgo moderado.

En este caso no hay indicación de densitometría, pues no cumple el criterio de tener al menos un factor de riesgo elevado o dos factores de riesgo moderados. Calculando el FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) es una herramienta de evaluación de riesgo de fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que calcula riesgo de padecer una fractura, y que se basa en factores de riesgo (edad, peso, talla, fractura previa...), nuestra paciente no cumple criterios para tratar farmacológicamente en prevención primaria.

JUICIO CLÍNICO

La paciente presenta menopausia fisiológica.

Tratamiento: se recomendó ejercicio, dieta, adecuada exposición solar, evitar tabaco y alcohol.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con otras posibles causas de osteoporosis: enfermedad maligna metastásica, mieloma, hiperparatiroidismo primario, hipertiroidismo, osteomalacia, inducida por corticoides, alcoholismo, hipogonadismo.

COMENTARIO FINAL

Las guías clínicas están cambiando y actualmente las decisiones terapéuticas se están tomando en función del riesgo más que en los valores de la densitometría ósea.

La baja densidad mineral ósea es asintomática de ahí la importancia de identificar a los pacientes en riesgo, para disminuir riesgo de sufrir primera fractura e identificar las fracturas osteoporóticas que no siguen tratamiento, para prevenir nuevas fracturas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewiecki EM, Watts NB. New guidelines for the prevention and treatment of Osteoporosis. South Med J. 2009; 102(2):175-9.
2. González Rodríguez SP. Escalas clínicas de riesgo de osteoporosis y de fractura. Validez y aplicabilidad. En: Castelo-Branco C, coord. Osteoporosis y Menopausia. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 133-48.

199/117. TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD DEL PRESENTE

AUTORES:

Álvarez, L.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico Residente de 4to año. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1 : varón de 36 años,fumador, trabajador de oficina, buen nivel cultural,sin antecedentes de interés, acude por cuadro catarral que ha mejorado con anti-gripal pero persiste tos residual de 1 mes de duración con dolor costal por lo que acude a consulta.

Caso 2: mujer de 48 años, fumadora, alcoholismo, desempleada, bajo nivel cultural, ingresos frecuentes por infección respiratoria y enfisema pulmonar acude por cuadro de fiebre, tos mas expectoración y dolor costal bilateral

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Caso 1: Buen estado general, Sat O2: 98%.ACR: murmullo conservado, rítmico con roncus en lóbulo superior derecho. Rx de tórax: caverna en región apical de lóbulo superior derecho. Cultivos de esputo en medio de Lowenstein y baciloscopias: + a M. tuberculosis.

Caso 2: Caquexia, taquipnea al habla, Sat O2: 94%. ACR: murmullo disminuido con abundantes roncus en ambos hemitorax. Rx de tórax: imágenes de condensación bilateral. Cultivo de esputo y baciloscopias: + a M. tuberculosis

JUICIO CLÍNICO

Tuberculosis pulmonar activa .

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía (en el primer caso la radiografía deja claro que se trata de una caverna pero en el segundo caso se puede diagnosticar como neumonía bilateral en un primer momento), procesos neoplásicos.

COMENTARIO FINAL

La tuberculosis sigue siendo en nuestro país un problema de salud pública. En 2006 se notificaron en España 8.029 casos, aunque podría existir una falta de declaración del 39%. El 82,2% de los casos fueron de localización pulmonar. En la actualidad la endemia se mantiene en parte por los pacientes inmunodeprimidos (VIH) y por las resistencias a los fármacos específicos. Durante los años 2001 al 2012, se realizó un estudio en el Hospital Reina Sofía de Córdoba sobre la incidencia de resistencias a fármacos de 1ª línea en el tratamiento de M. tuberculosis en la zona occidental de Andalucía. Se observó un incremento en las resistencias, en los últimos años, sobre todo a la estreptomicina, isoniacida o rifampicina, siendo no obstante bajos. Se podría destacar la resistencia a la isoniacida con un 9,5%, y a la estreptomicina con un 5%.

BIBLIOGRAFÍA

- J. Gutiérrez Aroca, P. Ruiz-Martínez, M. Causse del Río y R. Bañón Arias. Hospital Universitario Reina Sofía,Córdoba." 170. Prevalencia de las resistencias a antituberculosos de 1ª línea en Córdoba". Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Volumen 32, Especial Congreso 1, Abril 2014.
- Julia González-Martín a, José María García-García b, Luis Anibarro c, Rafael Vidal d, Jaime Esteban e, Rafael Blanquer f, Santiago Moreno g y Juan Ruiz-Manzano,a."Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis". Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2010;28(5):297.e1–297.e20.

199/123. ¿UN SIMPLE DOLOR DE CABEZA?

AUTORES:

- (1) Barrero Martín, M.; (2) Gragera Hidalgo, M.; (3) González Márquez, E.; (4) Marquez Martín, A.; (3) Martín Andújar, S.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de

Salud El Olivillo. Cádiz.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Loreto Puntales. Cádiz.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldan. San Fernando. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años sin antecedentes personales de interés salvo un contacto directo con tuberculosis, por el que realizó profilaxis antituberculosa completa hace 4 años. En septiembre de 2013, acude a la consulta de atención primaria refiriendo algún episodio de mareo inespecífico, por lo que se solicita analítica completa, siendo la misma normal. Días después, acude de urgencias al centro de salud ante la clínica de cefalea holocraneal de 3 días de evolución, con malestar general, náuseas, sensación de giro de objetos y sensación de sudoración y parestesias en las manos. Ante esa sintomatología se decide derivar al paciente al servicio de urgencias hospitalario, dónde se realiza prueba de imagen y se ingresa al paciente a cargo de neurología por lesión sugestiva de tumor cerebral.

Tras su estudio anatomo patológico, se diagnóstica de astrocitoma, es el tumor más frecuente dentro de los gliomas. Se determinó el tipo de tumor según la OMS, en grado II, dicho tipo se caracteriza por ser un tumor infiltrante y con tendencia a evolucionar hacia lesiones de histología más agresivas.

Se optó por un tratamiento expectante, con tratamiento sintomático de las crisis epilépticas parciales secundarias a la lesión. Actualmente en seguimiento por neurología y neurocirugía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado y colaborador. Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. No nistagmos. Resto de pares craneales conservados. No pérdida de fuerza en miembros superiores ni inferiores. Reflejos simétricos en miembros superiores y exaltados y simétricos en los inferiores. No pérdida de la sensibilidad en miembros superiores ni inferiores. Reflejos cutáneos-plantares flexores presentes. No disdiadococinesia ni dismetría. Romberg negativo y marcha normal. No signos meníngeos.

Analítica con hemograma y bioquímica sin alteraciones. ECG ritmo sinusal a 60 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax sin alteraciones de interés.

TAC craneal: extensa área de hipodensidad que afecta a lóbulos frontal y temporal derechos, se acompaña de discreto efecto masa.

RNM cerebral: masa o tumoración infiltrativa difusa frontotemporal hemisférica derecha de localización medial ya que compromete estructuras mediales tanto de la región frontal como temporal que presenta un realce heterogéneo con un patrón parcheado compatible con oligodendrolioma anaplásico, oligoastrocitoma, oligoastrocitoma anaplásico o astrocitoma infiltrativo difuso.

Anatomía patológica de biopsia de lesión: Astrocitoma difuso protoplasmático con elementos gemistocíticos (grado II).

JUICIO CLÍNICO

Astrocitoma difuso con epilepsia parcial sensitivas sintomáticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cefalea, lesión intracraneal, vértigo central o periférico.

COMENTARIO FINAL

Ante un paciente con síntoma de alarma se debe actuar en consecuencia. Ya que el paciente presentaba una clínica inespecífica que se estaba estudiando de forma ambulatoria, pero en el momento que describe la cefalea acompañada de parestesias, náuseas y mal estado general, se debe valorar realizar pruebas de imágenes. Para ello, en nuestro medio, derivando al servicio de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

Astrocitoma difuso (grado II), Neurowikia, el portal de contenidos en neurología. [Internet] España, Sociedad española de neurología. [Fecha de acceso: 2 de abril de 2016].

Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/astrocitoma-difuso-grado-ii>

199/131. ALGO MÁS QUE UNA LUMBALGIA

AUTORES:

(1) Vázquez González, N.; (2) Cintado Sillero, M.; (3) García Vertedor, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; (2) Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución Benalmádena. Málaga.; (3) Médico de Urgencias. Hospital Costa del Sol Marbella. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

o Antecedentes: NAMC. Hiperuricemia. Síndrome depresivo. Linfocitosis T monoclonal en seguimiento por hematología. Fumador 30 cigarrillos al día. Etilismo importante hasta hace 17 años.

o Tratamiento habitual: Ibuprofeno, clorazepato dipotásico.

o Anamnesis: Paciente de 54 años que acude a consulta refiriendo dolor en fosas renales de dos días de evolución sin otros síntomas asociados. Tras combur test se prescribe ciprofloxacino e ibuprofeno. Dos días después, acude refiriendo persistencia del dolor con irradiación a epigastrio y orina colúrica. A la exploración, destaca abdomen defendido derivándose a urgencias.

o En el último mes, refiere pérdida de peso de 7 kg, astenia e hiporexia que achaca al trabajo (hostelería).

o Evolución: En el hospital, permanece estable hemodinámicamente con buena tolerancia oral y dolor abdominal pese analgesia. Se presenta para tratamiento paliativo y se remite a CUDECA.

o En domicilio, precisa varias visitas por disnea (derrame pleural derecho) tanto por su médico de

atención primaria como por CUDECA y DCCU. Tratamiento: salbutamol, atrovent, furosemida y morfina. En la última visita, el paciente solicita traslado a centro de CUDECA para ingreso para descarga familiar. Fallece tres semanas después del diagnóstico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

o Exploración:

- o Normotenso, eupneico y afebril.
- o Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado.
- o ACP: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos.
- o Abdomen: blando, depresible, dolor leve a la palpación en epigastrio, Murphy y Blumberg negativos, no se palpan masas ni megalías, puño percusión renal negativa.
- o No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores.

o Pruebas complementarias:

- Analítica: leucocitos 12600, Hb 13,8, plaquetas 120000. Actividad protrombina 33%, INR 1,94. Glucosa 141, urea 21, creatinina 0,52, GOT 99, GPT 97, GGT 497, BT 5,2, FA 234, LDH 766, albúmina 2,8, PCR 13,5, ferritina 3577, sodio 134, potasio 4,2. CEA y PSA normal, CA 19,9: 5395.
- Rx tórax: Índice cardiotóracico aumentado, no alteraciones parénquima pulmonar.
- Rx abdomen: luminograma inespecífico.
- Ecografía abdomen: múltiples LOE en ambos lóbulos hepáticos con halo hipoeccogénico que plantea descartar proceso neoplásico. Litiasis biliar de 21 mm.
- TAC toraco-abdominal: Masa en cola pancreática de 11x9 cm que engloba arteria esplénica y colapsa vena esplénica. También infiltra la pared suprarrenal izquierda.
- Ecoendoscopia: masa >5 cm de aspecto irregular en cola de páncreas.

JUICIO CLÍNICO

Neoplasia de páncreas estadio IV. Insuficiencia hepática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lumbalgia, cólico renal, cólico biliar, colangitis, colecistitis, pancreatitis, neoplasia hepática, colangiocarcinoma...

COMENTARIO FINAL

- o En ocasiones, tras síntomas que en principio no destacan por gravedad pueden esconderse patologías de gran relevancia.
- o Importancia de realizar el seguimiento del paciente y de su familia tras el diagnóstico aportando apoyo biopsicosocial

BIBLIOGRAFÍA

1. Nguyen VY, Hurton S, Ayloo S, Molinari M. Advances in Pancreatic Cancer: The Role of Metabolomics. JOP. Journal of the Pancreas. 2015; Vol 16, (3): p244-248.
2. Van Daele D, Martinive P, Loly C, Collignon J, Gast P, Louis E. Point de vue critique sur l'approche actuelle du cancer du pancreas localisé. Revue medicale de Liege. 2015. Vol 70:540-545.

3. Trocha SD. Pancreas cancer: why bother?. J Gastrointest Oncol. 2015 Aug; 6(4): 341–342.

199/134. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN PACIENTE CON CATARRO DE VÍAS ALTAS.

AUTORES:

- (1) Cabello Chanfreut, A.; (2) Leiva-Cepas, F.; (3) Reyes Vallejo, R.; (4) Madeira Martins, J.; (5) López Matarín, A.; (6) Fernández García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (3) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.; (5) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.; (6) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 24 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales patológicos ni quirúrgicos.

Acude por la presencia de tumefacción facial y edema lingual tras las instauración de tratamiento con azitromicina en Hospital de Alta Resolución por cuadro catarral de dos días de evolución; la noche anterior. Se administró corticoterapia intravenosa y ranitidina iv remitiéndose a la paciente a la consulta de Alergología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general, eupnéica en reposo y estable hemodinámicamente.

Tumefacción facial generalizada, incluyendo párpados, edema lingual, no de úvula.

ACR: sin hallazgos patológicos.

Presencia de febrícula de 37,8º C, sin la existencia de lesiones cutáneas que hagan sospechar una NET. Se solicita:

-Rx de columna cervical lateral: sin aumento del espacio laringeo.

-Analítica: hemograma normal, salvo la presencia de linfocitosis y trombocitosis reactiva. Bioquímica normal.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Stevens-Johnson secundario a la ingesta de azitromicina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial deben ser incluidos: dermatosis linear por inmunoglobulina A (IgA), pénfigo paraneoplásico, pénfigo buloso, exantema agudo generalizado pustuloso, erupción bullosa fija secundaria a medicamentos, urticaria crónica, vasculitis necrosante, eritema tóxico infeccioso, meningococcemia,

enfermedad del suero, enfermedad de Kawasaki, infección estreptocócica grave y, principalmente, síndrome estafilocócico de la piel escaldada; este último es producido por "Staphylococcus aureus".

COMENTARIO FINAL

El SSJ y la NET forman parte de una misma enfermedad, con expresividad clínica y manifestaciones iniciales inespecíficas; la característica principal para diferenciarlas es la extensión y gravedad de las lesiones cutáneas.

Existen evidencias actuales de susceptibilidad genética

para desarrollar el síndrome, aunque estos estudios están limitados a algunos grupos raciales y a determinados fármacos. Es probable que, en un futuro cercano, estos marcadores genéticos puedan ser estudiados.

Desde Atención Primaria, el diagnóstico, por ser el primer nivel asistencial, es lo más básico así como registrar de forma inmediata la existencia de esa alteración en la historia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steven AM, Johnson FC. A new eruptive fever associates with stomatitis and ophthalmia; report of two cases in children. Am J Dis Child. 1922;24:526-33.
2. Lyell A. Toxic epidermal necrolysis: an eruption resembling scalding of the skin. Br J Dermatol. 1956;68(11):355-61.
3. Batsuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Rojeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome and erythema multiform. Arch Dermatol. 1993;129:92-6.
4. Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reaction to drugs. N Engl J Med. 1994;331(19):1272-85.

199/137. "Diga Treinta y Tres"

AUTORES:

(1) Martín Jiménez, A.; (2) Andrés Vera, J.; (3) Grajera Hidalgo, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (2) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos que sufre traumatismo torácico cerrado tras accidente de motocicleta por el que, por medios propios, acude a urgencias donde es valorado mediante realización de radiografía de parrilla costal resultando normal y procediendo al alta con analgesia.

A las dos semanas vuelve a acudir a urgencias por persistencia del dolor costal izquierdo acompañado de sensación disnea, se realiza radiografía de tórax observándose imagen de condensación en lóbulo inferior izquierdo, el paciente es dado de alta con

diagnóstico de neumonía, recomendando antibterapia, analgesia domiciliaria y seguimiento con su Médico en un mes.

Una semana después acude a nuestra consulta de Atención Primaria por no mejoría del cuadro, con sensación distémica y tos. En la exploración destaca la auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular en hemitorax izquierdo acompañado de una disminución de las vibraciones vocales.

Se decide realizar radiografía de tórax de manera urgente y se visualiza en consulta horas después, observando condensación del lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural loculado, por lo que se recomienda al paciente a acudir a urgencias para valoración.

En esta tercera visita en urgencias, y ante la historia clínica y los hallazgos radiológicos que se confirmaron mediante tomografía axial computerizada, se decide ingreso a cargo de cirugía torácica donde se realiza drenaje y desbridamiento pleural quirúrgico mediante videotoracoscopia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración física en la consulta motivó a realizar una radiografía de tórax de manera urgente. Posteriormente en centro receptor de urgencias se confirmaron mediante TAC.

JUICIO CLÍNICO

Empiema pleural

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la visita a nuestra consulta y atendiendo al antecedente de traumatismo torácico que sufrió, los diagnósticos diferenciales que nos planteamos fueron neumonía, contusión pulmonar, atelectasia y derrame pleural.

COMENTARIO FINAL

La incidencia de empiema en pacientes con trauma de tórax es del 1 al 4,2% [1], puede desencadenar complicaciones como fibrotórax, atropamiento pulmonar, neumonía recurrente, disminución de la capacidad pulmonar y en algunos casos la muerte, además del aumento de los costos de atención [2]. La exploración en nuestra consulta y la decisión de realizar una radiografía de tórax fueron claves para no demorar el tratamiento del empiema pleural y así evitar estas complicaciones más graves.

Tal vez la evolución hacia empiema se podría haber evitado recomendando en la primera visita al servicio de urgencias repetir la radiografía de tórax en nuestra consulta, teniendo en cuenta que los hallazgos radiológicos se hacen visibles entre las 24 y 72 horas tras el trauma [3], y añadiendo antibterapia profiláctica [4].

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

[1] Mandal AK, Thadapalli H, Mandal AK, Chettipalli U. Post-traumatic empyema thoracis: A 24-year experience at a major trauma center. J. Trauma 1997;43:764-77

[2] Salcedo A, Henao CA, Cardona et al. Factores de Riesgo Para Desarrollar Empiema Postraumático.

- Panaman J Trauma Critical Care Emerg Surg 2012; 1(3): 163-167
 [3] DL Miller, KA Mansour. Blunt traumatic lung injuries. Thorac Surg Clin., 17 (2007), pp. 57-61
 [4] A. Sanabria, E. Valdivieso, G. Gómez, G. Echeverry. Prophylactic antibiotics in chest trauma: a meta-analysis of high-quality studies. World J Surg., 30 (2006), pp. 1343-1347

199/146. DOLOR ANAL COMPLICADO

AUTORES:

(1) Jiménez López, R.; (2) García García, C.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón, 25 años, sin antecedentes de interés. Sin tratamiento habitual ni hábitos tóxicos. Acude en reiteradas ocasiones a la consulta por tener un dolor anal incontrolable con analgesia pautada y tratamiento local, fiebre y rectorragia ocasional. Debido a su no mejoría el paciente acude al servicio de Urgencias de su Hospital de referencia, donde es valorado por el servicio de cirugía en 3 ocasiones, siendo enfocada su enfermedad a hemorroides externas, y se ha derivado a cirugía para estudio y tratamiento curativo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Extremidades inferiores sin edemas ni lesiones cutáneas. Exploración anal: tres nódulos hemorroides internos prolapsados y orificio fistuloso externo.

Analítica básica: Sin hallazgos significativos.

Serología: VIH positivo, resto normal.

Tomografía Computarizada abdomen y pelvis: Adenopatías de tamaños significativos y realizadas con el contraste intravenoso inguinales bilaterales, en cadena ilíaca externa derecha y en el meso pararrectal. Colonoscopia: A nivel del periné y canal anal se visualiza zona de mucosa vertida, ulceradas, friables localizadas en rafe posterior, anterior y lateral derecha, con zonas fistuladas por donde drena contenido purulento. Hipertonía esfinteriana con imposibilidad para el tacto.

Biopsia de mucosa anal: Fragmentos de mucosa rectal con signos regenerativos y moderada inflamación crónica inespecífica, junto a pequeño fragmento de mucosa escamosa sugestivo de micropólipo fibroepitelial.

JUICIO CLÍNICO

Linfogranuloma venéreo, e infección de VIH de reciente diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fisura anal, Hemorroides externas, absceso perianal. Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

COMENTARIO FINAL

El paciente es finalmente ingresado en el servicio de digestivo. Se pauta doxiciclina, con mejoría de las

lesiones de forma objetiva y también mejoría subjetiva por parte del paciente. El servicio de cirugía descarta actitud quirúrgica. Actualmente se encuentra estable con dolor controlado con analgesia por vía oral. Se remite a consulta de enfermedades infecciosas para seguimiento.

CONCLUSIÓN: Ante una patología común es bastante frecuente que nuestro criterio clínico se vea perturbado y ralentice el diagnóstico final, siendo una patología totalmente distinta a la que se le diagnosticó en numerosas ocasiones en urgencias, pese a no mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Batteiger BE, Tan M. Chlamydia trachomatis (trachoma, genital infections, perinatal infections, and lymphogranuloma venereum). In: Bennett JE, Dolin R, Mandell GL, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 182.
2. Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study. Clin Infect Dis 2006; 42:186.
3. McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. Treatment of lymphogranuloma venereum. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 3:S147.

199/147. MAS QUE UNA CONTUSIÓN EN GENITAL

AUTORES:

(1) Lugo Ramos, H.; (2) Fernández González, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.; (2) Médico Residente. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

: Varón de 30 años quien comenta cuadro de dolor intenso y sensación de "chasquido" en el pene mientras mantenía relaciones sexuales, con posterior hematoma y perdida de la erección.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración:

Muy afectado por el dolor, difícil exploración, se evidencia gran hematoma en el 3º círculo distal del prepucio, con edema asociado que ocasionaba aumento del tamaño global del pene. No hay parafimosis. Resto Examen Físico normal.

Tras sospechar traumatismo de los cuerpos cavernosos y vascular, se decide realizar Ecografía del Pene donde se evidencia hematoma de partes blandas en relación con el trauma y compromiso parcial de los cuerpos cavernosos, conservando la vascularización.

JUICIO CLÍNICO

JC: Hematoma Prepucial secundario a probable rotura de vena superficial del pene.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dx diferencial: Traumatismo Vascular Pene, Fractura cuerpos cavernosos, Parafimosis.

Evolución: Se pauta AINE IM, vendaje elevación del pene y Frio Local. Posteriormente el paciente es valorado por el Servicio de Urología quien diagnostica hematoma prepucial.

PLAN

Alta, AINE, Amoxicilina 500mg c/8hr, reposo, frio local y elevación peneana.

CONCLUSIONES- APLICABILIDAD A LA MEDICINA FAMILIAR.

COMENTARIO FINAL

-El trauma genital es una consulta de relativa frecuencia en Atención Primaria, la descripción, anamnesis y evaluación del caso puede acercarnos a un juicio clínico acertado.

-La ecografía ha descartado el compromiso vascular producto del trauma, pero ante la presencia de un caso en nuestra consulta, el inicio oportuno de maniobras para reducir el posible daño vascular puede ser crucial.

BIBLIOGRAFÍA

1. HERRERO PAYO, A.; PAEZ BORDA, A.; MARTIN OSSES, E. y cols.: "Una causa inusual de deformidad peneana aguda: la trombosis de la vena dorsal superficial del pene." Arch. Esp. Urol., 49: 861, 1996.
2. MOSTAFA, H.: "Rupture of the dorsal artery of the penis as a result of sexual intercourse." J. Urol., 97: 314, 1967.
3. WALLER, D.A.; BRITTON, J.P.; FERRO, M.A.: "Rotational injury of the penis." Br. J. Urol., 65: 425, 1990.
- *4. KARADENIZ, T.; TOPSAKAL, M.: ARIMAN, A. y cols.: "Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome." Br. J. Urol., 77: 279, 1996 *
- *5. NICELY, E.R., COSTABILE, R.A., MOUL, J.W.: "Rupture of the deep dorsal vein of the penis during sexual intercourse." J. Urol., 147: 150, 1992.
6. VALERO, J.A.; SANCHEZ, M.; VALPUESTA, I. y cols.: "Rotura de la fascia de Buck en traumatismo peneano cerrado." Actas Urol. Esp., 21: 287, 1997.
7. KOGA, S.; SAITO, Y.; ARAKAKY, I.: "Sonography in fracture of the penis." Br. J. Urol., 72: 228, 1993. *
- *8. MARTINEZ PEREZ, E.; ARNAIZ ESTEBAN, F.; PEREZ ARBEJ, J.A. y cols.: "Fractura de pene: dos nuevos casos. Revisión de la literatura. Utilidad de la ecografía." Arch. Esp. Urol., 50: 1099, 1997.
9. VERA DONOSO, C.D.; VIDAL, J.; GARCIA REBOLL, L. y cols.: "Diagnóstico y tratamiento del traumatismo peneano coital." Actas Urol. Esp., 15: 397, 1991.
10. DEVER, D.P.; SARAF, P.G.; CATANESE, R. y cols.: "Penile fracture: operative management."

199/148. MASA EN CUELLO: UTILIDAD DE ECOGRAFIA

AUTORES:

(1) Lugo Ramos, H.; (2) Fernandez Gonzalez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.; (2) Médico Residente. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 37 años consulta a Urgencias por cuadro de 12 horas de evolución con Masa-Bultoma en cara antero lateral izquierda del cuello, no dolorosa, con sensación opresiva y molesta a la deglución, que relaciona tras toma de Litio recientemente incluido en su tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración:

Cuello – Zona tiroidea izquierda: A simple vista se evidencia gran aumento de la glandula Tiroidea. A la palpación: Masa de 6cm de diámetro, móvil, no dolorosa y que se desplaza con la deglución. Resto examen físico normal.

Pruebas complementarias: Se decide realizar Ecografía Tiroidea en Sala de Urgencias donde en Lóbulo izquierdo se visualiza lesión focal de 33x22x30mm, bien delimitada, de aspecto hipoeocoico, vascularización escasa y periférica.

Las demás pruebas (Hemograma, coagulación, bioquímica, PCR) eran Normales.

JUICIO CLÍNICO

Nódulo Tiroideo relacionado con Litio (Bocio Nodular)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dx diferencial: Tiroiditis, Quiste tiroideo, Bocio.

La paciente se deriva a Endocrinología a los pocos días quienes consideran realizar biopsia, basados en el informe de Urgencias, la cual da como resultado: ONCOCITOMA TIROIDEO.

COMENTARIO FINAL

La aplicación de la ecografía como herramienta en el servicio de urgencias y la consulta de Atención Primaria, puede extender su utilidad en diversas patologías como en este caso para establecer las características de una masa tiroidea de rápida evolución. Los pacientes que reciben tratamiento con Litio pueden llegar a desarrollar hiperplasia glandular tiroidea y en algunos casos como el que presentamos un tumor de células oxinticas como lo es el Oncocitoma, ya descrito en múltiples casos y en relación con el consumo de Litio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capurro Daniel, Dr. Nódulo Tiroideo. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TemasMedicinaInternacional/pdf/NoduloTiroideo.pdf>
2. Castro, M et al Effectiveness of thyroid hormone suppressive therapy in benign solitary thyroid nodules: a meta-analysis. J ClinEndocrinol Metab. Volumen 87:4154-9. 2002
3. Colegio Internacional de Médicos Nucleares. Universidad Católica de Chile. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TemasMedicinaInternacional/pdf/NoduloTiroideo.pdf>
4. DeGroot LJ et al. The Thyroid and Its Diseases. (www.thyroidmanager.org) 2000.
5. Doherty, Gerard et al Washington Manual de Cirugía. Segunda Edición. Marbán Libros, España. 2001.
6. Furio Pacini, MD et al. Thyroid nodules. Chapter 18 (www.thyroidmanager.org) 2004

7. Hermus AR, et al Treatment of benign nodular thyroid disease. N Engl J Med 1998; 338: 1438-47
8. Hurtado López, Dr. <http://www.clinicadetiroides.com.mx/tiroides02A>
9. Mazzaferri et al. Management of a solitary thyroid nodule. N Engl J Med 1993; 328: 553-9
10. Navarro, Daysi Dr. Patogenia de NóduloTiroideo. Revista Cubana de Endocrinología, enero-junio, 1995

199/149. MASA ABDOMINAL SUPERFICIAL

AUTORES:

(1) Lugo Ramos, H.; (2) Fernandez Gonzalez, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.; (2) Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes: Fibrilación Auricular Permanente, DM Insulinodependiente, ACV Previo. ICC. TTO: Anticoagulación con Sintrom, Lantus SC. Metformina, Furosemida.

EA: Paciente mujer de 76a quien consulta de urgencias en el Centro de Salud por cuadro de 3dias con masa-bultoma en hipogastrio que se extiende hacia fosa iliaca izquierda, levemente dolorosa y de crecimiento progresivo. Asocia tras haberse puncionado dosis de insulina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Senil, algida, constantes normales. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial de FID e hipogastrio donde se palpa gran masa, indurada, no móvil y adherida a planos superficiales. No hay signos de irritación peritoneal. Resto Examen Físico normal.

Pruebas complementarias:

Se decide hacer uso del Ecógrafo disponible en el C. de Salud, para realizar Ecografía Abdominal, donde se visualiza a nivel de la región periumbilical y suprapúbica, imagen hipoecogénica compatible Hematoma de 60.5x70x30mm de la pared Abdominal que no compromete planos profundos y con áreas hiperecogénicas en su interior, (signos de Fibrosis-calcificación). El resto de la exploración y órganos de ecoestructura conservada y sin evidencia de líquido libre en cavidad.

Evolución: Se decide Alta con Observación Domiciliaria y evaluación posterior en nuestra consulta.

JUICIO CLÍNICO

Hematoma Pared abdominal 2rio a probable traumatismo vascular superficial por punción.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Perforación vírica hueca, Hematoma peritoneal, Absceso intraabdominal.

COMENTARIO FINAL

-El rápido y accesible uso de la Ecografía como herramienta diagnóstica en la consulta de Atención Primaria, ha permitido descartar otro tipo de proceso abdominal agudo, siendo posible el alta de la paciente y pudiendo ser valorada posteriormente para un control ecográfico de la lesión, sin necesidad de derivar a otro nivel asistencial.

- Debemos mantener informados a los pacientes con medicación subcutánea acerca de los posibles riesgos y/o complicaciones de cada punción. Sobre todo en este caso donde la paciente además se encontraba anticoagulada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. Am Surg 1998; 54: 630-633.
2. Gocke JE, MacCarty RL, Foulk WT. Rectus sheath hematoma: diagnosis by computed tomography scanning. Mayo Clin Proc 1981; 56: 757-761
3. Berná JD, García-Medina V, Guirao J, García-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. Abdom Imaging 1996; 21: 62-64]
4. Barry TL, Butt J, Awad ZT. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. Am J Gastroenterol 2000; 95: 3327-3328
5. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). Rev Esp Enf Ap Digest 1988; 74: 385-387
6. Simón Adiego C, Ferri Romero J, Molina Escobar B, Alarcón López A, Tortosa Sánchez A, Carrera Gutiérrez J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. Cir Esp 2000; 67: 200-203
7. Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. Surgery 1972; 72: 568-572
8. Verhagen HJM, Tolenaar PL, Sybrandy R. Hematoma of the rectus abdominis muscle. Eur J Surg 1993; 159: 335-338
9. Soria-Aledo V, Carrasco-Prats M, Flores-Pastor B,

199/151. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ANEMIA

AUTORES:

(1) Vazquez González, N.; (2) Cañete Vargas, M.; (3) García Vertedor, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico Dispositivo de Apoyo. Centro de Salud San Pedro Alcántara. Marbella. Málaga.; (3) Médico De Urgencias. Hospital Costa Del Sol. Marbella. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 91 años de edad que acude a consulta de AP por presentar astenia progresiva en las últimas semanas. El paciente refiere que ya no es capaz de trabajar en su huerto. Tras la entrevista se obtienen

nuevos síntomas; heces más oscuras de lo habitual con hábito intestinal normal. Por lo que se solicita analítica y sangre oculta en heces. Tras primera analítica con Hb de 6,6 se derivó al hospital para transfusión sanguínea.

En las tres semanas que tardó en realizarse todas las pruebas el paciente acudió a urgencias en repetidas ocasiones (un total de 5 visitas) por presentar astenia, aunque solo precisó una transfusión.

AP: NAMC. HTA. Dislipemia. Adenoma postático en seguimiento por Urología. Glaucoma. Poliartritis seronegativa. Vida activa, Independiente para las ABVD. Tto habitual: AAS 300, tamsulosina, dorzolamida, lansoprazol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Palidez cutáneo-mucosa. ACR: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. Sin defensa ni signos de irritación peritoneal. RHA presentes. MMII: no edemas ni signos de TVP. Tacto rectal: dedil manchado de heces marrones.

Analítica: Leucos 6300 (fórmula normal), Hb 6,4. VCM 88, plaq 161000. Coagulación normal. Glucosa 88, urea 50, creatinina 1,0, iones normales, Fe 41. Amilasa 56, GOT 14, CK 59, bilirrubina total 0,20. Analítica de orina sin alteraciones.

Sangre oculta en heces: 9550 ng/ml.

EDA: exploración endoscópica sin hallazgos patológicos. Restos biliosos limpios en duodeno.

Colonoscopia: se recorre mucosa de recto y colon hasta ciego. Divertículos de boca ancha y colón espástico, de predominio en sigma y colon izquierdo, pero también en tramas más proximales e incluso en ciego sin evidencia de sangrado. Restos de heces líquidas melénicas en todo el recorrido. Lesiones vasculares arborescentes pequeñas en sigma sin estigmas de sangrado.

JUICIO CLÍNICO

Anemia microcítica-hipocrómica por pérdidas digestivas. Angiodisplasias en sigma. Diverticulosis sigmoidea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la anemia ferropénica hay que hacerlo con: procesos inflamatorios crónicos o neoplasias; β-talasemia minor; anemia sideroblástica congénita.

COMENTARIO FINAL

El paciente acudía tan reiteradamente a la consulta por el temor que tenía a padecer algún tipo de neoplasia. Tras la colonoscopia, se le explicó que la angiodisplasia de sigma es muy frecuente en gente mayor y que su pronóstico es bueno cuando se controla el sangrado; esto hizo que disminuyera el número de consultas. Esto nos muestra que es muy importante interrogar bien al paciente y abordar no solo la parte física, sino indagar sobre los miedos que puedan tener porque nos puede ayudar a evitar consultar y reiteración de pruebas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

Brandt LJ, Landis CS. Vascular lesions of the gastrointestinal tract. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010:cap 36.

199/152. NO ES UN SIMPLE VÉRTIGO.

AUTORES:

(1) García Gollonet, B.; (2) Cano García, J.; (3) Espínola Coll, E.; (4) Bernal Hinojosa, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (2) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Acude a urgencias por mareo y vómitos. Refiere episodios similares desde hace 4 meses que ha requerido asistencia médica con diagnóstico de vértigo. En los últimos 3-4 días aumento de la dificultad para caminar siendo necesario el apoyo en otra persona para desplazarse, duerme mal por cefaleas que requieren analgesia. Niega otra clínica asociada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Constantes normales. Consciente, orientada, colaboradora. No alteración oculomotora ni campimétrica, no nistagmo. No claudicación de extremidades. No dismetría, disdiadococinesia derecha. Reflejos osteotendinosos normales, reflejo cutaneoplantar flexor bilateral. Marcha con ayuda, torpeza de miembro inferior derecho.

Analítica y Radiografía de tórax normales. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, 110 latidos por minuto sin alteraciones. Tomografía computarizada craneal: hipodensidad cerebelosa izquierda, con probable edema vasogénico, colapso de cisterna ambiens izquierda y desplazamiento del tercer ventrículo. Resonancia magnética craneal: Nódulo de aspecto extraaxial, que provoca edema y efecto masa sobre la porción izquierda del vermis cerebeloso, de 2,2x2,1x2,2 centímetros, que depende del tentorio izquierdo, compatible con meningioma en esa localización. Presenta realce llamativo de contraste y unas características de señal también compatibles con meningioma.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome vertiginoso con lesión hemicerebelosa izquierda sugestiva de meningioma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Vértigo posicional benigno. Neuronitis vestibular. Enfermedad de Meniere. Patología vascular central.

COMENTARIO FINAL

Fue derivada a Neurocirugía, donde se desestimó intervención quirúrgica y se decidió tratamiento con

dexametasona y colocación de válvula de derivación por ventriculomegalia moderada. Finalmente fue dada de alta de consultas de Neurología y se derivó a Unidad de Cuidados Paliativos y seguimiento por su Médico de familia.

El mareo y el vértigo son uno de los motivos más frecuentes de consulta en todos los grupos de edad, la mayoría de las veces se debe a causas benignas. Dentro de los de origen central la causa más frecuente es la patología vascular, que generalmente afecta a personas mayores de cincuenta años. Pero no debemos dejar de tener en cuenta otros posibles diagnósticos a pesar de ser menos frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

Harrison Principios de Medicina Interna, 17a edición. McGraw-Hil.

Farreras-Rozman: Medicina Interna, 17a edición. Central and peripheral vestibular vertigo in neurological practice. Aptikeeva NV. Zh Nevrol Psichiatr Im S S Korsakova. 2015;115(5):110-4. Review. Russian. STANDING, a four-step bedside algorithm for differential diagnosis of acute vertigo in the Emergency Department. Vanni S, Pecci R, Casati C, Moroni F, Rissi M, Ottaviani M, Nazerian P, Grifoni S, Vannucchi P. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2014 Dec;34(6):419-26. Review.

199/155. VARÓN 60 AÑOS CON DISFAGIA A SÓLIDOS Y LÍQUIDOS DE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN

AUTORES:

(1) Espartero Gómez, A.; (2) Alcarazo Fuensanta, H.; (3) Llimona Perea, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 60 años que acude al Servicio de Urgencias por disfagia a sólidos y líquidos de 48 horas de evolución. Refiere que vomita hasta la mínima cantidad de líquido que ingiere (se objetiva en consulta). Niega cambios en deposiciones, sialorrea, dolor torácico u otra sintomatología. No mejora con metoclopramida im. Tras indagar en la historia clínica el paciente comenta que comenzó justo tras la ingestión de un trozo de bocata de lomo. Refiere que le ha ocurrido en ocasiones anteriores, con sensación de lo describe como "atoramiento", pero que apenas duraba 5 minutos. En esta ocasión refiere haber expulsado el trozo de carne, pero que desde entonces expulsa todo lo que traga.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general. Bien hidratado. Exploración abdominal normal. Auscultación cardiopulmonar normal. Otorrinolaringeo de coloración normal.

Analítica con hemograma, glucemia, función renal, iones y perfil abdominal normal. Radiografía simple de abdomen, PA de tórax y lateral de cuello normal. El paciente no mejora tras diazepam y metoclopramida im.

Ante la sospecha de bolo alimenticio impactado, se avisa a endoscopista de guardia. Realiza endoscopia digestiva alta con hallazgo de bolo cárnico de gran tamaño, esófago en sacacorcho y anillo de Schatzki en unión gastroesofágica. Lleva a cabo desimpactación parcial, dejando al paciente en observación hospitalaria y tratamiento con diazepam 5mg iv y glucagon 2mg iv. Se deja en dieta absoluta 24 horas y se repite nueva endoscopia, en la que ya no se objetiva cuerpo extraño.

Se da de alta al paciente con cita para Aparato Digestivo para seguimiento.

JUICIO CLÍNICO

Impactación de bolo alimenticio.

Anillo de Schatzki.

Esófago en sacacorchos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Disfagia orofaríngea: Orgánica (divertículo de Zenker, compresión extrínseca por neoplasias), Neurológica (accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica), Muscular (miastenia gravis, miositis, conectivopatías), Metabólica (amiloidosis, hipotiroidismo, síndrome de Cushing).

Disfagia esofágica: Mucosa (ERGE, anillo esofágico, esofagitis eosinofílica o infecciosa), Compresión (neoplasia pulmonar o mediastínica), Motora (acalasia, esclerodermia, espasmo esofágico difuso).

COMENTARIO FINAL

La impactación de un bolo alimenticio es un proceso agudo que requiere una exploración endoscópica. Con una anamnesis exhaustiva se puede diferenciar fácilmente lo que inicialmente parece una gastroenteritis aguda de un proceso esofágico que requiere más atenciones por nuestra parte.

BIBLIOGRAFÍA

Fisterra: Guía Clínica Disfagia. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/disfagia/> - Visto el 18/04/16

199/157. DOCTORA NO PUEDO RESPIRAR BIEN

AUTORES:

(1) Muñoz Olmo, L.; (2) Padial Baone, A.; (3) Gutierrez Ruiz, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía La Janda. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

-Antecedentes Personales: Marmolista de profesión. Asma bronquial intermitente moderado.

-Anamnesis:

Paciente de 53 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por inicio de problemas respiratorios que no mejoraban con tratamiento inhalado. Se encuentra ansioso y preocupado por no reconocer los síntomas como los episodios asmáticos anteriores. En consultas sucesivas nos comenta que en la empresa donde trabajaba se había diagnosticado en breve espacio de tiempo varios casos de silicosis. Tras realización de Rx Tórax donde se aprecian adenopatías mediastínicas se decide derivar a neumología para realización de TAC y despistaje de silicosis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC: Adenopatías mediastínicas e hiliares, junto a patrón micronodular bilateral y difuso, todo ello sin cambios respecto a TC anteriores. Patrón compatible con neumoconiosis crónica simple

Hemograma, VSG, Inmunoglobulinas, C, BQ normales, excepto: colesterol total 292, transaminasa 75.

Gasometría arterial: pH 7,4 PCO₂ 2,35; PO₂ 103; satO₂ 97,8%.

Mantoux-

ECG RS

Fibrobroncoscopia: normal

Espirometría: FVC 96%, FEV1 107,4%; FEV1% 88

JUICIO CLÍNICO

- Silicosis crónica simple

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sarcoidosis

- Reagudización del asma bronquial

COMENTARIO FINAL

Enfermedad fibrosa-pulmonar de carácter irreversible y considerada enfermedad profesional incapacitante en muchos países. Existen 3 tipos: Crónica simple a exposición a largo plazo a bajas cantidades de sílice (20 años de evolución), acelerada a exposición a cantidades mayores sílice en menor tiempo (5-10 años), sílice aguda a cantidades muy grandes de sílices durante corto tiempo.

La Atención Primaria estamos para intervenir en los procesos tanto agudos como crónicos, aliviar los síntomas del paciente y también escucharlo, en este caso, nuestro paciente nos aportaba información muy valiosa, que nos orientaba sobre la patología que presentaba. Pero de igual importancia es el acompañamiento que este paciente va a necesitar en el proceso de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

American Thoracic Society. Adverse effects of crystalline silica exposure. Am J Respir Crit Care Med. 1997;155:761-765.

Murray J, Nadel J. Textbook of Respiratory Medicine. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2000.

Pipavath S. Imaging of Interstitial Lung Disease. Radiol Clin North Am. 2005 May; 43(3): 589-599.

Noble J. Textbook of Primary Care Medicine. 3rd ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001:694-696

199/158. AUSENCIA DE PULSO RADIAL.

AUTORES:

(1) Huesa Andrade, M.; (1) González Lavandeira, M.; (2) Jiménez Varo, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4to año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.; (2) Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Macarena. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente, mujer de 56 años de edad consulta por presentar crisis de dolor de carácter intenso de unos cinco minutos de duración en mano derecha, el cuadro se acompaña de frialdad y palidez en la misma y no se palpa pulso radial. Se realizó cateterismo cardíaco a través de acceso radial en el día anterior.

Como antecedentes personales, la paciente presenta alergia a las sulfamidas. No hábitos tóxicos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular presenta hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus tipo 1. Cardiopatía isquémica crónica y angioplastia primaria percutánea con stent vasoactivo. No presenta otros antecedentes médicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La paciente presenta buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable (120/80) a 75 latidos por minuto (lpm). La auscultación cardiopulmonar era rítmica y sin soplos. El murmullo vesicular estaba conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Saturando al 99 %. En miembro superior derecho se objetiva leve palidez de dedos, con buena coloración y temperatura, así como buen relleno capilar. Se palpa pulso femoral y cubital pero no pulso a nivel radial derecho. Resto de examen sin hallazgos destacables.

Ante la clínica se deriva a hospital de referencia para valoración ecográfica y descartar complicaciones del cateterismo. Se le realiza eco doppler en arteria cubital y radial y se capta flujoarterial.

Se realiza tratamiento con analgésicos, y observación con persistencia de la clínica y mejoría progresiva en las semanas siguientes.

JUICIO CLÍNICO

Ausencia de pulso radial tras cateterismo por oclusión radial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embolia, perforación, fistula arteriovenosa en la arteria radial, pseudoaneurisma.

COMENTARIO FINAL

La importancia de este caso clínico radica en la importancia de conocer complicaciones frecuentes como la mencionada. Dependiendo del grado de oclusión la clínica puede variar desde asintomática hasta la claudicación. No existe un manejo específico ya que dentro de la evolución natural el 90% se recanaliza totalmente en un plazo de seis meses

BIBLIOGRAFÍA

Kiemeneij F. Vía de abordaje radial izquierda en el cateterismo cardíaco ¿Realmente tiene importancia? Revista Española de Cardiología. 2009; 62(5): p. 471- 473.

Gómez Fernández M, Pereira Leyenda B, Amodeo Fernández B, Guillén Goberna P. Manejo y seguimiento de las complicaciones postcateterismo cardíaco transradial. Enfermería en cardiología. 2005; 35.

Zachrixon K, Herlitz H, Lonn L, M F, H E. Duplex ultrasound for identifying renal artery stenosis: direct criteria re-evaluated. Acta Radiologica. 2016 Abril.

García Gómez M, Fernández Fresnededo G, S SdC. Hipertensión arterial renovascular secundaria a estenosis de la arteria polar. Nefrología. 2002; XXII(1): p. 85-86.

Cuxart M, Picazo M, Matas M, Canalas J, Nadal C, Falcó J. Hipertensión arterial y estenosis de la arteria accesoria. Nefrología. 2007; 27: p. 510-511.

199/159. NO SÓLO DE GOTAS VIVE EL ÁCIDO ÚRICO

AUTORES:

(1) Muñoz Olmo, L.; (2) Gutierrez Ruiz, C.; (3) Padial Baone, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía-La Janda. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

-Antecedentes Personales: Hiperuricemia de años de evolución, y en seguimiento por su médico de Atención Primaria, con frecuentes crisis gotosas tratadas habitualmente con indometacina y colchicina. En periodo intercrítico, allopurinol con baja adherencia al tratamiento.

-Anamnesis: Varón de 29 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por aparición súbita de erección dolorosa mantenida desde hace 3-4 horas. Es el primer episodio y sin relación a estimulación sexual.

Muy doloroso a la exploración, con hiperalgesia y rigidez hasta glande. Edematización incipiente.

Se decide derivación urgente a Hospital de referencia para valoración por Urología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma, Bioquímica y Coagulación sin alteraciones significativas, excepto ácido úrico en 8 mg/dl. PCR 4.90. Pruebas reumáticas, autoinmunidad y perfil hormonal dentro de la normalidad, con PSA en rango (2.9 ng/ml).

Uroanálisis negativo para tóxicos.

Ecografía Doppler peneana con datos de ausencia flujo arterial cavernoso. Se confirma con RNM y se descartan otras posibilidades etiológicas.

JUICIO CLÍNICO

- Priapismo isquémico secundario a hiperuricemia, precisando intervención quirúrgica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Priapismo no isquémico.

- Anemia de células falciformes, como causa más frecuente en jóvenes.

- Leucemia mieloide crónica.

- Cáncer prostático.

- Abuso de tóxicos, como cocaína.

COMENTARIO FINAL

El priapismo se define como la condición patológica caracterizada por una erección peneana que persiste más allá de 3-4 horas o no está relacionada con la estimulación sexual. Puede ser isquémico o no y constituye una emergencia médica, pues sin tratamiento temprano puede generar desde disfunción eréctil hasta grangrena.

La labor en Atención Primaria es fundamental, no sólo en la identificación de la emergencia, sino en la prevención de las distintas complicaciones de la hiperuricemia y evitar el priapismo recurrente; tratando la enfermedad causante y educando sobre qué factores precipitantes evitar.

BIBLIOGRAFÍA

- Van der Horst C, Stuebinger H, Seif C, Melchior D, Martínez-Portillo FJ, Juenemann KP. (Septiembre - Octubre de 2003). "Priapism – etiology, pathophysiology and management." Int Braz J Urol. 29 (5):391-400.
- Rodgers R, Latif Z, Copland M. (2012). "How I manage priapism in chronic myeloid leukaemia patients". Br J Haematol. 158 (2):155-64.
- Ajape AA, Bello A. (2001). "Penile gangrene: an unusual complication of priapism in a patient with bladder carcinoma". J Surg Tech Case Rep. 3 (1):37-9

199/160. DOCTOR NO PUEDO SUMAR

AUTORES:

(1) Muñoz Olmo, L.; (2) Gutierrez Ruiz, C.; (3) Padial Baone, A.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía - La Janda. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 55 años que acude a Urgencias por llevar 1 semana con dificultad para recordar cifras e imposibilidad para realizar operaciones matemáticas simples (es decir, sumar restar, etc). Refiere además aparición de cierta dificultad para deambular (sensación de inestabilidad) y horas antes de presentarse a Urgencias la imposibilidad de deambular sin apoyo o base de sustentación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, atento y bien orientado. Sin disgracia. Sin meningismo. Pupilas iguales a unos 3mm. Mínimas sacudidas nistagmoides en mirada horizontal a la derecha, sin paresia oculomotora ni III ni pares VII o XII. No Babinski. Balance Motor de 5/5. Metrías, cinestesia, Romberg normales.

Discreto predominio izquierdo de miotáticos en MMSS. Marcha, con aumento de base de sustentación y mínima retropulsión; tandem inestable.

Resto de Exploración, sin alteraciones significativas
TAC Craneal Urgente : Lesión heterogénea con componente quístico adyacente a calota occipital derecha, que impronta sobre IV Ventrículo y genera moderada hidrocefalia triventricular; se extiende a vermis cerebeloso y capta irregular y parietalmente el contraste. Sinusopatía frontal y esfenoidal. Posible espacio perivasculares en ganglios basales derecho. Puede tratarse de un glioblastoma, metástasis única o hemangioblastoma.

RNM en el Ingreso : Lesión ocupante de espacio en vermis y hemisferio cerebeloso derecho, de 4x4x3,5 cms, heterogénea con áreas sólidas captadoras de contraste y quísticas no captadoras, de límites bien definidos, con discreto edema transependimario y herniación de 1 cm de las amígdalas cerebelosas. Otras dos lesiones puntiformes en corona radiada y cápsula interna izquierda sugestivas de isquemia lacunar. Quiste de retención mucoso en seno esfenoidal. La lesión puede ser metástasis, hemangioblastoma o glioma de alto grado.

JUICIO CLÍNICO

Hemangioblastoma cerebeloso

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Demencia / Enf. de Alzheimer
Síndrome de Hipertension Endocraneana
Accidente Cerebro Vascular

Tumor Cerebral

COMENTARIO FINAL

Los Hemangioblastomas son neoplasias benignas que constituyen el 1-2.5% de los tumores intracraneales y del 7-12% de las lesiones en fosa posterior en adultos. Los Hemangioblastomas evolucionan hereditariamente junto con la enfermedad de Von Hippel Lindau (20%) y como tumores esporádicos solitarios. Su ubicación más frecuente es a nivel de fosa posterior (cerebelo), aunque también existen casos descritos a nivel supratentorial y medular.

La imagen por resonancia magnética (RM) es de gran utilidad en la patología intracraneal, y más aún en la fosa posterior, donde los artefactos limitan aún más la eficacia de la tomografía computarizada (TC), por lo que se trata del método de elección para el hemangioblastoma cerebeloso.

RM será de elección, hasta un 70% presentará un componente quístico.

Tratamiento de elección será el Quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Brundl E, Schodel P, Ullrich OW, Brawanski A, Schebesch KM. Surgical resection of sporadic and hereditary hemangioblastoma: Our 10-year experience and a literature review . Surg Neurol Int 2014;5:138
- 2.- Gelabert M. Hemangioblastomas de cerebelo. Neurología 2007; 22: 853-859
- 3.- J.L. Patier de La Peña, F. Norman, G.I. Rodríguez-Ramírez, A. Echániz-Quintana, M.A. Moreno-Cobo. Cervical pain, torticollis and polyglobulia as a first manifestation of a cerebellar hemangioblastoma. Rev Clin Esp.2010;210:e21-3.

199/161. FIEBRE EXANTEMÁTICA

AUTORES:

(1) García García, C.; (2) Jimenez Lopez, R.; (3) Sanchez Jordan, R.; (4) Molina Mendaño, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores de Los Ángeles. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Victoria. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 36 años sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos ni enfermedades prevalentes, que acude a la consulta de atención primaria por cuadro de 48-72 horas de evolución de fiebre de hasta 40°C acompañado de diarrea con abundante mucosidad sin rectorrágia asociada, así como náuseas, vómitos post-prandiales, dolor abdominal difuso y odinofagia sin disfagia.

Tras 48 horas de observación domiciliaria e inicio de tratamiento empírico con ciprofloxacino 500mg/12 h acude de nuevo a consulta, con empeoramiento del estado general y aparición de exantema cutáneo, por lo que se decide derivar a Urgencias Hospitalarias.

*Antecedentes epidemiológicos: Ingeniero agrícola en contacto con animales y aguas (pantanos, ríos y acequias).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Regular estado general. Consciente, orientado, colaborador. SAT02 basal 93-94%. Eupneico en reposo. Febril (38°C). Tensión arterial: 90/60.

Piel: Exantema cutáneo troncular tipo macular, que blanquea a la vitropresión, no pruriginoso. No afectación de mucosas ni palmas y plantas. Orofaringe: Hiperémica sin placas ni secreciones en amígdalas, enantema en pilares amigdalinos. Sin vesículas.

Cuello: Adenopatías latero-cervicales, pequeñas, bilaterales, móviles. E.Neurologica: Sin focalidad, signos meníngeos negativos. ACR: Rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.

Abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de hipochondrio derecho, sin palpar hepato ni esplenomegalia. Miembros inferiores sin edemas. Analítica de sangre: Hemograma: Destaca plaquetas 83.000, leucocitos 4600 (Neutrófilos 1450, monocitos 1030, linfocitos 1810), sin anemia. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica destaca creatinina 2.3, LDH 1333, GOT 793, PCR 173, Procalcitonina 4, Lactato 2.2.

Frotis de sangre periférica: Linfocitos estimulados. No blastos. Sistématico orina: Negativo. Coprocultivo y Urocultivo: Negativo. Monosticón negativo. Serología: VEB IgG positivo e IgM negativo. CMV IgG positivo e IgM negativo. Toxoplasma IgG e IgM negativos. VHA, VHB y VHC negativos. VIH negativo. Rickettsias, coxiella, rubeola y sarampión negativos. PCR gripe A, B y VSR negativos. Radiografía de torax y abdomen: Sin hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO

Fiebre exantemática de etiología a filiar. Cuadro de sepsis secundario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome mononucleósico(CMV, VEB, VIH, Hepatitis virales).Virus gripe A y B. Fiebre botonosa mediterránea. Brucellosis. Fiebre Q. Enfermedad Lyme. Leptospirosis. Síndrome Hemolítico-Uremico atípico.

COMENTARIO FINAL

Con diagnóstico de fiebre exantemática fue ingresado iniciando tratamiento de forma empírica con doxicilina y ceftriaxona, al no poder descartar sobreinfección bacteriana por la situación clínica del paciente a su llegada a Urgencias. Durante su ingreso mejora clínica y analíticamente de forma progresiva, siendo dado de alta asintomático.

Tres semanas después refiere cuadro catarral con fiebre intermitente que inicia días después tras alta hospitalaria y persistencia de astenia severa, por lo que se solicitan nueva batería de pruebas complementarias. En la segunda serología se objetiva VIH positivo, con Ag P24 positivo débil y carga viral VIH positiva. Inicia tratamiento con STRIBILD y seguimiento por Unidad de enfermedades infecciosas.

CONCLUSIÓN: A pesar de no llegar a un diagnóstico etiológico inicialmente, la persistencia de la clínica hizo que su médico de atención primaria considerase continuar el estudio. Cuando un individuo se infecta por VIH hay un “periodo ventana” de 4 a 8 semanas en la que ninguna de las dos técnicas serológicas (ELISA Y Western Blot) son eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (editores).Enfermedades infecciosas: Principios y prácticas. 6^a edición. Elsevier, Madrid.2006.

199/162. DOCTOR ME HAN CLAVADO UN PUÑAL

AUTORES:

(1) Muñoz Olmo, L.; (2) Padial Baone, A.; (3) Gutiérrez Ruiz, C.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; (2) Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Bahía La Janda. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud La Atalaya. Conil de La Frontera. Cádiz.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

-Antecedentes Personales: HTA en tto farmacológico con buenos controles

ACV Isquémico en 2005

Síndrome subacromial

HBP en tto

-Anamnesis: Varón de 78 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por 4 días de dolor torácico a punta de dedo que se intensifica con la inspiración profunda y la tos. No fiebre. Comenta proceso catarral y febrícula hace 20 días con mejoría parcial, comenzando posteriormente con disnea progresiva, perdida de apetito y anemia. No sd. constitucional previo

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TA 145/85. FC 105 lpm, Sat O2 :87% Tº 36.7°C

Buen Estado General, Consciente, Orientado y colaborador. Eupneico en reposo. RC rítmicos sin soplos. Murmullo Vesicular abolido en bases. Abd : sin alteraciones.

Hemograma con Hb 15,7 y 12000 Leucocitos. Coagulación : Fibrinógeno 939. Bioquímica normal. Dímero D 2,49

EKG : Taquicardia Sinusal a 120 lpm. QRS estrecho, PR normal. Sin otras alteraciones.

Rx de Torax: Pinzamiento de ambos senos costofrenicos y atelectasia en lóbulo inferior izquierdo.

Angio TC : Defectos de repleción en arterias pulmonares principales de forma bilateral. Defecto de repleción oclusivos en arterias del lóbulo superior, medio e inferior derecho. En el lado izquierdo, defecto de repleción oclusivos en el lóbulo superior y ramas de los segmentos de la pirámide basal. Derrame pleural bilateral.

JUICIO CLÍNICO

- Tromboembolismo Pulmonar Bilateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infarto pulmonar

Neumonía

Neumotórax,

Enfisema

Disección aórtica

COMENTARIO FINAL

El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. No es una enfermedad que se pueda diagnosticar ni excluir con certeza. El análisis siempre debe empezar por la probabilidad clínica del diagnóstico. 50% de los TEP, se presentan de forma asintomática. Los síntomas que más frecuentemente se asocian con TEP son disnea, dolor torácico tipo pleurítico, hemoptisis, síncope y tos. Al examen físico los pacientes pueden presentar taquipnea, taquicardia e hipotensión.

En conclusión el TEP es una de las enfermedades de mas difícil diagnóstico aunque si nos basamos en las guías, en atención primaria podemos sospecharlo y derivarlo para su diagnóstico definitivo con un alto grado de acierto.

BIBLIOGRAFÍA

Fernando Uresandi, David Jiménez.National. Consensus on the Diagnosis, Risk Stratification and Treatment of Patients with Pulmonary Embolism: An Update. Archivos de Bronconeumología (English Edition), Volume 52, Issue 2, February 2016,Pages 61-62

Sandoval, J., & Florenzano, M. (2015). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. Revista Médica Clínica Las Condes, 26(3), 338-343.

Marín, F., Sánchez, P. L., Cortina, J. M., Robles, J. A. G., Castro, D. J., Villamediana, R. L., ... & Iglesias, F. C. (2015). Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y tratamiento

de la embolia pulmonar aguda. Revista española de cardiología, 68(1), 10-16.
 Jiménez, D., & Uresandi, F. (2014). Consenso inter-sociedades español sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de pacientes con tromboembolia pulmonar. Angiología, 66(2), 70-84.

199/165. PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: CARTA DE PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE A SEGUIR DE CERCA.

AUTORES:

(1) Alcarazo Fuensanta, H.; (2) Espartero Gómez, A.; (3) Llimona Perea, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano A. Sevilla.; (3) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

paciente de 39 años que consulta por unas lesiones en cara posterior de cuello y pliegue axilar principalmente, de años de evolución. Niega prurito o dolor. Ampliando la anamnesis al sospechar el diagnóstico, el paciente refiere disminución de la agudeza visual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
 pápulas amarillentas confluyendo en placas, de aspecto reticular, en cuello, pliegues axilares, hueco poplíteo y mucosa labial inferior (ver imágenes adjuntas). Se solicita biopsia de piel, que confirma el diagnóstico e interconsultas con oftalmología (retinografía con estrías angioideas peripapilares) y cardiología (sin hallazgos patológicos).

JUICIO CLÍNICO

pseudoxantoma elástico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

cutis laxa, síndrome de Ehlers-Danlos, xantoma plano difuso.

COMENTARIO FINAL

el pseudoxantoma elástico es un trastorno hereditario grave (gen ABCC6 que codifica MRP6) que afecta al tejido elástico de la piel, a los vasos sanguíneos y los ojos. A la manifestación cutánea descrita y las lesiones oculares mencionadas (que pueden llegar a producir ceguera), pueden sumarse las hemorragias de origen digestivo, hipertensión arterial, infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares en edades tempranas. Tiene una incidencia de 1 cada 50.000 personas. Suele comenzar a partir de los 20-30 años y su evolución es progresiva de forma inexorable. Sin embargo, recientes estudios muestran la disponibilidad de tratamiento para las complicaciones oculares y la posibilidad de reducir las comorbilidades con modificaciones en la composición mineral de la dieta y con moléculas como el hidróxido de aluminio ó la fetuina-A. El médico de familia tiene un papel fundamental tanto en su diagnóstico - ya que a menudo

el paciente resta importancia a las lesiones o pasan desapercibidas -, como en su seguimiento, promoviendo hábitos de vida saludables en el paciente y vigilando la aparición de posibles complicaciones que pudieran requerir atención hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

Fitzpatrick. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 5^a edición.

B.Marconi, I.Bobyr et al. Pseudoxanthoma elasticum and skin: Clinical manifestations, histopathology, pathomechanism, perspectives of treatment. Intractable Rare Dis. Ago 2015; 4; 113-122. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561240>

199/166. SÍNCOPES DE REPETICIÓN EN PACIENTE DIABÉTICO.

AUTORES:

(1) Luna Moreno, M.; (2) Ruiz Del Moral, L.; (3) Muñoz González, L.; (3) Pérez Castro, M.; (4) Mancera Romero, J.; (4) Pérez Sánchez, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico Residente de 4to año. 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 78 años. Independiente para las ABVD. Niega hábitos tóxicos. Acude a consulta de Atención Primaria por episodios de pérdida de conciencia en dos ocasiones. No acompañado de cortejo vegetativo. No dolor torácico. Refiere leve disminución de la diuresis en los últimos días. Ingreso reciente por ITU complicada recidivante y bacteriemia por Escherichia Coli por lo que actualmente continúa en tratamiento con ciprofloxacino 750mg cada 12 horas. Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2 con afectación microvascular (retinopatía, microangiopatía grado II), glaucoma., hiperplasia benigna de próstata. Colectomizado e intervenido de adenocarcinoma de sigma en 2011.

Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24h, Vildagliptina 50mg/metformina 1g cada 24h, levemir y novorapid, enalapril 20mg/24h, lorazepam 1mg/24h, tamsulosina 0,4 mg/24.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
 BEG, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente.

Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos sin soplos ni roces. Bradicárdico. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado.

Abdomen globuloso, blando y depresible. No se palpan masas ni megalías. No doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No edemas ni

fóvea en miembros inferiores. La exploración neurológica anodina.

Se realiza ECG donde se aprecia FA de novo sin otros hallazgos, por lo que se remite a Urgencias hospitalarias.

Analítica sanguínea: hemograma normal, coagulación sin alteraciones. En bioquímica destaca creatinina de 9.32 mg/dL con filtrado glomerular de 5, (en analítica previa 10 díasantes se encontraba en rango normal). En gasometría destaca acidosis metabólica moderada-grave. El suero se encuentra hemolizado por lo que es necesario repetir la bioquímica y ampliar con osmolalidad en suero y bioquímica de orina. Los resultados son: K+ 8.48 mEq/L y osmolalidad 301 mOsm/kg. Bioquímica orina: Cr. 78mg/dL, Na 33 mEq/L, K+ 21 mEq/L, osmolalidad orina: 855mOsm/kg.

A la vista de los resultados analíticos donde se aprecia fracaso renal agudo, se realiza ecografía abdominal desestimándose causa obstructiva. Se inicia tratamiento con diálisis. Ante sospecha de tubulopatía intersticial debido a la toma prolongada de antibiótico, se realiza biopsia renal con resultado histológico de necrosis tubular aguda.

JUICIO CLÍNICO

Necrosis tubular aguda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un paciente con oliguria y un aumento de los valores de creatinina >1,5 veces el nivel basal en los últimos 7 días, es necesario realizar el diagnóstico diferencial entre necrosis tubular aguda e insuficiencia renal prerrenal.

COMENTARIO FINAL

Ante un paciente con IRA es necesario la derivación a Urgencias. Entre el 30-40 % de estos casos requieren tratamiento con diálisis. La necrosis tubular aguda constituye la presentación más frecuente de insuficiencia renal parenquimatosa. Se caracteriza por una fracción de eyección de sodio superior al 1% y por un sodio urinario superior a 20 mEq/L. Existe mayor susceptibilidad ante la presencia de diabetes y microangiopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- Suárez Abelenda S, Naya Cendón C. Insuficiencia renal aguda. Última revisión 30/05/2012. Guías Fisterra. Citado 15/04/2016. Disponible en URL: <http://www.fisterra.com>
- Berdud Godoy I, Martín Malo A, Reyes Aguilar C, Jiménez Murillo L, Aljama García P. Insuficiencia Renal Aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5^a Ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 514-8.

199/167. CEFALEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN

AUTORES:

(1) Bernal Hinojosa, A.; (2) Espínola Coll, E.; (3) García Gollonet, B.; (4) Cano García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar

Y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis generalizada. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento con antihipertensivos, antidiabéticos orales y analgésicos a demanda. Refiere cefalea de tipo opresivo de predominio occipital, que respeta el descanso nocturno y que no responde a analgesia habitual. Además, se palpa bultomas en cuero cabelludo a nivel occipital, no dolorosos a la palpación. Niega disnea, pérdida de peso u otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo y con la conversación. Exploración neurológica: Glasgow 15. Pupilas isocóricas y reactivas. No alteración de los pares craneales, no alteración de fuerza, tono ni marcha. No dismetría, no disdiadiococinesia. Cabeza normoconformada, varios tumores de 2 centímetros aproximadamente en cuero cabelludo a nivel occipital, sin poder descartar origen en partes blandas o a nivel óseo. No bocio, no adenopatías. Auscultación cardiaca rítmicas, sin soplos audibles. Auscultación respiratoria sin ruidos patológicos sobrañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No edemas de miembros inferiores, no signos de trombosis venosa profunda.

Se solicita radiografía de cráneo, en la que se observan imágenes osteolíticas diseminadas en calota craneal.

La paciente comienza con aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, sin tos ni expectoración, sin fiebre. Se solicita radiografía de tórax en la que se observa engrosamiento del hilio izquierdo y derrame pleural izquierdo, de moderada cuantía.

La paciente es derivada a urgencias para valoración y estudio del derrame pleural.

Broncoscopia con estenosis en la embocadura de los segmentos apical posterior y anterior del bronquio izquierdo, de los que se toman biopsias cuyo resultado anatomo patológico revela un carcinoma indiferenciado microcítico. En la tomografía axial computadorizada (TAC) se ponen de manifiesto metástasis ganglionares, óseas, entre ellas en calota y hepáticas, y gammagrafía ósea con depósitos patológicos del trazador a nivel de columna y ambas parrillas costales.

JUICIO CLÍNICO

Cáncer de pulmón indiferenciado microcítico, con metástasis óseas y hepáticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cefalea

Migraña sin aura

Metástasis óseas en cráneo

COMENTARIO FINAL

El cáncer de pulmón constituye la primera causa de mortalidad por cáncer entre los varones y la segunda entre las mujeres, con una incidencia pico entre los 55-65 años.

La forma de presentación es variable y derivada del crecimiento local del tumor, en la mayoría de los casos, en forma de tos (50%-75%), hemoptisis (25%-50%), dolor torácico (25%) y disnea (20%-25%).

En el momento del diagnóstico, un 15% tienen enfermedad local, 25% diseminación a ganglios linfáticos, y 55% enfermedad metastásica.

Los tumores de pulmón son la tercera causa de frecuencia de metástasis óseas después del cáncer de mama y el de próstata.

La radiología simple muestra que la mayoría de las metástasis son osteolíticas.

En nuestro caso, la forma de presentación no es la más frecuente, pues el primer síntomas son las metástasis en calota.

BIBLIOGRAFÍA

Braun Saro B, Akasbi Montalvo M, Díaz Curiel M. Osteolytic images os the skull. Rev Esp Enferm Metab Oseas. 2000; 09(06).

Rubens RD. Bone metastases. The clinical problem. Eur Jour of Cancer 1998;34: 210-213.

Mundy GR. Mechanism of bone metastases. Cáncer 1997;80: 546-1.556.

199/169. ANEMIA HEMOLÍTICA Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

AUTORES:

(1) Bernal Hinojosa, A.; (2) García Gollonet, B.; (3) Espinola Coll, E.; (4) Cano García, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de asma y artrosis. Amigdalectomizada. No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares de anemia ferropénica secundaria a hipermenorrea.

Refiere dolor en miembro inferior derecho y coluria de 3 días de evolución. Además, pérdida de apetito. Niega fiebre u otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. Palidez cutánea, tinte ictérico en conjuntivas y palmas. Tonos cardíacos ritmicos, sin soplos auditivos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, no doloroso, no hepatomegalia ni esplenomegalia. Pulso pedios presentes y simétricos. Aumento de perímetro de miembro inferior derecho, con aumento de temperatura, empastamiento y signo de Hofman positivo.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre: hemoglobina 8, VCM 109, leucocitos 166000, coagulación normal, LDH 1201, GOT 108, bilirrubina 4.5, bilirrubina directa 0.3. Test de Coombs +++. Ecografía miembro inferior derecho: trombosis venosa profunda en venas gemelares. Quiste de Baker roto. Frotis: serie roja con anisocitosis marcada, junto con fenómeno de policromasia. Frecuentes hematíes nucleados. Plaquetas de morfología normal. Serie mieloide normal. Rasgos atípicos en serie linfoides. No células de hábito blástico.

JUICIO CLÍNICO

Anemia hemolítica autoinmune y trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Anemia hemolítica

Eritropoyesis ineficaz

Hepatitis

Enfermedad de Gilbert

Trombosis venosa profunda de miembros inferiores

COMENTARIO FINAL

El tromboembolismo venoso es una complicación reconocida en diferentes enfermedades autoinmunes. Se ha establecido que la detección del anticoagulante lúpico y posiblemente los anticuerpos anticardiolipina tipo Ig G en título alto y medio, ayuden a identificar pacientes con riesgo de trombosis.

El anticoagulante lúpico está presente en el 40 % de paciente con anemia hemolítica autoinmune.

BIBLIOGRAFÍA

Castillo González Dunia de la C, Almagro Vázquez Delfina, Díaz Concepción Alina. Anticoagulante lúpico en enfermedades autoinmunes. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2004 Ago [citado 2016 Abr 18]; 20(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892004000200007&lng=es.

Lakos G, Kiss E, Regeczi N, Tarjan P, Soltezs P, Zeher M, Bodolay E, Szucs G, Szakony S, Sipka S, Szegedi G. Antiprothrombin and antiannexinV antibodies imply risk of thrombosis in patients with systemic autoimmune diseases. J Rheumatol 2000; 27:924-9.

Pierangeli SS, Harris EN. Advances in antiphospholipid antibody testing: specificity and pathophysiology. Clin Appl Immunol Rev 2000;1:59-72.

199/170. VASCULITIS P-ANCA POSITIVO

AUTORES:

(1) Cano García, J.; (2) García Gollonet, B.; (3) Espinola Coll, E.; (4) Bernal Hinojosa, M.; (5) Jimenez Lopez, R.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; (4) Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; (5) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 75 años que acude a consulta de atención primaria a recoger resultados de analítica y radiografía de tórax. En consulta previa había comentado aparición de tos con esputo hemoptóico de varias semanas de evolución, por lo que se le pidieron pruebas complementarias y se le cursó derivación a consulta externa de neumología.

Esta vez comenta sensación de desconfort abdominal en las dos últimas semanas sin vómitos, náuseas, alteración del hábito intestinal, coluria, acolia ni otra sintomatología asociada. Refiere sensación de tenesmo vesical, polaquiuria, nicturia y disminución del calibre miccional de 2 mes de evolución. Sensación de calambres en miembros inferiores. No tiene disnea ni dolor torácico.

Ante los hallazgos en las pruebas complementarias se decide derivación a urgencias hospitalarias donde se ingresa a cargo de nefrología.

Una vez ingresado se completa el estudio con tomografía computerizada de tórax y biopsia renal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: Hb 8.6, Leucocitos 8200, Plaquetas 269000, Coagulación normal, Glucosa 89, Urea 175, Cratínina 5.1, sodio 139, potasio 5.8, LDH 180, Albúmina 3, PCR 65. MPO positivos.
- Radiografía de tórax: cambios degenerativos en columna dorsal con osteopenia generalizada. Imágenes sugestivas de bronquiectasias y tractos fibrosos en lóbulo medio. Signos radiológicos de EPOC con predominio del atrapamiento aéreo. Pinzamiento del seno costofrénico izquierdo.
- TC tórax: Ateromatosis aórtica y coronaria difusa. Enfisema de predominio paraseptal en ambos lóbulos superiores. Se visualizan algunas bronquiectasias varicosas en segmento anterior del LSD e imágenes sugestivas de bronquiectasias dispersas. Dos nódulos de 3mm, inespecíficos, en segmento 8 de LID, que podrían corresponder a pequeños impactos mucosos. En ambos pulmones se observan dispersas opacidades controlobulillares mas definidas “en vidrio deslustrado”, que podrían estar en relación con bronquilitis del fumador, o neumonitis por hipersensibilidad.
- Biopsia renal: glomerulonefritis rápidamente progresiva pauciinmune (compatible con vasculitis anca asociada) con predominio de semilunas fibrosas y escaso signo de actividad.

JUICIO CLÍNICO

Vasculitis P-ANCA. Poliangeitis microscópica con afectación renopulmonar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Granulomatosis con poliangeitis.
Poliangiitis granulomatosa eosinofílica.
Cancer pulmonar.

COMENTARIO FINAL

El paciente se derivó al alta a domicilio con tratamiento inmunosupresor.

Tres meses después acudió de nuevo a urgencias hospitalarias acusando clínica respiratoria y fue ingresado por infección respiratoria condensante en contexto de paciente inmunosuprimido, falleciendo finalmente durante el ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de medicina interna Harrison 17º edición.
- Farreras-Rozman: Medicina interna. 17º edición

199/171. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA VS CENTRAL

AUTORES:

- (1) Bosch Racero, M.; (2) Garrido Laguna, M.; (3) Díaz Casado de Amezua, M.; (4) Molina Casado, M.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Benalmádena Alcolea. Benalmádena. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 38 años. Antecedentes personales: Alergia a Ibuprofeno. Exfumadora. Tratamiento habitual: anticonceptivos.

Acude a Urgencias por cuadro de paresia en hemicuerpo izquierdo con desviación de la comisura labial y asimetría facial además de cefalea occipital.

La paciente entró en el servicio de críticos activando código ictus que se desestimó posteriormente. Tras valoración por neurólogo es diagnosticada de parálisis facial izquierda periférica severa sin afectación de extremidades, siendo posible como diagnóstico diferencial el origen psicógeno asociado la parálisis. Fue dada de alta con corticoides orales y seguimiento por Neurología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Tª:36°C. FC: 90 lpm. TA: 130/80. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos significativos. Exploración neurológica: parálisis facial completa izquierda, desviación comisura labial hacia la derecha, incapacidad para cerrar el ojo y levantar la ceja. Signo de Bell presente. Fuerza y sensibilidad 4/5 izquierda, 5/5 derecha. No adiadocinesia. No signos meníngeos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Linfocitos 15000, resto de series normales Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. TAC craneal: sin hallazgos patológicos.

JUICIO CLÍNICO

Parálisis facial periférica severa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se alcanza con una anamnesis y exploración completa fundamentalmente:

• Parálisis facial periférica:

Características principales: asimetría facial, incapacidad para elevar la ceja y cerrar el ojo, signo de Bell presente, desviación de comisura bucal hacia el lado sano, otalgia, alteraciones de los sentidos.

Causas principales: idiopática o Parálisis de Bell, Esclerosis Múltiple, Síndrome de Ramsay- Hunt, fractura peñasco, postcirugía oído, otitis media.

• Parálisis facial central:

Características principales: función de la musculatura de la frente conservada y párpado superior, no presente signo de Bell. Frecuentemente, acompañadas de parálisis ipsilateral.

Causas principales: ACV, tumores, infecciones.

COMENTARIO FINAL

Ante el caso de un paciente con parálisis facial es imprescindible la exploración física ya que ello nos va a permitir dilucidar ante qué tipo de patología estamos, diferenciando principalmente el origen periférico del central. En nuestro caso, la paciente fue diagnosticada finalmente de parálisis facial periférica ya que presentaba asimetría facial con desviación de la comisura, signo de Bell y afectación de musculatura frontal y palpebral con movilidad en extremidades conservada.

BIBLIOGRAFÍA

- Santos-Lasaosa S, Pascual-Millán LF, Tejero-Juste C, Morales-Asín F. Peripheral facial paralysis: etiology, diagnosis and treatment. Rev Neurol.2000 Jun 1-15; 30(11):1048-53.
- Robla-Costales D, Robla-Costales J, Socolovsky M, di Masi G, Fernández J, Campero Á. Facial paralysis surgery. Current concepts. Neurocirugia (Astur).2015 Sep-Oct;26(5):224-33.
- Uptodate[sede web]. Jeremy M Shefner;[actualizado Marzo 2016, último acceso 17 de Abril de 2016]. Bell's palsy: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis in adults. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

199/172. ÚLCERAS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

AUTORES:

(1) Vizcaíno Rodríguez, F.; (2) Romero Recio, J.; (3) Rodríguez Rey, E.; (3) Coronel Pérez, I.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.; (2) Médico Residente de 2do año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Cazalla. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.; (3) Dermatóloga. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 62 años, con antecedentes personales de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Exfumador desde 2009, Cardiopatía hipertensiva, Fibrilación auricular, Cardiopatía Isquémica, EPOC GOLD II, adenopatías mediastínicas y esplenomegalia en seguimiento por neumología, que acude a urgencias

por placas ulceradas de bordes rojo violáceos en miembro inferior. Es ingresado en la UCI, donde le aparecen lesiones costrosas de distribución lineal localizadas en muslo izquierdo y escroto, indicándose tratamiento con Aciclovir. No obstante, el paciente evoluciona con empeoramiento de las lesiones cutáneas, desarrollándose úlceras necróticas que iban extendiéndose de forma rápida a pesar del tratamiento antibiótico y sobre todo tras la manipulación de las mismas en las curas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración el paciente presentaba úlceras de 2 a 20 cm en ambos miembros inferiores, con bordes necróticos y lecho exudativo que profundizaban hasta la fascia muscular.

La analítica realizada en Urgencias mostró: leucocitosis 11.93 mil/mm3, neutrofilia 70%, eosinófilos 0.20%)

En el cultivo del exudado de la úlcera se aisló: Escherichia coli, Morganella morganii, Proteus mirabilis, Beta-lactamasa de espectro estendido, Bacteriodes stercoris, Prevotella bivia, Flora mixta aerobia-anaerobia. Se realizaron biopsias cutáneas en dos ocasiones, con diagnóstico histopatológico de: Pioderma gangrenoso.

JUICIO CLÍNICO

Pioderma gangrenoso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realiza fundamentalmente con úlceras infecciosas o vasculares, vasculitis, tumores y traumatismos.

COMENTARIO FINAL

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica, no infecciosa a pesar de su nombre, que cursa con úlceras dolorosas y profundas.

Puede ser idiopático, pero es importante descartar algunas patologías internas con las que se relaciona prácticamente en la mitad de los casos, especialmente la enfermedad inflamatoria intestinal, alteraciones hematológicas y artritis reumatoide.

El diagnóstico de la enfermedad es de exclusión, no existe ninguna prueba específica. Los cultivos negativos y las analíticas y biopsias son inespecíficas.

Una característica fundamental del pioderma gangrenoso es que presenta fenómeno de patergia. Éste consiste en la inducción de nuevas lesiones ante traumatismos, lo cual es importante en el abordaje terapéutico de la enfermedad.

El tratamiento se realiza con corticoides orales fundamentalmente, aunque para minimizar sus efectos secundarios se usan también inmunosupresores como ciclosporina o tacrolimus. Otros tratamientos efectivos pueden ser la sulfona y la minociclina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gameiro A, Pereira N, Cardoso JC, Gonçalo M. Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015;8:285-93.
2. Wollina U. Pyoderma gangrenosum. A review. Orphanet J Rare Dis 2007;2:19.

3. Suárez-Pérez JA, Herrera-Acosta E, López-Navarro N, Vilchez-Márquez F, Prieto JD, Bosch RJ, Herrera E. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:120-6.

199/173. DOCTORA TENGO LA BOCA SECA DESDE HACE 3 MESES

AUTORES:

(1) Ruiz del Moral, L.; (1) Luna Moreno, M.; (2) Pérez Castro, M.; (2) Muñoz González, L.; (3) Sánchez Pérez, M.; (3) Mancera Romero, J.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga; (3) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 64 años con antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con Losartan 50 mg, hepatitis C en seguimiento por Digestivo y un IMC de 30 kg/m². Acude a Urgencias refiriendo sequedad bucal de más de tres meses de evolución, principalmente por la mañana al despertarse y que lo asocia a ser roncador; niega pérdida de peso, ni polifagia ni polidipsia ni poliuria. Se revisa analítica sanguínea (AS) de hace un año: glucemia basal 88 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl y filtrado glomerular (FG) >90 ml/min. Ante tal cuadro se realiza glucemia capilar: 471 mg/dl. Se corrobora con AS: glucemia 430 mg/dl, creatinina 1.03 mg/dl, FG 76 ml/min, pH 7.43 y cuerpos cetónicos negativos, se confirma el diagnóstico de diabetes y se administran 10 UI de insulina rápida intravenosa, bajando glucemia: 179 mg/dl. Se deriva a su médico de Atención Primaria (AP) al día siguiente para valoración inicial y seguimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presenta una presión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 60 latidos por minutos y un IMC 30 kg/m². Primera AS al diagnosticar la hiperglucemia: glucemia 430 mg/dl, creatinina 1.03mg/dl, FG 76, pH 7.43 y cuerpos cetónicos negativos.

JUICIO CLÍNICO

Debut de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en paciente con obesidad tipo I.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un cuadro de hiperglucemia capilar es imprescindible realizar un estudio analítico del paciente. Bajo la denominación DM se agrupa un conjunto heterogéneo de síndromes que, englobando a diversas entidades clínicas, se caracteriza por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma, o ambos. Es imprescindible un buen diagnóstico diferencial entre DM1 y DM2 basándose en la edad, el morfotipo, la forma de inicio, el tratamiento, la tendencia a la cetosis, la herencia, la autoinmunidad contra células β y la presencia de insulinorresistencia.

COMENTARIO FINAL

La DM2 supone el 90-95% de las formas de DM. En ocasiones el diagnóstico es casual o por presentar síntomas cardinales de DM y en otras ocasiones el paciente acude a las consultas refiriendo una clínica inespecífica, por lo que una buena anamnesis por parte del médico es imprescindible.

No podemos olvidar realizar un seguimiento estrecho a todos nuestros pacientes mayores de 45 años con sobrepeso y aún más si presentan factores de riesgo adicionales para diabetes. La importancia del cribado radica en: un gran número de pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de diabetes desconocen su condición, diferentes estudios clínicos han demostrado que la DM2 puede estar presente hasta 10 años antes del diagnóstico clínico y en el momento del diagnóstico, hasta el 50% de los pacientes con DM2 ya presentan alguna complicación relacionada con la enfermedad.

Los Equipos de AP tienen un papel estratégico fundamental en la prevención primaria, que debe orientarse al control de todos los factores de riesgo cardiovascular, el diagnóstico precoz de la diabetes, el control y seguimiento de los pacientes, la prevención de las complicaciones agudas, la detección precoz de las complicaciones crónicas y la educación diabetológica.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In Standards of Medical Care in Diabetesd2016. Diabetes Care 2016; 39(Suppl. 1): S13–S22.

199/174. ÚLCERA CUTÁNEA EN NIÑO DE CATORCE MESES

AUTORES:

(1) Garrido Laguna, M.; (2) Navarro Robles, C.; (2) Fernández Zambrano, M.; (3) Bosch Racero, M.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga.; (2) Médico Residente de 2do año. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga.; (3) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 14 meses atendido en urgencias de Atención Primaria. Presenta lesión ulcerada en axila de 24h de evolución. Ha estado en el campo tres días antes. Toma de paracetamol durante la última semana por molestias en la erupción dentaria. Afebril. Ingesta normal. Diuresis conservada. Remitido al Hospital Costa del Sol para realizar pruebas complementarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: Peso 10 kg. Buen estado general. No aspecto séptico. Normocoloreado. Lesión ulcerada de 4x5 cm en axila izquierda, eritematosa y exudativa con líneas concéntricas en su interior. Pequeñas vesículas en número de 5-6 en espalda, algunas rotas. Signo de nikolski negativo. ORL: Anodina. No lesiones en mucosas ni orificios. Auscultación

cardiopulmonar: Rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Hemograma: Leucocitos 14960 (40.9%N), Hemoglobina 14.6 g/dl, Hto 43.5%, plaquetas 331.000. PCR 2 mg/l. Cultivo faríngeo: flora normal. Exudado de lesión axilar: Staphylococcus Aureus. Hemocultivo: negativo

JUICIO CLÍNICO

Impétigo ampolloso por Staphylococcus Aureus.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Viral (VHS, Coxackie).
2. Bacteriana (impétigo ampolloso, síndrome de la piel escaldada estafilocócica)
3. Relacionados con toma de fármacos (Necrolisis Epidérmica Tóxica, Eritema Multiforme).
4. Picadura de insecto.
5. Zoonosis (Ricketsia conorii).

COMENTARIO FINAL

La anamnesis detallada junto a una exploración física minuciosa nos proporciona las claves diagnósticas. Las úlceras y ampollas cutáneas pueden ser causadas por trastornos autoinmunes, reacciones farmacológicas, infecciones y traumatismos. La distribución, así como la edad de aparición y el tiempo de evolución orientan el diagnóstico. Es fundamental identificar causas potencialmente letales y que requieren atención inmediata como la Necrólisis Epidérmica Tóxica o el síndrome de la piel escaldada estafilocócica. Nuestro paciente realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral durante una semana con buena evolución y desaparición de la lesión sin cicatriz residual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weedon D. The vesicobullous reaction pattern. In: Weedon's Skin Pathology, 3rd ed, Elsevier Limited, Edinburgh 2010. p.123.
2. Gerull R, Nelle M, Schaible T. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: a review. Crit Care Med 2011; 39:1521.

199/175. VARÓN DE 54 AÑOS CON PÉRDIDA DE DEAMBULACIÓN PROGRESIVA

AUTORES:

- (1) Garrido Laguna, M.; (2) Bosch Racero, M.; (3) Padiel Reyes, I.; (3) Arrillaga Ocampo, I.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga.;
- (2) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.;
- (3) Médico de Familia. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 54 años Exfumador. No medicación habitual. Realiza aviso domiciliario a su Médico de Atención Primaria por entumecimiento y dolor en miembros inferiores de dos años de evolución con progresión en la última semana obligándole a caminar con apoyo y que actualmente le impide deambular. Tras evidenciar pérdida de fuerza 2/5 en miembros inferiores se traslada a urgencias del Hospital Costa del Sol para estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Miembros inferiores: paraparesia severa proximal y distal 2/5 con hipotonía. Sensibilidad táctil conservada en cuatro miembros pero abolidas al dolor distal

en superiores y global en inferiores. ROT abolidos. Radiografía columna: cambios degenerativos. Analítica: Hb 9,7; VCM 118,3; CK 1920. Marcadores tumorales CEA, Ca 125, Ca 19,9, PSA negativos, ácido fólico: 5; vitamina B12: 100, ANA, anticardiolipina, anca negativos. Serología: lues, VHB, VHC, VIH, borreliosis negativo. Proteinograma sin hallazgos. RMN columna lumbar: hernia discal posterior L3-L4. RMN Cráneo: sin hallazgos. EMG: Polineuropatía sensitivo-motora, axonal, difusa, con afectación de miembros superiores sensitiva de intensidad muy severa, y miembros inferiores motora y sensitiva, de intensidad también muy severa. EDA: Estómago con mucosa de aspecto atrófico sobre todo en cuerpo y fundus.

JUICIO CLÍNICO

Poliradiculopatía sensitivo-motora secundaria a déficit nutricional (vitamina B12).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Enfermedad desmielinizante.
2. Patología compresiva.
3. Polineuropatía periférica de origen carencial, metabólico, paraneoplásico.
4. Infeccioso (neuroborreliosis, VIH).
5. Vasculitis-reumatológico.

COMENTARIO FINAL

La neuropatía periférica aislada secundaria a déficit de B12 se encuentra principalmente en los pacientes ancianos con comorbilidades, o en aquellos en tratamiento crónico con fármacos que causan deficiencia de B12. La neuropatía periférica puede preceder a la aparición de anemia. El tratamiento sustitutivo es de elección, Nuestro paciente inició tratamiento con vitamina B12 intramuscular y rehabilitación con buena evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell WW. DeJong's The neurologic Examination, 7th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2013.
2. Neurologic Manifestations of Vitamin B12 Deficiency: NEJM, 2003
3. Rekand T, Gramstad A, Vedeler CA. Fatigue, pain and muscle weakness are frequent after Guillain-Barré síndrome and poliomielitis. J Neurol 2009; 256:349

199/177. ¿UNA PICADURA DE ARAÑA PUEDE SER LETAL?

AUTORES:

- (1) Gala González, A.; (2) Galán Muriel, I.; (3) Hernandez Garcia, J.; (4) Castro Moreno, J.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.;
- (2) Médico de Familia. Médico de Urgencias. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.;
- (3) Médico de DCCU. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.;
- (4) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, Dislipemia, Intervención quiste mamario benigno. Mujer de 78 años que acude a consulta por dolor en brazo derecho con lesión eritematosa e indurada de

pocos mm en cara interna del brazo sin referir traumatismo ni picadura. Se le pauta amoxicilina/ácido clavulánico y mupirocina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consulta dos días después por aumento de la misma lesión por lo que se le administra metilprednisolona intramuscular y continuar con mismo tratamiento. Acude 5 días después porque la lesión se ha extendido considerablemente (aporte fotografías de las lesiones) y presenta una pequeña escara central de aspecto hemorrágico y un exantema morbiliforme en escote y abdomen. No fiebre ni afectación del estado general. Tras valoración se le pauta Prednisona 30 mg 1 comprimido por la mañana durante 5 días, continuar con amoxicilina/ clavulánico, ibuprofeno 1 comprimido cada 12 horas durante 3 días, omeprazol 20 mg 1 cápsula al día y, si fiebre o empeoramiento, pautar doxiciclina y derivar a urgencias para descartar loxoscelismo.

JUICIO CLÍNICO

Picadura de artrópodo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

herpes simple infectado, herpes zoster hemorrágico, vasculitis, celulitis, fascitis necrotizantes, artritis dermatitis gonocócica, erisipela, fiebre botonosa, otras picaduras o mordedura de insectos, forúnculos, penfigoides, eritema multiforme, eritema migratorio, equimosis por traumatismos, carbunclo cutáneo, pioderma gangrenoso.

COMENTARIO FINAL

La paciente evolucionó de forma favorable mejorando considerablemente la lesión con el tratamiento prescrito. Las picaduras más habituales son producidas por insectos, miriápidos y arácnidos (arañas y escorpiones). El veneno de la araña Loxosceles tiene propiedades necrotizantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes. En la piel puede provocar graves alteraciones vasculares, con áreas de vasoconstricción y otras de hemorragias que conlleven de inmediato a la isquemia local y a veces a la placa gangrenosa. Tiene una letalidad entre 5 a 20% por lo que una buena anamnesis y tratamiento adecuados harán que la enfermedad no avance a su forma más letal.

BIBLIOGRAFÍA

- J. Pastrana, R. Blasco, R. Erce, M.A. Pinillos. Picaduras y mordeduras de animales. Anales Sis San Navarra v.26 supl.1 Pamplona 2003.
- S. Cabrerizo, P. C. Docampo, C. Caria, M. Ortiz de Rozasa, M. Díaza, A. Roodtb, O. Curci. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch Argent Pediatr 2009; 107(2):152-159.

199/178. DOCTOR, ¿Y TENGO QUE DEJAR DE CORRER?

AUTORES:

- (1) Gala González, A.; (2) Galán Muriel, I.; (3) Castro Moreno, J.; (4) Hernandez Garcia, J.

CENTRO DE TRABAJO:

- (1) Médico Residente de 4to año. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.; (2) Médico de Familia. Médico de Urgencias. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.; (3) Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de

La Carlota. Córdoba.; (4) Médico de DCCU. Centro de Salud de Montoro. Córdoba.

RESUMEN:

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés que desde hace dos años trabaja en Paraguay y no ha podido consultar antes por este problema. Acude a consulta en Marzo 2016 porque quiere correr la Maratón de Río de Janeiro a finales de Mayo 2016 y desde la semana anterior refiere dolor a nivel Aquileo bilateral acompañado de un bulto que ha ido aumentando de meses de evolución y ya le preocupa porque quiere correr la Maratón y no se ha podido preparar esta semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración dolor a la palpación en inserción de tendón de Aquiles bilateral con bultomas a dicho nivel de consistencia dura e inmóvil, fijado a hueso. Se le solicita radiografía de ambos pies y tobillos (aporte fotografías de las radiografías) donde se aprecian sesamoideos fracturados en cabeza del primer metatarsiano de ambos pies, ambos escafoideos hipertrofiados y prominencia de la tuberosidad posterior de ambos calcáneos, que ante los hallazgos se contacta telefónicamente con el Radiólogo de guardia del hospital quien nos refiere que se denomina ost trigonum y va relacionado con la patología comúnmente llamada Síndrome de Haglund. Tras los hallazgos derivamos al paciente a Aparato locomotor y le aconsejamos reposo relativo, modificación del calzado (uso de zapato blando o sin contrafuerte posterior), antiinflamatorios orales, hielo y uso de taloneras, para elevar el talón y evitar el roce.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Haglund

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

xantomatoso (produce un engrosamiento parecido del tendón de Aquiles), algunas entesitis (síndrome de Reiter), las artritis gotosa y reumatoideas.

COMENTARIO FINAL

Tras la interconsulta le diagnostican de Enfermedad de Haglund y se le pauta higiene postural, plantillas de descarga metatarsial con protección de ortopedia a nivel posterior del talón y evitar la sobrecarga (disminuir el nivel de entrenamiento en Maratón). La deformidad de Haglund es una alteración en la morfología del calcáneo, que forma una prolongación ósea vertical en la tuberosidad posterosuperior. La tríada clásica es tendinitis aquilea, bursitis retrocalcánea y deformidad de Haglund. El tendón de Aquiles suele estar aumentado de tamaño en su inserción y su afectación puede incluir la degeneración mucosa o la rotura parcial. En cierta medida el factor hereditario influye en la deformidad de Haglund. Las personas pueden heredar un tipo de estructura del pie que las hace propensas a desarrollar esta condición: un pie con arco elevado, un tendón de Aquiles tenso y la tendencia a caminar sobre el lado exterior del talón. Esta enfermedad suele ceder con el tratamiento médico conservador antes expuesto pero si empeorase

se puede plantear el tratamiento quirúrgico. Nuestro paciente ha mejorado considerablemente con la ortesis plantar, la protección de talón a nivel posterior y la higiene postural disminuyendo el dolor y la sobrecarga a nivel de la inserción del Tendón de Aquiles.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Sierra-Solís, A.I. Romero-López, J.L. Martín-Rodrigo. Síndrome de Haglund. Revista Semergen Vol. 38. Núm. 01. Enero 2012 - Febrero 2012. Lee JC, Calder JC, Healy JC. Posterior impingement syndromes of the ankle. Semin Musculoskelet Radiol. 2008;12:154-69.

Indice de Autores

A

- Abadías Pérez, J. 57
 Acevedo Vázquez, J. 24, 36, 37
 Adell Ruiz De León, M. 77
 Adell Vázquez, J. 42
 Agüera Moreno, P. 24, 25, 37, 38
 Aguirre Rodríguez, J. 27, 29, 30, 61, 91, 92
 Alberola Cañizares, R. 29
 Alcarazo Fuensanta, H. 66, 68, 78, 105, 110
 Álvarez, L. 97
 Andres Vera, J. 100
 Andrés Vera, J. 46
 Arenas Puga, M. 82
 Argudo Lobatón, C. 49
 Arrillaga Ocampo, I. 116
 Atienza Martín, F. 33
 Aznar Zamora, C. 42, 84, 85

B

- Ballesta Meischner, R. 33
 Barbero Rodríguez, E. 54, 55, 80, 91, 92, 94
 Barreiro Solla, M. 40, 57
 Barrero Martín, M. 89, 93, 97
 Becerra Piñero, R. 65, 66
 Bejarano Ávila, G. 34, 35, 41, 43, 48
 Bellido Salvatier, A. 53, 66, 67
 Beltran Poveda, J. 37
 Benítez Lafuente, A. 31
 Benítez Rivero, J. 24, 25, 36, 37, 38
 Bernal Hinojosa, A. 68, 71, 104, 111, 112
 Bernal Hinojosa, M. 112
 Bonilla Fernández, T. 35
 Bosch Racero, M. 113, 115, 116
 Bueno Del Campo, V. 37

C

- Cabello Chanfreut, A. 60, 99
 Campos Gallego, M. 25, 39
 Cañete Vargas, M. 103
 Cañizares Romero, J. 72, 78, 86, 87, 88
 Cano García, J. 68, 71, 104, 111, 112
 Carmona Rivas, A. 39, 44
 Carrasco Gutierrez, V. 28
 Carrasco Martín, J. 29
 Carrasco Martín, J. 24, 37
 Castillo Moraga, M. 49, 50
 Castro Aragón, J. 96
 Castro Moreno, J. 116, 117
 Ceballos Fernandez, M. 42
 Chacón González, M. 81, 83
 Chacón Huertas, J. 72, 77
 Cifuentes Mimoso, N. 46
 Cintado Sillero, M. 98
 Cinza Sanjurjo, S. 36
 Cordero Moreno, A. 75, 86, 87, 88
 Coronel Pérez, I. 64, 114

- Corrales Álvarez, I. 72, 78, 86, 87, 88
 Correa Montojo, E. 84, 85
 Cruz Matas, M. 82

D

- Davila Ramblado, M. 25
 Del Castillo Asín, J. 35
 Díaz Casado de Amezua, M. 113
 Díaz Márquez, M. 25
 Diaz Romero, A. 89
 Dominguez Castillo, M. 96
 Domínguez Manzano, N. 30, 33
 Domínguez Requena, A. 29
 Duque, C. 33
 Duque Castilla, E. 57

E

- Escamilla Ramos, L. 55
 Espartero Gómez, A. 105, 110
 Espina Rodríguez, N. 74, 75
 Espinola Coll, E. 68, 71, 112
 Espínola Coll, E. 104, 111
 Esturo Alcaine, J. 27, 29

F

- Fernández Cosano, M. 44
 Fernández Escribano, J. 69, 90
 Fernández García, G. 46
 Fernández García, J. 51, 52, 60, 99
 Fernández González, J. 47
 Fernández López, J. 57
 Fernández Natera, A. 28
 Fernandez Ortega, S. 24, 25, 37, 38
 Fernández Zambrano, M. 115
 Fignani Molina, C. 59
 Franco Rivera, E. 73

G

- Gala González, A. 116, 117
 Galán Muriel, I. 116, 117
 Gallego Castillo, E. 68, 71
 Galobart Morilla, P. 26
 Galván Melero, M. 91, 95, 96
 Gamero De Luna, E. 29
 García Criado, E. 36
 García Flores, A. 40, 41, 50
 García García, C. 87, 108
 Garcia Gollonet, B. 68, 71, 112
 García Gollonet, B. 104, 111, 112
 García Martínez, F. 36, 37
 García Matarín, L. 30
 García Palma, A. 34, 41, 48
 García Sánchez, T. 54, 55, 59, 61, 80, 91, 92, 94
 García Vertedor, C. 98, 103
 Garrido Laguna, M. 113, 115, 116
 Garrido Pazo, M. 25, 31, 39

Garzón Fernández, J. 35
 Ginel Mendoza, L. 24, 27, 47
 Gómez Brios, J. 49, 50
 Gómez Calvo, A. 30
 Gómez González, M. 29
 Gómez Gómez, M. 38
 Gómez Montes, C. 47
 Gomez Prieto, D. 89
 González Jiménez, P. 65, 74, 75
 González Lavandeira, M. 59, 63, 106
 González Márquez, E. 89, 93, 97
 González Sánchez, H. 40, 42, 56, 57
 Gragera Hidalgo, M. 89, 93, 97, 100
 Gregorio Paulo, V. 40
 Gutiérrez García, Á. 72, 73, 75, 76, 77, 78, 86
 Gutierrez Jansen, M. 47
 Gutiérrez Jansen, M. 27
 Gutierrez Ruiz, C. 105, 107, 109

H

Hernandez Garcia, J. 116, 117
 Hernández Rodríguez, D. 79
 Hidalgo Fajardo, M. 29
 Hidalgo Rodríguez, A. 29, 59, 61
 Hormigo Pozo, A. 32
 Huesa Andrade, M. 59, 63, 106

I

Infante Ruiz, M. 69, 70, 90

J

Jimena Medina, I. 52
 Jimenez Lopez, R. 108, 112
 Jiménez López, R. 101
 Jiménez Tapia, T. 58
 Jimenez Varo, I. 59
 Jiménez Varo, I. 63, 106

L

Lagares Franco, C. 44
 Lapuerta Lozano, E. 33
 Lara Muñoz, A. 70
 Largo Fernández, J. 46
 Latorre Rodriguez, L. 25
 Leiva Cepas, F. 24, 29, 62
 Leiva-Cepas, F. 51, 52, 60, 99
 Leon Tercero, J. 89
 Llimona Perea, I. 66, 68, 78, 105, 110
 Loaiza González, E. 38
 Loizaga González, E. 29, 37
 Lopez Garcia, J. 39
 López-lópez, I. 60
 López-marín, L. 60
 López Matarín, A. 52, 99
 López Mora, A. 57
 López Rivero, C. 59, 61, 92
 Lopez-sidro Ibañez, R. 30
 López-sidro Ibáñez, R. 61
 López Téllez, A. 27, 30
 Lorente Serna, J. 30

Lozano Del Valle, R. 50
 Luciani Huacac, L. 40, 41, 50
 Lugo Ramos, H. 47, 101, 102, 103
 Luna Moreno, M. 26, 32, 62, 110, 115
 Luna Valero, M. 75
 Luque Romero, L. 34, 35, 41, 43, 48

M

Machuca Gómez, L. 82
 Macias Delgado, T. 25, 31, 39
 Madeira Martins, J. 51, 99
 Mancera Romero, J. 26, 32, 38, 110, 115
 Manzano Felipe, M. 28
 Marquez Martin, A. 97
 Martín Andújar, S. 89, 93, 97
 Martíncano Gómez, J. 31, 62
 Martínez Amado, L. 36, 37
 Martínez Ibáñez, M. 72, 78, 86, 88
 Martínez Membrilla, S. 81, 83
 Martínez Picazo, R. 25
 Martinez Villegas, I. 49
 Martin Jimenez, A. 100
 Martín Peñuela, J. 81, 83
 Mateos Montes, C. 82
 Méndez del Barrio, I. 39, 44
 Molina Casado, M. 113
 Molina García, P. 66, 74, 75
 Molina Mendaño, C. 47
 Molina Mendaño, M. 45, 108
 Montijano Cuadra, C. 40, 41
 Morales, A. 69, 70, 90
 Morales Del AgUILA, M. 76
 Morales Naranjo, J. 27, 45
 Morales Rincón, S. 54, 55, 80, 91, 92, 94
 Moreno Carrasco, S. 54, 80
 Moreno Castro, F. 46
 Muñoz Ayllón, M. 46, 89, 91, 95
 Muñoz González, L. 26, 62, 110, 115
 Muñoz Gonzalez, M. 84, 85
 Muñoz Rodriguez, J. 26

N

Naharro Franco, R. 32
 Naranjo Ratia, M. 42, 84, 85
 Navarro Domínguez, M. 26, 66, 68
 Navarro Robles, C. 115

O

Ocaña Rodríguez, D. 57
 Ortega Carpio, A. 40
 Ortega Osuna, M. 30

P

Padial Baone, A. 105, 107, 109
 Padial Reyes, I. 116
 Paños Maturaga, E. 96
 Pardos Lafarga, M. 46, 89, 93, 96
 Parejo Sánchez, M. 64
 Paulo Gregorio, V. 42, 56
 Pedrosa Del Pino, M. 53

Peña Amaro, J. 51, 52

Peñato Luengo, A. 96

Perea Cejudo, I. 66, 78

Perez Aquino, J. 25, 31

Pérez Castro, M. 26, 62, 110, 115

Pérez Puertas, G. 64

Pérez Rivera, R. 40, 41, 50

Pérez Román, D. 55

Pérez Sánchez, M. 110

Polo Ruiz, M. 32

Portorreal Bonilla, W. 35

Portorreal Guerrero, W. 35

Prieto Cid, C. 29

Prieto Díaz, M. 24, 27

Pueyos Rodríguez, S. 82

Pueyos Sánchez, A. 82

R

Ramblado Minero, M. 25, 31, 39

Ramirez Narvaez, M. 84, 85

Ramos Escamilla, L. 94

Reina Fernández, R. 27

Reina González, R. 27, 47, 62

Reina Martín, M. 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 86

Reyes Gilabert, E. 34, 35, 41, 43, 48

Reyes Vallejo, R. 60, 99

Rico Rangel, M. 46, 89, 91

Rivera Cornejo, M. 33

Rizo Barrios, A. 51, 52

Rodríguez Aguado, O. 30

Rodriguez Castilla, J. 31

Rodriguez Felix, F. 33

Rodríguez Ladrón De Guevara, S. 45

Rodriguez Lopez, L. 44

Rodríguez López, L. 39

Rodríguez López, M. 45

Rodriguez Martinez, M. 49, 50

Rodriguez Montado, B. 42, 89

Rodriguez Ordoñez, M. 76

Rodríguez Priego, M. 44

Rodríguez Rey, E. 114

Rodríguez Rodríguez, E. 55

Rodríguez Rodriguez, J. 38

Rodríguez Rodríguez, J. 36

Rodríguez Valencia, C. 79

Rojas Martinez, M. 86, 87, 88

Rojo Iniesta, M. 53, 65, 67

Romero Recio, J. 64, 114

Ruiz-cabello Crespo, E. 67

Ruiz Ciudad, M. 81, 83

Ruiz del Moral, L. 115

Ruiz Peña, M. 36, 37

Ruiz Ruiz, A. 73

Ruso Sivianes, E. 31, 62

Ruz-Caracuel, I. 52

Ruz Franzi, I. 42

S

Sáez García, L. 46, 95

Salas Díaz, M. 26

Sampedro Abascal, C. 26

Sanchez Amarillo, E. 25

Sanchez Cañete, E. 44

Sánchez García, M. 34, 35, 41, 43, 48, 96

Sanchez Jordan, R. 108

Sánchez Jordán, R. 47

Sánchez Pérez, M. 26, 38, 62, 115

Sánchez Sánchez, C. 45

Sauco Colon, I. 47

Segura Coronil, J. 41

Serrano Fernández, I. 33

Sicilia Barea, E. 88

Sierras Jiménez, M. 54, 55, 80, 91, 92, 94

Soriano, I. 39

Suarez Messeguer, R. 33

T

Ternero Escudero, D. 72, 73, 75, 76, 77

Torrado Morcillo, B. 58

Troyano Perez, R. 44

U

Ubiña Carbonero, A. 45

V

Valencia Anguita, R. 25

Vargas Corzo, M. 94

Vázquez González, N. 98

Vergara Martín, J. 24

Villar Cruz, D. 64

Villar Sánchez, R. 64

Villena Martín, F. 35

Villena Martín, J. 35

Vizcaíno Rodríguez, F. 64, 114

Z

Zarallo Perez, A. 42, 84, 85

