

Casos Clínicos
Atención Primaria

C C
A P

JART 2017



1^{as} Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Hotel HO Ciudad de Jaén
30 y 31 de Marzo 2017

Jaén



www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com
info@jornadasresidentesy tutoressamfyc.com

Secretaría Técnica:



Asociación de Médicos de Familia de Andalucía (AMFA) - Asociación de Médicos de Familia de Andalucía (AMFA) - Asociación de Médicos de Familia de Andalucía (AMFA)

*“El buen médico trata la enfermedad;
el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”*

William Osler

©Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
Edita: Fundación Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
(Fundación SAMFyC)
Maqueta: EFS

Casos Clínicos en Atención Primaria
JART 2017

ISBN-e: 978-84-697-7408-3

28 Abril 2017

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.
No obstante, la SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

Coordinadores

Alejandro Pérez Milena

Justa Zafra Alcántara

Revisores

Idoia Jiménez Pulido

María de la Villa Juárez Jiménez

Javier Leal Helmling

Cristóbal Navarrete Espinosa

Alejandro Pérez Milena

Jesús Torío Durántez

Francisco Javier Valverde Bolívar

Autores

*"Todos los autores reconocen haber pedido consentimiento expreso a los pacientes y familiares para publicar los datos clínicos de forma anónima. Para la redacción de este libro de casos clínicos se ha tenido en cuenta lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informando sobre los derechos ARCO. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFyC. **Se aconseja actualizar la información de cada caso con las nuevas evidencias que puedan surgir en adelante.**"*

Adrada Bautista, Alberto Jesús	<i>Médico Residente</i>
Aguilar Heredia, Yolanda	<i>Médico Tutor</i>
Aguilera Tejero, Ramiro	<i>Médico de Familia</i>
Alcalde Molina, M ^a Dolores	<i>Médico de Familia</i>
Amaro García, Alicia	<i>Médico Residente</i>
Amat Sánchez, Isabel	<i>Médico Residente</i>
Aparicio Gallardo, Victoria Maria	<i>Médico Residente</i>
Arias de Saavedra Criado, M ^a Isabel	<i>Médico Residente</i>
Aybar Zurita, Romualdo	<i>Médico de Familia</i>
Bajo Ramos, Julia	<i>Médico Residente</i>
Ballesta Rodríguez, M ^a Isabel	<i>Médico Tutor</i>
Basterra Montero, María	<i>Médico Residente</i>
Bedmar Estrella, Juana	<i>Médico Residente</i>
Benítez Torres, Georgina	<i>Médico Residente</i>
Blanco Leira, José Angel	<i>Médico Tutor</i>
Caballero Moreno, Ana	<i>Médico de Familia</i>
Cardo Miota, Adrián	<i>Médico Residente</i>
Carmona González, Pablo Breiel	<i>Médico Residente</i>
Casado Pérez, Isabel	<i>Médico Residente</i>
Chamorro Castillo, Marta	<i>Médico Residente</i>
Chico Espín, José Alberto	<i>Médico Residente</i>
Chinchilla Palomares, Eduardo	<i>Médico del Servicio de Urgencias</i>
Chiquero Valenzuela, Alba	<i>Médico Residente</i>
Codina Lanaspá, Assumpta	<i>Médico De Familia.</i>
Contreras Espejo, Jesús	<i>Médico Residente</i>
Contreras Espejo, Juan Antonio	<i>Médico Residente</i>
Correa Gómez, Verónica	<i>Médico Residente</i>
Cotofana, Ruxandra Ilinca	<i>Médico Residente</i>
Dalouh, Ilyass	<i>Médico Residente</i>
De Francisco Montero, Carmen	<i>Médico Residente</i>
De Juan Roldán, José Ignacio	<i>Médico Residente</i>
De Rus Mendoza, M ^a Paula	<i>Médico De Familia.</i>
Domínguez Amoscotegui, Ana Regla	<i>Médico de Familia</i>
Dorador Atienza, Francisca	<i>Médico de Familia</i>
Esteva Rodríguez, Ambrosio	<i>Médico de Familia</i>
Fernández Santiago, Eloisa	<i>Médico de Familia</i>
Florencio Sayago, Miguel	<i>Médico Residente</i>

Flores Padilla, Laura	<i>Médico Residente</i>
Franco Larrondo, Yuleidy	<i>Médico Residente</i>
Fuentes Cruz, Alba	<i>Médico Residente</i>
Gabaldón Rodríguez, Inmaculada	<i>Médico de Familia</i>
Gajón Bazán, Esther	<i>Médico Tutor</i>
Gallardo Navas, Sheila	<i>Médico Residente</i>
Gallardo Ramírez, Marta	<i>Médico Residente</i>
García Castillo, Leticia	<i>Médico Residente</i>
García Castro, Antonio	<i>Médico Residente</i>
García Jiménez, Antonio Manuel	<i>Médico Residente</i>
García Jiménez, José Alberto	<i>Médico Residente</i>
García López, Elisa	<i>Médico Residente</i>
García Sardón, Pablo	<i>Médico Residente</i>
Gastón Morata, José Luis	<i>Médico de Familia</i>
Gil Cañete, Aurora	<i>Médico de Familia</i>
Gómez Jiménez, Gabriel	<i>Médico Residente</i>
Gómez Torrado, Raúl Manuel	<i>Médico Residente</i>
Gómez Zafra, Lucía	<i>Médico Residente</i>
González Benitez, Lorenzo	<i>Médico Residente</i>
González Bravo, Juana	<i>Médico Residente</i>
González López, Aurora	<i>Médico Residente</i>
Guerrero Feria, Beatriz	<i>Médico Residente</i>
Hachem Salas, Nur	<i>Médico Residente</i>
Herrera Herrera, Sara	<i>Médico Residente</i>
Hurtado Ganoza, Abelardo	<i>Médico Residente</i>
Jiménez Ceacero, Alfonso	<i>Médico de Familia</i>
Jodar Reyes, María	<i>Médico de Familia</i>
Lendínez Durán, Inmaculada	<i>Médico Residente</i>
Lendínez Sánchez, Susana	<i>Médico Residente</i>
Liétor Villajos, Norberto	<i>Médico de Familia</i>
Liu Qiu, Canxing	<i>Médico Residente</i>
López Cascales, Adriana M ^a del Mar	<i>Médico de Familia</i>
Lozano Gallego, Alba	<i>Médico Residente</i>
Lozano Prieto, Pedro Pablo	<i>Médico de Familia</i>
Lucena Jiménez, Angela	<i>Médico Tutor</i>
Manzanares Torne, María Luisa	<i>Médico de Familia</i>
Maqueda Cuenca, María Teresa	<i>Médico de Familia</i>
Marcos Ortega, Blanca	<i>Médico de Familia</i>
Marín Relaño, José Antonio	<i>Médico Residente</i>
Martínez Lechuga, Mariana	<i>Médico de Familia</i>
Martín Peñuela, Javier	<i>Médico Residente</i>
Martín Sánchez, Silvia María	<i>Médico Residente</i>
Martínez Celdran, Maria	<i>Médico Residente</i>
Martínez García, Sandra	<i>Médico Residente</i>
Martínez Lechuga, Mariana	<i>Médico de Familia</i>
Martínez Sánchez, Antonio	<i>Médico de Familia</i>
Martos Martínez, Rocío	<i>Médico Residente</i>
Martos Toribio, Gregorio	<i>Médico De Familia</i>

Mata Anguita, Cristina	<i>Médico Residente</i>
Medina Faña, Meilyn Maria	<i>Médico Residente</i>
Mercado Fernández, Félix	<i>Médico de Familia</i>
Molina Hurtado, Enrique	<i>Médico Residente</i>
Molina Martos, Juan Carlos	<i>Médico Tutor</i>
Molina Ruiz, Cristina	<i>Médico Residente</i>
Montero Chávez, Gregorio	<i>Médico Tutor</i>
Montoro Navarro, Catalina	<i>Médico Residente</i>
Moraleta Barba, Sandra	<i>Médico de Familia</i>
Moreno Corredor, Andrés	<i>Médico de Familia</i>
Moreno Martos, Herminia María	<i>Médico de Familia</i>
Moreno Ruiz, Pedro	<i>Médico de Familia</i>
Moyano Acosta, Rosa María	<i>Médico de Familia</i>
Navarro Ortiz, María de las Nieves	<i>Médico Residente</i>
Navío García, Antonio	<i>Médico de Familia</i>
Orozco Casado, Nieves	<i>Médico Residente</i>
Ortega García, Guadalupe	<i>Médico Residente</i>
Osorio Martos, Carolina	<i>Médico de Familia</i>
Oualy Ayach Hadra, Ghizlane	<i>Medico Residente</i>
Palmero Olmo, Estela	<i>Medico Residente</i>
Pardo Álvarez, Jesús E.	<i>Médico Familia</i>
Paredes Jiménez, Francisco De Paula	<i>Medico Residente</i>
Pastor Toral, Maria del Carmen	<i>Médico Familia</i>
Pedrosa Arias, María	<i>Médico Tutor</i>
Peláez Velez, Julio	<i>Médico Residente</i>
Pérez Cabeza de Vaca, Ismael	<i>Médico de Familia</i>
Pérez Martínez, Belén	<i>Médico Residente</i>
Pérez Milena, Alejandro	<i>Médico de Familia</i>
Poyato Zafra, Ignacio	<i>Médico Residente</i>
Quirós Rivero, Pablo	<i>Médico Residente</i>
Ramírez Sandalio, Nuria	<i>Médico Residente</i>
Ramos Herrera, Carmen de los Ángeles	<i>Médico de Familia</i>
Reche Padilla, Ana Isabel	<i>Médico de Familia</i>
Rodrigo Moreno, Esther	<i>Médico Residente</i>
Rodríguez Bayón, Antonina	<i>Médico de Familia</i>
Rodríguez Vázquez, Aurora	<i>Médico Residente</i>
Roldán Carregalo, Inmaculada	<i>Médico de Familia</i>
Román Ramos, Ana	<i>Médico Residente</i>
Romero Cuevas, Antonio	<i>Médico Tutor</i>
Rueda Rojas, Montserrat	<i>Médico de Familia</i>
Ruiz García, Esther	<i>Médico Residente</i>
Ruiz Gómez, Antonio	<i>Médico de Familia</i>
Ruiz Ojeda, Isabel	<i>Médico Residente</i>
Ruiz Ortega, Pilar	<i>Médico de Familia</i>
Sáez Gallegos, Marta	<i>Médico Residente</i>
Sánchez García, José María	<i>Médico Residente</i>
Sánchez González, Irene	<i>Médico Residente</i>
Sánchez Martínez, Marta	<i>Médico Residente</i>

Sánchez Palomeque, Ana	<i>Médico de Familia</i>
Sánchez Sánchez, Alba	<i>Médico Residente</i>
Sánchez Torres, Elena	<i>Médico Residente</i>
Sola García, Miguel	<i>Médico Residente</i>
Suárez Pérez, María	<i>Médico Residente</i>
Terrón Fuentes, Dunia	<i>Médico Residente</i>
Toledo García, Diego Luis	<i>Médico Residente</i>
Toribio Onieva, Juan Ramón	<i>Médico Tutor</i>
Torres Avilés, Jose Antonio	<i>Médico Tutor</i>
Ureña Arjonilla, María Eugenia	<i>Médico Residente</i>
Ureña Fernández, Tomás	<i>Médico Tutor</i>
Valls Pérez, Blanca	<i>Médico Residente</i>
Vaquero Álvarez, Manuel	<i>Médico Residente</i>
Vicent Sánchez, Joaquín	<i>Médico de Familia</i>
Vico Ramírez, Francisco	<i>Médico de Familia</i>
Zafra Alcántara, Justa	<i>Médico de Familia</i>
Zafra Iglesias, Luis	<i>Médico Residente</i>
Zafra Ramírez, Natalia	<i>Médico Residente</i>

La medicina siempre ha significado servicio a los demás y la persona encargada de prestar este servicio era requerida por unas cualidades peculiares: pronta disposición para ayudar, conocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad y destreza para la curación. Los médicos han sido siempre necesarios desde los tiempos primitivos, incluso en las etapas en las que no existían recursos terapéuticos de probada eficacia... ¡que ha sido hasta fecha relativamente reciente! La experiencia en los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, obtenida por los médicos en el trato directo con los enfermos, ha ido conformando un cuerpo de conocimientos sobre el que se ha sustentado la práctica médica universal. La experiencia, acumulada y transmitida, ha constituido la mayor evidencia sobre la que se han basado las actuaciones médicas.

Desde mitad del siglo XX las evidencias derivadas de los estudios de investigación han sido ingentes, ofreciendo otra valiosa fuente de información para la práctica clínica. La medicina basada en la evidencia ha sido la respuesta natural a la necesidad de crear un modelo de atención médica capaz de integrar los resultados más relevantes de la investigación clínica en la práctica clínica diaria. Esta metodología permite que el médico ayude al enfermo de una forma técnica, como describía Laín Entralgo, dejando a un lado la ayuda rutinaria (“siempre se ha hecho así”), la ayuda espontánea (instintiva y no reflexiva) o la ayuda mágica (saberes ocultos sólo en manos de iniciados). A fin de cuentas, se trata de utilizar consciente y explícitamente la mejor certeza científica para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas a nuestro cargo.

No obstante, la atención directa al paciente y la experiencia que se obtiene de una práctica clínica reflexiva sigue siendo una herramienta pedagógica básica que permite afianzar los conceptos teóricos. Desde hace más de treinta años se está desarrollando una meritoria formación postgraduada que permite a los recién graduados en Medicina adquirir las competencias necesarias para trabajar como Médicos de Familia. En esta docencia se desarrollan técnicas propias de la enseñanza de adultos, basada en la especial relación médico tutor – médico residente. Durante cuatro años, ambos comparten consulta y pacientes, deben ordenar síntomas y hacer diagnósticos diferenciales, buscar la mejor solución e integrarlo todo junto a las creencias y vivencias del paciente. Es precisa esta interacción entre el médico residente de familia y su entorno social ya que, según Bandura, los sujetos que aprenden unos de otros pueden ver cómo su nivel de conocimiento da un salto cualitativo importante de una sola vez, sin necesidad de muchos ensayos. El estudio y seguimiento compartido de los casos clínicos atendidos diariamente en consulta por tutor y residente es la base de ese aprendizaje social.

Las sillas en las que ambos médicos se sientan para informar a su paciente se convierten, según Marañón, en el mejor instrumento para la comunicación. Pero al mismo tiempo es una herramienta privilegiada en los procesos educativos para el análisis y aprendizaje, que permite la adquisición de conocimientos y habilidades por medio de la construcción de los casos desde diferentes puntos de vista. Los casos clínicos que se presentan en este libro son fruto de la atención y el estudio compartido por tutores y residentes, ofreciendo unas características propias de la Atención Primaria que no pueden apreciarse en otras especialidades. Se debe manejar la incertidumbre, estar atento frente a síntomas de alarma, mejorar los procesos comunicativos con el paciente y promover la entrada de la familia y el entorno social en el plan terapéutico, realizar un seguimiento longitudinal mientras se valoran problemas éticos, e incorporar actividades de prevención y promoción de la salud entre otros. Con esta visión, que surge de la práctica clínica diaria compartida, aparecerán con periodicidad casos de especial interés docente útiles para la formación del tutor y del residente. Estos casos deberán ser planteados y desarrollados en un escenario donde el médico de familia (tutor y residente) se convierta en el principal responsable del enfermo, quien siempre nos pedirá pronta disposición para ayudar, conocimiento acerca de la naturaleza de la enfermedad y destreza para la curación.

Alejandro Pérez Milena
Vocal de Investigación de SAMFyC

Índice

Área 1: Actividades preventivas y promoción de la salud

1. Manejo multidisciplinar de la hipertensión

Área 2: Actuación ante síntomas o signos de alarma

2. ¿Qué me sucede en la piel doctor?
3. Tratamiento y prevención de la sintomatología y los factores de riesgo protrombóticos.
Comparación de dos casos clínicos
4. Importancia en la detección rápida de ira de un paciente de edad avanzada con diarrea
5. Bradicardia y dolor torácico anginoso tras administración de adrenalina en mujer de 38 años
6. Abordaje de un paciente con linfoma no hodgkin en atención primaria
7. Hematuria en mujer de 60 años no fumadora
8. Insomnio, cefalea y afasia sensorial en hombre joven
9. Miopericarditis en paciente psiquiátrico con mala adherencia al tratamiento
10. Paraparesia fluctuante en varón de mediana edad
11. Abordaje de una mujer de 54 años con debilidad generalizada
12. Actitud ante una paciente con tuberculosis pleural
13. Enfoque multidisciplinar de una isquemia arterial aguda objetivada en consultas de atención primaria
14. Mujer joven con disnea. A propósito de un caso
15. Bradicardia por intoxicación digitálica
16. Paciente de 69 años con astenia, fiebre y pancitopenia
17. ¿Por qué a mi, doctora?
18. Pérdida de visión en mujer anciana
19. Incidente crítico: paciente con disnea y ansiedad
20. Presentación de un carcinoma de vesícula biliar

Área 3: Atención longitudinal

21. Inconvenientes de los tratamientos vitalicios
22. Abordaje integral en paciente intervenido de cáncer laríngeo hace 27 años
23. Abordaje e intervención integral de paciente con disnea en atención primaria
24. Valoración geriátrica integral
25. Abordaje de una mujer de 52 años con fiebre y bocio
26. Paciente pluripatológico, consultas repetidas en atención primaria por aumento de disnea y angor
27. Fibrilación auricular no valvular, cambio de tratamiento con buen criterio
28. Actuación ante un paciente de 40 años con pensamientos negativos y dolor en miembro inferior
29. Astenia y dolor generalizado de larga evolución... con disartria
30. Continuidad asistencial en un paciente con disnea y reagudizaciones respiratorias

Área 4: Comunicación médico paciente

31. Manejo de la información y malas noticias desde atención primaria
32. Gestante con síndrome febril
33. Intervención en un paciente con síntomas psicóticos agudos
34. No puede impedirse el viento. pero pueden construirse molinos

Área 5: Diagnóstico diferencial

35. Signos venéreos en pareja sexual

36. Estenosis mitral reumática. El arte de una buena historia clínica
37. Voz gangosa: en busca de una causa
38. Paciente multifrecuentadora con clínica variable
39. Neumotórax catamenial. A propósito de un caso
40. Mujer con disnea y edema de miembro superior derecho
41. Prurito como síntoma central
42. Caída tras caída
43. Varón de 53 años que consulta por dolor lumbar resistente a tratamiento
44. Desde que me tomo la pastilla no paro de temblar
45. ¿Hemos olvidado la exploración física?
46. Abordaje de un varón de 49 años con fiebre de tres semanas de evolución
47. Estreñimiento crónico en paciente con tetraplejía espástica. Presentación de un caso clínico, diagnóstico y tratamiento
48. Angioedema recidivante de origen incierto
49. Mujer de 30 años con nódulo palmar; estudio en contexto de reactivación cicatricial
50. Absceso hepático en cuerpo extraño
51. Paciente que presenta siete neumotórax espontáneos en menos de un año
52. Síndrome opérculo torácico. A propósito de un caso
53. Pancreatitis difícil de diagnosticar
54. Dolor abdominal en paciente de raza negra "no conocido"
55. Toxiinfección alimentaria no epidémica
56. Hepatitis aguda, ¿siempre virales?
57. Aumento de vello corporal
58. Dolor costal en paciente joven

Área 6: Manejo de la incertidumbre

59. Abordaje de masa en partes blandas. Una consulta frecuente, una exploración determinante
60. Doctor, no sé que tengo
61. Doctora, me ha salido un "bulto"
62. Doctora, y hoy ¿qué me pasa?
63. Bajo un simple cólico renal
64. Abordaje de síntomas y signos en una paciente pluripatológica

Área 7: Necesidad de abordaje biopsicosocial

65. Abordaje integral e intervención en una paciente de 45 años con pérdida de fuerza
66. Actuación en un varón de 48 años con pérdida de visión
67. Pérdida de visión en un paciente joven y su repercusión psicosocial
68. Abordaje integral de un paciente con diarrea crónica
69. Mujer perimenopaúsica y con acontecimiento vital estresante que sufre cefalea
70. Atención integral domiciliar programada tras cambios en el rol de cuidador
71. Valoración integral del anciano en el ámbito de la atención primaria
72. Ser frecuente no es sinónimo de ser fácil
73. Paciente hiperfrecuentador. Abordaje integral
74. ¿Bebe usted alcohol?
75. Abordaje integral de un paciente oncológico avanzado en atención primaria
76. Mujer de 42 años con mareos e insomnio. Abordaje sistémico
77. Mujer adolescente que inicia relaciones sexuales. intervención familiar

Área 8: Problemas bioéticos

78. El problema de la prescripción

Área 1: Actividades preventivas y promoción de la salud

1

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LA HIPERTENSIÓN

Adrada Bautista A, González López A, Fernández Santiago E

Centro De Salud Las Palmeritas. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Hipertensión arterial, crisis hipertensiva.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer, 70 años con hipertensión arterial de larga evolución y difícil control, DM tipo 2, dislipemia y enfermedad de Graves Basedow como antecedentes personales relevantes. Acude en numerosas ocasiones a consulta de Atención Primaria para ajuste de medicación antihipertensiva. Así mismo, a Urgencias por varias crisis hipertensivas, para control agudo de cifras tensionales. Además, precisó ajuste de tratamiento antitiroideo por parte de Endocrinología.

A la exploración presentó buen estado general, sin alteraciones cardiorespiratorias, miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Cifras tensionales de 180/110 mmHg.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Independiente para las ABVD y AIVD. Casada, buen soporte familiar, nivel socio-económico medio-alto. Realiza seguimiento regular de su patología crónica en centro de Salud.

Juicio clínico: Hipertensión arterial.

Plan de acción y evolución

Monitorización ambulatoria de tensión arterial de forma continuada con modificación del tratamiento en función de los valores obtenidos. Valoración de su patología endocrina con su correspondiente ajuste de tratamiento.

Conclusiones

La HTA es uno de los principales factores de morbimortalidad del mundo. El diagnóstico debe hacerse con MAPA. Desde Atención Primaria se debe incidir en una dieta equilibrada hiposódica y control de los factores de riesgo.

La valoración integral de la paciente permitió el control de las cifras tensionales.

Palabras clave

Hipertensión arterial, Blood Pressure Monitoring Ambulatory, ansiedad.

CASO COMPLETO

Presentamos un caso clínico acerca de la hipertensión arterial, de ámbito multidisciplinar, donde participan especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, servicio de Urgencias y Endocrinología.

Motivo de consulta

Hipertensión arterial, crisis hipertensiva.

Enfoque individual*Anamnesis*

Mujer de 70 años, con los siguientes antecedentes:

- Antecedentes familiares: padre fallecido por enfermedad cerebrovascular a los 74 años.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus 2.
- Vértigo.
- Enfermedad de Graves Basedow.
- Intervenciones quirúrgicas: hemitiroidectomía derecha por nódulo caliente (hace 20 años aproximadamente).
- Tratamiento crónico: glipizida 5mg/24 h, metformina 850mg/24 h, enalapril 20mg/12h, furosemida 40mg/24h, atenolol 50mg/24h, simvastatina 10mg/24 h, calcio/colecalciferol.

La paciente acude regularmente a consulta programada de centro de salud cada 6 meses para control clínico y analítico de su patología crónica, sin presentar incidencias significativas en los últimos años.

Sin embargo, la paciente comienza con alteraciones de sus cifras tensionales, por lo que acude a urgencias de Centro de Salud. Aporta cifras en torno a 180/110 mmHg, asociadas a cefalea, náuseas y un estado de nerviosismo e inquietud.

Exploración física

- Buen estado general, eupneica, bien hidratada, normoperfundida, sin signos de focalidad neurológica.
- Auscultación: tonos cardiacos rítmicos a 90 latidos por minuto, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Resto de la exploración sin hallazgos patológicos de interés.

Pruebas complementarias

- TA: 180/110 mmHg. FC 90 lpm. Saturación de oxígeno del 98%.
- ECG en ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, PR 120 ms, QRS estrecho, RR constante, sin bloqueos de rama, ni alteraciones isquémicas ni de la repolarización.

Se procedió a control tensional y se incidió en adecuada posología de su medicación antihipertensiva, así como en unas correctas medidas higiénico-dietéticas y aporte de controles tensionales a su MAP.

Enfoque familiar y comunitario

Mujer de 70 años de edad, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Está casada, vive con su marido, con el que tiene dos hijos, cada uno con su propio núcleo familiar en la actualidad. Buen soporte familiar. Nivel socio-cultural medio-alto. Realiza un seguimiento regular de su patología crónica en centro de salud.

Plan de acción, evolución

Tras estudio de cifras tensionales en consulta programada de atención primaria, se constatan valores alrededor de 170 mmHg de presión arterial sistólica y en torno a 100 mmHg de diastólica. Por ello, se aumenta la dosis de atenolol a 50 mg/12h y se incide en las medidas higiénico-dietéticas de control de riesgo cardiovascular. Además, se recogen resultados analíticos de control bianual, que manifiestan cómo única alteración de interés un

hipertiroidismo: tirotropina 0.01 $\mu\text{UI/ml}$ y T4 libre 2.42 ng/dl. Por ello, se inicia tratamiento con tiamazol 5mg 0.5/24h y se deriva a servicio de Endocrinología para valoración.

A pesar de haber aumentado la dosis de atenolol, nuestra paciente persiste con incrementos paroxísticos de su tensión arterial acompañados de sintomatología inespecífica, por lo que acude a urgencias en varias ocasiones. Se precisa de tratamiento ansiolítico para control sintomático.

Tras ello, en consulta programada de atención primaria decidimos iniciar tratamiento con amlodipino 5mg/24h. Además de esto, la paciente nos informa de que está presentando dificultad para conciliar el sueño, que lo relaciona con el difícil manejo de su hipertensión. Por ello, le aportamos una serie de medidas no farmacológicas para manejo del insomnio y ansiedad, y pautamos diazepam 5 mg/24 h por las noches.

En una consulta de control días posteriores al inicio de amlodipino, debimos suspenderlo por aparición de edemas en miembros inferiores. En este caso, decidimos cambiar enalapril por losartán 50mg/8h.

Continuamos con monitorización ambulatoria de la tensión arterial durante semanas, tras lo cual la paciente aporta cifras de presión arterial sistólica inferiores a 140 mmHg, y niveles de diastólica que no sobrepasan los 90 mmHg. Además, su estado de ánimo se encontraba más estable y las dificultades para conciliar el sueño habían disminuido sustancialmente.

Posteriormente en consulta de endocrinología se corroboró el estado de hipertiroidismo, aumentándose tiamazol 5mg 1/24h por TSH 0.01 $\mu\text{UI/ml}$ y T4 libre 1.68 ng/dl, con control en 3 meses.

Tratamiento: Glipizida 5mg, metformina 850mg, losartan 50mg/8h, furosemida 40mg/24h, atenolol 50mg/12h, simvastatina 10mg, calcio/colecalciferol, tiamazol 5mg/24h.

Meses después, la paciente presenta mejores controles tensionales, cifras sistólicas alrededor de 120-130 mmHg y diastólicas de 80-90 mmHg, manteniéndose asintomática.

Conclusiones

La hipertensión arterial es una situación clínica muy frecuente y uno de los principales constituyentes de morbimortalidad en todo el mundo. En cuanto a la etiopatogenia de la hipertensión, los principales factores de desarrollo se relacionan con el estilo de vida: sedentarismo, bajo gasto calórico, elevada ingesta de grasas saturadas y sal. Además, existe un importante número de enfermedades que producen o empeoran la hipertensión, por ejemplo, los trastornos tiroideos. Destaca también la influencia de la genética, determinada por la agregación familiar, la prevalencia aumenta entre los familiares de primer grado.

El diagnóstico de HTA debe estar basado en la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), la cual presenta una excelente correlación pronóstica y permite descartar la hipertensión aislada de los servicios sanitarios. Una alternativa aceptable es la automedida de la presión arterial (AMPA).

En atención primaria debemos incidir en una dieta hiposódica, rica en frutas, verduras y productos lácteos desnatados (bajos en grasa especialmente saturadas), mantener un peso ideal (IMC 20-25 Kg/m²), evitar tabaquismo y consumo moderado de alcohol, y ejercicio aeróbico ligero-moderado (al menos treinta minutos, cinco días a la semana).

Bibliografía

- De la Sierra, A. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II en el tratamiento de la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y las renales. Realidad y futuro. Hipertensión y riesgo vascular. 2013; 30(1): 3-10.
- Valero Zanuy MA. Nutrición e hipertensión arterial. Hipert. 2013; 30: 18-25.

Área 2: Actuación ante síntomas o signos de alarma

2 ¿QUÉ ME SUCEDE EN LA PIEL DOCTOR?

Gómez Jiménez G¹, García Castro A², Toribio Onieva JR³

¹MIR de 2º año de MFyC. Centro De Salud De San José. Linares (Jaén)

²MIR de 4º año de MFyC. Centro De Salud De San José. Linares (Jaén)

³Tutor de MFyC. Centro De Salud De San José. Linares (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente aquejado de infección respiratoria, con tos con expectoración mucopurulenta, febrícula de 5 días y sibilancias, tratado con antitérmicos y cefuroxima. Tras 72 horas, empeoramiento, aumento de temperatura de hasta 39º.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Edema palpebral, fotofobia, inyección conjuntival, queratitis puntata y secreciones purulentas en ambos ojos.

Lesiones eritematopapulosas generalizadas en tórax, abdomen, glúteos y extremidades. Pápulas eritematosas en manos y pies.

En cara, periné, pene, sobre todo el glande: erupción vesiculoampollar con petequias.

Cavidad bucal: edema de mucosa, úlceras y costras.

Taquipnea, fiebre de 38ºC, malestar general, disnea de medianos esfuerzos, sibilancias. FC 110 lpm, tonos rítmicos taquicárdicos, sin soplos, sibilancias diseminadas espiratorias, MVC. TA 110/60. Resto normal. Rx Tórax normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Sospecha de eritema multiforme en su vertiente más grave (Stevens Johnson).

Plan de acción y evolución

Retirada de la cefuroxima.

Tratamiento con antitérmicos, corticoides orales e inhalados y broncodilatadores. Enjuagues bucales.

Las lesiones aumentaron inicialmente con áreas de flictenas, que rápidamente se ulceran y se transforman en costras. La fiebre cede y mejoría progresiva.

Conclusiones

La identificación de los primeros síntomas, y un tratamiento precoz, han evitado mayores complicaciones, que añadidas a la edad hubiesen puesto en peligro su vida.

Concienciación del sobretratamiento instaurado entre el colectivo médico, y la necesidad de tratamiento antibiótico en paciente con hiperreactividad bronquial.

Palabras clave

Stevens-Johnson, eritema multiforme.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

El paciente acudía al servicio de urgencias aquejado de un cuadro de infección respiratoria, con tos con expectoración mucopurulenta, febrícula de cinco días de evolución, y sibilancias que se trató con antitérmicos y cefuroxima a dosis de 500 mg cada 12h. Tras 72 horas, el paciente experimenta un empeoramiento y con aumento de temperatura de hasta 39º, momento en el que acude a la consulta de atención primaria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

A la exploración presenta edema de párpados, fotofobia, inyección conjuntival, queratitis puntata, y secreciones purulentas en ambos ojos. Al examen del resto de la piel, se observan lesiones eritematopapulosas generalizadas en tórax, abdomen, glúteos y extremidades. Al nivel de cara, periné, pene, sobre todo el glande, erupción vesiculoampollar con algunas petequias; sin presencia de lesiones en cuero cabelludo. Pápulas eritematosas en manos y pies. En el examen de la cavidad bucal, se muestra edema de la mucosa, con úlceras y costras.

El paciente está con taquipnea, fiebre de 38ºC, malestar general, disnea de medianos esfuerzos, sibilancias. FC 110 lpm, tonos rítmicos taquicárdicos, sin soplos, con sibilancias diseminadas de predominio espiratorio, pero movimientos vesiculares conservados en ambos campos pulmonares. Abdomen normal. Exploración neurológica normal. TA 110/60. Radiografía de tórax sin hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se sospecha el cuadro de eritema multiforme en una posible evolución a su vertiente más grave (Stevens Johnson).

La característica del síndrome es una lesión cutánea papular eritematosa, que se agranda por expansión periférica y normalmente desarrolla una vesícula central, también ocurren lesiones vesiculobulosas en las mucosas de las conjuntivas, fosas nasales, boca, región anorrectal, vulvo-vaginal y meato uretral. Alrededor de una tercera parte de los pacientes afectados tienen alteración pulmonar con tos seca áspera y alteraciones parcheadas en la radiografía de tórax.

El síndrome de Stevens-Johnson se caracteriza por lesiones de la piel y de las membranas mucosas con fiebre y postración general.

La enfermedad se presenta más frecuentemente en niños y adultos jóvenes, pero puede aparecer en cualquier edad, y los varones se afectan con más frecuencia.

Se ha descrito tumefacción periarticular. La estomatitis es particularmente sintomática. La conjuntivitis produce fotofobia y la secreción conjuntival purulenta es a veces profusa. Pueden existir ulceraciones corneales.

El diagnóstico puede hacerse habitualmente por las características clínicas, a causa del polimorfismo de las lesiones y de los síntomas constitucionales asociados.

La enfermedad es, en general, autolimitada. Durante el transcurso de la misma los pacientes deben ser observados para comprobar si hay signos de infecciones secundarias, deshidratación, desequilibrios de los electrolitos y malnutrición.

También se han descrito deshidrataciones y alteraciones de los electrolitos, necrosis tubular aguda, complicaciones oftálmicas y arritmias. La muerte sobreviene en el 5 al 15% de los casos sin tratar. El riesgo de recurrencia es del 37% o más.

Los hallazgos verificados en el examen físico del paciente, así como la historia natural de la enfermedad, nos conducen hacia la sospecha de este síndrome. La rápida sospecha y el tratamiento precoz, creemos que ha contribuido a la buena evolución del cuadro.

Plan de acción y evolución

Se procedió a la retirada de la cefuroxima, y se instauró tratamiento con antitérmicos, corticoides orales (prednisona a dosis de 1 mg/kg/día, en pauta descendente) e inhalados y broncodilatadores. Enjuagues con suero salino templado.

Evolutivamente las lesiones aumentaron inicialmente con algunas áreas de flictenas, que rápidamente se ulceran y posteriormente se transforman en costras. La fiebre cede y el paciente mejora progresivamente.

Conclusiones

Se considera interesante este caso porque la identificación de los primeros síntomas, y un tratamiento precoz han evitado mayores complicaciones, que añadidas a la edad del paciente hubiesen puesto en peligro la vida.

Además, se replanteó el sobretratamiento que parece haberse instaurado entre el colectivo médico, pues tratándose de un paciente caracterizado por cuadros de hiperreactividad bronquial, se podría haber prescindido del tratamiento con antibióticos.



Bibliografía

- Dermatología en Medicina General - Fitzpatrick 7ª Ed.
- www.uptodate.com
- www.amf-semfyc.com

3 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS FACTORES DE RIESGO PROTROMBÓTICOS. COMPARACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Marta Sáez Gallegos M¹, Dalouh I², Molina Martos JC³

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

²MIR de 3^{er} año de MFyC. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

³Tutor de Residentes. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

RESUMEN

Motivo de Consulta

Caso 1: Inflamación y dolor en miembro inferior izquierdo.

Caso 2: Presencia de antecedentes familiares de episodios trombóticos.

Enfoque individual

Caso 1: Varón de 33 años de edad con sobrepeso que consulta por dolor e inflamación en miembro inferior izquierdo. Herrero de profesión. Sin otros antecedentes relevantes. A la exploración destaca aumento del tamaño de la pierna, rubor, calor local y dolor a la palpación. Criterios de Wells: 4-5 puntos. Dímero D: 7624,00 ng/mL y ecografía-doppler positiva para trombosis venosa profunda femoropoplítea. Pruebas de trombofilia normales.

Caso 2: Mujer de 40 años, con antecedentes de accidente cerebro vascular en hermana, trombosis venosa profunda en hermano y tromboembolismo pulmonar en madre que acude preocupada por dicha situación. Se realiza analítica completa con resultados normales y se deriva a Hematología para estudio de trombofilia en el que resulta portadora heterocigota de una mutación en el gen de la protrombina.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Ambos casos presentan una estructura familiar bien consolidada, ambos casados y sin hijos.

Planteamos diagnóstico diferencial con trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial o celulitis.

Plan de acción y evolución:

Caso 1: En seguimiento por Medicina interna se propone tratamiento con acenocumarol y diosmina/hesperidina hasta cumplimentar un año de tratamiento.

Caso 2: Se recomienda profilaxis con HBPM en caso de necesidad junto con medidas higiénico-dietéticas y reducción de factores de riesgo protrombótico.

Conclusiones:

Queremos destacar la importancia de la sintomatología en este tipo de patología que va ser la que prime en el caso de necesitar tratamiento con anticoagulante, además de la importancia del médico de familia en la prevención y modificación de factores de riesgo trombótico.

Palabras clave: Venous Thrombosis, Risk Factors, Prevention.

CASO COMPLETO

Caso clínico

El primer paciente a comparar es un varón de 33 años de edad que consulta en atención primaria por dolor e inflamación en miembro inferior izquierdo.

Como antecedentes personales destaca la presencia de sobrepeso y la aparición de la sintomatología tras haber realizado una semana en reposo relativo. No es fumador ni existen antecedentes familiares similares. De profesión herrero.

Según refiere, el cuadro habría comenzado durante la tarde de antes de consultar, empeorando significativamente conforme pasaban las horas. A la exploración destaca un aumento del perímetro de la pierna, rubor y aumento de la temperatura local con importante dolor a la palpación. Signo de Homans positivo y signo de Olow positivo. Se objetivó, del mismo modo, una disimetría en los pulsos periféricos, encontrando abolido el pulso pedio izquierdo pero conservados ambos pulsos femorales.

Realizamos criterios de Wells obteniendo 4-5 puntos: dolor en trayecto venoso, tumefacción de la extremidad inferior, aumento del perímetro de más de 3mm, edema con fovea, reposo relativo de una semana. No presentaba signos de insuficiencia respiratoria (saturación de oxígeno con pulsioxímetro al 99%) con auscultación cardiorrespiratoria normal (tonos rítmicos a 88 lpm con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares).

Ante estos hallazgos y planteando como posibles diagnósticos diferenciales una trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial o celulitis del miembro inferior, se decide derivar al paciente al servicio de Urgencias del Hospital para completar el estudio. Allí se realiza analítica básica completa donde destaca un Dímero D elevado: 7624,00 ng/mL y una ecografía-doppler venosa de MII izquierdo informada como trombosis venosa profunda femoropoplítea y trombosis superficial de vena safena menor izquierda. Se procede al alta con HBPM y se le cita en consultas externas de medicina interna para revisión. Desde atención primaria se da de baja laboral por la importancia de su profesión y se le cambia el tratamiento por acenocumarol.

Meses después, en revisión por medicina interna, se le realiza nueva ecografía que muestra trombosis venosa profunda femoropoplítea izquierda y tibioperonea izquierda junto con vena gastrocnemia medial con posible trombosis superficial del cayado de la vena safena menor izquierda; Dímero D normal y estudio de trombofilia normal: Anticoagulante lúpico negativo, anticuerpos anticardiolipina IgM negativo y anticuerpos anticardiolipina IgG débilmente positiva.

Así pues dada la buena tolerancia al tratamiento anticoagulante, la persistencia de anticuerpos anticardiolipina IgG +, la obesidad, la ausencia de factores predisponentes de trombosis venosa profunda y la persistencia de resultados sugerentes de trombosis en ecografía-doppler, con acenocumarol y diosmina/hesperidina hasta cumplimentar un año de tratamiento.

La segunda paciente a comparar es una mujer de 40 años, sana, que no presenta antecedentes personales de interés salvo que es fumadora y toma anticonceptivos hormonales. Acude a consulta preocupada ya que, según refiere su hermana ha sufrido un accidente cerebrovascular y quiere informarse sobre la probabilidad de que a ella le suceda lo mismo. Además, entre sus antecedentes familiares destaca la presencia de un tromboembolismo en su madre y una trombosis venosa profunda en su hermano.

Se realiza una exploración básica que resulta anodina, y se solicita una analítica completa cuyos resultados se encuentran dentro de los parámetros de la normalidad.

Pese a los resultados obtenidos, pero teniendo en cuenta los antecedentes familiares se deriva a consultas externas de Hematología para valoración, quienes realizan estudio de trombofilia confirmando los resultados la presencia de la mutación G20210A en heterocigosis del gen de la protrombina. La presencia de esta mutación supone un aumento del riesgo de trombosis venosa profunda, por lo que se le recomienda evitar otros factores de riesgo trombótico: obesidad, tabaco, hipertensión, hipercolesterolemia o tratamiento hormonal. Además en caso de reposo, inmovilización, cirugía, embarazo y/o parto, deberá hacer profilaxis con HBPM.

Conclusiones

De esta comparación se destacan tres aspectos principales:

En primer lugar se observa cómo prima, a la hora de instaurar tratamiento farmacológico, la sintomatología clínica a los antecedentes tanto personales como familiares, los factores de riesgo protrombóticos existentes e incluso a la genética. Existe pues, en este caso, una necesidad forzosa de descartar signos y síntomas de trombosis venosa profunda en los pacientes que presenten antecedentes familiares o factores de riesgo para dicha entidad, siendo necesario el tratamiento a partir del momento en el que presente dicha sintomatología.

Como segundo punto a tener en cuenta, sabiendo que la ausencia de clínica descarta el tratamiento con fármacos, es necesaria la formación del médico de familia en las recomendaciones básicas pertinentes a dicha entidad, debiendo conocer de manera exhaustiva los factores de riesgo trombótico, así como, su manejo y prevención.

Por último, reconocer y valorar el papel del médico de familia en el manejo de la trombosis venosa profunda, quien no actúa como mero observador de la patología sino que es un importante miembro activo tanto en su diagnóstico como en su tratamiento y prevención. Sabiendo que un reconocimiento precoz de los síntomas junto con una correcta y rápida instauración del tratamiento etiológico conlleva un menor porcentaje de complicaciones.

4 IMPORTANCIA EN LA DETECCIÓN RÁPIDA DE IRA DE UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA CON DIARREA

Pablo Quirós Rivero P¹, Palmero Olmo E², Gajón E³

¹MIR de MFyC. Centro de salud María Auxiliadora. Sevilla

²MIR de MFyC. Centro de salud El Mirador. San José de la Rinconada (Sevilla). Hospital universitario virgen Macarena. Sevilla

³Médico tutor. Centro de Salud María Auxiliadora. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Síndrome diarreico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 74 años con los siguientes AP:

Niega RAMc.

Fumadora de 10 cigarros/día.

FRCV: HTA, DM tipo 2 con retinopatía diabética. Dislipemia.

FA permanente, Infartos lacunares crónicos, insuficiencia mitral moderada, bicitopenia (anemia, trombopenia) en estudio.

IQ: colecistectomía

Tratamiento habitual: enalapril, espironolactona, ibuprofeno, omeprazol, alopurinol, aldocumar, gliclazida, atenolol.

Acude a consulta de AP refiriendo que desde hace unos 4-5 días presenta vómitos y diarrea de escasa cuantía y frecuencia, hiporexia y astenia. En analítica rutinaria se objetiva a la semana, urea de 173mg/dl, creatinina 2.17mg/dl. Último control hacía 5 meses función renal normal.

EF: sin hallazgos patológicos a excepción de corazón arrítmicos con tonos taquicárdicos, no signos de deshidratación.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Paciente anciana, frágil, que tras episodios intermitentes de vómitos y diarrea debuta con una IRA.

Plan de acción y evolución

En Urgencias ecografía abdominal normal; nuevo control analítico: urea 154mg/dl, creatinina 2,05. GSV: acidosis metabólica. Iones en orina: sodio 38; potasio 78,32; cloro 12. EFNa: 0.26%. Tira reactiva leucocitos +. Se cursó el pase de la paciente a planta de Medicina Interna donde tras la administración de sueroterapia de manera enérgica y antibioterapia iv las cifras de urea y creatinina se fueron normalizando cesando la sintomatología

Conclusiones

No subestimar el síndrome diarreico en paciente anciano.

Palabras clave

Gastroenteritis, vómitos, IRA (Insuficiencia renal aguda), anciano.

CASO COMPLETO**Resumen**

Mujer de 74 años con vómitos y diarrea posprandiales de dos meses de evolución, junto a astenia e hiporexia. En la exploración la paciente está asintomática. Se realiza analítica rutinaria, que al recoger los resultados dos semanas después, ya la paciente, según la anamnesis, asintomática, se aprecia creatinina elevada con urea elevada, con creatininas previas normales. Dados los resultados analíticos la paciente es derivada a URG para valoración con diagnóstico de IRA prerrenal secundaria a gastroenteritis, hiperpotsemia e infección urinaria.

Motivo de consulta

Diarrea y vómitos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 74 años de edad con los siguientes antecedentes personales:

Niega reacciones adversas medicamentosas.

Fumadora de 10 cigarros/día. Niega otros hábitos tóxicos.

Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial en tratamiento, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética tratada con fotocoagulación laser.

Fibrilación auricular permanente anticoagulada, Infartos lacunares crónicos, insuficiencia mitral moderada, EPOC sin tratamiento, hernia de hiato, bicitopenia (anemia, trombopenia) en estudio por hematología.

Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía. Intervenida de fractura de tercio distal de radio y pierna derecha por accidente de tráfico.

Tratamiento habitual: olmesartan; amlodipino/hidroclorotiazida; omeprazol, alopurinol, anticoagulación según trombología, glicazida, atenolol. Ibuprofeno.

Valoración funcional: Independiente para sus actividades básicas de la vida diaria.

Valoración mental: No deterioro cognitivo.

Valoración social: No tiene familia, vive sola.

Enfermedad actual: Refiere cuadro de episodios diarreicos sin productos patológicos, intermitentes, de escasa cuantía (2 veces al día), así como vómitos posprandiales de contenido alimenticio junto a hiporexia y astenia de dos meses de evolución. Además la paciente refiere tratarse de forma intermitente con ibuprofeno por sus dolores óseos. Dada la sintomatología y sus antecedentes, se solicita analítica rutinaria, que la paciente recoge dos semanas después, ya asintomática, en la cual se objetiva urea de 173mg/dl (20-50) y creatinina de 2.17 mg/dl (0.7-1.5). En el último control hacía 5 meses la función renal era normal.

A la exploración la paciente presenta buen estado general, consciente, orientada y colaboradora en espacio, tiempo y persona. Normocoloreada y eupneica.

TA: 124/87 mmHg; FC: 112 lpm; FR: 16 rpm; SatO₂: 98%; Afebril.

AC: Corazón arrítmico, con buena frecuencia, no impresiona soplo.

AP: Campos pulmonares con buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso, no impresiona masas, ni megalias. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Exploración de miembros inferiores: No edemas.

Ante este aumento de creatinina y los antecedentes de la paciente se deriva a urgencias para valoración de nuevo control analítico, pruebas complementarias correspondientes y tratamiento.

Una vez en Urgencias, se le realiza a la paciente un nuevo control analítico, con hemograma, coagulación y bioquímica con función renal, iones, función hepática, amilasa y PCR. Gasometría venosa. Iones, creatinina, proteínas en orina y sedimento.

Confirmando con los resultados la urea y creatinina elevadas, potasio en 6.9 mg/dl, acidosis metabólica con Ph 7,11, PCO2 54.8 mmhg; HCO3 17.8 mmhg y ácido láctico en 3.8 mmol/L. Se ingresa en observación para valorar ecografía abdominal, sueroterapia, nuevo control analítico posterior y tratamiento de la hiperpotasemia.

La ecografía abdominal: Los riñones muestran un tamaño normal para la edad, con morfología conservada, vejiga bien replecionada sin alteraciones. No líquido libre en la cavidad. En el control analítico se observa hemoglobina 13.5 g/dl; Hematocrito 40%; VCM 11 fl; Leucocitos 6840 /mmc con diferencial normal, Plaquetas 182000/mmc. Glucosa 143 mg/dl; Creatinina 2.05 mg/dl; Urea 154 mg/dl; PCR 0.19 mg/l. En orina se observó: Sodio 38; Potasio 78; Urea 1130; Creatinina 220; Densidad 1021; Leucocitos +; Resto normal. Se le realizó otra analítica con función renal posteriormente con normalidad de las cifras de urea y creatinina. FENA 0.26%: prerrenal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas y diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

Insuficiencia Renal Aguda debido a pérdidas digestivas (síndrome diarreico y síndrome emético).

En este caso clínico se pueden tener en cuenta varias patologías, tales como: intolerancia a la lactosa, celiaquía, sobrecrecimiento bacteriano secundario a Diabetes Mellitus, tumores como el GIST o linfoma intestinal. Causas que produzcan hipovolemia, tales como la Insuficiencia Cardíaca, cirrosis, síndrome nefrótico. Causas que produzcan vasoconstricción renal: AINES.

Plan de acción y evolución

Dado que la elevación de las cifras de creatinina y urea fueron de reciente comienzo y dado que había una clínica que pudiese ser el desencadenante de dicho problema, se decide ingreso en Planta de Medicina Interna para tratamiento con sueroterapia, antibioterapia y para ver la evolución de la sintomatología de la paciente y la corrección de dichas cifras (que se normalizaron).

Conclusiones

Hay que tener en cuenta siempre un anciano con pérdidas digestivas aunque sean de poca cantidad ya que la probabilidad de que la función renal se vea dañada es muy alta.

5 BRADICARDIA Y DOLOR TORÁCICO ANGINOSO TRAS ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA EN MUJER DE 38 AÑOS

Zafra Iglesias L¹, Lendínez Durán I², Vico Ramírez F³

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. CS de Mancha Real. Jaén

²MIR de 3^{er} año de MFyC. CS de Mancha Real. Jaén

³Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de Mancha Real. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Angioedema y prurito.

Enfoque individual (anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Anamnesis: Mujer de 38 años que acude por angioedema y prurito de 24 horas de evolución. Tras administrar corticoides, dexclorfeniramina y adrenalina iv, hay mejoría, pero aparecen palpitations, dolor torácico, adormecimiento de miembros y pérdida de conocimiento. Con atropina iv y cafinitrina sublingual, la paciente mejora progresivamente. Exploración normal, salvo edemas en manos y lengua (no en úvula). ECG: normal. Analítica de Urgencias con elevación de Troponina I.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas y diagnóstico diferencial)

Casada, buena relación con marido e hijo. Acude regularmente al Centro de Salud. Vive en un barrio con nivel sociocultural medio.

Juicio clínico: La evolución del cuadro y la elevación de Troponina I justifican un vasoespasmio secundario a Adrenalina iv. El efecto bradicardizante que tuvo la adrenalina dificultó el tratamiento, por lo que se decidió administrar atropina para evitar una parada cardíaca.

Diagnóstico diferencial: reacción anafiláctica, IAM, miocarditis aguda, espasmo.

Plan de acción y evolución

Se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias, donde se observó elevación de Troponina I. Tras ingreso en Cardiología, se descartó isquemia, con alta y derivación a Medicina Interna y Alergología. Asintomática actualmente, aunque refiere palpitations ocasionales.

Conclusiones

Se desconoce aún el motivo por el cual la adrenalina casi provocó una parada cardiorrespiratoria. Aunque siga siendo un caso clínico abierto, merece especial atención por el grado de incertidumbre que aún sigue generando.

Palabras clave

Angioedema, bradicardia, dolor torácico.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de consulta

Edema en manos y lengua y exantema pruriginoso generalizado.

Enfoque individual*Antecedentes personales*

NAMC. Antecedentes personales de gastritis crónica. Fumadora activa desde los 15 años, con ICAT aproximado de 15 paquetes/año. Sin tratamiento farmacológico en la actualidad.

Anamnesis

Mujer de 38 años que acude a urgencias del centro de salud por edema en manos y lengua acompañado de exantema pruriginoso generalizado de 24 horas de evolución, que se ha agudizado de madrugada a pesar de tratamiento con antihistamínicos. Refiere episodios similares recurrentes los últimos meses, con astenia y cefalea acompañantes. Comenta además que está en plena recuperación de un cuadro catarral de varios días de evolución. Tras administrar corticoides iv, dexclorfeniramina iv y adrenalina iv por la inestabilidad del cuadro, mejora la reacción anafiláctica, pero la paciente comienza con palpitaciones, dolor torácico tipo anginoso y adormecimiento de miembros, con pérdida del conocimiento de unos segundos de duración. Tras administrar atropina iv para evitar una parada cardíaca, la paciente mejora progresivamente pasados unos minutos, pero persiste el dolor torácico, con bradicardia acompañante. Se administra cafinitrina sublingual para el dolor torácico, que cede parcialmente. Ante la evolución tórpida del cuadro, se decide derivar a la paciente a Urgencias Hospitalarias, donde tras la realización de enzimas cardíacas seriadas, se observa elevación progresiva de Troponina I, con persistencia del dolor torácico.

Exploración

BEG, CYO, normocoloreada y eupneica, normohidratada. Colaboradora. Afebril. TAS/TAD: 160/90. FC: 78. Sat O₂: 99 %. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Glasgow 15/15, PINLA, MOEC no signos meníngeos ni de focalidad neurológica. Exploración ORL: no edema de úvula. MMII sin edemas.

Pruebas complementarias

ECG con ritmo sinusal, 88 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización ni signos de HVI. Analítica de Urgencias con hemograma y coagulación normales, con Troponina I seriada de 0,09, 4,12 y 3,9 posteriormente. Rx PA de tórax y parrilla costal: sin evidencia de fracturas costales.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear íntegra, con paciente casada en primeras nupcias con un único hijo varón. Según el modelo de la OMS, y modificado por De la Revilla, la paciente se encuentra en la fase III o de extensión completa del ciclo vital, que abarca desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar. Estilo familiar centrípeto, en el cual las transacciones e interacciones de la familia se llevan a cabo predominantemente en el interior de la familia. El test de Apgar familiar realizado a la paciente determinó una familia normofuncional. Vive en un barrio con nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico

La evolución del cuadro tras la administración de adrenalina, junto con la elevación de Troponina I, están en posible relación con un vasoespasmo secundario al uso de Adrenalina iv.

Diagnóstico diferencial: reacción anafiláctica, IAM, miocarditis aguda, espasmo.

Identificación de problemas: el efecto bradicardizante inesperado que tuvo la adrenalina en la paciente dificultó el tratamiento, motivo por el cual se decidió administrar atropina para evitar una parada cardíaca, siendo esta el último recurso disponible.

Plan de actuación y tratamiento

En Urgencias se decide el ingreso de la paciente en Cardiología para completar el estudio del dolor torácico atípico con elevación de Tn I. Las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso, incluido Ecocardiografía y Ergometría, fueron negativas para isquemia. Como único hallazgo de interés, se observaron extrasístoles supraventriculares aisladas en electrocardiogramas realizados durante el ingreso. Se decidió alta y seguimiento por parte de Atención Primaria, sin requerir tratamiento domiciliario a la espera de completar el estudio de la sintomatología causante del cuadro.

Evolución

La paciente fue dada de alta en Cardiología, y se derivó a su vez a los Servicios de Alergología y Medicina Interna para el estudio de la clínica de exantemas pruriginosos recurrentes, astenia y cefaleas de larga evolución. Actualmente, la paciente refiere palpitaciones ocasionales aisladas, sin otra sintomatología acompañante. Está a la espera de ser estudiada por ambos servicios.

Conclusiones

La evolución final e inesperada del cuadro clínico supuso un reto para el equipo médico de Atención Primaria que atendió a la paciente. Se desconoce aún el verdadero motivo por el cual la adrenalina casi provocó una parada cardiorrespiratoria. Aunque siga siendo un caso clínico abierto, merece especial atención por el grado de incertidumbre que aún sigue generando. Este tipo de situaciones en Atención Primaria, donde se carece de los mismos recursos que a nivel hospitalario, refuerzan la necesidad del médico de familia de mantenerse actualizado para el abordaje y tratamiento de cualquier complicación imprevista, tanto en el día a día como en las urgencias ambulatorias.

Bibliografía

1. Montero Pérez FJ, García Núñez I, Jiménez Murillo L. Urticaria, angioedema y anafilaxia. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 750-756.
2. López de la Iglesia J, García Andrés LE. Dolor torácico. En: Guía de actuación en Atención Primaria. Vol I. 4ª edición. Barcelona: semFYC; 2011. p. 168-178.

Figura 1. Genograma familiar

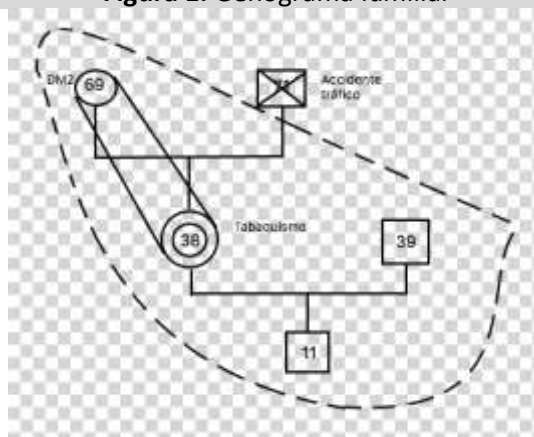


Tabla 1. Tratamiento de elección anafilaxia.

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ANAFILAXIA			
Fármaco	Dosis	Vía	Indicaciones
Adrenalina 1:1000	0,3-0,5 ml	s.c. o i.m.	Lo antes posible Repetir cada 10-30 min si precisa
6- Metilprednisolona	1 mg/kg en bolo	i.m o i.v.	Prevenir recidiva
Dexclorfeniramina	5 mg en 5-10 min	i.m o i.v.	Alivia prurito, angioedema y urticaria

Tabla 2. Circunstancias modificantes.

CIRCUNSTANCIAS MODIFICANTES			
Fármaco	Dosis	Vía	Indicaciones
Adrenalina: diluir 1 amp de 1 mg al 1:1000 en 9ml SSF	3-5 ml	i.v., infundir lentamente	Si PAS < 60 mmHg o empeora con dosis anterior Repetir cada 5-15 min si precisa
Adrenalina: diluir 1 amp de 1 mg al 1:1000 en 250 ml SSF	15-60 microgotas/min	i.v. continuo	Si no hay respuesta con dosis anteriores
Salbutamol	Nebulizador: 0,5-1 ml de solución al 0,5 % con 2-3 ml de suero	Inhalado, s.c.	Si broncoespasmo Se puede repetir cada 4-6 h
Glucagón	1-5 mg en bolo	i.v., i.m. o s.c.	Si paciente en tto con betabloqueantes y escasa respuesta a adrenalina
Ranitidina	50 mg 150 mg	i.v. v.o.	Asociar a uno de los anteriores en caso de no respuesta

6 ABORDAJE DE UN PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Jiménez JA¹, Sánchez Palomeque A², García Jiménez AM³

¹MIR de MFyC. Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar (Jaén). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

³MIR. Centro de Salud Belén, Jaén. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Hombre de 61 años que acude con dolor abdominal insidioso de un mes de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Hombre de 61 años, casado, con un hijo, perteneciente a una familia nuclear normofuncionante. Entre sus acontecimientos vitales estresantes se encuentra el diagnóstico de su esposa de Miastenia Gravis.

Apreciamos masa en hipocondrio izquierdo y en polo inferior sensación de masa redondeada. Desde consulta se pide ecografía abdominal y analítica, que aprecian adenopatías retroperitoneales y elevación del CA 125, respectivamente. Se completa estudio con TC y biopsia concluyendo el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico: Linfoma no Hodgkin folicular con masa Bulky abdominal (16cm) estadio IIB.

Diagnóstico diferencial: trastornos neoplásicos, infecciones, enfermedades inmunitarias o situaciones reactivas con adenopatías.

Plan de acción y evolución

Tratado con quimioterapia y radioterapia de consolidación. Destacado es el papel de Primaria en el seguimiento de las patologías paralelas que aparecen (catarros, ferropenia, aftas...), pero sobre todo el apoyo al paciente y su entorno.

Conclusiones

- Fundamental conocer signos y síntomas de alarma. Un dolor abdominal persistente y agudo siempre hay que estudiarlo.
- La importancia de la relación médico-paciente.
- Incertidumbre y toma de decisiones basadas en la Evidencia.
- Seguimiento y Atención Holística de nuestros pacientes.

Palabras clave

Dolor abdominal, Linfoma no Hodgkin, Atención Primaria de Salud.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

El caso se desarrolla en un ámbito mixto entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria (Radiodiagnóstico, Medicina Interna, Hematología y Oncología Radioterápica). Se trata de un

hombre de 61 años que acude a consulta con un dolor abdominal insidioso de un mes de evolución.

Enfoque individual

Hombre, 61 años, casado y con un hijo, perteneciente a una familia nuclear normofuncionante.

Su **ciclo vital familiar**, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla se encuadra en la etapa V o final de la contracción (entre que el último hijo abandona el hogar y la muerte del primer cónyuge); según la clasificación de la OMS modificada de Duvall y Medalie se halla en la etapa VI o de nido vacío. El cuestionario de Apgar familiar concluye 9 puntos.

Antecedentes personales

Fumador de 15 cigarrillos/día, discectomía L5-S1, artrodesis L4-S1 (1985) y cervicalgia. Entre sus **acontecimientos vitales estresantes** recientes está el diagnóstico de su esposa de Miastenia Gravis, requiriendo timectomía profiláctica.

Se le realiza una adecuada **anamnesis** dirigida en base al dolor abdominal que refiere: no es tipo cólico, de localización periumbilical, sin relación con la ingesta. No cambios en su hábito intestinal, sin náuseas ni vómitos, más gases. Afebril. También refiere últimamente mal estado general, sudoración y escalofríos nocturnos, sin pérdida objetivable de peso.

Exploración física

Adecuado estado general, consciente y orientado, normoperfundido y normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo. Cabeza, cuello y tórax sin alteraciones. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso de forma difusa; se palpa masa en hipocondrio izquierdo y en polo inferior sensación de masa redondeada.

Desde consulta se recomienda al paciente acudir por urgencias para realización inmediata de pruebas complementarias, pero ante la negativa de éste se consensua con él la petición de analítica que incluya marcadores tumorales y una ecografía abdominal. Fundamental este punto: se debe practicar una medicina basada en la toma conjunta de decisiones y no una paternalista.

Pruebas complementarias

- Analítica con hemograma normal, incluyendo Coombs indirecto y frotis de sangre periférica. Bioquímica, TSH y orina normales. Marcadores tumorales negativos salvo CA 125 101 U/mL (normal 0-35 U/mL).

- Ecografía abdominal: numerosas adenopatías patológicas retroperitoneales que se extienden para formar conglomerado adenopático en flanco izquierdo. Resto normal. El paciente es citado para completar estudio con TC y se realiza interconsulta a Medicina Interna.

- TC con contraste intravenoso de cuello, tórax, abdomen y pelvis: adenopatías retroperitoneales y gran conglomerado adenopático mesentérico. Sospecha de síndrome linfoproliferativo (figura 1).

Valorado por Medicina Interna que pide analítica completa con serologías y Mantoux, todo normal excepto marcadores tumorales. Se deriva a Cirugía que realiza biopsia por laparoscopia de las adenopatías.

Juicio clínico

Concluido el estudio inicial se deriva a Hematología con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin folicular con masa Bulky abdominal (16 cm) estadio IIB.

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son neoplasias hematológicas cuya incidencia oscila entre 30-70 nuevos casos/millón habitantes/año. Hay dos tipos: agresivos o de alto grado e indolentes o de bajo grado, dentro de los cuales está el folicular. Paradójicamente, los LNH agresivos responden mejor a los tratamientos quimioterápicos que los indolentes. Los síntomas son las adenopatías +/- síntomas B: fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso; también fatiga, infecciones repetidas, dolor abdominal, lumbar, etc.

Los LNH se clasifican atendiendo a la clasificación de Ann Arbor (*figura 2*).

Figura 1



Figura 2

Ann Arbor clasificación por estadios de Hodgkin y linfomas no Hodgkin	
Etapa I	La participación de una sola región de ganglios linfáticos (I) o de un solo órgano o sitio extralinfático (IE) *
Etapa II	La participación de dos o más regiones de ganglios linfáticos o estructuras linfáticas en el mismo lado del diafragma solo (II) o con la participación de la limitada, órgano extralinfático contiguo o tejido (IIIE)
Etapa III	Compromiso de regiones de ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma (III), que puede incluir el bazo (IIIS) o limitada, de órganos contiguos o sitio extralinfático (IIIE) o ambos (IIIES)
Etapa IV	Focos difusos o diseminada de la participación de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos, con o sin afectación linfática asociada

Todos los casos se subclassificarán para indicar la ausencia (A) o presencia (B) de los **síntomas sistémicos ("B")** de la fiebre sin explicación significativa (> 38 ° C), sudores nocturnos o pérdida de peso sin motivo aparente superior al 10 por ciento del peso corporal durante los seis meses antes del diagnóstico. El estadio clínico se refiere a la extensión de la enfermedad determinada por las pruebas de diagnóstico después de una sola biopsia diagnóstica. Si se obtiene una segunda biopsia de cualquier tipo, incluso si es negativo, se utiliza la etapa patológica plazo.

* La designación "E" se refiere generalmente a la **extensión contigua extraganglionar** (es decir, enfermedad extraganglionar proximal o contiguos) que pueden abarcar dentro de un campo de irradiación apropiado para la enfermedad ganglionar de la misma extensión anatómica. Un sitio extralinfático único como **única localización de la enfermedad** se debe clasificar como IE, en lugar de la etapa IV.

Adaptado de Carbone PP, et al. *Cancer Res* 1971; 31:1860 y Lister TA, et al. *J Clin Oncol* 1989; 7:1630.

Diagnóstico diferencial: con otros trastornos neoplásicos tanto malignos (leucemias agudas, resto de linfomas...) como benignos (linfangiomas, lipomas...), infecciones como mononucleosis infecciosa, enfermedades inmunitarias o situaciones reactivas (hiperplasias inespecíficas, síndrome hemofagocítico...).

Plan de acción y evolución

Se pautan 6 ciclos de quimioterapia con R-CHOP que resultan insuficientes, pues el TC abdominal tras el tratamiento aprecia persistencia de masa mesentérica y adenopatía paraaórtica izquierda. Por ello, se pauta segunda línea de quimioterapia con R-ESHAP (3 ciclos). Actualmente, radioterapia de consolidación. En todo momento presenta tolerancia a los tratamientos.

Entre los ingresos, el paciente acude a consulta para seguimiento estrecho del mismo, donde se tratan catarros, astenia, ferropenia y aftas orales pero, sobre todo, se presta atención integral de forma holística, considerándolo no sólo un enfermo de linfoma.

Conclusiones

1. La Medicina de Atención Primaria como herramienta capital del diagnóstico en el Sistema Sanitario: el primer nivel de atención es la consulta del Médico de Familia. Gracias a la anamnesis y a la exploración se pudo sospechar la patología para, posteriormente, pedir pruebas y derivar al hospital. Fundamental que el profesional conozca los síntomas y signos de esta enfermedad (adenopatías, dolor abdominal, síntomas B) que nos alertan del posible diagnóstico. Un dolor abdominal persistente o agudo siempre hay que estudiarlo.
2. La importancia de la relación médico-paciente que alcanza su máxima expresión en la especialidad de Atención Primaria: se trata de un hombre poco frecuentador por lo que el hecho de acudir por un “simple” dolor abdominal hizo sospechar de inmediato.
3. Incertidumbre y toma de decisiones: en este caso era obvio la importancia de solicitar pruebas complementarias y derivar de forma precoz, siempre consensuando con el paciente y hacer terapéutica y Medicina Basada en la Evidencia.
4. Seguimiento y Atención Holística de los pacientes: derivar no significa delegar responsabilidades. En este caso se estuvo en contacto continuado con el paciente, bien en consulta o en su domicilio apoyando y solucionando los problemas de salud surgidos paralelos a la enfermedad tumoral.

7 HEMATURIA EN MUJER DE 60 AÑOS NO FUMADORA

Ramírez Sandalio N¹, Sola García M¹, Caballero Moreno A²

¹MIR de MFyC. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de residentes. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente que acude a urgencias por hematuria franca con coágulos y globo vesical asociado a síndrome miccional.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales de hipertensión arterial. Exploración física por órganos y aparatos normal, excepto dolor a la palpación en hipogastrio donde se palpa globo vesical. Se le realizó una ecografía que reveló: vejiga con imagen pseudonodular de 1.3 cm en pared lateral derecha sin captar doppler en su interior. Posteriormente se realizó RTU que dio el diagnóstico definitivo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Buen apoyo social y familiar. Tres semanas después de la RTU, su hijo de 33 años comenzó con un cuadro similar obteniendo finalmente el mismo diagnóstico que su madre: neoplasia urotelial papilar no invasivo.

El diagnóstico diferencial se realiza en función del tipo de hematuria llegando al diagnóstico definitivo mediante RTU.

Plan de acción y evolución

Tras el diagnóstico ambos están recibiendo instilaciones endovesicales con Mitomicina C. Nuestra paciente se realizará una nueva RTU para control en tres meses.

Conclusiones

En este caso además de centrarnos en los efectos que el tratamiento con Mitomicina pueda causar, estaremos pendientes de los cambios anímicos que la paciente pueda sufrir, no solo por su enfermedad, sino por ver sufrir a su hijo.

Palabras clave

Hematuria. Tabaco. Neoplasia.

CASO COMPLETO

Nos encontramos ante una paciente de 60 años que acude a Urgencias por un cuadro de hematuria franca, con posterior diagnóstico definitivo. A esta mala noticia, se le suma el hallazgo del mismo diagnóstico en su hijo menor. A pesar de que la paciente acudió en un primer momento a urgencias, desde atención primaria realizamos el seguimiento y el abordaje de ambos (madre e hijo) por pertenecer al mismo cupo.

Motivo de consulta

Paciente que acude por hematuria franca con coágulos junto con síndrome miccional de unas 24 horas en Agosto 2016.

Enfoque individual**Antecedentes personales**

HTA, Insuficiencia venosa crónica y anemia ferropénica. No fumadora. No bebe alcohol.

Antecedentes familiares

No constan.

Tratamiento habitual

Atenolol 50mg 1 comprimido/24h. Amilorida 5mg/Hidroclorotiazida 50mg 1 comprimido/24h.

Exploración

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. ACR: Tonos rítmicos sin soplos, roces o extra tonos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio. RHA conservados. Se palpa globo vesical. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puño percusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias

Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones de interés.

Orina: Hematíes positivos, leucocitos positivos y nitritos negativos.

ECO de ginecología: Vejiga distendida con masa heterogénea de 70mm rodeada de masa fluctuante que impresiona de hemática.

Eco Urología: Vejiga con imagen pseudonodular de 1.3 cm en pared lateral derecha sin captar doppler en su interior.

Cistoscopia: Se describe lesión sospechosa de malignidad en pared lateral derecha.

Resección Trasuretral: Neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno. Sin invasión de lámina propia, linfovascular ni perineuronal. No se puede determinar invasión de muscular por ausencia de muestra.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente está casada y tiene 4 hijos, dos mujeres y dos varones. Se trata de una **familia nuclear integra** (matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos). La paciente vive en casa con su marido y un hijo y una hija solteros. Se encuentra en la **Fase de Contracción familiar**: “desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último” La paciente tiene una vida cómoda, con una empresa familiar. Su red social es aparentemente buena y en un primer momento asumió su diagnóstico sin problemas. Sin embargo, sólo tres semanas después de la RTU, su hijo de 33 años comenzó con un cuadro similar, por lo que tuvo que ser ingresado. Finalmente y tras los estudios pertinentes fue diagnosticado de carcinoma urotelial papilar no invasivo.

La paciente al acudir a consulta, mostraba evidentes síntomas de tristeza. En una ocasión acudió a consulta con su hijo, que aún no tenía diagnóstico definitivo, y la paciente mediante su lenguaje corporal nos transmitió su deseo de que su hijo no supiese que ella tenía un carcinoma.

Juicio clínico**Modelo SHADE**

Presentación de síntomas: Hematuria y síndrome miccional.

Formación temprana de hipótesis:

Tumor vesical.

Patología ginecológica.

Infección Urinaria

Traumatismos

Diagnóstico diferencial: Se realiza ecografía ginecológica descartando patología a ese nivel. El síndrome miccional encajaría con una infección urinaria, pero los coágulos y la obstrucción hacían sospechar otra etiología. La hematuria total acota las posibilidades diagnósticas, centrándonos en vejiga y vías altas.

Diagnóstico de enfermedad: Tanto en la paciente como en su hijo (él si es fumador) se halla una Neoplasia vesical muy localizada.

Explicación de la enfermedad:

El cáncer de vejiga es el noveno cáncer más común en el mundo, con 430.000 nuevos casos diagnosticados en 2012.

Este tipo de neoplasia tiene una edad media de aparición de 62 años. Siendo la incidencia mayor en hombres que en mujeres (7:1). Según un estudio realizado en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, el 100% de los pacientes estudiados debutaron con hematuria franca.

Entre los factores de riesgo más importante está el tabaco. Nuestra paciente no es fumadora activa, pero sí pasiva, pues su hijo sí fuma.

Según varios estudios, hay evidencia de agregación familiar, que puede justificar la aparición de este tumor en dos miembros de la familia. Un estudio de casos y controles en el MD Anderson Cancer Center probó que aquellos pacientes fumadores y con historia familia positiva, tenían 5 veces más riesgo de sufrir un cáncer de vejiga. Así mismo, se vio que el riesgo aumentaba 7 veces en los familiares de pacientes diagnosticados entre los 40-65 años.

Este tipo de tumor vesical, tiene una tasa de supervivencia a 5 años del 81%. Pero la tasa de recurrencia es muy alta (34%), la progresión puede alcanzar el 20%, y la mortalidad del 4%.

Plan de actuación y evolución

La paciente y su hijo han comenzado tratamiento con instilaciones endovesicales de Mitomicina C una vez al mes durante un año que toleran bien.

Nuestro objetivo será hacer el seguimiento durante el tratamiento y abordar las situaciones difíciles que se le puedan plantear. Ya que la paciente se encuentra muy afectada por la enfermedad de su hijo, quizás más que por la suya propia.

La paciente ha acudido a revisión, y la han citado en 3 meses para una nueva RTU para coger muestra de la capa muscular.

Al hijo de la paciente le recomendamos dejar el habito tabáquico.

Conclusiones

En ocasiones los pacientes asumen su propia enfermedad mejor que la enfermedad de un ser querido. En este caso debemos estar observando la posible reacción anímica de la paciente centrada en la patología de su hijo.

Bibliografía

1. Álvarez Kindelan J, López Beltrán A, Requena Tapia M. Neoplasia papilar urotelial de bajo potencial maligno. Estudio retrospectivo. Actas Urológicas Españolas. 2000; 24(9):743-748.
2. Martín Zurro ACano Pérez J. Atención primaria. 1st ed. [Barcelona]: Mosby/Doyma Libros; 1997.
3. [Internet] UptoDate. 2017 [cited 21 February 2017]. Available from: http://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/pathology-of-bladder-neoplasms?source=search_result&search=neoplasia%20urotelial&selectedTitle=1~2#H1
4. [Internet]. UptoDate 2017 [cited 21 February 2017]. Available from: http://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/epidemiology-and-risk-factors-of-urothelial-transitional-cell-carcinoma-of-the-bladder?source=see_link§ionName=EPIDEMIOLOGY&anchor=H2#H2



INSOMNIO, CEFALEA Y AFASIA SENSORIAL EN HOMBRE JOVEN

Aparicio Gallardo VM¹, Ureña Arjonilla ME¹, Navío García A²

¹MIR de MFyC. CS de Mancha Real. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de Mancha Real. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Insomnio, cefalea, lenguaje incoherente.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

TDAH sin pruebas, convulsiones febriles. TCE meses antes. Hombre de 17 años acude a urgencias del centro de madrugada por insomnio. A la mañana siguiente consulta por cefalea occipital. Esa noche, llevado por lenguaje incoherente con logorrea, parafasias y neologismos. Reconoce toma de sustancias. Se escapa del domicilio los 15 días previos, volviendo cuando solicita asistencia. Derivación hospitalaria. Primera y segunda consulta: buen estado, afebril, exploración normal. Verborrea. Tercera visita con desorientación temporo-espacial. Responde órdenes con lenguaje incoherente. TAC sin contraste: LOE intraparenquimatoso lóbulo temporal izquierdo con edema circundante. Desviación de línea media. Leucocitosis neutrofílica. Positivo orina: benzodiazepinas, opiáceos.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Relación familiar distante: rebelde, costándole obedecer, escapándose de casa y absentismo escolar (consultas por trastornos conductuales). LOE cerebral intraparenquimatoso lóbulo temporal izquierdo pendiente filiación (posible afectación área Wernicke). LOE, ACV, patología psiquiátrica, consumo de tóxicos.

Plan de acción y evolución

RM con contraste: LOE aumentada con captación periférica: Absceso cerebral. Instauración tratamiento antibiótico empírico y corticoterapia: drenaje en operación programada. Cultivo: streptococcus intermedius (valorado por ORL sin hallazgos).

Conclusiones

Convulsiones febriles infantiles estudiables si atípicas o de repetición. El TDAH precisa descarte de patología orgánica y seguimiento psiquiátrico. Incidencia trastornos psiquiátricos superior si abuso de sustancias. Motivos de consulta en primaria no sólo carácter clínico: importancia atención integral.

Palabras clave

Afasia, absceso, cefalea.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivo de consulta

Insomnio, cefalea y lenguaje incoherente (afasia sensorial).

Enfoque individual*Antecedentes personales*

En la historia del paciente aparece el diagnóstico de TDAH sin existir evaluación por parte de psiquiatría, realización de pruebas que apoyen el diagnóstico ni tratamiento, tres convulsiones febriles hace 15 años (la primera de las cuales requirió ingreso), varicela hace 11 años y obesidad.

Unos meses antes TCE tras caída en bicicleta que requirió puntos de sutura frontales con radiografía de cráneo y columna cervical normal.

Antecedentes familiares: sin interés.

Anamnesis

Hombre de 17 años que acude a urgencias de su centro de salud de madrugada por insomnio administrándose alprazolam 0.5 mg. Vuelve a la mañana siguiente a consulta con su médico de familia por cefalea occipital (relata presentarla desde hace 4 días), prescribiéndose ibuprofeno cada 8 horas. Esa misma noche acude, ya acompañado por sus familiares, porque tras un episodio de agresividad, presenta lenguaje fluido pero incoherente con logorrea, parafasias y neologismos. Reconoce la posibilidad de toma de sustancias, no sabiendo especificar cuáles. En este momento el familiar relata que el chico se ha escapado del domicilio familiar los 15 días previos, volviendo a casa el día que solicitó asistencia por insomnio.

Se deriva a Hospital de referencia para estudio.

Exploración

En la primera consulta al punto de urgencias de su centro de salud, se encuentra consciente y orientado, con BEG, normocoloreado, normohidratado y eupneico en reposo. Exploración neurológica normal destacando verborrea. Afebril.

La segunda vez que acude, esta vez a su médico de familia por cefalea, no se observan cambios respecto a la exploración anterior.

En su tercera visita, de nuevo al punto de urgencias del centro de salud, el paciente acude desorientado en tiempo y espacio sin signos meníngeos. Responde a casi todas las órdenes y presenta lenguaje incoherente. No se observa focalidad neurológica.

Pruebas complementarias

A la llegada a Urgencias se realiza TAC sin contraste observándose una LOE intraparenquimatosa en lóbulo temporal izquierdo de 2.8x3.3 cm de diámetro con edema circundante y desviación de 4 mm de la línea media.

Analítica con leucocitosis de 14480 con 11690 neutrófilos (80,7%). PCR 40,4.

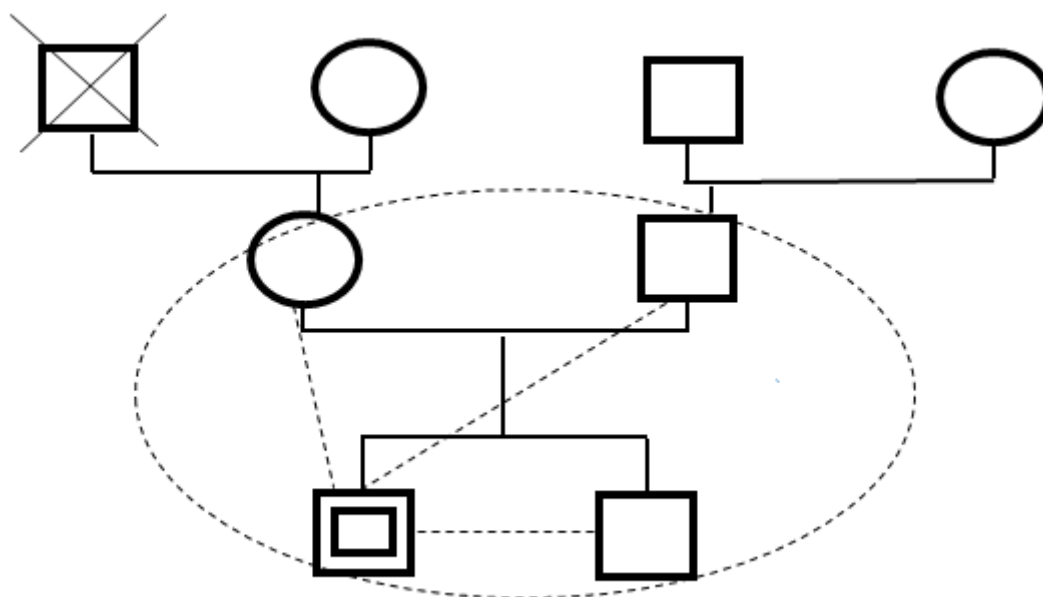
Positivo en orina para benzodiazepinas y opiáceos.

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear íntegra en una fase III DE CICLO VITAL (final de la extensión según clasificación de la OMS modificado por De la Revilla, ya que abarca el período desde el nacimiento del último hijo hasta el abandono del hogar familiar del primer hijo). No se realiza Test de Apgar pero buena relación entre los miembros familiares, aunque los padres reconocen que el chico siempre ha sido un niño rebelde al que le ha costado obedecer órdenes, escapándose de casa en numerosas ocasiones y con absentismo escolar frecuente (existen consultas registradas por trastornos de la conducta), por lo que la relación con sus padres y hermano es distante.

Nivel socio-cultural medio

Genograma familiar



Juicio clínico

LOE cerebral intraparenquimatosa en lóbulo temporal izquierdo pendiente de filiar (posible afectación de área de Wernicke).

Diagnóstico diferencial: LOE (tumor, hematoma o absceso cerebral...), ACV, patología psiquiátrica (delirio, esquizofrenia...), consumo de tóxicos.

Identificación de problemas: Lenguaje incoherente, desorientación, consumo de tóxicos.

Plan de actuación y tratamiento

Se realizó una RM con contraste la mañana siguiente observándose una LOE intraparenquimatosa en lóbulo temporal izquierdo con ligero aumento de tamaño respecto al anterior con captación periférica de contraste y edema perilesional, existiendo una mayor desviación de la línea media respecto al TAC previo (ahora es aproximadamente de 1 cm). Según las características radiológicas, la primera posibilidad diagnóstica es absceso cerebral. Se pone tratamiento antibiótico empírico endovenoso y corticoterapia.

El paciente continua estable y se le comunica a él y sus familiares la necesidad de drenaje de absceso de manera programada (en caso de empeoramiento agudo precisaría drenaje urgente).

Evolución

La leucocitosis y PCR se normalizan al tercer día, presentando el paciente estabilidad clínica.

Es operado de forma programada para drenaje de absceso.

El paciente muestra clara mejoría clínica en los días sucesivos.

El cultivo del absceso muestra un streptococcus intermedius sensible a antibioterapia empírica por lo que se mantiene: no recuerda infecciones de área ORL previas.

Valorado por ORL sin hallazgos susceptibles de fuente etiológica otorrinolaringológica. Tras cuatro semanas de tratamiento antibiótico empírico y con total normalidad a la exploración neurológica, se procede al alta, con un TAC de control donde se describen mínimas colecciones de contenido hemático postquirúrgicas con ligero edema y ya sin desviación de línea media.

Conclusiones

+ Convulsiones febriles en niños son frecuentes y, de ser con características típicas, pueden no requerir la realización de pruebas complementarias. Si existen de repetición serían susceptibles de estudio.

+El TDAH precisa el descarte de patología orgánica primaria, que pudieran provocar cuadros similares (celiaquía, migraña, tumores cerebrales...), y requiere seguimiento psiquiátrico en la infancia.

+La incidencia de trastornos psiquiátricos es superior en pacientes con abuso de sustancias. En caso de que el consumo comience tras el diagnóstico de la enfermedad, puede aumentar sintomatología y empeorar el pronóstico.

+Los motivos de consulta en atención primaria no sólo tienen un carácter clínico, pueden obedecer a otros aspectos como problemas familiares o laborales. De ahí la importancia de la atención bio-psico-social del paciente.

Bibliografía

*Neil H.Raskin. Cefalalgia. Harrison: Principios de Medicina Interna. Vol I. 16 ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2005. p.98-108.

* Barragan Camín B. En: Guía de actuación en Atención Primaria. Vol I. 4a ed. Barcelona: semFYC; 2011. p 402-408.

Patobiografía (tabla flujo-tiempo)

Consulta	Motivo consulta	Localización	Exploración
Primera (madrugada)	Insomnio	Urgencias AP	Verborrea
Segunda (mañana siguiente)	Cefalea	Médico Familia	Cefalea occipital
Tercera (madrugada)	Lenguaje incoherente	Urgencias AP: Derivación a Hospital	Desorientación temporo-espacial + Lenguaje incoherente

9 MIOPERICARDITIS EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Bajo Ramos J¹, Gallardo Ramírez M², Pastor Toral M^aC³

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

²MIR de 2^o año de MFyC. Centro de Salud de Úbeda (Jaén)

³Tutora de MFyC. Centro de Salud de Úbeda (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Sospecha de miocarditis por clozapina.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón, 20 años con fiebre de 39°C, dolor torácico y disnea.

AP: esquizofrenia paranoide, ansiedad, fumador.

Exploración: ACR taquiarritmia. Palidez mucocutánea.

Pruebas complementarias: ECG taquicardia sinusal. Radiografía de tórax con aumento del índice cardiotorácico y signos congestivos. Ecocardiografía con disminución de la función sistólica y derrame pericárdico.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Padres divorciados hace 5 años. Vive con su madre y su hermana de 13 años en el domicilio materno. Presenta mala adherencia al tratamiento y ha requerido dos ingresos en el Servicio de Salud Mental por este motivo. La madre se encuentra preocupada por la posibilidad de que la sintomatología esté causada por el tratamiento psiquiátrico.

Diagnóstico diferencial: infección respiratoria, IAM, miocarditis, pericarditis.

Plan de acción y evolución

Tras valoración en el Servicio de Urgencias por un médico de AP e internista, fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna, donde trataron la miopericarditis, y retiraron la clozapina.

Fue dado de alta al 5º día de ingreso.

Alta con revisión por el servicio de Cardiología y seguimiento en Hospital de Día de referencia.

Conclusiones

El abordaje multidisciplinar es básico para conseguir un correcto diagnóstico y seguimiento, y asegurar la adherencia al tratamiento, disminuir sus efectos secundarios y reingresos.

Palabras clave

Myocarditis, clozapine, emergency

CASO COMPLETO

El paciente es un varón de 20 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por sospecha de miocarditis por clozapina.

El día anterior había acudido al mismo servicio por fiebre y cansancio desde hace 5 días. La fiebre había alcanzado hasta los 39°C, sin otra sintomatología acompañante. Tras un estudio analítico y radiológico básico de urgencias, se halló una leucocitosis de 17700 y una glucemia de 142mg/dl. Fue dado de alta el mismo día con fiebre de duración intermedia como juicio clínico.

Como **antecedentes personales** presentaba esquizofrenia paranoide, ansiedad, rinitis alérgica y asma. Sobre su **situación familiar**, el paciente está soltero y sin hijos, con padres divorciados desde hace 5 años. Vive en el domicilio de la madre junto con su única hermana de 13 años.

Avisan desde el servicio de psiquiatría para ponernos en alerta de la posibilidad de que la sintomatología del paciente pudiera ser un efecto secundario del tratamiento con clozapina.

Esa misma mañana, la madre del paciente consultó con la enfermera del servicio de psiquiatría, para saber si podía disminuir la dosis de clozapina, ya que su hijo seguía sin encontrarse bien y le preocupaba su tratamiento psiquiátrico.

El paciente fue ingresado en el servicio de Salud Mental por tercera vez en Enero de 2017 por haber presentado otro brote psicótico ya que abandonó el tratamiento psiquiátrico.

Su primer ingreso fue en Junio de 2015, por episodio psicótico agudo en relación con consumo de cannabis. Reingresó en Noviembre de 2016 por reaparición de clínica psicótica en ausencia de consumo de tóxicos, por lo que fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

En su último ingreso, añadieron a su anterior tratamiento clozapina 100mg, un comprimido y medio por la noche, 15-20 días después comienza con la sintomatología por la que acude a urgencias.

Seguimiento

Tras ser valorado en por un médico de AP en urgencias se realiza una nueva **anamnesis** y **exploración** donde se averigua que junto a la fiebre había tos seca, dolor sostenido en hemitórax izquierdo que se modifica con la inspiración y diarrea que duró un día.

A la inspección, el paciente presentaba buen estado general y leve palidez mucocutánea. Sus constantes eran: SatO2 95% basal sin O2, PA 108/51 mmHg, FC 90lpm.

Exploración física fue la siguiente: AC taquiarritmia sin soplos, AR ventila en ambos campos, sin ruidos patológicos, abdomen anodino.

Se solicitó una analítica básica de urgencias, ECG y una radiografía simple de tórax como **pruebas complementarias**, con los siguientes resultados: analítica con leucocitosis y neutrofilia (10980 leucocitos y 90% de neutrófilos) sin otro hallazgo de interés. En la radiografía se evidenciaba un claro aumento del índice cardiotorácico con signos congestivos marcados (Imagen 1), que no se encontraban en la radiografía del día anterior (Imagen 2) y en el ECG una taquicardia sinusal a 130lpm.

Imagen 1



Imagen 2



Posteriormente se pidió una interconsulta con el médico internista de guardia, quien, al ser cardiólogo, realizó una ecocardiografía de urgencia, confirmando la sospecha de miocarditis.

En la ecocardiografía transtorácica (ETT) se objetivó una disfunción biventricular leve (FEVI 48%) fruto de hipocinesia global, con derrame pericárdico leve sin signos de compromiso hemodinámico. A la analítica básica de urgencias donde se encontró leucocitosis con neutrofilia, se añadieron parámetros como Troponina T ultrasensible que se encontraba a unos niveles de 1287 y en los posteriores controles fue descendiendo hasta 566 antes de su ingreso en la planta de Medicina Interna.

Plan de actuación

El paciente ingresó en el servicio de Medicina Interna con tratamiento pautado desde el servicio de Urgencias por el médico internista de guardia. Se inició tratamiento de la disfunción ventricular evidenciada con ETT con Enalapril 2'5mg 1 comprimido cada 12horas vo, Pantoprazol 40mg 1 comprimido cada 24horas vo, Ácido acetilsalicílico 300mg 1 comprimido cada 24horas vo, Enoxaparina sódica 40mg 1 inyección cada 24horas sc, Furosemida 20mg una administración cada 8horas iv; además de su tratamiento psiquiátrico con Risperidona 2ml por la noche y Valproato sódico 500 crono 1 comprimido cada 8 horas.

Una vez ingresado se realizaron algunas modificaciones del tratamiento en función de la clínica y la disfunción ventricular. Se retiró la Clozapina, y al tratamiento pautado desde urgencias, se añadió Carvedilol 6.25mg 1 comprimido cada 12horas vo e Ivabradina 7.5mg 1 comprimido cada 12 horas vo.

Durante su ingreso se realizaron analíticas que incluían serologías para múltiples virus (CMV, VEB, VIH, VHC, VHB Y toxoplasma) y bacterias (Legionella pneumophila, Borrelia burgdorferi, Brucella, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia conorii) siendo negativas, autoinmunidad (FR, ANCA y ANA), también negativa y pro-peptido natriurético cerebral que se encontraba en cifras de 2958pg/mL, apoyando el diagnóstico de miopericarditis.

Se realizaron ETTs donde se evaluó una evolución favorable, con mejora de la función biventricular hasta unos valores de la FEVI al alta del 58%. Acompañando a las ecocardiografías, se realizó una RMN con contraste iv de corazón en la que se confirma una

función sistólica ligeramente deprimida, con lesiones sugestivas de edema difuso, sin signos sugestivos de fibrosis/necrosis miocárdica.

Evolución

El paciente fue evolucionando favorablemente a lo largo de sus 5 días de ingreso, comenzando a estar afebril y asintomático a partir del tercer día.

Durante su ingreso fue valorado por el servicio de Psiquiatría quienes, por la buena evolución del paciente y la estabilidad psicopatológica dan el visto bueno al alta, manteniendo el seguimiento en el Hospital de Día de referencia, quienes mantendrán contacto con el servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal.

El servicio de Medicina Interna indicó el alta con el tratamiento pautado en planta y revisión en dos semanas en las que se realizarán una analítica, ECG y ETT.

Conclusiones

Es fundamental la colaboración entre el servicio de enfermería, atención primaria y atención especializada para una correcta identificación de los problemas que pueda presentar el paciente, así como realizar un seguimiento coordinado de todos los aspectos que lo engloban. En este caso es fundamental para asegurar la adherencia al tratamiento y valorar estrechamente al paciente para evitar reingresos y efectos secundarios de su medicación.

10 PARAPARESIA FLUCTUANTE EN VARÓN DE MEDIANA EDAD

García Sardón P¹, Carmona González P², Pardo Álvarez J³

¹MIR de MFyC. Centro De Salud El Torrejón. Huelva

²MIR de MFyC. Centro De Salud El Molino. Huelva

³Tutor MFyC. Centro De Salud El Torrejón. Huelva

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor lumbar con irradiación a miembros inferiores (MMII), fluctuante, acompañado de debilidad y dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente varón de 46 años sin hábitos tóxicos, patología de base ni medicación habitual que presenta dicha sintomatología tras viaje a Nicaragua. Valorado por su Médico de Familia en varias ocasiones con exploración neurológica normal, refiere pérdida de fuerza en MMII fluctuante y empeoramiento del dolor. Dada la progresión del cuadro se deriva a Neurología. Radiografía de tórax y analítica general normales.

Electromiograma y Electroencefalograma normales.
TC craneal y de columna normales.

Resonancia Magnética de Columna: fístula dural espinal a nivel D4-D6.
Serologías para HTLV-1, Dengue, Zika, Chikungunya, lúes, VIH negativas.

Arteriografía: fístula arterio venosa dural medular D4-D7.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fístula Dural D4-D7. Lesión medular sensitivo- motor T7 derecho/ T12 izquierdo.
Mielopatía dorsal. Mielitis transversa. Guillen-Barré.

Plan de acción y evolución

Se realizó embolización con buen resultado. El paciente continúa con leve limitación sensitivo-motora y acudiendo a Rehabilitación.

Conclusiones

El dolor lumbar es un síntoma muy frecuente en las consultas. Debemos prestar especial atención a los signos de alarma que pueden acompañarlo y un seguimiento particular a cada paciente.

Los síntomas fluctuantes referidos y no objetivados en consulta, deben ser abordados de forma conjunta con familiares o cuidadores, aportando así una visión más completa.

Palabras clave

Low Back Pain, Paraparesis.

CASO COMPLETO

Motivo de Consulta

Se presenta el caso de un paciente varón de 46 años, casado, sin hijos, familia nuclear y ciclo vital en formación. Testigo de Jehova, electricista de profesión con puesto laboral estable, que

consulta por primera vez con su Médico de Familia (MdF) por presentar dolor lumbar de características mecánicas con irradiación a miembros inferiores (MMII), fluctuante, acompañado de debilidad y dolor abdominal de corta evolución tras volver de un viaje a Latinoamérica.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias).

El paciente no tiene hábitos tóxicos conocidos, no presenta patología de base ni medicación habitual.

Tras volver de un viaje a Nicaragua de seis meses de duración y haber padecido episodio febril de corta duración autolimitado sin síntomas catarrales acompañantes, presenta cuadro de dolor lumbar con irradiación a MMII, fluctuante, debilidad y dolor abdominal. Es valorado por su MdF en varias ocasiones con exploración por aparatos rigurosamente normal y exploración neurológica sin alteraciones, a pesar de referir el paciente en sucesivas consultas, pérdida de fuerza en MMII fluctuante que no se logra objetivar y empeoramiento del dolor que no cede con analgésicos de primer escalón terapéutico.

Se solicita desde la consulta del Centro de Salud estudio sistemático de orina y bioquímica general con hematimetría con resultados rigurosamente normales.

Dada la progresión del cuadro y la persistencia de los síntomas, se consensua con el paciente y se decide derivar a Neurología para completar estudio.

Durante su ingreso es conjuntamente seguido por Neurología e Infecciosos, realizándose las siguientes **pruebas complementarias**:

Radiografía de tórax con índice cardiotorácico dentro de la normalidad, sin imágenes de condensación ni pinzamiento de senos costofrénicos.

Análítica general con perfil iónico, renal y tiroideo normales. Hematimetría sin alteraciones. Estudio de coagulación dentro de la normalidad.

Serologías para HTLV-1, Dengue, Zika, Chikungunya, lúes, VIH negativas.

Electromiograma y Electroencefalograma sin alteraciones.

Tomografía Computerizada (TC) craneal y de columna completa normales, sin evidencia de hemorragias intraxiales ni lesiones ocupantes de espacio con estructuras óseas y ligamentosas dentro de la normalidad.

Resonancia Magnética de Columna: médula espinal engrosada con intensidad de señal alterada en relación con edema medular que se extiende desde D4 a lo largo de toda la columna dorsal hasta nivel lumbar. En los niveles D4-D7 se observan vacíos de señal de aspecto serpinginoso alrededor de la mitad posterior del cordón medular en probable relación con estructuras vasculares intradurales extramedulares. Dichos hallazgos son compatibles con fístula dural espinal a nivel D4-D7.

Arteriografía de arteria vertebral bilateral: fístula arterio venosa dural medular D7 izquierda.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Diagnóstico principal: Fístula Dural D4-D7. Lesión medular sensitivo- motor T7 derecho/ T12 izquierdo.

Diagnósticos diferenciales: Mielopatía dorsal. Mielitis transversa. Guillen- Barré.

Plan de acción y evolución

Tras presentar el caso del paciente en Sesión Clínica, se decidió como opción terapéutica de elección la embolización de la lesión reservando mediante cateterismo superselectivo una posible intervención quirúrgica por parte del Servicio de Neurocirugía como segunda opción si fallase esta primera. La técnica fue llevada a cabo con buen resultado.

Actualmente, el paciente continúa con leve limitación sensitivo-motora, refiriendo persistencia de leve pérdida de fuerza en MMII.

Acude semanalmente rehabilitación y es seguido de manera cercana por su MdF.

Conclusiones

La consulta de Atención Primaria aborda una patología extraordinariamente variable y, dentro de ella, el dolor lumbar es un síntoma muy frecuente que genera muchas consultas casi diarias. Se debe prestar especial atención a los signos de alarma que pueden acompañarlo y un seguimiento particular a cada paciente.

Los síntomas fluctuantes referidos y no objetivados en consulta, deben ser abordados de forma conjunta con familiares o cuidadores, aportando así una visión más completa, que permita precisar la solicitud de exámenes y pruebas complementarias que la anamnesis directa puede no permitir.

En este caso concreto, ello ha permitido identificar un problema poco frecuente con una buena respuesta terapéutica tras el tratamiento.

11 ABORDAJE DE UNA MUJER DE 54 AÑOS CON DEBILIDAD GENERALIZADA

Lendínez Sánchez S¹, Mercado Fernández F²

¹MIR de Medicina de Familia. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

²Médico de Familia. Cs Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Astenia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente con hepatomegalia dolorosa, astenia de dos meses de evolución y pérdida de peso. Sin respuesta a tratamiento sintomático por sospecha de mononucleosis. Exploración física normal. Dolor en hipocondrio derecho.

Antecedentes personales: Dislipemia. Cefalea tensional. Síndrome ansioso-depresivo.

Pruebas complementarias:

- Ecografía de abdomen: Hígado aumentado de tamaño con múltiples lesiones hipodensas sugestivas de metástasis hepáticas.
- TAC: masa hipodensa en cuerpo pancreático de contornos mal delimitados. Múltiples lesiones hipodensas en hígado. Infiltración carcinomatosa. En tórax se aprecian trombos intraluminares en relación con TEP.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia nuclear en la etapa IV, familia normofuncional.

La paciente fue derivada de forma Urgente para tratar el TEP. Valorada por servicio de Digestivo y M. Interna.

Diagnóstico: Tromboembolismo pulmonar. Neoplasia pancreática estadio IV. Metástasis hepática. Infiltración de omento.

Diagnóstico diferencial: cuadro gripal, mononucleosis, patología hepatobiliar.

Plan de acción y evolución

Tratamiento sintomático con paracetamol, omeprazol y dieta blanda. Pendiente de valoración por Oncología.

Conclusiones

Exploración hepática dolorosa, con astenia y pérdida de peso de forma crónica, en una paciente de mediana edad, sin respuesta a tratamiento sintomático y con resto de exploración normal, debe considerarse signo de alarma.

Palabras

Asthenia, Pancreatic Neoplasms, Hepatomegaly.

CASO COMPLETO

Resumen

El caso clínico tuvo lugar en Atención Primaria, Urgencias y Radiología. Se trata de una mujer de 55 años, casada y con dos hijas. Perteneciente a una familiar nuclear normofuncionante (familia formada por dos individuos, que ejercen las funciones de padres y sus hijos). Comenzó a asistir a consulta de forma repetida, con síntomas variados, tanto al servicio de urgencias como al centro de salud. La visión integral desde el punto de vista del médico de familia y su confianza con el mismo, fue la que permitió ahondar en el caso y centrar la actuación por parte de todas las especialidades que intervinieron en la paciente.

Caso clínico

La paciente, mujer de 55 años, consulta por primera vez en Atención Primaria por síntomas catarrales mal definidos y molestias abdominales difusas. Comenzando a asistir durante las siguientes semanas tanto a Atención Primaria, como finalmente a urgencias. La clínica abarcaba malestar general, síntomas catarrales, astenia, disminución de apetito e incluso pérdida de algunos kilogramos en los meses previos.

Con respecto a sus **antecedentes personales** de interés, presentaba dislipemia, síndrome ansioso- depresivo, cefalea tensional y episodios de taquicardia supraventricular paroxística. Intervenido de timpanoplastia izquierda en 2001. Como **antecedentes familiares** destacan padre fallecido por neoplasia de colon. Madre con depresión y prima paterna con cáncer de mama a los 58 años.

En la figura 1 se puede observar el genograma familiar de la paciente. Siguiendo un orden y metodología en su lectura, se puede comprobar que se trata de una familia nuclear con parientes próximos (dos individuos con dos hijas, madre viviendo en la misma vivienda que la pareja). Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla (tabla 1), se encuentra en la etapa IV o Contracción. Para evaluar la función familiar se utilizó el test de Apgar familiar, con una puntuación de ocho puntos, lo que corresponde a una familia normofuncional.

Figura 1: Genograma familiar.

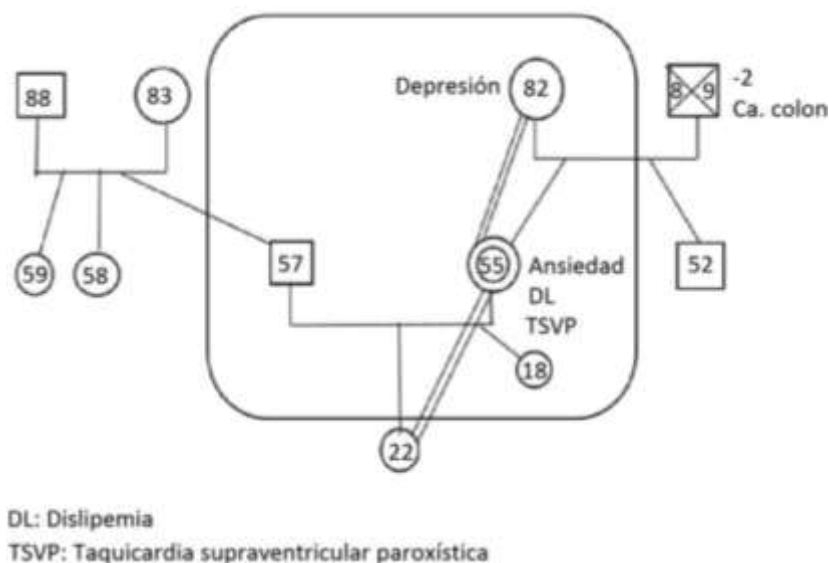


Tabla 1: Ciclo vital familiar según la OMS

I. Formación	Desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo
II. A. Extensión (preescolares y escolares)	Desde el nacimiento del 1er hijo hasta que el primero cumpla 11 años
II. B. Extensión (adolescentes)	Desde que el 1er hijo cumple 11 años hasta que nace el último
III. Fin de extensión	Desde el nacimiento del último hijo hasta que el primero abandona el hogar
IV. Contracción	Desde que el 1er hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último
V. Fin de la contracción	Desde que el último hijo abandona el hogar, hasta la muerte de un cónyuge
VI. Disolución	Desde la muerte de un cónyuge, hasta la muerte del otro

Tabla 2: Acontecimientos vitales estresantes según la escala de Holmes y Rahe.

1. Muerte del cónyuge:	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:
2. Divorcio:	24. Hijo o hija que deja el hogar:
3. Separación matrimonial:	25. Problemas legales:
4. Encarcelación:	26. Logro personal notable:
5. Muerte de un familiar cercano:	27. La esposa comienza o deja de trabajar:
6. Lesión o enfermedad personal:	28. Comienzo o fin de la escolaridad:
7. Matrimonio:	29. Cambio en las condiciones de vida:
8. Despido del trabajo:	30. Revisión de hábitos personales:
9. Desempleo:	31. Problemas con el jefe:
10. Reconciliación matrimonial:	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:
11. Jubilación:	33. Cambio de residencia:
12. Cambio de salud de un miembro de familia:	34. Cambio de colegio:
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	35. Cambio de actividades de ocio:
14. Embarazo:	36. Cambio de actividad religiosa:
15. Dificultades o problemas sexuales:	37. Cambio de actividades sociales:
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	38. Cambio de hábito de dormir:
17. Reajuste de negocio:	39. Cambio en el número de reuniones familiares:
18. Cambio de situación económica:	40. Cambio de hábitos alimentarios:
19. Muerte de un amigo íntimo:	41. Vacaciones:
20. Cambio en el tipo de trabajo:	42. Navidades:
21. Mala relación con el cónyuge:	43. Leves transgresiones de la ley:
22. Juicio por crédito o hipoteca:	

Su madre tiene 82 años, padece depresión, está unida a ella proporcionándole apoyo emocional y afectivo. Los padres de su marido mantienen una relación conflictiva. Como acontecimientos vitales estresantes en su vida (según la escala de Holmes y Rahe. Tabla 2), destaca el abandono del hogar por parte de su hija por motivos académicos, con quien se siente muy unida, y el fallecimiento de su padre por cáncer de colon dos años atrás.

Seguimiento

En sus visitas al centro de salud, se le realizó una exploración completa por aparatos y sistemas. Se le realizó una historia clínica completa, destacando dolor abdominal difuso y

malestar generalizado de tres meses de evolución. Presentaba una palpación dolorosa del hipocondrio derecho y a nivel epi- mesogastrio. La paciente manifestó una pérdida de tres kilos de peso en el último mes, con astenia moderada hasta ahora inexistente. En el estudio del dolor abdominal, se solicitó hemograma y bioquímica completa con transaminasas. La analítica mostraba elevación de transaminasas.

Posteriormente se solicitó estudio serológico, apreciándose serología sospechosa para infección aguda por Epstein Barr. A continuación se solicitó estudio ecográfico abdominal.

En el transcurso de las pruebas y la recogida de resultados, se pautó tratamiento con omeprazol, paracetamol y dieta blanda.

Se pudo establecer un **diagnóstico diferencial** con los signos y síntomas que presentaba la paciente.

- 1.- Cuadro gripal.
- 2.- Mononucleosis.
- 3.- Patología hepatobiliar.

En el estudio ecográfico abdominal se sospechó la presencia de una neoplasia de páncreas con metástasis hepática. Desde el servicio de radiología se solicitó directamente estudio TC tóraco-abdomino- pélvico que se realizó a los dos días. En dicho TC se apreciaron hallazgos sugestivos de neoplasia de cuerpo pancreático, metástasis hepática, metástasis ganglionar, carcinomatosis con infiltración del omento (Estadio IV). Incidentalmente se encontró un tromboembolismo pulmonar agudo (TEP). Se derivó desde Radiodiagnóstico al servicio de urgencias para ingreso por TEP.

A su ingreso en urgencias, la paciente destacó un dolor torácico opresivo, irradiado a espalda ocasional y disnea a moderados esfuerzos (que presenta desde hace más de un mes), sin palpitations ni episodios sincopales. Afebril. Resto de exploración y pruebas sin otros hallazgos relevantes.

Tras su ingreso en urgencias se derivó para estudio y valoración por la unidad de Digestivo quien estableció el **plan de actuación** solicitando estudio analítico para los meses posteriores y recomendó su derivación a oncología por tratarse de un cáncer de páncreas avanzado. Pautaron tratamiento con enoxaparina, lorazepam, trazadona y revisión en consultas de nutrición de Medicina interna a los dos meses.

Evolución

La paciente está pendiente de valoración muy preferente por el servicio de oncología para la decisión de su abordaje y posterior tratamiento. Por petición explícita de la paciente, el servicio que la valorará no pertenece al ámbito hospitalario en el que se trató a la paciente.

Conclusiones

- 1.- Una buena relación médico-paciente facilitará una adecuada anamnesis y el establecimiento de un diagnóstico orientado.
- 2.- Es básica la escucha activa de los datos objetivos y subjetivos que cuente el paciente. Hacerlo partícipe de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Tener presente sus opiniones y expectativas.
- 3.- La relación continuada con el paciente. La posibilidad, desde Atención Primaria de ver la evolución de los pacientes, es una herramienta muy útil para el diagnóstico.
- 4.- El entorno socio- familiar juegan un papel fundamental. La relación con la familia por parte del médico de Atención Primaria debe de ser buena, pueden servir de apoyo a la paciente. Se tienen también en cuenta a la hora de pactar el tratamiento, negociaciones de planes de actuación y tomas de decisiones futuras. No hay que olvidar el impacto que puede estar ejerciendo la enfermedad sobre la misma y tener en cuenta sus peticiones y preocupaciones.
- 5.- Adecuada y responsable petición de pruebas complementarias. Teniendo en cuenta los riesgos- beneficios de las mismas.

12 ACTITUD ANTE UNA PACIENTE CON TUBERCULOSIS PLEURAL

García Jiménez AM¹, Liétor Villajos N², García Jiménez JA³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Tutor de Residentes. CS Belén. Jaén

³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Mujer de 44 años con esputos hemoptoicos de semanas de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente ecuatoriana residente en España con marido y dos hijas, sin antecedentes de interés y sin hábitos tóxicos conocidos, acude a consulta en reiteradas ocasiones refiriendo tos y expectoración hemoptoica. Estas consultas se iban resolviendo de manera individual hasta que se descubre una hipoventilación izquierda. Se realiza analítica (leucocitosis y PCR de 75) y radiografía de tórax que revela derrame pleural izquierdo. Ingresada en Neumología, la biopsia tomada durante el drenaje muestra pleuritis granulomatosa no caseificante, negativa para bacilos ácido-alcohol resistentes. Tras tratamiento antibiótico la paciente evoluciona favorablemente y se da de alta.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: Pleuritis tuberculosa izquierda.

Diagnóstico diferencial: hiperreactividad bronquial, neumonía, bronquitis, sinusitis, tuberculosis activa y carcinoma pulmonar.

Plan de acción y evolución

En Neumología se pauta tratamiento antituberculoso y se activa Protocolo de Enfermedad de Declaración Obligatoria. En Primaria estudiamos a los contactos: Mantoux de las dos hijas negativos, esperando el resultado del marido.

Conclusiones

Aportamos este caso como ejemplo de cooperación entre los servicios hospitalarios y la Atención Primaria ante una enfermedad potencialmente infecto-contagiosa que debe ser declarada.

Palabras clave

Hemoptisis, Tuberculosis pleural, Atención Primaria de Salud.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Mujer de 44 años que acude a consulta refiriendo esputos hemoptoicos de días de evolución.

Enfoque individual

Paciente de nacionalidad ecuatoriana, reside en España desde 2009. Antecedentes personales de dispepsia y cuadros recurrentes compatibles con hiperreactividad bronquial/infección

respiratoria. En tratamiento con omeprazol, sin alergias ni hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes familiares no relevantes.

Conforma una familia nuclear, conviviendo con su marido y sus dos hijas pequeñas. Su ciclo vital familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla, se encuentra en la *etapa IIA o de extensión*; según el modelo de Duvall y Medalie estamos ante una *familia con hijos escolares*. En cuanto al genograma relacional, no conocemos bien la red familiar de la paciente, al encontrarse el resto de su familia en América. De su red social, sabemos que trabaja realizando tareas domésticas en casa de un médico. Como acontecimiento vital estresante destaca el traslado a España junto a su marido.

La paciente acude en febrero de 2015 a Atención Primaria refiriendo esputos hemoptoicos intermitentes, sin fiebre y congestión nasal. La auscultación muestra murmullo vesicular conservado con crepitantes “en velcro” en campos izquierdos. Se pide analítica, con leucocitosis como único hallazgo relevante y radiografía de tórax, normal. Se pauta Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg cada 8h 10 días y control posterior, comprobándose desaparición de crepitantes pero disminución de ventilación en seno maxilar derecho que coincide con cuadro de cefalea y tos con expectoración mucopurulenta. Se pide cita con Neumología, donde se informa de quiste de retención en seno maxilar derecho; resto normal, por lo que se procede al alta y seguimiento por Atención Primaria.

Durante primavera y otoño de 2015, la paciente acude tres veces a consulta con sintomatología similar de tos con expectoración mucopurulenta, relacionándolo con inhalación tóxica de productos de limpieza. La auscultación revela roncus y crepitantes en campos medio y superior izquierdo. Las radiografías no evidencian consolidación del parénquima pulmonar. Se prescriben Paracetamol 1g a demanda y Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg cada 8h 10 días.

En marzo de 2016 la paciente regresa por otro cuadro respiratorio. Se pauta ibuprofeno/8h y claritromicina 500mg/12h una semana. Sin embargo, ante la persistencia de cuadros parecidos intermitentes en los últimos meses se decide nueva derivación a Neumología, pidiéndole radiografía de tórax (imagen densa parahiliar izquierda), radiografía de senos paranasales (normal) y TAC torácico al que la paciente no acude. Se da de alta sin juicio clínico concreto.

En Navidades de 2016 la paciente llega a Urgencias con dolor opresivo en zona dorsal izquierda en relación con la respiración profunda de dos semanas de evolución, malestar general y fiebre de hasta 39 grados. Expectoración ocasionalmente con restos hemáticos. Exploración y radiografía de tórax normales. Analítica normal, salvo leucocitos 4060/microlitro con 68,7% de neutrófilos y PCR 75. Se manda levofloxacino 500 mg/24h una semana. En revisión en consulta se detecta hipoventilación izquierda. Una radiografía urgente de tórax confirma pinzamiento de seno costodiafragmático izquierdo (*imagen*), por lo que se deriva al Hospital de forma preferente.

Imagen. Rx de tórax

Ingresada en Neumología se procede a drenaje de cavidad pleural, con toma de biopsias y se pauta Augmentine 1g/8h iv. La citología del líquido pleural es negativa a células neoplásicas y los hemocultivos seriados también dan negativo; la baciloscopia del líquido pleural indica ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. En cambio, la biopsia pleural muestra pleuritis granulomatosa no caseificante, con ausencia de infiltración tumoral. Se cambia el antibiótico a meropenem 1g/8h iv. y tras evolución favorable se da de alta.

Juicio clínico

Pleuritis tuberculosa izquierda. Diagnóstico diferencial con patologías sospechadas durante el proceso (hiperreactividad bronquial, neumonía, bronquitis, sinusitis) y con aquellas compatibles con derrame pleural y expectoración hemoptoica (tuberculosis activa y carcinoma pulmonar).

Plan de acción y evolución

Tras el alta, se hace conciliación medicamentosa: rifampicina/isoniacida/etambutol/pirazinamida 4 comprimidos media hora antes del desayuno durante los próximos dos meses, continuando con isoniacida/rifampicina 2 comprimidos media hora antes del desayuno cuatro meses más. Además se debe dar baja laboral y cumplir el Protocolo de Enfermedad de Declaración Obligatoria. En este caso, la investigación comienza con los contactos íntimos. Las dos hijas presentan Mantoux negativo (<5mm), estando a la espera de la prueba de la tuberculina del marido. Si también fuera negativo, no sería necesario realizar la prueba a los contactos de fuera del hogar. Se hará un segundo Mantoux de confirmación de los tres a los 2 meses (**Anexo**).

La paciente ha necesitado varias consultas de seguimiento posterior donde se le ha explicado claramente que actualmente no es bacilífera, reduciendo la ansiedad que sufre.

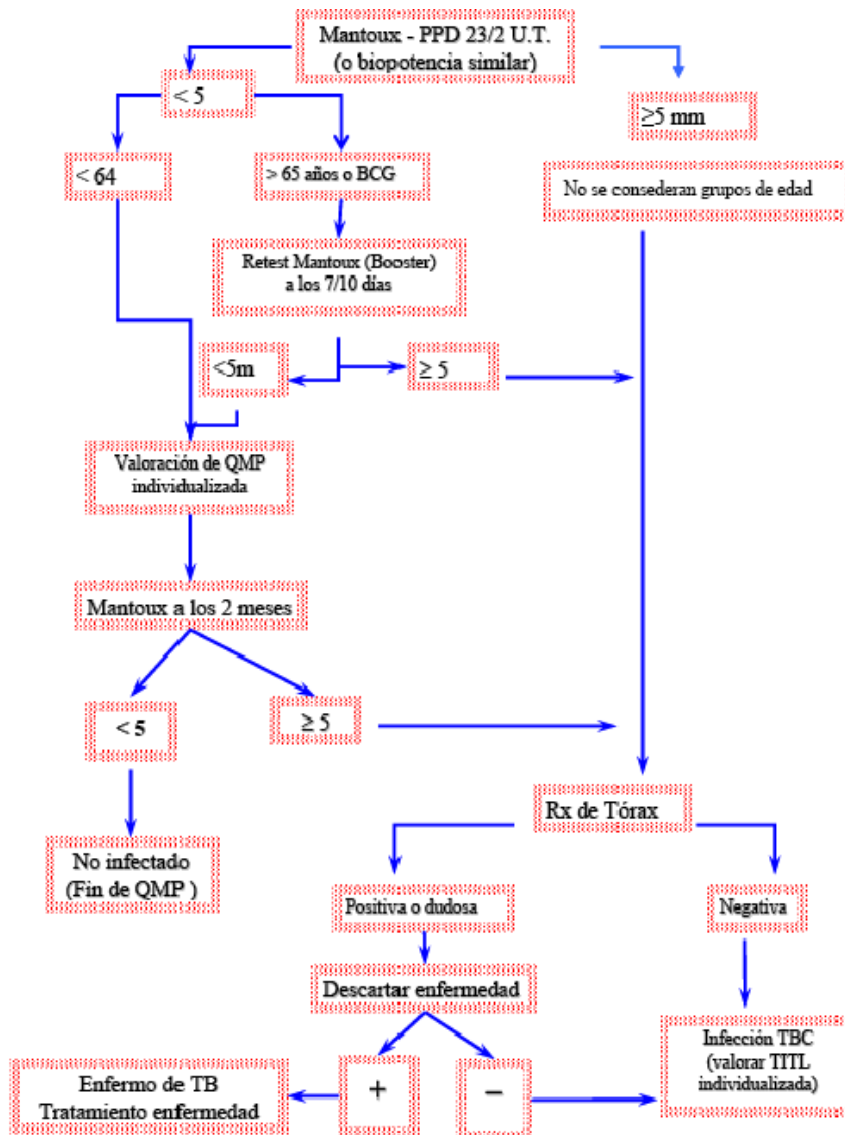
Conclusiones:

Este caso plantea varios retos para los profesionales de la Salud. Se desconoce, por el momento, el origen del contagio del bacilo aunque la sospecha es que haya sufrido la enfermedad en alguno de los eventos ocurridos en 2015-2016. Por tanto, se ignora la existencia de una hipotética fase bacilífera de la enfermedad y, por ende, los posibles contactos. Se está realizando seguimiento de estos contactos aunque el círculo de relaciones es muy estrecho; prácticamente reducido a su núcleo familiar. Se debe contar también con el

impacto que el diagnóstico está ejerciendo sobre la paciente por el miedo, en primer lugar, al contagio de sus familiares y, en segundo lugar, a la hipotética pérdida de su trabajo como sustento económico de la familia.

Este caso representa la cooperación necesaria entre los diversos servicios hospitalarios (Urgencias, Neumología y Epidemiología) y la Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria.

Anexo : Estudio de los contactos de tuberculosis



13**ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR DE UNA ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA OBJETIVADA EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Florencio Sayago M¹, Rodrigo Moreno E¹, Manzanares Torne ML²

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano B. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

²Médica de Familia. Tutor de residentes. CS Pino Montano B. Sevilla

RESUMEN**Motivo de consulta**

Caso clínico desarrollado en ámbito mixto entre Atención Primaria, Hospitalaria y Urgencias. Varón de 42 años con dolor y cianosis en 2º dedo mano derecha.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

AP de HTA y SAHS, AF de Trombofilia que fue derivado a Hematología hace 6 meses siendo diagnosticado de Trombofilia Hereditaria.

Presenta dolor a la palpación, cianosis e hipoestesia de falange distal del 2º dedo mano derecha.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Aunque podría ser un síndrome de Raynaud, dado los antecedentes de trombofilia y su clínica actual, sospechamos una isquemia arterial aguda de 2º dedo mano derecha.

Plan de acción y evolución

Derivamos al Servicio de Urgencias donde fue valorado por Cirugía Vasculor y Reumatología descartando patología urgente y sospechando Síndrome de Raynaud. Mientras esperaba ser valorado por Medicina interna, apareció clínica más intensa iniciando necrosis en pulpejo del dedo y limitación a la flexión del mismo. Dado el empeoramiento del paciente, derivamos de nuevo para valoración en Urgencias donde fue diagnosticado de nuestra sospecha inicial.

Conclusiones

Caso clínico interesante donde destacamos la labor de Atención Primaria respecto a prevención, diagnóstico, seguimiento y decisión de estudiar nuestros pacientes y la importancia de intervención conjunta entre Medicina Familiar y Medicina Interna de forma rápida y directa para conseguir un enfoque multidisciplinar.

Palabras clave (máx. 3)

Atención Primaria, internista referente, Isquemia.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Varón de 42 años que acude por primera vez a consulta de Atención Primaria por dolor a la palpación, hipoestesia y cianosis de falange distal del 2º dedo mano derecha, así como en menor medida en falange distal de 1º y 3º dedos. Niega dolor torácico. Niega artralgiás. No relaciona cambios clínicos o empeoramiento con exposición al frío. Niega traumatismo.

Enfoque individual

Anamnesis

- Antecedentes Personales:
 - No RAMc.
 - No hábitos tóxicos.
 - Hipertensión arterial
 - Síndrome de Apneas e Hipoapneas durante el sueño de intensidad grave
 - Obesidad
 - Trombofilia hereditaria por mutación G20210A heterocigota del gen de la protrombina
 - Amigdalectomía
 - Tratamiento domiciliario: Amlodipino, Losartan.
- Antecedentes Familiares:
 - Madre y dos hermanas portadoras de la mutación G20210A heterocigotas del gen de la Protrombina y mutación del factor V de Leiden.

Dado estos antecedentes familiares, en Marzo 2016, se deriva a Hematología. Es diagnosticado de Trombofilia hereditaria por mutación G20210A heterocigota del gen de la protrombina y se le recomendó profilaxis con heparina en situaciones clínicas de riesgo de ETEV (cirugía con anestesia general, inmovilización, encamamiento prolongado,...), así como evitar otros factores que representan factor de riesgo trombótico como obesidad, sedentarismo, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes,...

Exploración

- Buen estado general, eupneico en reposo y normocoloreado. Afebril. Estable hemodinámicamente.
- Pares craneales conservados. Sin déficit motores ni sensitivos.
- Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos a 75 lpm, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis.
- MANO DERECHA: Cianosis distal del 2º dedo de mano derecha, con frialdad y dolor a la palpación. Pulso radial conservado, isopulsátil respecto a contralateral. Hiperemia reactiva en 1º y 3º dedos. Test de Allen negativo.

Pruebas complementarias

EKG: Ritmo sinusal a 72 lpm. No signos de isquemia aguda. Sin alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial

Aunque podría ser compatible con un *síndrome de Raynaud*, dado los antecedentes de trombofilia hereditaria del paciente y su clínica actual, se piensa en *isquemia arterial aguda* de 2º dedo mano derecha y se deriva al Hospital de referencia para estudio.

Plan de acción y evolución

A su llegada al Hospital, le realizan analítica con hemograma, coagulación y bioquímica general, VSG, PCR, CPK y orina resultando todos los valores dentro de la normalidad.

Posteriormente, es valorado por el servicio de *Cirugía Vasculat* quienes realizan ecografía Doppler de miembro superior derecho objetivándose flujo en arterias interdigitales y descartando isquemia aguda e intervención urgente por su parte. Es dado de alta con juicio clínico de probable síndrome de Raynaud y derivan a Reumatología con el siguiente tratamiento domiciliario:

- AAS 100mg/24h

- Nimodipino 10 mg/8h. Suspender amlodipino.
- Analgesia habitual (paracetamol 1g/8h alternando con Metamizol 575mg si precisa).
- Evitar frío directo sobre las manos.

Desde el servicio de **Reumatología**, descartaron Síndrome de Raynaud y comentan que no existen datos de Conectivopatía ni de otras patologías reumáticas que justificasen el cuadro que padece el paciente, derivándolo a Medicina Interna (Unidad de Enfermedad Tromboembólica) con el juicio clínico de cianosis distal 2º dedo mano derecha.

Pocos días después de acudir a Reumatología volvió a consultar en consulta por **persistencia del dolor y de la cianosis** de dicho dedo.

A la exploración, aunque similar a las veces anteriores, se apreciaba dificultad para la flexión del 2º dedo y disminución de la temperatura local. Pulso radial presente. En esta ocasión se observó **necrosis** en la punta del dedo así que se derivó a urgencias del hospital.

En esta ocasión, fue ingresado en planta de **Medicina Interna** para continuar el estudio. Solicitan hemograma, estudio de coagulación, bioquímica, serología de autoinmunes, TSH y proteinograma resultando todo normal.

Se realiza TAC de tórax que resulta normal y arteriografía de miembro superior derecho donde se objetiva oclusión de arteria radial distal y de arterias digitales propias de 1º y 2º dedos. Se solicita Ecocardiografía que realizará de forma ambulatoria, se da cita en Hematología para estudio de trombofilia y deberá seguir el siguiente tratamiento domiciliario:

1. Dieta sin sal.
2. Anticoagulación con Warfarina según pauta de Trombología.
3. Nifedipino 10 mg/8h.
4. Losartan 50mg/24h.
5. AAS 100 mg/24h.
6. Cilostazol 100mg/12h (empezar por ½ comprimido cada 12h durante 7 días).

Juicio Clínico: isquemia arterial en 2º dedo de mano derecha por obstrucción trombótica de arteria radial distal y arterias digitales propias de 1º y 2º dedos.

Desde el servicio de **Hematología**, solicitan estudio de Trombofilia y deberá realizar terapia puente con heparinas 3 semanas previas.

Pendiente aún de revisión en un mes (a finales de marzo) para recoger resultados.

Actualmente, desde que comenzó el tratamiento anticoagulante, el paciente presenta buena coloración y no tiene dolor por tanto hemos de decir que ha sido este tratamiento quien ha revascularizado el dedo y ha mejorado la clínica del paciente. Ahora ha suspendido Aldocumar durante 1 mes y se encuentra con dosis altas de enoxaparina (150 mg/día) para no alterar los resultados de las pruebas solicitadas.

Conclusiones

La importancia de las consultas de diagnóstico rápido con Medicina Interna (actualmente, se dispone de ella con el internista de referencia). En este caso, no se consulta directamente con Medicina Interna debido a que desde Cirugía Vascolar descartaron obstrucción arterial y se intuía un Síndrome de Raynaud hasta que apareció la necrosis en el pulpejo del dedo.

Otro hecho importante, sería la disponibilidad para tener acceso a las diferentes subconsultas de Medicina Interna (Riesgo Vascolar por ejemplo) para poder enfocar mejor cada paciente.

Por último, destacar la curiosidad de este caso con el estudio realizado por las diferentes especialidades hospitalarias (Cirugía Vascolar, Reumatología, Medicina Interna y Hematología) además de la gran labor de Medicina de Familia y Comunitaria ya que es la primera consulta con el paciente, quien realiza el seguimiento más cercano y quien se encarga de recopilar toda la información y decidir cuándo y de qué manera derivar al Hospital de referencia.

Cianosis distal (primeros días)



Úlcera (necrosis)



En la actualidad



Bibliografía

1. Borrell i Carrió. F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
2. Moya Mir MS. Concepto de Urgencia Médica y Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Urgencias Hospitalario. En: Moya Mir MS, editor. Normas de Actuación en Urgencias. Madrid: Médica Panamericana; 2005. pp. 5-17.
3. Fernández Moyano A. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Revista Clínica Española ELSEVIER. 2007; 207: 510-520.
4. Adán MP, Paniagua MA, De Andrés J, Palomo M. Enfoque práctico del dolor en urgencias. En: Julián A, Editor. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 3ª ed. Madrid: 2010; pp. 1399-1410.
5. Blanco-Tarrío E. Tratamiento del dolor agudo. Semergen. 2010; 36(7):392-98.
6. Thomas S. Management of Pain in the Emergency Department: Review Article. Emergency Medicine. 2013; pp. 1-19.
7. Jiménez S, Martínez S, Merlo M, Fernández JM, Ruiz F, García P, et al. Tromboprofilaxis en los servicios de urgencias hospitalarias de pacientes con patología médica que no requieren ingreso: estudio URGENTV. Emergencias. 2012; 24:19-27.
8. Medrano FJ, Navarro A, Vidal S, Alonso C, Gutiérrez R, Marín I, et al. Guía Pretemed-2007 sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI; 2007.
9. Vossen CY, Rosendaal FR. On behalf of the EPCOT study group. Risk of arterial thrombosis in carriers of familial thrombophilia. J Thromb Haemost. 2006; 4: 916-918.
10. Trombophilia-current status. Sánchez Carpio C, Rodi E, Piola P, Fernanda Piola M. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2004; 61(1):32-6.
11. Pontón Cortina A. Actualización de conocimientos en patología vascular. Isquemia arterial aguda. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Servicio de Cirugía Cardiovascular HUMV.
12. Ceroni E. Manejo de la Oclusión arterial aguda, actualizaciones médico-quirúrgicas. Emergencias quirúrgicas, Tomo I: 144-151

14 MUJER JOVEN CON DISNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Amat Sánchez I¹, Arias de Saavedra Criado M^aI¹, Moreno Ruiz P²

¹MIR de 4º año de MFyC. CS Baza (Granada)

²Médico de Familia. CS Baza (Granada)

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea y palpitaciones.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 22 años, acude a consulta por disnea y palpitaciones desde hace 24 horas, que persisten tras la ingesta de ansiolítico. Refiere ser estudiante de medicina y encontrarse “muy nerviosa” debido a exámenes. Durante semanas, se encuentra en su domicilio en situación de inmovilización prolongada, estudiando sentada durante 16 horas diarias. Antecedentes personales: SOP en tratamiento con anticonceptivos orales, Hipotiroidismo en tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: regular estado general. Taquipneica. Sat O₂ 89% sin aporte. En la auscultación cardiaca, taquicardia. Se realiza EKG objetivándose taquicardia sinusal a 140 lpm con signos de sobrecarga ventricular derecha.

Se decide derivación hospitalaria. Destaca analítica con dimero D en 2020 ng/ml y GSV con pCO₂ 25 mmHg. TAC torácico con signos de tromboembolismo pulmonar bilateral.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar y comunitario: buen apoyo familiar. Adecuada red sociocomunitaria.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar.

Se plantea diagnóstico diferencial entre ansiedad, sobredosificación de levotiroxina, tromboembolismo pulmonar.

Plan de acción y evolución

Se procede a ingreso en UCI y tratamiento fibrinolítico. Evolución favorable.

Conclusiones

El objetivo de este caso es demostrar que una anamnesis completa nos puede dar la clave, y que es importante tener presente la posibilidad de patología infradiagnosticada en nuestras consultas, como es el TEP, aunque se trate de pacientes jóvenes.

Palabras clave

Disnea, palpitaciones, tromboembolismo.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Disnea y palpitaciones de 24 horas de evolución.

Enfoque individual

Mujer de 22 años, que acude a consulta por un cuadro de disnea y palpitations de inicio hace 24 horas, que persiste tras la ingesta de medicación ansiolítica. Refiere ser estudiante de 5º de medicina y encontrarse “muy nerviosa” debido a exámenes finales desde hace 1 mes. Durante semanas, se encuentra en su domicilio en situación de inmovilización prolongada, estudiando sentada durante más de 14 horas diarias. Antecedentes personales: síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales, Hipotiroidismo en tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, aceptable estado general, tensión arterial 110/62 mm Hg. Taquipneica con saturación de oxígeno 89% sin aporte. Exploración por aparatos sin hallazgos, exceptuando en la auscultación cardiaca que se aprecia taquicardia (135 l/m). En el centro de salud se realiza EKG objetivándose taquicardia sinusal a 140 l/m con signos de sobrecarga ventricular derecha. Se decide derivación hospitalaria por los hallazgos electrocardiográficos y la saturación de oxígeno, allí se realiza analítica con parámetros normales, excepto dímero D en 2020 ng/ml y gasometría venosa con pCO₂ 25 mmHg. Radiografía de tórax sin hallazgos. TAC torácico con signos de tromboembolismo pulmonar masivo bilateral.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar y comunitario: la familia es de tipo monoparental, sin parientes próximos y se encuentra en la IV etapa del ciclo vital familiar (de contracción). Tiene 2 hermanos. Buen apoyo familiar y social. Adecuada red sociocomunitaria.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar masivo bilateral.

Diagnóstico diferencial: En el centro de salud se plantea diagnóstico diferencial entre crisis de ansiedad, sobredosificación de levotiroxina y tromboembolismo pulmonar. Tras los resultados de las pruebas complementarias se concluye diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.

Plan de acción y evolución

Se procede a ingreso en UCI y tratamiento fibrinolítico.

La paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones

El objetivo de este caso es demostrar que un episodio de palpitations y disnea aunque vaya precedido de una situación de estrés emocional, no siempre se puede catalogar de crisis de ansiedad. Se deben valorar otras posibilidades y realizar una historia clínica completa, ya que esto puede dar la clave del caso. Es importante tener presente la posibilidad de patología infradiagnosticada en Atención Primaria, como es el tromboembolismo pulmonar, aunque se trate de pacientes jóvenes.

Palabras clave: airway obstruction, pulmonary embolism.

Figura. Imagen de tromboembolismo pulmonar bilateral.



15 BRADICARDIA POR INTOXICACIÓN DIGITÁLICA

Arias de Saavedra Criado M^al¹, Amat Sánchez I¹, Moraleda Barba S²

¹MIR de 4º año de MFyC. CS de Baza (Granada)

²Médico Tutora. CS Virgen de la Capilla. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Malestar general.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 91 años sin alergias medicamentosas conocidas, intolerancia a Teofilinas. Con antecedentes personales de Fibrilación Auricular anticoagulada, Ictus isquémico (hace una semana) y Adenocarcinoma de endometrio intervenido.

En tratamiento domiciliario previo con:

Apixaban 5mg/12h; Bisoprolol 2,5mg/12h; Enalapril 10mg/12h; Digoxina 0,25mg cada 24h sin día de descanso; Antidepresivos y ansiolíticos.

Acude a Urgencias por malestar general, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Refiere cifras tensionales de 200/100mmHg. No se encuentra bien desde que el Cardiólogo ajustó medicación. Refiere catarro.

Consciente, orientada, colaboradora, normohidratada y normoperdudida. Auscultación cardiaca arrítmica con baja frecuencia; respiratoria crepitantes. Sin edemas. Exploración de pares craneales y resto de neurológica normales.

Tomamos constantes: crisis hipertensiva y realizamos electrocardiograma. FA con RVLenta a 40 lpm, cubetas digitálicas.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Mujer viuda, dos hijos varones, el soltero es el cuidador principal.

Intoxicación digitálica.

Crisis hipertensiva.

Plan de acción y evolución

Damos captopril 25mg y diazepam 5mg vía oral para traslado.

Trasladamos a la paciente monitorizada al Hospital sin signos de inestabilidad hemodinámica.

Pasa a observación donde permanece 24h.

Analítica destacan: Digoxinemia 2,42, pcr 11,3 y coagulación alterada.

Conclusiones

Son muy importantes en los ancianos frágiles los controles analíticos completos así como la conciliación de la medicación. La Seguridad del paciente debe ser nuestro reto, “Primum non nocere”.

Palabras clave

Digoxina; Bradicardia, Náusea.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Malestar general, náuseas, vómitos, cefalea e Hipertensión.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente mujer de 91 años sin alergias medicamentosas conocidas, intolerancia a Teofilinas y con antecedentes personales de Fibrilación Auricular anticoagulada, Accidente Isquémico transitorio la semana pasada y Adenocarcinoma de endometrio intervenido hace diez años.

En tratamiento domiciliario previo con:

Apixaban 5mg/12h; Bisoprolol 2,5mg/12h; Enalapril 10mg/12h; Digoxina 0,25mg cada 24h sin día de descanso; Antidepresivos y ansiolíticos.

Acude a Urgencias de atención primaria por segunda vez esta semana por malestar general, dolor abdominal, náuseas continuadas y vómitos en su domicilio. Refiere cifras tensionales de hasta 200/100mmHg. Nos comenta que no se encuentra bien desde su última visita al Cardiólogo donde ajustaron la medicación. Refiere catarro previo, continúa con tos seca y mucosidad abundante.

La semana pasada precisó ingreso en Neurología tras acudir a Urgencias del Hospital con episodio de disartria en el contexto de una crisis Hipertensiva. Se diagnostica de Accidente isquémico transitorio y se deriva al alta tras la recuperación de la clínica neurológica.

Consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo, normohidratada y normoperdudida. Auscultación cardiaca arritmica y con baja frecuencia; respiratoria algunos crepitantes bibales. Sin edemas. Exploración de pares craneales y resto de exploración neurológica normales. Sin focalidad.

Tomamos constantes a su llegada, donde objetivamos crisis hipertensiva y realizamos electrocardiograma; ECG: FA con RVLenta a 40 lpm, cubetas digitales en todas las derivaciones. Sin otras alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Mujer viuda (marido falleció por bradicardia el año pasado), tiene dos hijos varones, uno casado y otro soltero que convive con ella en el domicilio y es el cuidador principal.

Juicio clínico: intoxicación digitalica.

Diagnóstico diferencial: infección respiratoria, gastroenteritis, hta mal tolerada.

Plan de acción y evolución

Damos captopril 25mg y diazepam 5mg vía oral para traslado.

Trasladamos con asistencia a la paciente monitorizada al hospital con la sospecha de intoxicación digitalica. No precisa atropina durante el traslado, está bien tolerada la bradicardia y sin signos de inestabilidad hemodinámica.

La paciente pasa a observación donde permanece 24h antes de su ingreso en Planta de Cardiología.

Analitica Observación destacan: Digoxinemia 2,42, pcr 11,3 y Coagulación alterada.

Conclusiones

Son muy importante en los ancianos frágiles los controles analíticos completos incluyendo función renal y hepática semestral o anualmente (vías de excreción de medicamentos), así como la conciliación de la medicación ya que cada especialista estaba recetando más fármacos a esta paciente, y nadie había contado con lo que ya tenía prescrito previamente. La Seguridad del paciente debe ser el reto de todos los médicos de familia, "Primum non nocere".

16 PACIENTE DE 69 AÑOS CON ASTENIA, FIEBRE Y PANCITOPENIA”

Martos Martínez R¹, Aguilera Tejero R², Bedmar Estrella J¹

¹MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. CS Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de residentes. CS Virgen de la Capilla. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Astenia, disnea, fiebre y mareo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 69 años que acudió a urgencias refiriendo astenia, disnea, fiebre y mareo. Se realizó analítica y ECG y se procedió al alta del paciente. Al día siguiente acudió a AP por continuar con los mismos síntomas; presentaba palidez cutánea, petequias en MMII, revisamos la analítica realizada el día anterior y observamos: leucocitos 520, hemoglobina 8.6, plaquetas 11000. Se remite a urgencias donde cursan aislamiento e ingreso del paciente en Hematología para estudio de pancitopenia. Se realizó Aspirado de MO compatible con LMA-M3.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se encuentra en etapa evolutiva V, fin de la contracción, primer y único hijo abandona el hogar. APGAR familiar normofuncionante.

Plan de acción y evolución

Está siendo tratado en hematología, realiza ingresos programados para tratamiento quimioterápico y revisión, con buena evolución y buen estado anímico.

Conclusiones

Desde AP es importante la identificación de signos y síntomas de alarma para poder actuar correctamente ante ellos. Por otra parte, debido a la gran demanda en ocasiones nos vemos sobrepasados por el escaso margen de tiempo y a veces no revisamos las pruebas complementarias con el suficiente detenimiento. Este caso nos ayuda a concienciarnos de que el paciente y su salud deben prevalecer sobre el tiempo.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Astenia, disnea, sensación febril y mareo.

Enfoque individual

Anamnesis

Primera visita: Paciente de 69 años de edad con antecedentes personales, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, asma bronquial, poliposis nasal, pólipos en colon, esteatosis hepática, reflujo gastro-esofágico y hernia umbilical intervenida. Acude al servicio de urgencias por presentar desde el día anterior astenia, disnea, sensación febril y mareo.

Se le realiza analítica y ECG y los datos que constan en el informe son:

- Hemoglobina 8.6 g/dl, INR 1.22, PCR 61.6 mg/l.

- ECG: ritmo sinusal. Sin alteraciones en la repolarización.

Se procede al alta del paciente con seguimiento y control por su médico de cabecera.

Segunda visita: El paciente acude a la consulta de atención primaria (AP) al día siguiente por continuar con los mismos síntomas. Se revisa la analítica realizada el día anterior en urgencias y se observa:

- Leucocitos: 520 μ L; Hemoglobina 8.6 g/dl; Plaquetas 11000 μ L.
- Se remite al servicio de urgencias por sospecha de aplasia medular.

Tercera visita: Acude ese mismo día al servicio de urgencias y se ingresa en aislamiento en hematología para estudio de pancitopenia.

Exploración

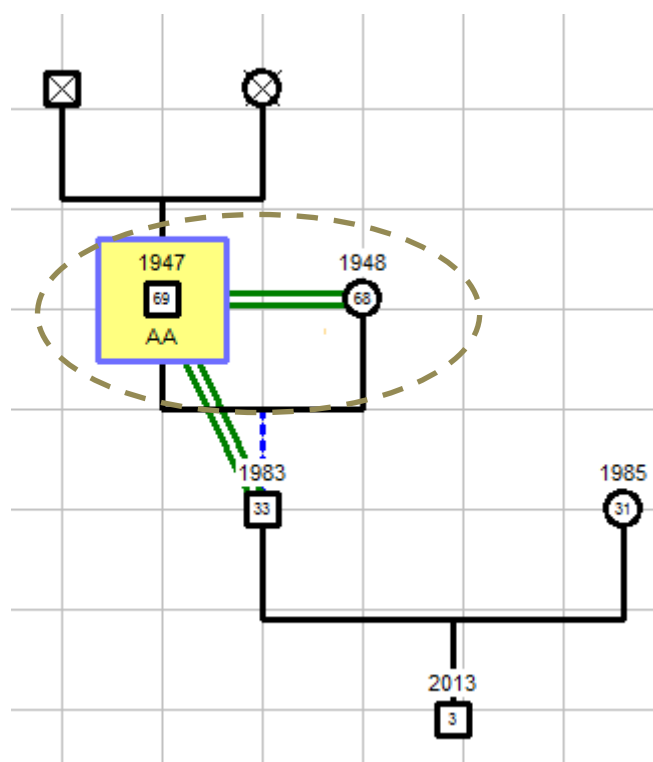
- Estado general conservado, consciente y orientado, eupneico en reposo. Palidez cutánea. Febril.
- ORL: **púrpura** en paladar blando
- ACR: arrítmico sin soplos, mvc.
- Abdomen blando y depresible.
- MMII: **petequias en miembros inferiores**. No edemas ni signos de TVP.
- Exp. Neurológica: Glasgow 15/15. No nistagmos. PINLA, MOEC y resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha no explorada por **astenia severa**.

Pruebas complementarias

- Analítica al ingreso: **Hb 8.2g/dl. Plaquetas 9000/uL. Leucocitos 1010/uL**, PMN 350/ μ L. Bioquímica: glucosa 260mg/dL, función renal e iones normales, PCR 107mg/L
- Citomorfología:
 - Serie roja: anisocitosis, eritroblastos 2%.
 - Serie plaquetar: no agregados, trombopenia real.
 - Serie blanca: neutropenia, no desviación a la izda.
- Orina: glucosa 250mg/dL. Leucocitos negativos.
- Radiografía de tórax: Sin imágenes de condensación ni derrame pleural.
- ECG: ritmo sinusal a 100lpm sin alteraciones de la repolarización.
- Ecocardiografía: FEVI 58%, estenosis aórtica degenerativa.
- **Aspirado Médula Ósea:** compatible con Leucemia Promielocítica Aguda. LMA-M3.
- Fenotipo sangre periférica: CD33+, estudio muy sugestivo de LPA.
- Ecografía abdominal: sin alteraciones patológicas.
- Estudio Holter: FC media 58 (mínima 39- máxima 115), sin arritmias destacables ni pausas. QTc permanece muy largo siendo máximo de 578mseg a las 23:20 con 62l/m asociado a fármacos.
- Ecografía doppler de MMII: se descarta TVP.
- Gammagrafía: normal.
- RNM cráneo: no lesiones agudas.

Enfoque familiar y comunitario

Genograma: A.A. de 69 años está casado con de R. 68 años, diagnosticada de distimia de varios años de evolución. Son una pareja muy unida. El acontecimiento vital estresante más importante se produjo al no poder tener hijos y decidieron adoptar. Su hijo de 33 años, con el que tiene muy buena relación, está casado y con un hijo. (Figura)



Ciclo vital familiar: Según la clasificación de la OMS modificada por De La Revilla se encuentra en la etapa evolutiva V, fin de la contracción, primer y único hijo abandona el hogar; que se correspondería con el Nido vacío, según la clasificación de Duval y Medalie.

Apgar familiar: normofuncionante.

Diagnóstico diferencial y juicio clínico

Ante la clínica que presenta el paciente; astenia, fiebre, púrpura en miembros inferiores y pancitopenia se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial entre: aplasia medular, leucemia, anemia mieloptísica y anemia refractaria. Será de gran utilidad diagnóstica realizar un aspirado de médula ósea que indica, en este caso, que el proceso es compatible con **Leucemia Promielocítica Aguda. LMA-M3.**

Plan de actuación y evolución

Se inicia tratamiento durante el ingreso con Idarubicina y tretinoína. Tras un mes de ingreso y dado que el paciente se encuentra asintomático, con recuperación hemoperiférica parcial y PCR estable se decide alta a domicilio.

EL paciente está siendo tratado en el servicio de hematología, realiza ingresos programados para tratamiento quimioterápico y revisión. Actualmente con buena evolución y buen estado anímico.

Conclusión

Desde atención primaria es muy importante la identificación de signos y síntomas de alarma para poder actuar correctamente ante ellos. Si un paciente presenta astenia, fiebre, púrpura en miembros inferiores y pancitopenia habrá que derivarlo de forma inmediata a urgencias hospitalarias, ya que deberá estar en aislamiento y se tendrá que estudiar el origen de la pancitopenia.

Por otra parte, debido a la gran demanda asistencial existente en urgencias y en nuestro desempeño diario en Atención Primaria, en numerosas ocasiones nos vemos sobrepasados por el escaso margen de tiempo lo que conlleva que a veces no revisemos las pruebas complementarias con el suficiente detenimiento. Este caso me parece relevante porque nos ayuda a concienciarnos de que el paciente y su salud deben prevalecer sobre el tiempo.

17 ¿POR QUÉ A MI, DOCTORA?

González López A¹, Adrada Bautista A², Fernández Santiago E³

¹MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

²MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. CS Las Palmeritas. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

³Médico de Familia. Tutora de residentes. CS Las Palmeritas. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Mujer 29 años, episodios de diarrea, estreñimiento y dolor abdominal, pérdida de peso y cuadros de impactación y disfagia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Astenia, debilidad y parestesias en miembros superiores e inferiores, edemas maleolares y episodios de inflamación articular, así como cambios de coloración y frialdad mano derecha. Parálisis facial periférica recurrente.

Lesiones eczematosas en fase crónica en flexuras de ambos codos.

Analítica con perfiles, proteinograma y complemento normales. Hemograma con eosinofilia. Serologías negativas.

Autoinmunidad negativa.

Electroneurograma: asimetría amplitudes de peroneos comunes motores sobre pedios.

Endoscopia más biopsia sin hallazgos.

Valorada por Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Trabajadora social.

Entre los cuadros que se barajaron llegamos a realizar diagnóstico diferencial con el síndrome de robo de la subclavia.

Polineuropatía axonal periférica tras los primeros hallazgos en el ENG, finalmente se descartó.

El juicio clínico final Encefalomiелitis miálgica o Síndrome de fatiga crónica.

Plan de acción y evolución

Baja laboral por persistir sintomatología. Paracetamol 1g, Ácido fólico 400 mcg/Ioduro potásico 300 mcg/cianocobalamina 2mcg.

Conclusiones

Indagar acerca del impacto que la enfermedad está ejerciendo sobre el sujeto.

Destacar la incertidumbre durante meses debido a la normalidad de las pruebas.

El objetivo era descartar enfermedades potencialmente graves para las que pudiésemos instaurar tratamiento precozmente.

Palabras clave

Pain Management, Chronic disease, Fatigue Syndrome, Chronic.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta. Enfoque individual

Mujer de veintinueve años cuya historia comienza hace dos, cuando acude a consulta por episodios autolimitados de diarreas mucosas, alternando con estreñimiento y dolor abdominal de localización periumbilical. Se une además pérdida de peso no cuantificada y cuadros de impactación alimenticia y disfagia, que se resuelven espontáneamente o tras el vómito.

Fue estudiada por el servicio de Digestivo siendo diagnosticada de Síndrome de Intestino Irritable.

En esta ocasión acude por manifestar en la **anamnesis** por aparatos astenia, debilidad y parestesias/disestesias en miembros superiores e inferiores, edemas maleolares y episodios de inflamación articular en manos y pies, así como cambios de coloración: livedo, dolor y frialdad de mano derecha (sin Raynaud).

Posteriormente, una vez iniciado el estudio en atención primaria, refiere lesiones habonosas, pruriginosas, en flexura de codos y abdomen, así como episodios de parálisis facial periférica recurrente. Dolor cervical con disfagia acompañante y sensación de cuerpo extraño esofágico.

Antecedentes Personales

- Fumadora 20 cigarrillos/día.
- Alergias: AINEs, penicilina, ácaros y gramíneas.
- Taquicardia Paroxística Supraventricular tratada con éxito mediante ablación de vía lenta nodal.

A la **exploración** presenta buen estado general en todas las ocasiones en que nos visita, afebril en todo momento. No focalidad neurológica. Objetivamos lesiones eczematosas en fase crónica en flexuras de ambos codos. No inflamación articular, aunque observamos livedo y edema en mano derecha en una de las consultas.

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no hepatoesplenomegalia, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos conservados.

Edemas maleolares sin fóvea.

Pruebas complementarias

Análítica con perfiles (incluido hormonal), proteinograma, vitaminas, ECA y complemento normales, PCR 16,1mg/L. Hemograma con eosinofilia relativa (6.3%) como único hallazgo de interés. Serologías para VIH, VHB y VHC, VDRL y B. burgdorferi, Rickettsia y Brucella negativas. Estudio de autoinmunidad negativo (incluido Ac antifosfolípido y celiacía).

Elemental de orina: proteínas 30mg, microalbuminuria 18,9mcg/mL.

Porfirinas en orina de 24h, metanefrinas y normetanefrinas normales.

Punción-Aspiración de grasa abdominal negativa para rojo Congo.

Densitometría ósea sin hallazgos.

Electroneurograma: asimetría de amplitudes de los peroneos comunes motores sobre pedios siendo menor la del lado derecho, sin alteraciones en las respuestas proximales.

RMN craneal, cervical y dorsolumbar sin alteraciones relevantes.

Líquido cefalorraquídeo sin bandas oligoclonales, síntesis intratecal de IgG normal.

Endoscopia más biopsia en fresco para Microbiología de la segunda porción duodenal (*Tropheryma whippelii* negativo) y Anatomía Patológica (tinción Rojo Congo para amiloide negativo).

Valorada por Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias (derivada tras contactar con el médico internista de referencia).

Enfoque familiar y comunitario

La profesión que ejerce la paciente es trabajadora social. Pareja estable, tienen un perro.

En un primer momento se sospechó una colopatía funcional por el predominio de los síntomas digestivos, aunque posteriormente nos hizo pensar que probablemente se solapase con el cuadro clínico sistémico subyacente.

Entre los cuadros que se barajaron como posibles causas llegamos a realizar un **diagnóstico diferencial** con el síndrome de robo de la subclavia, lo que finamente fue descartado.

La sintomatología recibió el nombre de Polineuropatía axonal periférica tras los primeros hallazgos en el electroneurograma, realizado con edema en miembros inferiores, lo que finalmente también se descartó.

Todo ello no hizo más que generar inquietud en la paciente debido a la falta de consenso en cuanto al origen de la sintomatología en una mujer joven, la cual se veía bastante limitada para la realización de sus tareas diarias, fundamentalmente por la astenia y el dolor.

El **juicio clínico** final fue el de Encefalomiелitis Miálgica o Síndrome de Fatiga Crónica, dada la ausencia de otros hallazgos y el cumplimiento de los criterios clínicos exigidos para el diagnóstico de esta entidad nosológica.

Plan de acción y evolución

Aunque se encuentra de baja laboral por persistir la sintomatología, tiene buen estado anímico y controla el dolor con analgesia de primer escalón.

Los pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica con frecuencia informan de tener empeoramiento de los síntomas después del esfuerzo mental o físico. Esta recaída dura entre 12 y 48 horas después de una actividad y hasta podría durar días, semanas o meses.

Tratamiento actual: Ranitidina 300mg al día, Paracetamol 1g si dolor, Ácido fólico 400mcg / Ioduro potásico 300mcg / Cianocobalamina 2mcg una vez al día.

La paciente autoriza la divulgación con fines científicos de su caso.

Conclusiones y aplicabilidad para el médico de familia

El Síndrome de Fatiga Crónica es un trastorno debilitante complejo que se caracteriza por astenia intensa. Estas personas a menudo realizan actividades a un nivel sustancialmente menor de lo que eran capaces anteriormente. La causa o causas del mismo no se han identificado y no se dispone de pruebas de diagnóstico específicas.

Los médicos, familiares y pacientes se deben comunicar entre sí acerca de los síntomas que son más perturbadores para que puedan elaborar un plan de control adecuado de los mismos. Como médicos de familia debemos indagar acerca del impacto que la enfermedad está ejerciendo sobre el sujeto.

Destacar la gran incertidumbre que manejamos durante meses en este caso debido a la normalidad de las pruebas y la persistencia de la sintomatología.

Dado que se trata de una paciente joven con una sintomatología invalidante el objetivo de derivarla para un estudio más profundo en atención especializada no fue otro que descartar enfermedades potencialmente graves para las que pudiésemos instaurar un tratamiento de forma precoz.

Bibliografía

- Rollnik JD. Chronic Fatigue Syndrome: A Critical Review. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2017; 85(2):79-85.
- Gerwyn M, Maes M. Mechanisms Explaining Muscle Fatigue and Muscle Pain in Patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS): a Review of Recent Findings. *Curr Rheumatol Rep.* 2017; 19(1):1.
- Glassford JA. The Neuroinflammatory Etiopathology of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS). *Front Physiol.* 2017; 8:88.

18 PÉRDIDA DE VISIÓN EN MUJER ANCIANA

Ureña Arjonilla M¹, Aparicio Gallardo V¹, Navío García A²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Mancha Real. Jaén

²Tutor De Residentes MFyC. CS de Mancha Real. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Episodios de pérdida de visión y destellos luminosos con claudicación mandibular.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Alergia a Metamizol. Diabetes Mellitus II, Hipercolesterolemia, Ictericia obstructiva por pancreatitis, Tiroidectomía total.

Eutirox, Ácido acetilsalicílico, Ácido alendrónico 70mg/Colecalciferol, Simvastatina.

BEG, consciente y orientada, sin focalidad neurológica.

Resto sin interés

Engrosamiento de ambas temporales, laten simétricas. FO normal se deriva a Urgencias.

Urgencias: Se solicita analítica: VSG 80, PCR 37.1 y TAC craneal: Sin hallazgos patológicos.

Ingresó en Neurología por sospecha de arteritis de la temporal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fase final en disolución.

Vive sola, buena estructura social, vive al lado de sus hijas que la cuidan a diario.

Plan de acción y evolución

Biopsia de arteria temporal izquierda dio el diagnóstico: arteritis de la temporal.

Diagnóstico diferencial: Arteritis de la temporal, Neuritis óptica, Neuropatía óptica isquémica no arterítica, Neuropatía óptica isquémica arterítica.

Tratamiento: Prednisona 30mg; Omeprazol 20mg hasta revisión.

Actualmente paciente asintomática.

Conclusiones

La labor del médico de familia en la anamnesis para elaborar el diagnóstico diferencial es esencial para la resolución de la patología y el correcto tratamiento.

Es primordial conocer la patología propia de la 3ª edad con las interacciones que puedan tener sus tratamientos.

La incertidumbre que manejamos en la consulta nos obliga a estar atentos a los detalles que nos aporte la entrevista clínica y la exploración.

Palabras clave

Giant Cell Arteritis, Claudication, Comprehensive Health Care.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

Atención primaria y Urgencias.

Motivo de consulta

Episodios de pérdida de visión y destellos luminosos acompañados de claudicación mandibular.

Historia clínica

- *Antecedentes personales:* Alergia a Metamizol. Pinzamineto Lumbo-sacro, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolesterolemia, Polipectomía, Ictericia obstructiva por pancreatitis, Tiroidectomía total.

- *Tratamiento habitual:* Eutirox 100mcg, Ácido acetilsalicílico 100mg, Omeprazol 20mg, Ácido alendrónico 70mg/Colecalciferol 2,80miles UI, Simvastatina 20mg.

- *Antecedentes familiares:* Sin interés

- *Anamnesis:* Mujer de 78 años que acude a la consulta de su Médico de Atención Primaria porque en el día anterior tuvo varios episodios de pérdida de visión y destellos luminosos en el ojo izquierdo; el primer episodio fue de unos 10 minutos de duración, el resto de 5 minutos.

Al seguir interrogando a la paciente cuenta que algunos de ellos se acompañaron de gran dolor al mover la mandíbula, en actos como bostezar o comer (claudicación mandibular), y desde hace algunos días ha notado leve hiperestesia en región temporal izquierda.

En el momento de la consulta la paciente está sufriendo un episodio de hiperestesia.

- *Exploración:* Buen estado general, palidez cutánea, consciente y orientada, sin focalidad neurológica, Glasgow 15/15.

Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos, sin soplos roces ni extratonos.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Engrosamiento de ambas temporales, laten simétricas. Se hace Fondo de ojo que es muy poco valorable en la consulta por lo que se decide derivar al Hospital de referencia para estudio.



(Imagen de Google imágenes)

- *Urgencias:* A la llegada a Urgencias se realiza decide en clasificación de enfermería que sea vista por un oftalmólogo en primer lugar; en su exploración se hace un Fondo de Ojo con la pupila midriática y se aprecia papila y mácula de aspecto y morfología normal en ambos ojos,

con retina aplicada 360º.

Tras la normalidad de la exploración oftalmológica se decide pasar a consultas de urgencias generales para valoración.

Tras nueva valoración de la paciente se decide pedir analítica y TAC craneal.

- *Analítica:* Hemograma y bioquímica sin hallazgos destacables; VSG 80, PCR 37.1
- *TAC craneal:* Sin hallazgos patológicos en el momento de la realización de la prueba.

Se decide ingreso en planta de Neurología por sospecha de arteritis de la temporal.

Enfoque familiar y comunitario

Fase del ciclo vital: final en fase de disolución.

Anciana que vive sola, con buena estructura social ya que vive al lado de sus 2 hijas que la visitan y cuidan a diario.

No se realiza Test de Apgar pero buena relación entre los miembros familiares. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico

Durante su ingreso se le realizó un Ecodoppler de TSA evidenciándose ateromatosis leve bicarotídea sin signos de estenosis.

También se hizo una biopsia de la arteria temporal izquierda que finalmente dio el diagnóstico de **arteritis de la temporal**.

Diagnóstico diferencial: Arteritis de la temporal, Desprendimiento de retina, Neuritis óptica, Neuropatía óptica isquémica no arterítica, Neuropatía óptica isquémica arterítica, Neuralgia del trigémino.

Plan de actuación y tratamiento

Como tratamiento se propuso Prednisona 30mg: 2 comprimidos por la mañana y Omeprazol 20mg: 1 comprimido al día hasta la revisión por parte del neurólogo.

Evolución

En la siguiente visita a Neurología la PCR había descendido hasta 6 y la VSG había quedado en 13.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

+ Destaco la importante labor que tiene que hacer el médico de familia a la hora de saber realizar una buena anamnesis y saber elaborar un correcto diagnóstico diferencial ya que es esencial para el paciente el tiempo que gana en el diagnóstico y por tanto en el correcto tratamiento de su patología.

+Es esencial conocer la patología propia de la tercera edad y las posibles interacciones que pueden tener los tratamientos de todas ellas.

+ La incertidumbre en la consulta DE ATENCIÓN PRIMARIA obliga a estar atentos a cualquier detalle que nos aporte la entrevista clínica o la exploración que podamos realizar.

19 INCIDENTE CRÍTICO: PACIENTE CON DISNEA Y ANSIEDAD

Chico Espín JA¹, Román Ramos A², Aguilar Heredia Y³

¹MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Benamargosa (Málaga)

²MIR de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Benamargosa (Málaga)

³Médica de Familia. Tutora de residentes. CS de Benamargosa (Málaga)

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea y molestia precordial.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes: fumador 10 cigarrillos. Tromboflebitis miembro inferior (2003) tras inmovilización con férula. Intento de autolisis (2010) tras ruptura sentimental. Síndrome ansioso-depresivo.

Anamnesis: varón de 37 años. Acude a centro de salud por cuadro de 7 días de evolución con disnea de esfuerzo y molestia opresiva torácica, sin cortejo. Lo relaciona con problemas sociolaborales.

Exploración: frecuencia cardíaca 100 lpm y dolor a la palpación esternocostal.

Pruebas complementarias: ECG: normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar y comunitario: Camionero. Reside recientemente en ambiente rural con su pareja. Problemas psicológicos tras rupturas con parejas anteriores.

Juicio clínico: Crisis de ansiedad por problemas sociolaborales.

Plan de acción y evolución

Plan de acción: Se administra diazepam sublingual con mejoría. Control por médico de familia. Volver si síntomas de alarma.

Evolución: Varias consultas a urgencias catalogándolo como ansiedad y remitiéndose a su Médico de Familia para estudio, que sospecha organicidad y deriva preferente a cardiología. Acude a urgencias hospitalarias diagnosticándose de Tromboembolismo pulmonar masivo secundario a trombosis venosa profunda bilateral. Ingreso y anticoagulación con mejoría.

Conclusiones

No permitir inercia diagnóstica y terapéutica.

Importancia razonamiento clínico y conocimiento de historia natural de enfermedades en Atención Primaria.

Limitación para solicitar pruebas diagnósticas desde atención primaria.

Palabras clave

Anxiety, Differential Diagnosis, Pulmonary Embolism.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Varón de 37 años que acude a urgencias de Atención Primaria por disnea y dolor centrotorácico de 7 días de evolución.

Enfoque individual

Antecedentes personales: no alergias. Fumador (10 cigarrillos al día). Bebedor fines de semana. Tromboflebitis miembro inferior (2003) tras esguince de tobillo tratado con férula, utiliza media de compresión. Hiperuricemia asintomática. Intento de autolisis (2010) tras ruptura sentimental. Síndrome ansioso-depresivo y otros problemas principalmente laborales desde 2015. No intervenciones quirúrgicas. No tratamiento habitual.

Enfoque familiar y comunitario

Camionero de profesión (viajes al extranjero, lejos de familia y pareja, ocasionando problemas relacionales). Natural del ambiente urbano, ahora reside en medio rural con pareja estable. Buenas relaciones sociales. Divorciado, problemas psicológicos tras rupturas con parejas anteriores.

Acude a urgencias de centro salud por cuadro de 7 días de evolución consistente en disnea de moderados esfuerzos, al subir cuestras o realizar esfuerzos. Asocia molestias opresivas centrotorácicas, sin irradiación ni cortejo vegetativo, empeorando con movimientos e inspiración profunda. No síntomas catarrales. Comenzó mientras realizaba un trayecto fuera de España, relacionándolo con problemas familiares y laborales, le ha ocurrido anteriormente.

Exploración

Buen aspecto. Bien hidratado y perfundido. Eupneico, normocoloreado. Normotenso. Pulsioximetría 97%. Afebril. No ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos simétricos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico a 100 lpm. No soplos ni roce pericárdico. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Dolor a la palpación esternocostal. Abdomen: blando y depresible, sin dolor ni signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Peristaltismo conservado. Extremidades: Pulsos normales, no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Buena perfusión distal. Media de compresión en miembro inferior izquierdo.

Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal a 90 lpm con imagen de bloqueo incompleto de rama derecha, sin otras alteraciones.

Se administra al paciente diazepam con mejoría sintomática tras permanecer en observación en Centro de Salud.

Juicio clínico

En este momento se establece el Juicio Clínico de Crisis de ansiedad en paciente con antecedentes de Síndrome ansioso-depresivo secundario a problemas familiares y laborales.

Plan de acción

Observación domiciliaria. Control por su médico. Se le explican los signos o síntomas de alarma por los que debería volver a consultar.

Evolución

El paciente acude 20 días después a urgencias hospitalarias por persistencia de la disnea a moderados esfuerzos asociando molestias centrotorácicas inespecíficas. Exploración: Tensión arterial 138/99 mmHg, Afebril, Frecuencia cardiaca 94 lpm, Pulsioximetría 94%. Se realiza ECG

(ritmo sinusal a 94 lpm sin alteraciones a destacar) y Radiografía de tórax (no cardiomegalia, ni imágenes de condensación, ensanchamiento mediastínico ni pinzamiento de senos costofrénicos) (Figura 1). Se administra diazepam sublingual con mejoría parcial del cuadro, decidiéndose alta como síndrome ansioso.

Figura 1



Tres días después el paciente acude de nuevo a urgencias de atención primaria por empeoramiento progresivo de la disnea, más intensa y con esfuerzos desencadenantes cada vez menores. Se evidencia taquicardia sinusal a 104 lpm en ECG y se remite al paciente a su médico de familia para estudio de esta disnea, prescribiéndose salbutamol inhalado por si precisara cuando aparece la disnea al realizar algún esfuerzo.

Un día después el paciente acude por primera vez a consulta de su médico de familia. Refiere que la disnea ha ido empeorando, haciéndose prácticamente de mínimos esfuerzos, en cuanto sube o baja del camión o camina unos pocos metros, teniendo que detenerse. Los problemas familiares y laborales han mejorado y ahora duda de que sean la causa. Exploración: pulsioximetría 95%, frecuencia cardíaca 110 lpm y eupneico en reposo, ligera palidez de mucosas, con auscultación cardíaca rítmica, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Extremidades: no edemas ni signos de trombosis. Aplicando la Escala de Wells para el Tromboembolismo Pulmonar (Figura 2) el paciente presenta una puntuación de 1.5 (debido a una frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm), lo que supone una interpretación de riesgo bajo, aunque se puede considerar la realización de dímero-D. Solicitamos analítica (descartar anemia, no podemos solicitar dímero-D desde atención primaria) y derivación preferente a Cardiología para realización de ecocardiografía. También damos de baja al paciente porque no se encuentra en condiciones de viajar trayectos largos.

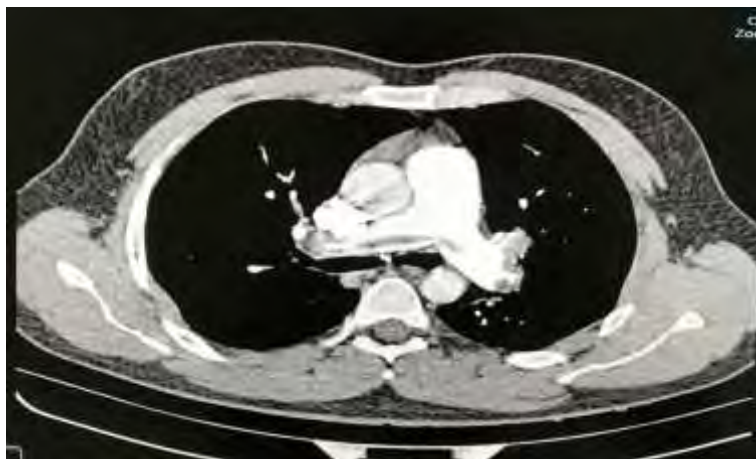
Figura 2

Variable	Puntaje
Signos y síntomas de trombosis venosa profunda	3
TEP como principal sospecha diagnóstica	3
Frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos/minuto	1,5
Inmovilización o cirugía durante las 4 semanas previas	1,5
Trombosis venosa profunda o TEP previamente	1,5
Hemoptisis	1
Cáncer activo	1
Puntaje total:	

Puntuación y probabilidad pretest: Menor de 2: baja, 2 a 6: moderada, Mayor de 6: alta

Al día siguiente acude a urgencias hospitalarias por empeoramiento de la disnea hasta hacerse de reposo con ortopnea, asociando dolor torácico con la inspiración profunda. A la exploración destaca una auscultación taquicárdica comprobada con ECG donde también se observa onda Q en V1 y onda T negativa de V1 a V3, Radiografía de tórax sin alteraciones y analítica con Dímero-D en 2370 ng/mL. Realizan AngioTAC de tórax (Figura 3): trombo acabalgado entre arteria pulmonar izquierda y derecha, con afectación de todas las ramas lobares y segmentarias, compatible con Tromboembolismo Pulmonar masivo. Se inicia tratamiento anticoagulante e ingresa en UCI. Ecocardiograma transtorácico: función sistólica conservada (FE 68%). Cavidades derechas dilatadas, con deformidad septal diastólica y movilidad reducida (TAPSE 12 mm). Ecografía Doppler: trombosis venosa profunda bilateral (vena femoral superficial y poplítea izquierdas, vena poplítea derecha, parcialmente recanalizadas). El paciente mejora progresivamente e ingresa en Neumología. Comienza anticoagulación oral y se procede al alta tras 10 días hospitalizado.

Figura 3



Conclusiones

No debemos dejarnos llevar por los antecedentes del paciente hacia juicios clínicos prematuros, ni permitir la inercia diagnóstica y terapéutica basada en las recomendaciones previas de otros facultativos.

Limitación a la hora de no poder pedir determinadas pruebas en atención primaria.

Importancia del razonamiento clínico y el conocimiento de la historia natural de las enfermedades en Atención Primaria, para manejar mejor la incertidumbre en este contexto.

Conocer signos y síntomas de alarma por los que recomendar atención urgente.

El paciente da su **autorización explícita** a los autores para que su caso clínico sea publicado, cumpliéndose además las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

20 PRESENTACION DE UN CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

Toledo García D¹, Blanco Leira J²

¹MIR de MFyC. CS San Pablo. Sevilla

²Médico de Familia. CS San Pablo. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor costal y vómitos

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 77 años. Fumadora de unos 2-3 cigarrillos por semana. No bebedora.

Acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de semanas de evolución, asociado a vómitos biliosos postprandiales, astenia y pérdida de peso. No fiebre, coluria y acolia. Pendiente de ecografía abdominal.

Exploración anodina. Blumberg y Murphy negativo. Afebril.

Analítica donde destacaba GPT 88 sin leucocitosis.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En el diagnóstico diferencial incluimos pancreatitis (amilasa normal), colecistitis (no fiebre ni leucocitosis), colangitis (no fiebre ni ictericia) o hepatitis (reactantes de fase aguda, bilirrubina y marcadores hepáticos normales).

Plan de acción y evolución

Ingreso hospitalario, realizándose RMN y TAC abdominal. Se describía una masa hipodensa infiltrante dependiente de vesícula biliar. Impresionaba de neoplasia vesicular, con afectación ganglionar local y órganos vecinos. La biopsia informó de carcinoma de vesícula biliar.

Se propuso de forma multidisciplinar control sintomático. Ante una hipotética obstrucción, se plantearía un stent de vía biliar.

Conclusiones

El cáncer de vesícula biliar es infrecuente en países desarrollados. Su clínica suele ser inespecífica. Habitualmente irreseccable al diagnóstico. El único tratamiento curativo es el quirúrgico.

Dada la presentación clínica inespecífica y rápidamente progresiva, debemos tener en mente la posibilidad de un tumor de vía biliar para y tener opciones de tratamiento potencialmente curativo.

Palabras clave

Gallblader, pathology, tumor.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Dolor costal y vómitos.

Enfoque individual

Anamnesis

Mujer de 77 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes familiares de interés. Fumadora de unos 2-3 cigarrillos a la semana. No bebedora.

Acude al servicio de urgencias por dolor en hipocondrio derecho de semanas de evolución, ocasionalmente irradiado a espalda y asociado a vómitos biliosos postprandiales, astenia y pérdida de peso no cuantificada. No presentó fiebre, coluria y acolia.

En su centro de salud se pautaron medias higiénicas y analgesia. Se comenzó estudio días antes entre los que destacó una leve leucocitosis e hipertransaminasemia. Estaba pendiente de ecografía abdominal.

Exploración

Aceptable estado general, consciente, orientada temporo-espacialmente y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo y al habla. Estable desde el punto de vista hemodinámico con cifras de tensión arterial en consulta de 130/78 mmHg y frecuencia cardíaca 73 latidos por minuto. Afebril. Saturación de oxígeno basal 98%.

Exploración neurológica Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No pérdida de fuerza ni parestesias. Pupilas isocóricas normorreactivas. Conservación movimientos oculares externos. Romberg negativo. No disimetría. No signos de focalidad neurológica.

Auscultación cardiorespiratoria con tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Conservación del murmullo vesicular, no ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni ascitis. No se palpan masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos conservados.

Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos simétricos y conservados.

Pruebas Complementarias

- Analítica:
 - Bioquímica: glucosa 135 mg/dL, GPT 88, función renal, bilirrubina, amilasa y resto normal.
 - Hemograma: no leucocitosis, hemoglobina 13.5 gr/L, plaquetas 261000.
 - Coagulación anodina.
- Ecografía abdominal: masa hepática en segmentos V-VI, bordes mal definidos, que engloba vesícula biliar y genera efecto masa sobre vía biliar proximal y vena porta; como posibilidad diagnóstica masa tumoral tipo colangiocarcinoma intrahepático/hepatocarcinoma (Imagen 1). Se sugería completar estudio con TAC.

Imagen 1



Enfoque familiar y comunitario

Juicio clínico

Carcinoma vesicular con extensión loco-regional.

Diagnóstico diferencial

La forma de presentación (dolor en hipocondrio derecho, astenia e hipertransaminasemia) sugería obstrucción de la vía biliar.

En el diagnóstico diferencial también incluimos pancreatitis (aunque los niveles de amilasa fueron normal), colecistitis (no apareció fiebre ni leucocitosis), colangitis (no apareció fiebre ni ictericia) o hepatitis (los reactantes de fase aguda, bilirrubina y marcadores hepáticos fueron normales).

Plan de acción y evolución

Se decidió el ingreso hospitalario de la paciente, realizándose una RMN y TAC abdominal (imagen 2).

En las pruebas de imagen se describía una masa hipodensa infiltrante dependiente de la vesícula biliar, que impresionaba de neoplasia vesicular, con afectación ganglionar local y órganos vecinos. La biopsia informó posteriormente de carcinoma de vía y vesícula biliar.

Se decidió de forma conjunta entre los servicios de Medicina Interna, Oncología y Cirugía para control sintomático y terapia esteroidea. En cuanto a hipotética obstrucción, posible complicación de la enfermedad, se plantearía colocar un stent de vía biliar.

Imagen 2



Discusión

El cáncer de vesícula biliar es infrecuente en países desarrollados. La presentación clínica suele ser inespecífica. Tiende a progresar localmente y por vía linfática, siendo habitualmente irreseccable al diagnóstico. El único tratamiento curativo es el quirúrgico aunque menos de la mitad de los pacientes son candidatos a cirugía.

Dada la presentación clínica inespecífica y rápidamente progresiva, debemos tener en mente la posibilidad de un tumor de la vía biliar / vesicular para poder diagnosticarlo precozmente y tener opciones de tratamiento potencialmente curativo.

Bibliografía

- Escalona R, Milá MC. Cáncer de vesícula biliar. Medisan. 2011;15(7):1003-7.
- Morera FJ, Ballestin J, Ripoll F, Landete F, García-Granero M, Millán J, et al. Cáncer de vesícula biliar en un hospital comarcal. Cir Esp. 2013; 86(4):219-23.
- Hidalgo F. Colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin). Rev Clin Med Fam. 2014; 7(1):69-72.
- Herrero JL. Ictericias y enfermedades de las vías biliares. En: Rozman C, director. Medicina Interna. Vol 1. 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.p. 250-64.

Área 3: Atención longitudinal

21 INCONVENIENTES DE LOS TRATAMIENTOS VITALICIOS

Correa Gómez V¹, Oualy Ayach Hadra G¹, Martos Toribio G²

¹MIR de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. CS de Úbeda (Jaén)

²Tutor de residentes y Médico Familia. CS de Úbeda (Jaén)

RESUMEN

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Sabemos que las enfermedades crónicas requieren de tratamientos prolongados; pero no quiere decir que éste se deba mantener en el tiempo sin modificación alguna en virtud al curso de la enfermedad y calidad de vida del paciente. Un ejemplo sería el tratamiento antidiabético. Este se realiza por escalones terapéuticos, donde se incluye medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico. En los últimos años disponemos de un arsenal farmacológico bastante amplio, que permite ajustarse a diferentes tipos de pacientes en función de sus antecedentes personales, niveles glucémicos y de Hemoglobina glicosilada (HbA1c), del peso y su actividad física diaria, entre otros; por lo que es obligado individualizar el tratamiento antidiabético en función de las características de cada paciente.

Palabra clave

Hipoglucemia, sulfonilureas, anciano.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Mareo y visión borrosa.

Enfoque individual

Anamnesis

Mujer de 78 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como antecedentes personales presenta: diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde hace 20 años, hipertensión arterial (HTA), deterioro cognitivo leve y Parkinsonismo. En tratamiento con Glimepirida 4 mg/24h, Enalapril 10 mg/Hidroclorotiacida 12,5 mg/24h y Levodopa/Carbidopa. Viuda, vive sola. Tiene 3 hijos varones, uno de ellos vive en el mismo pueblo, es agricultor, casado y con 2 hijos adolescentes; los otros 2 viven en otra comunidad autónoma.

Acude a consulta de Atención Primaria (AP), junto a su nuera, refiriendo que desde hace unos 15 días se levanta con mareo tipo inestabilidad y visión borrosa, cediendo tras el desayuno. No presenta náuseas ni vómitos. No cefalea ni cervicalgia. No otalgia ni acúfenos. No dolor abdominal ni alteración del ritmo intestinal. Refiere que cuando le ocurre se toma la tensión, marcando valores entre 140-110/ 90-60 mmHg. La acompañante comenta que le está pasando desde que se salta comidas por olvidos, los cuales son cada vez más frecuentes; además está más apática de lo habitual.

Exploración física

Se realiza exploración por aparatos y sistemas. La exploración neurológica es normal; en cabeza y cuello se palpa contractura de trapecios bilateral; auscultación cardiorespiratoria con murmullo vesicular

conservado, latido cardiaco rítmico y sin soplos; abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de peritonismo; y miembros inferiores sin edemas.

En toma de constantes: tensión arterial 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca 75 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97% y glucemia capilar 150 mg/dl (había desayunado).

Pruebas complementarias

El médico de familia decide solicitar una analítica completa, con glucemia 85 mg/dl, HbA1c 7,2% y resto de resultados normales; y una radiografía cervical en la que se aprecian signos artrósicos.

Diagnóstico diferencial

En primera lugar se piensa en la hipoglucemia, dado a que la clínica desaparece en cuanto toma alimento hidrocarbonado. También debemos pensar en un cuadro vasovagal, ya que siempre se produce al levantarse de la cama, aunque éste no debería mantenerse en el tiempo. Y en problemas cervicales o del sistema vestibular.

Plan de acción y evolución

Plan de actuación

El médico de familia le da un glucómetro con tiras reactivas de glucosa para que se haga glucemia capilar cuando note los síntomas. A los pocos días acude con sus controles glucémicos, con valores comprendidos entre 50- 80 mg/dl. Teniendo en cuenta los valores hipoglucémicos (en un DM2 se considera hipoglucemia con valores <70 mg/dl) el médico decide cambiarle el tratamiento de la sulfonilurea pero la paciente se niega, refiriendo que lleva tiempo tomándolo y que le sienta bien (tuvo intolerancia con metformina y teme que un nuevo medicamento le dé de nuevo problemas). Pese a la insistencia y explicación de su MAP en cuanto a las ventajas de cambiar a un nuevo tratamiento con antidiabético oral (ADO) o insulina, la paciente no consiente la modificación. Entonces se decide cambiar la estrategia refiriéndole que no debe saltarse ninguna comida, incluyendo una justo antes de acostarse.

Evolución

La paciente no vuelve a consultar por mismo motivo ni acude por otro a lo largo de meses. En cambio si acude la nuera informando de deterioro cognitivo y físico progresivo de la paciente, hasta llegar a ser dependiente para las actividades de la vida diaria, tener vida cama- sillón y finalmente ser institucionalizada para respiro familiar. Continúa con mismo tratamiento farmacológico.

Una mañana, cuando el personal de la residencia acude para atenderla, la notan con desconexión del medio junto a fijación de la mirada y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo. Es llevada a urgencias ante la sospecha de accidente cerebrovascular (ACV). En la exploración no colabora, pero se aprecia mirada fija, sin desviación de comisura bucal, balbuceo con lenguaje incoherente y pérdida de fuerza total de miembro superior izquierdo y parcial de miembro inferior izquierdo. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad. Sorprende en la toma de constantes una glucemia capilar de 29 mg/dl.

Rápidamente se administra 30 g de glucosa i.v. en bolo y se deja suero glucosado al 5%. Tras éste presenta glucemia de 182 mg/dl, la paciente moviliza las 4 extremidades con total normalidad y el resto de exploración neurológica es normal.

Finalmente se decide retirar la sulfonilurea y no se administra ningún ADO; se deja a la paciente sin tratamiento antidiabético dado el riesgo de hipoglucemias debido a su limitación a la movilidad y escasa ingesta alimentaria (Tabla).

Tabla. Recomendaciones del manejo de hipoglucemias en pacientes con diabetes mellitus

- Prevención de la hipoglucemia a través de un equilibrio adecuado entre dosis farmacológica, ingesta y actividad física.
- Uso de Metformina como 1ª opción de la DM2 por el bajo riesgo de hipoglucemia. En caso de contraindicación o intolerancia, usar monoterapia con un fármaco oral con bajo riesgo de hipoglucemias.

- Evitar Sulfonilureas de acción prolongada (Clorpropramida o Glibenclamida) por su mayor riesgo de hipoglucemias.
- Reevaluación inmediata del régimen terapéutico en pacientes con hipoglucemias graves inadvertidas que estén en tratamiento con Sulfonilureas, y considerar el uso de otro fármaco sin riesgo de hipoglucemias.
- Uso de análogos de insulina basal para disminuir el riesgo de hipoglucemias, especialmente la nocturna.
- Realizar educación diabetológica, adaptada al paciente, necesario para prevenir y tratar la hipoglucemia eficazmente.
- Fijar objetivos de control glucémico menos agresivos (HbA1c >7-8%) en personas con DM que hayan sufrido hipoglucemias o cuando el riesgo de hipoglucemia es mayor.

Adaptado de: "Caballero-Corchuelo J. Efectos neurológicos de la hipoglucemia en el paciente diabético. Revista Neurología; 2016; 63: 262-268"

Conclusión

En los casos de pacientes diabéticos con mínima actividad física y reducción del aporte calórico, hay que replantearse la necesidad de mantener tratamiento antidiabético ante el riesgo de hipoglucemias. Esta paciente, por "motu proprio", decidió mantener su tratamiento pese a la recomendación de su MAP de cambiarlo a una medicación que se ajustara a su situación personal, llegando a dar lugar a un cuadro hipoglucémico grave que simuló un ACV cuando disminuyó su actividad física e ingesta alimentaria.

Las hipoglucemias son frecuentes en el anciano con DM, más vulnerables por su peor situación física, nutricional, cognitiva, de respuesta contrarreguladora y de capacidad de reacción. Además el tratamiento con sulfonilureas tiene el inconveniente de generar hipoglucemias con más frecuencia que otros ADO.

Con este caso se pretende llegar a la conclusión de que no se debe mantener un tratamiento crónico de forma permanente, hay que ir adaptándolo a las nuevas características del paciente.

Bibliografía

- ✓ Caballero-Corchuelo J. Efectos neurológicos de la hipoglucemia en el paciente diabético. Revista Neurología; 2016; 63: 262-268.
- ✓ Mezquita-Raya P. et al. Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Documento de posicionamiento: evaluación y manejo de la hipoglucemia en el paciente con diabetes mellitus. Endocrinol Nutr. (2013); 60 (9):517.e1-517.e18
- ✓ Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (Internet). Grupo de Trabajo de Diabetes. SAEDYN. Manual Práctico de Diabetes hospitalaria. Málaga: 2015. Disponible en: <http://dmhospitalaria.saedyn.es/block01.html>

22 ABORDAJE INTEGRAL EN PACIENTE INTERVENIDO DE CÁNCER LARÍNGEO HACE 27 AÑOS

Peláez Velez J¹, Navarro Ortiz M², Gaston Morata JL³

¹MIR de Medicina Familiar y comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

²MIR de Medicina Familiar y comunitaria. CS Salvador Caballero. Granada

³Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

RESUMEN

Varón de 79 años de edad, muy conocido en el entorno del centro de salud del Zaidin Sur. En este caso, y teniendo en cuenta las fases de la familia de la OMS modificada por Revilla, ésta, se encontraría en la fase V (contracción) del ciclo vital familiar, que va desde que el último hijo abandona el hogar (hace ya más de 30 años). Tiene tres hijas (sanas, y que viven cerca del paciente). Consultó por primera vez en 2014, por aparición de síntomas relacionados con un bultoma cervical de comienzo progresivo. Se realizó un abordaje integral en colaboración con varios servicios hospitalarios.

CASO COMPLETO

Motivo de Consulta

En 2014, el paciente acude por una tumoración mandibular derecha de 7-8 días de evolución, ligeramente dolorosa con relativo alivio con Metamizol. Con estudios recientes de TAC y PET-TAC que no evidencian enfermedad macroscópica neoplásica.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares: padre fallecido de cáncer laríngeo, gran fumador.

- Antecedentes personales: Ca laríngeo (1988, intervenido hasta en tres ocasiones).
- Polineuropatía sensitivo-motora.
- Sd. Sjogren.
- Hipotiroidismo.
- Aneurisma de Aorta Ascendente.
- Apendicectomizado, laminectomía lumbar.
- Polineuropatía sensitivo motora.

Enfermedad actual: Acude a consulta de atención primera por induración zona submandibular izquierda, dolorosa con la movilización, fija a planos profundos, dura y de 2-3 centímetros de longitud.

Exploración: Se evidencia induración de consistencia dura y ligeramente dolorosa a la palpación en zona parotídea e intensamente empastada en zona submandibular derecha (fue valorado hace tres semanas en ORL por sus antecedentes de ca. laríngeo sin que se consigne en la historia del hospital tal induración.) No se aprecia nada destacable en la exploración ORL (faringe levemente hiperémica, no placas pultáceas, no abombamientos, no desplazamiento uvular). Ha precisado dilatación esofágica en varias ocasiones por digestivo por disfagias intermitentes.

Ante la sospecha de flemón de suelo de la boca en fase evolutiva y a pesar de estar afebril, se decide derivar a urgencias hospitalarias para valoración. Fue valorado en ORL donde se atribuyó dicho empastamiento cervical a radioterapia recibida hace 27 años.

Un mes más tarde, paciente acudió de nuevo a consulta, por persistencia de la induración submandibular, con aumento de los síntomas incluso dificultándole la deglución. Se le recomendó acudir de nuevo a ORL pero paciente rechazó sugerencia y acudió a urgencias

Acudió en varias ocasiones más consultado por mismo motivo. Se realizó PET-TAC en octubre de 2015 donde se evidenció foco hipermetabólico en laringe que no permite descartar patología neoplásica. A partir de entonces se realizó control evolutivo, con pruebas de imagen programadas.

Incremento metabólico en foco faringo-laringo paramedial izquierdo. Adenopatía lateral izquierda a la lesión con SUV de 2.11. Se recomienda confirmación histológica. Dos adenopatías mediastínicas pretraqueales.

Resultado de la AP (2016): ca. Epidermoide (la existencia de cambios displásicos en el epitelio de revestimiento no nos permite identificar si se trata de un carcinoma epidermoide primario esofágico o de una infiltración por su carcinoma laríngeo).

En agosto se presenta en sesión ORL donde se decide valoración de RT paliativa local, previa colocación de PEG e inclusión en UCP.

Tras buena tolerancia al tratamiento RT, paciente acude a consulta por dolorimiento en pala iliaca izquierda de larga data, que se ha acentuado en los últimos meses. Se alivia con pregabalina y dexketoprofeno. Se contacta con paliativos

Se plantea infusor subcutáneo para 5 días con morfina 80 buscapina 20 y midazolam 45. Se dejan rescates y se instruye a la familia cómo y cuándo usarlos. El paciente fallece en su domicilio en noviembre de 2016.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial).

El paciente estuvo arropado en todo momento por un núcleo familiar fuerte y un nutrido grupo de amigos. Sus tres hijas lo visitaban con frecuencia. En todo momento, el paciente fue consciente de su enfermedad, más aún cuando uno de sus nueros falleció de neoplasia pulmonar hace unos años. Aun así, esto no fue impedimento para realizar las actividades cotidianas y de ocio (era un hombre muy activo).

Como diagnóstico diferencial se planteó problema esofágico en primer lugar. Tras pruebas posteriores de imagen y estudio histológico, fue imposible determinar si se trataba de recidiva o de nueva neoplasia

Plan de acción y evolución

Desde Atención Primaria, dado los antecedentes del paciente, se trató de filiar lo más pronto posible el origen de dicha induración.

Tras varias derivaciones fallidas, se llegó a su prueba de imagen de control correspondiente, que evidenció captación metabólica a nivel laríngeo. El crecimiento de la masa fue excéntrico y atípico, lo que dificultó su diagnóstico.

Tras filiación histológica y posterior tratamiento RT, se colaboró con cuidados paliativos y oncología, mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, hasta el fallecimiento del paciente

Conclusiones

Nos encontramos ante un buen ejemplo de colaboración entre diversas especialidades, necesaria dada la atipicidad en la presentación de la neoplasia. Se trabajó en equipo y se valoró en conjunto y en distintos niveles asistenciales el tratamiento para el paciente.

23 ABORDAJE E INTERVENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTE CON DISNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lendínez Durán I¹, Zafra Iglesias L¹, Vico Ramírez F²

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Mancha Real. Jaén

²Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de Mancha Real. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea y cansancio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 67 años que acude por presentar empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos desde hace varios meses. No ortopnea ni edemas en MMII. Exploración con leve hepatomegalia. Hemograma, perfil tiroideo y bioquímica general normal. ECG: FA controlada. Radiografía de tórax normal. Antecedentes de prótesis aórtica y mitral secundarias a endocarditis por Fiebre Q, bloqueo completo rama izquierda, fibrilación auricular, enfermedad de Lyme.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia nuclear normofuncionante en fase IV del ciclo vital (fase de contracción), APGAR 9. JC: Insuficiencia cardíaca (ICC). D.diferencial: Origen cardíaco, pulmonar o sistémico.

Plan de acción y evolución

La paciente ha estado, durante años, en seguimiento conjunto por Cardiología y Atención Primaria controlando su patología. A pesar del tratamiento ha ido empeorando clínicamente hasta presentar clase funcional III NYHA por lo que fue remitida de nuevo a consultas de Cardiología. El ecocardiograma evidencia disfunción severa de ventrículo izdo y se decidió colocación de DAI para prevención de muerte súbita y tratamiento de ICC.

Conclusiones

Importancia del papel del médico de familia en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con ICC dado que, con un buen abordaje terapéutico, podemos mejorar su calidad de vida hasta etapas avanzadas de esta patología.

Palabras clave

Primary Care, Heart Failure, Prosthesis.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

El caso clínico se desarrolla en un ámbito mixto puesto que participan tanto Atención Primaria como Atención Hospitalaria. Se trata de una mujer de 67 años que acude a consulta por presentar sensación de disnea y cansancio de varios meses de evolución.

Enfoque individual

La paciente es una mujer de 67 años que acude a consulta por presentar sensación disneica de varios meses de evolución junto con astenia y pesadez en miembros inferiores. No refiere dolor torácico ni de otra localización, no sudoración, fiebre, náuseas ni vómitos. Comenta que tiene dificultad para conciliar

el sueño debido a esa sensación de falta de aire y que para solucionarlo ha utilizado otra almohada para dormir. Refiere que ha ganado peso en los últimos meses (7kg) y empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos.

Como antecedentes personales la paciente presenta: Fiebre reumática, endocarditis por fiebre Q, en 1973 colocación de prótesis aórtica mecánica que tuvo que sustituir en 1983 por endocarditis por fiebre Q, en 1995 se realizó una nueva sustitución de prótesis aórtica por disfunción e implante de prótesis mitral, bloqueo completo de rama izquierda (BRI), fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta, enfermedad de Lyme por picadura de garrapata, colecistectomizada, dislipemia y esteatosis hepática (figura 1). Intolerancia a Moxifloxacino.

Figura 1. Patobiografía

Año	Patología
1968	Fiebre reumática con afectación valvular.
1973	Prótesis aórtica mecánica.
1983	Sustitución de prótesis aórtica por endocarditis por fiebre Q.
1990	Enfermedad de Lyme
1995	Sustitución de prótesis aórtica por disfunción e implantación de prótesis mitral.
1999	Fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta.
2000	Colecistectomía
2014	Ecocardiograma con disfunción ventricular y FEVI disminuída (34%)
2016	Angor estable
Enero 2017	Colocación de desfibrilador automático implantable junto a terapia de resincronización cardíaca (DAI + TRC)
Marzo 2017	Ablación nódulo auriculo-ventricular.

En consulta, y tras realizar anamnesis completa, la exploración reveló que la paciente presentaba buen estado general, eupneica en reposo, aunque no tolera decúbito, auscultación cardiorrespiratoria con tonos arrítmicos a 65lpm, sonido de prótesis metálica normofuncionante y crepitantes en ambas bases, abdomen blando y depresible con hepatomegalia de un través de dedo, no ingurgitación yugular y edemas en miembros inferiores (MMII) ++/+++. TA 120/60 mmHg. Para decidir el nivel de limitación de su patología se utilizó la clasificación funcional NYHA que determinó una clase funcional II con un grado de disnea II según la escala MHC, por lo que la paciente presenta disnea que le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano y ligera limitación de la actividad física, presentando fatiga, disnea o palpaciones con la actividad ordinaria.

Se solicitó un electrocardiograma, analítica con hemograma y hormonas tiroideas y radiografía de tórax, siendo lo más destacado un bloqueo de rama izquierda avanzado ya conocido en esta paciente. En tratamiento con Bisoprolol, Sintrom, Enalapril, Atorvastatina y Furosemida 40mg/día¹. Se aumentó dosis de Furosemida y se pautó Espironolactona 25mg. Dimos cita en 7 días para evaluación de clínica de la paciente.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

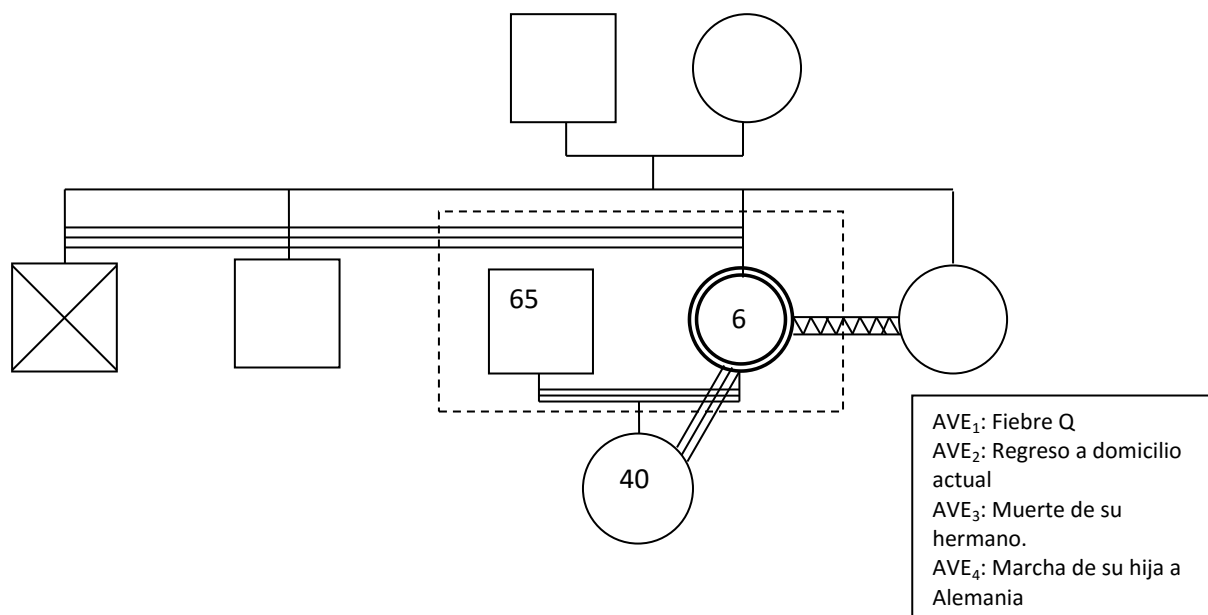
No presenta antecedentes familiares de interés, padres fallecidos hace unos años sin patología de importancia.

Pertenece a una familia nuclear (formada por ambos progenitores y la hija de ambos), normofuncionante, en fase V del ciclo vital (fase final de la contracción, donde la pareja vuelve a estar sola), con un test de APGAR con resultado 9 puntos 2,3. Está casada, con una hija que actualmente no convive en el núcleo familiar (figura 2).

La paciente acepta muy bien su enfermedad dado que ha convivido con diferentes patologías de origen cardíaco desde que era muy joven, motivo por el cual fue rechazada en su pueblo natal y causó su marcha posterior. Refiere que cuando se encuentra más descompensada se pone con ánimo triste y

llanto fácil. Su marido ha aceptado con entereza la patología de su mujer y la apoya en todo lo necesario.

Figura 2. Genograma de la paciente



La paciente forma parte de nuestro cupo desde que se mudó a la localidad donde actualmente reside (previa residencia en otra comunidad), en consulta se ha establecido una buena relación médico-paciente puesto que hemos establecido un seguimiento y control desde que consultó por primera vez, citándola con asiduidad y observando la aparición de cualquier signo o síntoma que nos pueda indicar descompensación de su patología.

Según el proceso de toma de decisión según las etapas propuestas por Riegelman (4) nos hemos planteado como diagnósticos diferenciales los siguientes: causas de origen cardíaco (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica), pulmonar (tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax) o sistémico (anemia, insuficiencia renal). Finalmente, dicho episodio corresponde a una descompensación de su insuficiencia cardíaca.

Plan de acción y evolución

La paciente ha estado, durante años, en seguimiento conjunto por Cardiología y Atención Primaria controlando su clínica con medicación oral no requiriendo por el momento ingreso hospitalario por descompensación importante. A pesar del tratamiento ha ido empeorando clínicamente, con el paso de los años, hasta presentar clase funcional III NYHA con práctica intolerancia al ejercicio (incluso andar en llano).

Dado su empeoramiento clínico la paciente fue remitida de nuevo a consultas de Cardiología donde el ecocardiograma evidenció disfunción severa biventricular con probabilidad intermedia de hipertensión pulmonar y detrimento de la función sistólica del VI respecto a los últimos ecocardiogramas, por lo que la paciente es citada periódicamente en consulta y por parte de la unidad de Insuficiencia Cardíaca para seguimiento clínico estrecho ante el riesgo de descompensación.

Desde la unidad de Insuficiencia Cardíaca se intentó tratamiento con Sacubitril/Valsartan¹ que no toleró por prurito generalizado. Ha sido valorada por la unidad de arritmias donde se propuso colocación de desfibrilador automático implantable junto a terapia de resincronización cardíaca (DAI + TRC) por BRI

avanzado para prevención primaria de MSC y tratamiento de ICC1. La paciente responde bien al dispositivo encontrándose actualmente estable clínicamente.

Conclusiones

En todo paciente que acuda a consulta, más con patologías complejas, hay que realizar un abordaje integral de su patología puesto que el enfoque bio-psico-social es clave para comprender su forma de vivir la patología, mejorar la relación médico-paciente y conseguir remisión del cuadro o mejor control del mismo.

El valor de este caso reside en la importancia del papel del médico de familia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento estrecho de pacientes con ICC dado que, con un buen abordaje terapéutico, se puede mejorar considerablemente su calidad de vida hasta etapas muy avanzadas de esta patología.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(12):1167.e1-e85
2. De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gabias (Granada): Adhara; 2005.
3. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014
4. Riegelman RK. Minimizing medical mistakes: The art of medical decision making. Boston: Little Brown and Co; 1991.
5. De la Revilla, L., & Fleitas, L. (2007). Usos, construcción e interpretación del genograma. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 14, 19-36.

24 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Cotofana RI¹, Ruiz Gómez A², Guerrero Feria B³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

²Médico de Familia. Tutor de residentes. CS Isla Chica. Huelva

³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleon. Huelva

RESUMEN

Motivo de consulta

Revisión en una paciente tras ingreso hospitalario por Fracaso renal agudo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 69 años con antecedentes personales hipertensión. Diabetes Mellitus. Hipotiroidismo. Trastorno depresivo crónico. Actividades básicas diarias: I. Barthel 75, I. Katz: H. Actividades instrumentales diarias: I Lawton y Brody: 2. Función cognitiva: TIN 64. Pfeiffer 6. T. Lobo: 21.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Cuidador principal su marido. Dos hijos. Vivienda adecuada a las necesidades de la paciente, barrera arquitectónica 2 escalones para llegar al salón. No sale de domicilio, pero recibe visitas. Apoyo familiar y vecinal.

Lista de problemas: depresión, pluripatología, plurifarmacia, deterioro cognitivo, riesgo de caídas, inmovilidad, incontinencia urinaria, insomnio, escaso apoyo familiar (cuidador frágil).

Plan de acción y evolución

Plan de cuidados: ejercicios de memoria, trabajos manuales, mantener relaciones sociales. Evitar caídas: restringir uso de psicofarmacos, eliminar barreras arquitectónicas, estimular la movilidad para evitar atrofia muscular, usar pañales para evitar que se levante durante la noche. Evitar dormir durante el día. Solicitar servicio de ayuda a domicilio y apoyo al cuidador.

Conclusiones

La valoración geriátrica integral debe ser un instrumento que utilizemos para detectar problemas de salud ocultos, en personas mayores estableciendo un plan de actuación con medidas correctoras, revisando de forma continua para comprobar la efectividad de dichas medidas.

Palabras clave

Geriatrics, Polypharmacy, Accidental Falls.

CASO COMPLETO

El caso clínico se desarrolló en el ámbito de Atención Primaria en un Centro de Salud rural. Se trata de una revisión tras ingreso hospitalario por fracaso renal agudo en una mujer de 69 años pluripatológica y plurimedica. Desde el alta la paciente ha presentado un empeoramiento progresivo de su estado general y deterioro cognitivo, actualmente encontrándose prácticamente encamada.

Enfoque individual

La paciente presenta como antecedentes personales hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, dislipemia, hipotiroidismo, osteoporosis y trastorno depresivo crónico e intolerancia a Cloperastina, Diazepam, Enalapril, Amitriptilina. Esta en tratamiento domiciliario con Omeprazol 20mg/24h, Propranolol 40mg 1/2cp/8h, Losartan 12.5mg/24h, Levotiroxina 75mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Levetiracetam

1500mg/12h, Venlafaxina 150mg/24h, Clonazepam 2mg/8h, Lorazepam 1mg/24h, Tramadol 50mg/12h, Paracetamol 1g/8h.

Ingresa en Medicina Interna con alta el 3.11.2016 por Fracaso renal agudo (creatinina 6,84 en analítica de control como hallazgo causal), con diagnóstico al alta de Insuficiencia renal aguda de origen prerrenal principalmente con componente añadido de necrosis tubular aguda, síndrome confusional agudo autolimitado, crisis convulsiva generalizada.

Aunque previamente al ingreso tenía una vida limitada por el trastorno depresivo de larga evolución, consulta su esposo, que también es cuidador principal, porque desde el alta presenta mayor deterioro de su estado general, esta muy decaída y comenta que pasa todo el día en la cama.

Se decide realizar una valoración integral de la paciente en su domicilio y se evalúan los siguientes puntos:

1. Valoración social: vive con su marido que es el cuidador principal. Tienen dos hijos (la hija vive en el mismo pueblo y el hijo vive en Huelva). Vivienda adecuada a las necesidades de la paciente, presenta como única barrera arquitectónica 2 escalones para llegar al salón que aconsejamos modificar para evitar las caídas. No sale de domicilio, pero recibe visitas. Escaso apoyo familiar (cuidador frágil).
2. Actividad básica de la vida diaria: se realizan el índice de Barthel con una puntuación de 75 y el índice Katz: H (incontinencia parcial de la micción; necesita ayuda para la deambulación).
3. Actividad instrumental de la vida diaria: índice Lawton y Brody: 2 (dependencia casi completa para las actividades instrumentales).
4. Función cognitiva: según el Test del informador (TIN) presenta una puntuación de 64 (probable deterioro cognitivo). Pfeiffer 6 (deterioro cognitivo moderado). T. Lobo: 21 (deterioro cognitivo leve).
5. Función afectiva: Trastorno Depresivo en seguimiento por USM.

Se realiza posteriormente la siguiente lista de problemas:

- Trastorno depresivo
- Pluripatología
- Plurifarmacia
- Deterioro cognitivo
- Riesgo de caídas
- Inmovilidad parcial
- Incontinencia urinaria
- Insomnio
- Escaso apoyo familiar (cuidador frágil)

Plan de acción y evolución

- Seguir con su tratamiento antidepresivo y revisiones en USM.
- Control de factores de riesgo cardiovascular tanto por enfermería como por MAP.
- Valorar ajuste de tratamiento y restringir uso de benzodiazepinas.
- Ejercicios de memoria, hacer trabajos manuales, mantener relaciones sociales, pendiente de valoración de deterioro cognitivo por Neurología.
- Evitar caídas: restringir uso de psicofármacos, intentar eliminar barreras arquitectónicas, estimular la movilidad para evitar atrofia muscular, uso de pañales o chata para evitar que se levante durante la noche.
- Evitar dormir durante el día, tener actividad diurna.
- Solicitar servicio de ayuda a domicilio y Teleasistencia en colaboración con el trabajador social, apoyo al cuidador, hacer señalamiento a sus familiares con respeto a las necesidades actuales de la paciente y de su cuidador.

Conclusiones

La valoración geriátrica integral debe ser un instrumento que utilicemos para detectar problemas de salud ocultos en personas mayores. En base a los problemas detectados establecemos un plan de actuación con medidas correctoras, que debe ser revisando de forma continua para comprobar la efectividad de dichas medidas.

Debemos hacer de la valoración geriátrica integral una práctica habitual y así detectar problemas prevalentes como el deterioro cognitivo, trastornos depresivos, prevención y abordaje de caídas y síndrome postcaída.

Otro aspecto importante es reconocer la importancia del cuidador/a y atender sus necesidades también.

25 ABORDAJE DE UNA MUJER DE 52 AÑOS CON FIEBRE Y BOCIO

Lendínez Sánchez S¹, Mercado Fernández F²

¹MIR Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta De Madrid. Andújar (Jaén)

²Médico de Familia. CS Puerta De Madrid. Andújar (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor en región paratiroidea y fiebre vespertina.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 52 años, sana, con fiebre de hasta 38.3º desde hace un mes. Refiere dolor en región paratiroidea bilateral con sensación de masa en cara anterior del cuello. Exploración física: Normal con dolor a la palpación de bocio en cara anterior de cuello, más doloroso en lado izquierdo.

Pruebas complementarias:

- Ecografía de cuello: Tiroides con aumento de tamaño de forma difusa e hipocogénico.
- Gammagrafía tiroidea: Ausencia casi completa de captación. Compatible con tiroiditis subaguda.
- PAAF guiada por eco: tiroiditis subaguda de Quervain.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia nuclear en la etapa IV normofuncional.

Fue derivada a la consulta de endocrinología por la no mejoría con AINEs y mucolíticos. Diagnóstico: Tiroiditis subaguda de Quervain.

Diagnóstico diferencial: Tiroiditis subaguda de Quervain. Enfermedad de Graves. Tiroiditis silente. Cuadro catarral.

Plan de acción y evolución

Tratamiento: Indometacina y corticoides.

Actualmente se encuentra en fase de descenso de dosis corticoidea, con mejoría clínica.

Conclusiones

Es importante el seguimiento en esta paciente desde Atención Primaria por la posible evolución tanto a hiper como hipotiroidismo. Necesitando así tratamiento tiroideo si fuera preciso.

Palabras clave

Thyroiditis, Goiter, Thyroiditis Autoimmune.

CASO COMPLETO

Resumen

Se inicia el estudio de una mujer de 52 años con fiebre desde hace un mes de tipo vespertina y dolor en región paratiroidea bilateral.

Se decide el estudio del caso detectado en consultas a demanda por no ser un proceso muy frecuente (2.9% de los casos de enfermedad tiroidea, aunque sí constituye la principal causa de dolor tiroideo). Además de por la importancia de prever una posible evolución hacia hiper e hipotiroidismos en un futuro próximo tras el tratamiento.

Caso clínico

Paciente femenina de 52 años con fiebre de hasta 38.3º desde hace un mes de tipo vespertina acompañada de escalofríos. Dolor en región paratiroidea bilateral, más acusado en zona izquierda. Refiere notar sensación de masa en la cara anterior del cuello, con dolor a la palpación. Comenta también la presencia de esputos amarillentos desde hace una semana, sin dolor torácico ni disnea. Niega anorexia y pérdida de peso.

Antecedentes personales

Sin enfermedades ni alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de tres cigarrillos/ día. Sin otros hábitos tóxicos. Apendicectomía en 1980.

No se conocen otros factores de riesgo. La paciente sigue cribado de carcinoma de cérvix y mama, sin alteraciones hasta la actualidad. Trabaja como celadora en el hospital.

En la figura 1 se puede observar el genograma familiar de la paciente. Siguiendo un orden y metodología en su lectura, se puede comprobar que se trata de una familia nuclear con parientes próximos. Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla (tabla 1), se encuentra en la etapa IV o Contracción. Para evaluar la función familiar se utilizó el test de Apgar familiar, con una puntuación de nueve puntos, lo que corresponde a una familia normofuncional.

Su madre tiene 85 años, está muy unida a ella proporcionándole apoyo afectivo. Como acontecimientos vitales estresantes en su vida (según la escala de Holmes y Rahe, tabla 2), destacan el fallecimiento de su padre el pasado año por cáncer de páncreas, el diagnóstico reciente de la enfermedad de Alzheimer de su madre y el abandono del hogar por motivos laborales de su primogénito.

Figura 1. Genograma familiar.

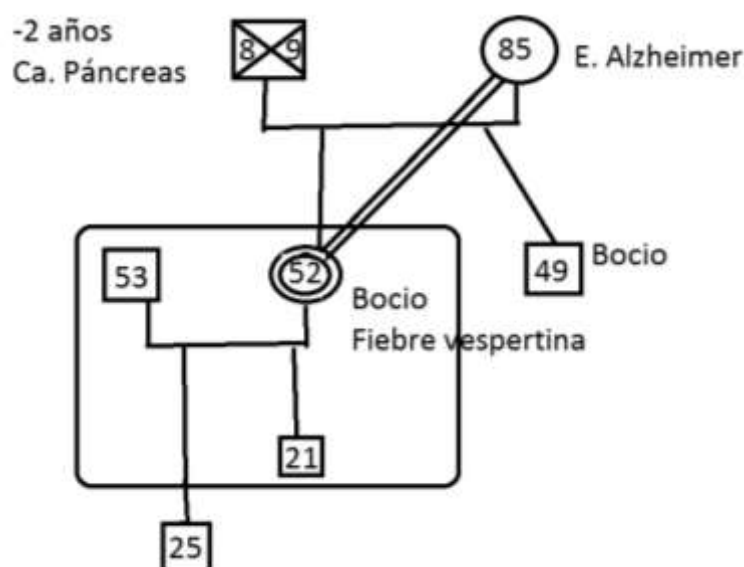


Tabla 1. Ciclo vital familiar según la OMS.

I. Formación	Desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo
II. A. Extensión (preescolares y escolares)	Desde el nacimiento del 1er hijo hasta que el primero cumple 11 años
II. B. Extensión (adolescentes)	Desde que el 1er hijo cumple 11 años hasta que nace el último
III. Fin de extensión	Desde el nacimiento del último hijo hasta que el primero abandona el hogar
IV. Contracción	Desde que el 1er hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último
V. Fin de la contracción	Desde que el último hijo abandona el hogar, hasta la muerte de un cónyuge
VI. Disolución	Desde la muerte de un cónyuge, hasta la muerte del otro

Tabla 2. Acontecimientos vitales estresantes según la escala de Holmes y Rahe.

1. Muerte del cónyuge:	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:
2. Divorcio:	24. Hijo o hija que deja el hogar:
3. Separación matrimonial:	25. Problemas legales:
4. Encarcelación:	26. Logro personal notable:
5. Muerte de un familiar cercano:	27. La esposa comienza o deja de trabajar:
6. Lesión o enfermedad personal:	28. Comienzo o fin de la escolaridad:
7. Matrimonio:	29. Cambio en las condiciones de vida:
8. Despido del trabajo:	30. Revisión de hábitos personales:
9. Desempleo:	31. Problemas con el jefe:
10. Reconciliación matrimonial:	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:
11. Jubilación:	33. Cambio de residencia:
12. Cambio de salud de un miembro de familia:	34. Cambio de colegio:
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	35. Cambio de actividades de ocio:
14. Embarazo:	36. Cambio de actividad religiosa:
15. Dificultades o problemas sexuales:	37. Cambio de actividades sociales:
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	38. Cambio de hábito de dormir:
17. Reajuste de negocio:	39. Cambio en el número de reuniones familiares:
18. Cambio de situación económica:	40. Cambio de hábitos alimentarios:
19. Muerte de un amigo íntimo:	41. Vacaciones:
20. Cambio en el tipo de trabajo:	42. Navidades:
21. Mala relación con el cónyuge:	43. Leves transgresiones de la ley:
22. Juicio por crédito o hipoteca:	

Antecedentes familiares

Hermano pequeño con cuadro clínico similar desde hace dos semanas, pendiente de valoración por Médico de Atención Primaria. Padre fallecido por carcinoma de páncreas. Madre con Alzheimer. Sin otros antecedentes de bocio ni otros relevantes.

Seguimiento

En sus visitas al centro de salud, se le realizó una exploración completa por aparatos y sistemas. Destaca la palpación de bocio doloroso en cara anterior del cuello, más acusado en lado izdo. Sin adenopatías dolorosas. Faringe algo hiperémica, con restos de moco en cavum.

Como parte del plan de actuación, se solicitó hemograma y analítica completa, los cuales fueron normales, hormonas tiroideas normales, anticuerpos antitiroglobulina positivos y PCR elevada. Radiografía de tórax normal. Ante la clínica y los valores alterados en las analíticas, se solicitó una ecografía de cuello. Se pautó tratamiento con metamizol y acetilcisteína a la espera de resultados.

En la ecografía de cuello se visualizó una imagen hipoecogénica mal delimitada de 2cm con leve vascularización interna, lo que pudiera sugerir una tiroiditis (posiblemente subaguda granulomatosa). Dados los resultados, se derivó a las consultas de endocrinología para seguimiento radiológico y analítico. Un mes después se repitió la ecografía de cuello visualizándose imágenes pseudonodulares dispersas, correspondiente a enfermedad tiroidea difusa (probable tiroiditis), con progresión de los cambios respecto a ecografía previa.

A continuación se solicitó una gammagrafía tiroidea donde se visualizó una ausencia casi completa de captación del radiofármaco compatible con la sospecha diagnóstica de tiroiditis subaguda.

La Punción Aspiración con Aguja Fina realizada mostró hallazgos muy sugerentes de tiroiditis subaguda de Quervain, aunque el material obtenido era escaso. El resto de pruebas solicitadas como hemocultivos y serologías fueron normales.

Desde endocrinología se pautó tratamiento con indometacina 25mg/ 8h, con diagnóstico de tiroiditis subaguda de Quervein. La evolución fue tórpida, con evolución hacia hipertiroidismo y con mala respuesta a AINEs. Dado que ha seguido tratamiento con indometacina con escasa respuesta se prescribió desde endocrinología pauta de corticoides: prednisona 30mg durante 10 días, con posterior pauta descendente.

Evolución

Actualmente la paciente se encuentra en fase de descenso de dosis corticoidea, con mejoría clínica. Afebril y sin dolor. Pendiente de analíticas de control por parte de su médico de Atención Primaria para control evolutivo del eutiroidismo con posible progresión a hipotiroidismo.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia del seguimiento de los pacientes, en este en concreto por la posible evolución tanto a hiper como hipotiroidismo.

Desde el punto de vista práctico en Atención Primaria es interesante el seguimiento de la paciente para valora las alteraciones futuras de las hormonas tiroideas, así como detectar precozmente tanto hiper como hipotiroidismos secundarios.

Es básica la escucha activa de los datos objetivos y subjetivos que cuente el paciente. Hacerlo partícipe de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Tener presente sus opiniones y expectativas.

El entorno socio- familiar juegan un papel fundamental. La relación con la familia por parte del médico de Atención Primaria debe de ser buena, pueden servir de apoyo a la paciente. Se tienen también en cuenta a la hora de pactar el tratamiento, negociaciones de planes de actuación y tomas de decisiones futuras. No hay que olvidar el impacto que puede estar ejerciendo la enfermedad sobre la misma y tener en cuenta sus peticiones y preocupaciones.

Adecuada y responsable petición de pruebas complementarias. Teniendo en cuenta los riesgos-beneficios de las mismas.

26 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO, CONSULTAS REPETIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR AUMENTO DE DISNEA Y ANGOR

Rodríguez Vázquez A¹, Codina Lanaspá A², Hurtado Ganoza A³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

²Médico De Familia. Tutora De Residentes. CS La Candelaria. Sevilla

³MIR. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea y angor.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

AP: exfumador con CAT 18 paq/año. Ex ADVI. Bebedor 80 gr etanol/día. Infección crónica VHC y pasada por VHB. Intervenido de cataratas. Pendiente de inclusión en Trasplante Pulmonar por EPOC grado D.

Anamnesis: BEG, COC. BHYP. Disneico a la movilización. Sat 95 % con GN 2lpm. Hemodinámicamente estable.

Exploración: ACR con tonos rítmicos taquicárdicos. MV disminuido. Abdomen con circulación colateral. MMII con edemas con fóvea.

Pruebas complementarias: estudio analítico con leucocitosis como único hallazgo. Enzimas cardíacas seriadas normales. ECG en ritmo sinusal taquicárdico.

Rx tórax con patrón enfisematoso sin condensaciones.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: dolor torácico anginoso y disnea en paciente con EPOC grado D.

Diagnóstico diferencial: angor inestable, EPOC agudizado, TEP.

Plan de acción y evolución

Durante su ingreso se realiza interconsultas con:

Cardiología:

- Ecocardiografía TT: Estenosis aórtica. Insuficiencia tricúspide trivial.
- Coronariografía: normal.
- A valorar sustitución valvular aórtica transapical (TAVI).

Neumología: Índices de comorbilidades y supervivencia (Charlson y COTE). Valorar inclusión para Trasplante.

Al alta: mismo tratamiento previo al ingreso y TAVI.

Conclusiones

El paciente no mostraba signos clásicos en la exploración física, ECG, ni radiológicos de la estenosis aórtica. La normalidad de la ecocardiografía previa hizo excluir en el D/D posible valvulopatía. Destacar importancia y complejidad del enfoque multidisciplinario.

Palabras clave

Dyspnea. Angina pectoris. Chronic obstructive pulmonary disease.

CASO COMPLETO

Resumen

El caso clínico se desarrolló entre Atención primaria, Urgencias y Medicina Interna, con la posterior intervención de Cardiología y Neumología. Se trata de un varón de 59 años, soltero, sin hijos, vive solo. Vida limitada por disnea y uso de oxigenoterapia crónica domiciliaria más de 18 horas diarias. Como antecedentes personales destacan ser ex adicto a drogas vía parenteral, ex fumador y ex bebedor, síndrome ansioso e infección crónica por virus hepatitis C. En proceso de inclusión para trasplante pulmonar por presentar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) grado D de la Gold. En los últimos meses, mal control de la disnea junto con episodios de angina que motiva visitas frecuentes a su médico de familia, siendo derivado a Urgencias y desde aquí es ingresado en Medicina Interna, donde se diagnostica una estenosis aórtica severa no evidenciada en la ecocardiografía del año anterior. Dado comorbilidades, se reducen las alternativas para reparación de la estenosis aórtica, lo que además reduce la probabilidad de supervivencia y con ello el ser candidato a trasplante pulmonar.

Caso clínico

Paciente que acude en los últimos meses en repetidas ocasiones a consultas de Atención primaria y a Urgencias por disnea, angina y aumento de edemas en miembros inferiores.

Presentaba como antecedentes personales de interés: exfumador desde hace un año con CAT de 18 paquetes/año. Exfumador de cannabis. Bebedor de dos cervezas al día. Ex adicto a drogas vía parenteral Infección crónica por VHC. Marcadores de infección pasada por VHB. Intervenido de cataratas. Síndrome ansioso. Pendiente de evaluarse para Trasplante de Pulmón por EPOC estadio IV de GOLD. Calidad de vida limitada por la disnea. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Sin antecedentes familiares de interés.

En tratamiento domiciliario con oxigenoterapia con concentrador a 1.5 lpm durante 18 horas diarias e inhaladores. Clorzepato Dipotásico 15mg/24 h. Azitromicina 500 mg, un comprimido los lunes, miércoles y viernes.

Acude a urgencias por aumento de su disnea basal de horas de evolución hasta hacerse de reposo, con uso de musculatura accesoria y edemas en miembros inferiores. Además, disminución de diuresis y angor inestable. Sin tos, expectoración, ni fiebre en días previos.

A la exploración; buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo, tolerando el decúbito. Saturación 95 % con Gafas nasales 2lpm. Disneico a la movilización. Hemodinamicamente estable con una TA de 117/84 mmHg y FC 100 lm.

ACR: tonos rítmicos taquicárdicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular disminuido, sin crepitantes ni sibilantes.

Abdomen blando y globuloso no doloroso a la palpación, circulación colateral. No ascitis ni signos de peritonismo.

Miembros inferiores con edemas que dejan fóvea en pies y sin fóveas hasta rodillas. No signos de Trombosis venosa profunda.

Nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Angor inestable.
- EPOC reagudizado.
- Tromboembolismo pulmonar.

Resultados de pruebas complementarias:

Bioquímica: función renal normal, iones en rango de normalidad. Fermentos cardíacos normales.

Hemograma: leucocitosis 10000 (PMN 89%). Hb 19 g/l. Coagulación normal.

Radiografía de tórax: patrón enfisematoso sin condensaciones. (Imagen 1)

EKG: ritmo sinusal con taquicardia a 115 lpm. Eje a 0 grados. PR normal. QRS estrecho. Sin elevación del ST. Sin alteraciones en la conducción, la repolarización o datos de isquemia aguda.

Juicio clínico: dolor torácico anginoso y disnea en paciente con EPOC grado D a descartar: angor inestable, EPOC agudizado.

Imagen 1. Radiografía PA: EPOC Grado IV



En cuanto a la toma de decisiones, el paciente ingresó en Medicina Interna. Se valoró la seguridad de las intervenciones que se pretendían realizar: nueva ecocardiografía transtorácica. (Previa año antes). En función de resultados, se valoraría ecocardiograma de estrés y coronariografía.

Durante su evolución el paciente no presentó complicaciones. En tratamiento con oxigenoterapia, inhaladores de LABA y LAMA, Corticoides orales pautados, diuréticos IV, anticoagulación a dosis profilácticas, aas, benzodiacepina y metadona.

La ecocardiografía transtorácica mostró válvula aórtica severamente calcificada, con escasa apertura. Insuficiencia tricúspide trivial. No datos de hipertensión portal. Dado este hallazgo, no se realizó ecocardiograma de estrés.

Nuevo Juicio clínico: angina secundaria a estenosis aórtica severa.

Se contacta con cardiología y neumología para abordar con ellos el plan de actuación. Se programa coronariografía.

Neumología calculó dos índices de comorbilidades que daban probabilidad de supervivencia a largo plazo. Según Índice Charlson, la probabilidad de supervivencia a los 10 años era de 21.36%. Si se resolvía el problema cardiológico, esta probabilidad se elevaba a 53.39%. Según índice COTE, la comorbilidad del paciente estaba por debajo del punto de corte, lo que sugería un aumento significativo de la mortalidad a los 4 años.

La coronariografía mostró arterias coronarias angiográficamente normales. Eje ileofemoral sin lesiones. Diámetro de arteria femoral común de 7 mm. Estos resultados permitieron la sustitución valvular aórtica transapical (TAVI) tras alta.

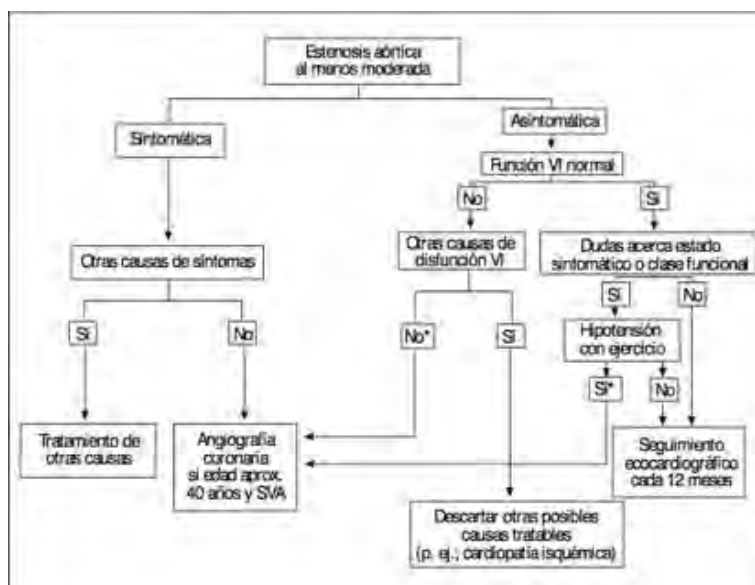
Conclusiones y comentarios

Destacar la importancia de saber las indicaciones de las pruebas solicitadas, valorando riesgo-beneficio, los recursos económicos y si los resultados van a modificar las decisiones a tomar.

Tras el nuevo diagnóstico, que no se planteó entre los diagnósticos diferenciales dada normalidad de la ecocardiografía del año previo, fue importante comprender la situación del paciente. Hubo que explicar de forma clara y comprensible todos sus síntomas y limitaciones terapéuticas. El paciente estaba preocupado porque tenía cada vez menos posibilidades de ser incorporado en lista de trasplante, acortándose su pronóstico de vida y empeorando su calidad de la misma.

Entró en juego un abordaje multidisciplinario que aumentó la complejidad en cuanto a la toma de decisiones. (Imagen 2)

Imagen 2. Algoritmo de actuación.



El paciente solicitó información sobre la técnica quirúrgica para reparar la estenosis aórtica y del estado del proceso para inclusión en trasplante. Fue clave la toma de decisiones compartidas, buscando acuerdos sobre la calidad y pronóstico de vida del paciente así como de la estrategia a seguir y así hacer al paciente capaz de responsabilizarse de su salud. Este paciente había abandonado los hábitos tóxicos y era cumplidor del tratamiento. Finalmente, pudo ser reparada la válvula aórtica y con ello, candidato a trasplante pulmonar.

27 FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR, CAMBIO DE TRATAMIENTO CON BUEN CRITERIO

Herrera Herrera S¹, Contreras Espejo², Ureña Fernández T³

¹MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

²MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea de moderados esfuerzos.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 77 años, que acude por disnea de esfuerzos moderados que se ha intensificado en la última semana. Además refiere notarse nerviosa. Ninguna otra clínica acompañante. En la exploración física destaca en la auscultación cardíaca tonos arrítmicos en torno a 55 lpm; resto de la exploración física normal. Se realiza un electrocardiograma que confirma una fibrilación auricular en torno a 55lpm, sin alteraciones en la repolarización, analítica con parámetros dentro de la normalidad y radiografía de tórax normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Fibrilación Auricular.

Plan de acción y evolución

Se deriva a hematología para iniciar tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK). Se derivó también a Cardiología, donde se realizó ecocardiograma y se confirma Fibrilación auricular no valvular. En el seguimiento para control de INR presenta INR fuera de rango en el 50 % de los casos en los últimos 6 meses, se decide suspender el AVK e iniciar tratamiento con un antagonista de acción directa.

Conclusiones

En casos de mal control con AVK el médico de atención primaria deberá plantear cambiar de tratamiento, para ello es necesario conocer las alternativas terapéuticas disponibles, las indicaciones del cambio y cómo realizarlo.

Palabras clave

Fibrilación auricular no valvular, antagonistas de la vitamina K, anticoagulantes de acción directa

CASO COMPLETO

Resumen

Paciente de 77 años, que acude por disnea de esfuerzos moderados que se ha intensificado en la última semana. Además refiere que se nota nerviosa. No dolor torácico. No edemas, ni ortopnea. En la exploración física destaca en la auscultación cardíaca tonos arrítmica en torno a 55 lpm, sin soplos; resto de la exploración física normal. Se realiza un electrocardiograma que confirma una fibrilación auricular en torno a 55lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización y se realiza también una analítica que presenta todos los parámetros dentro de la normalidad y radiografía de torax normal. Se deriva a hematología para iniciar tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) y se derivó a Cardiología, donde se realizó ecocardiograma y se confirma Fibrilación auricular no valvular. En el seguimiento para control de INR presenta INR fuera de rango en el 50 % de los casos en los últimos 6

meses, se decide suspender el AVK e iniciar tratamiento con un antagonista de acción directa. Conclusiones: En casos de mal control con AVK el médico de atención primaria deberá plantear cambiar el AVK por un anticoagulante de acción directa, para ello es necesario conocer las alternativas terapéuticas disponibles, las indicaciones del cambio y cómo realizarlo.

Motivo de consulta

Disnea de esfuerzos moderados

Enfoque individual

Anamnesis

Paciente de 77 años que acude a consulta de atención primaria por presentar disnea de moderados esfuerzos de aproximadamente 3 meses de evolución que se ha intensificado en la última semana hasta hacerse de reposo. Además la paciente refiere encontrarse muy nerviosa en los últimos meses, lo atribuye a problemas de memoria. No refiere dolor torácico, no ortopnea, no oliguria, no edemas, ni otra clínica acompañante.

Entre los antecedentes personales destaca Hipertensión arterial bien controlada en tratamiento con bisoprolol 10mg, 1 comprimido cada 24 horas; Diabetes Mellitus tipo II de 16 años de evolución, con buen control, en tratamiento con metformina 850mg, 1 comprimido cada 8 horas, sin complicaciones agudas ni crónicas; Deterioro cognitivo leve. No fumadora.

Antecedentes familiares sin interés

Exploración física

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y nutrida. Eupneica en reposo, SatO₂ 96%.

Constantes: Tensión arterial: 126/80 mm Hg. Frecuencia respiratoria 20rpm. Frecuencia cardiaca: Arrítmica en torno a 55 lpm. Peso: 70kg. Talla: 1.60m. IMC: 27.3 Kg/m². Afebril

Cabeza y cuello normales. No bocio ni ingurgitación yugular.

Auscultación cardiaca: Arrítmica en frecuencia en torno a 55 lpm. No soplos, roces ni extratonos.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación no masas ni aumento visceral palpable, ruidos hidroaereos conservados, no signos de irritación peritoneal.

Miembros inferiores: Varices en miembros inferiores. Pulsos periféricos palpables. Ausencia de edemas maleolares.

Pruebas complementarias

- Electrocardiograma: fibrilación auricular a 55lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.

- Analítica: Hemograma con parámetros dentro de la normalidad. Glucemia 130 mg/dL, Creatinina 0,8, colesterol total 258 mg/dL, c-LDL 170 mg/dL, c-HDL 68 mg/dL, Triglicéridos 120 mg/dL, BNP < 150. Hemoglobina glicosilada 7%. TSH normal. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

- Radiografía de tórax: No se visualiza imagen de condensación ni otros hallazgos patológicos.

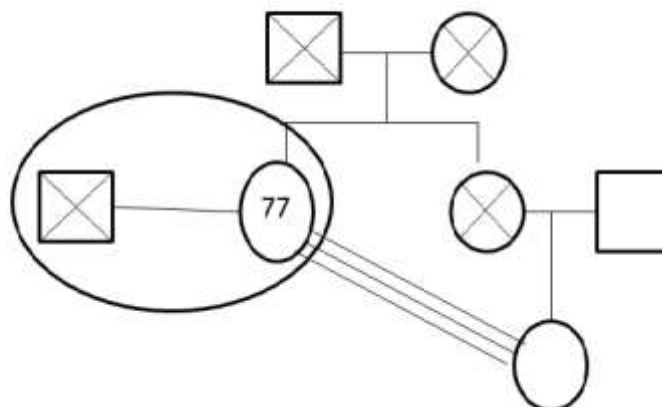
Enfoque familiar y comunitario

Mujer viuda desde hace 5 años, sin hijos, vive sola, independiente para las actividades de la vida diaria. Recibe ayuda a domicilio durante 10 horas a la semana para las tareas de limpieza de su domicilio y desde que tiene problemas de memoria mantiene una relación más estrecha con su sobrina, la cual se encarga de la compra y de acompañar a la paciente a las consultas médicas. (Figura).

Juicio clínico

Fibrilación Auricular.

Figura. Genograma



Evolución

Se cambia bisoprolol 10mg/24h por enalapril 5mg/24h, con el objetivo de recuperar una frecuencia cardiaca normal y mantener buen control tensional.

La paciente presenta un CHA2DS2-VASC de 5. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular a 5000 UI/día y se deriva a hematología para inicio de tratamiento con acenocumarol.

Se realiza también derivación a Cardiología, donde se realizó ecocardiograma: VI con hipertrofia leve septal, contractilidad segmentaria sin alteraciones, con función ventricular conservada. Válvulas sin alteraciones de interés. Cavidades derechas normales. Aurícula izquierda de dimensiones normales. Confirman diagnóstico de Fibrilación Auricular No Valvular.

En los controles posteriores se mantuvo clínicamente asintomática con buen control tensional y con frecuencia cardiaca en torno a 65lpm. En el seguimiento para control de INR, a pesar de que la paciente refiere un buen cumplimiento, presenta INR fuera de rango en el 50 % de los casos en los últimos 6 meses, por esta razón y teniendo en cuenta que la paciente entiende el riesgo/beneficio del tratamiento anticoagulante, tiene historia de buen cumplimiento terapéutico y se puede realizar un seguimiento fiable, se decide suspender tratamiento con acenocumarol e iniciar tratamiento con un anticoagulante de acción directa. Para el cambio del tratamiento se suspendió el acenocumarol y se realizó un control periódico del INR hasta que fue <2.0, momento en el que se inició tratamiento con apixaban 5mg/12 horas.

Se le explica a la paciente que en caso de interrupción del tratamiento u olvido de dosis, deberá tomar la dosis olvidada si no se ha superado la mitad del intervalo de tiempo establecido entre las dosis (en el caso de apixaban son 6 horas) y si esto ya no es posible, la dosis debe omitirse, y se tomará la siguiente dosis programada.

Actualmente la paciente se mantiene asintomática y no ha presentado efectos adversos derivados del nuevo tratamiento.

Conclusiones

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca mantenida más frecuente, con una prevalencia en el ámbito de la atención primaria española de aproximadamente el 6% y que se incrementa conforme aumenta la edad. Puesto que no existe una definición satisfactoria o uniforme de la fibrilación auricular

valvular y no valvular, la Sociedad Europea de Cardiología ha propuesto utilización del término fibrilación auricular valvular cuando esté relacionada con la enfermedad valvular reumática o las válvulas cardíacas protésicas.

Las actuales guías para el manejo de la fibrilación auricular no valvular, tanto mantenida como paroxística, recomiendan que los pacientes con algún factor de riesgo de ictus reciban terapia anticoagulante preventiva, principalmente con antagonistas de la vitamina K (AVK). Sin embargo, el control del INR dentro del rango terapéutico óptimo 2-3 presenta con frecuencia dificultades, originando fluctuaciones fuera del mismo.

El mal control del INR se asocia a más riesgo de episodios embólicos y hemorrágicos

Se considera que el control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) por el método directo es menos de 60% o menos del 65% por el método de Rosendaal. El periodo de valoración ha de ser de los últimos 6 meses, excluyendo los del primer mes si se inicia y/o cambia el tratamiento

En casos de mal control con AVK el médico de atención primaria deberá plantear cambiar el AVK por un anticoagulante de acción directa, para ello es necesario que éste conozca las alternativas terapéuticas disponibles, las indicaciones del cambio y cómo realizarlo. Por otra parte, la no necesidad de monitorización de los anticoagulantes de acción directa presenta ciertos inconvenientes, como la imposibilidad de medir tanto el nivel de anticoagulación como la adherencia al tratamiento, y en ningún caso se debe relajar el seguimiento clínico.

28 ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE DE 40 AÑOS CON PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR

Ruiz Ojeda I¹, Rueda Rojas M², Martín SánchezSM^{a1}

¹MIR de 2º año de Medicina Familia y Comunitaria

²Médico de Familia y tutora

RESUMEN

Motivo de consulta

En un primer momento el motivo de consulta fue dolor en miembro inferior derecho, cinco días después el paciente notaba insomnio, pensamientos negativos y molestias en hemitórax. El paciente ya había acudido a fisioterapeuta sin mejoría clara y había contactado con conocido médico que le prescribió relajante muscular, con lo cuál mejoró bastante.

En la primera consulta derivamos a urgencias para descartar TVP, y allí le indicaron se trataba de dolor osteo - muscular sin realizar pruebas complementarias.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

- ACR: arrítmico a 110lpm, algún roncus en campo izquierdo.
- Saturación de O2: 98%
- TA: 110/80
- Miembros Inferiores: en pierna derecha presenta edema y aumento de diámetro, no aumento de temperatura, no dolor ni enrojecimiento.

Pruebas Complementarias:

- ECG en atención primaria: FA a 110-120 lpm
- Analítica: Dímero D 5215 ng/ml, PCR 57,4 . Troponina I0,0.
- Rx tórax: sin cardiomegalia ni signos de insuficiencia cardíaca.
- Ecografía Doppler: Hallazgos compatibles con TVP.
- AngioTAC: Defectos de repleción en relación con TEP agudo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La familia se encuentra en la etapa II. Familia normofuncional.

Plan de acción y evolución

Ingreso en Neumología con buena evolución

Conclusiones

Atención longitudinal por parte del médico de familia.

Palabras clave

Dolor miembro inferior derecho, TVP, TEP

CASO COMPLETO

Se trata de un paciente de 40 años, que sufre fractura de 5º metatarsiano de pie izquierdo, al caer por las escaleras el día que se iban de vacaciones. Está de baja, en tratamiento con Hibor 3500 y acude a consulta la mujer del paciente para recoger el parte de baja, el primer día de trabajo tras nuestra incorporación de las vacaciones de verano.

Una vez retirada la férula acude la mujer refiriendo que al paciente le duele la pierna por lo que acudimos al domicilio y como motivo de consulta nos cuenta dolor en miembro inferior derecho. Refiere ya ha acudido a fisioterapeuta que ha tratado la “lesión” con pequeña mejoría. En la exploración se encuentra intensa inflamación, aumento de tamaño y edema en pierna derecha, con dolor a palpación de zona gemelar, sin enrojecimiento, no parece aumento de temperatura, pulsos presentes y simétricos en ambos MMII. Se deriva a urgencias para descartar TVP, al paciente se le indica que es problema traumatológico, osteo-muscular, no se le realiza ninguna prueba complementaria. El paciente contacta con un conocido suyo, médico, que le indica relajante muscular con lo que el paciente mejora.

Cinco días después, acude su mujer y nos refiere que el paciente ha mejorado de la pierna pero que se encuentra muy decaído, con insomnio y tiene ideas muy negativas de salud, está muy agobiado por lo que le ha pasado, estar de baja, no haberse podido ir de vacaciones. La mujer solicita derivación a Salud Mental para ir adelantando tiempo, pero le insistimos a la mujer que debe acudir su marido para poder explorarlo completamente. Resulta llamativo que con esa exploración de la pierna haya mejorado y también esa “sensación de que le puede pasar algo”.

Al día siguiente, acude el paciente, la pierna ha mejorado, apenas refiere dolor, al preguntarle por esa sensación de “malestar” no la sabe definir, insistiendo refiere que el día que dio el aviso tuvo ligera disnea y molestias en tórax, se realiza una exploración completa en la que se detecta una auscultación arrítmica, ante la exploración se deriva a urgencias y es ingresado en Neumología.

Como antecedentes personales, nos consta es fumador de un paquete diario y hace un mes, fractura de 5º metatarsiano en pie izquierdo.

Con respecto a antecedentes familiares, no tenemos constancia de ninguna enfermedad importante.

Exploración Física

- Auscultación cardíaca: arrítmico a 110lpm
- Auscultación respiratoria: algún roncus en campo izquierdo.
- Saturación de O₂: 98%
- Tensión Arterial: 110/80
- Miembros Inferiores: en pierna derecha presenta edema y aumento de diámetro, no aumento de temperatura, no dolor ni enrojecimiento.

Pruebas Complementarias

- Se le realiza ECG en atención primaria: FA a 110-120 lpm, eje positivo, RS en II, III y aVF.
- Analítica: Hemograma sin alteraciones, Coagulación: Dímero D 5215 ng/ml, colesterol HDL 27, LDL 78, PCR 57,4 TSH 2,29, Vitamina B12 161, Acido fólico 3,1. Troponina I 0,0.
- Rx tórax: sin cardiomegalia ni signos de insuficiencia cardíaca.
- Ecografía Doppler: Vena poplítea derecha y la porción más distal de vena femoral superficial derecha, presentan material ecógeno intraluminal, ausencia de señal doppler en su interior. Hallazgos compatibles con TVP.
- AngioTAC: Defectos de repleción en arteria pulmonar principal derecha, arterias lobares derechas y ramas segmentarias, así como arteria lobar superior izquierda, sin descartar otros territorios no valorables, en relación con TEP agudo.

Enfoque familiar y comunitario

La estructura familiar de este paciente, se trata de una familia nuclear con parientes próximos y se encuentra en la etapa II o de expansión de la familia (nacimiento de los hijos, familia con lactantes y entrada de los hijos en la escuela), con un estilo de familia centrípedo (basado en la unión familiar, crianza de los hijos donde hay límites individuales difusos y límites externos rígidos). Se realizó test Apgar familiar correspondiendo a una familia normofuncional.

El paciente trabaja de autónomo en una empresa propia, tiene alta cantidad de trabajo y refiere altos niveles de nerviosismo y estrés. La relación familiar con su mujer e hijos es buena, aunque a veces dispone de poco tiempo para pasar con ellos. Su mujer también ayuda en el trabajo de la empresa y es bastante apoyo para el paciente.

Plan de actuación y Evolución

Tras la atención en la consulta de Medicina de Familia, en un primer momento sospechamos problema vascular en miembro inferior derecho que en urgencias descartaron sin realizar pruebas complementarias. Dos días después, la sospecha fue clara, no sólo de TVP si no también para descartar TEP al presentar en ECG arritmia y molestias en hemitórax. En urgencias se confirmó patología urgente con pruebas complementarias, se cursó ingreso y la evolución ha sido favorable. El paciente se recuperó sin complicaciones añadidas y actualmente se encuentra en tratamiento con anticoagulante oral y a la espera de revisión por parte de Neumología y Cardiología.

Conclusiones

La importancia de este caso recae en la gravedad del problema y la escasa sintomatología inicial en el paciente. Ante todo, el médico de familia estuvo alerta en todo momento.

Hay que destacar la importancia de realizar una correcta historia clínica, anamnesis y exploración. Hay que recoger todos los datos importantes e interpretarlos de forma correcta. Hay que valorar si se realiza la correcta valoración de riesgo tromboembólico, de dosis y de días de duración.

Además en este caso, había contactado telefónicamente con un profesional sanitario e incluso había acudido al servicio de urgencias en una ocasión.

A veces, el ser humano se siente mal sin llegar a saber cómo expresar el motivo, lo más fácil es pensar en alteración del ánimo, pero si conseguimos realizar una buena anamnesis llegaremos a un diagnóstico de una enfermedad importante y urgente como en este caso.

En este caso es importante el seguimiento y la atención longitudinal del médico de familia.

29 ASTENIA Y DOLOR GENERALIZADO DE LARGA EVOLUCIÓN... CON DISARTRIA

Breiel Carmona González P¹, García Sardón P², Gil Cañete A³

¹MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria de tercer año. CS Molino de la Vega. Huelva

²MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria de tercer año. CS El Torrejón. Huelva

³Médico de Familia. Tutora de residentes. CS Molino de la Vega. Huelva

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor generalizado, rigidez y disartria.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: Distimia. Fibromialgia. Artrosis.

Anamnesis: Mujer de 57 años que consulta por dolor generalizado y rigidez de meses de evolución, con empeoramiento en las últimas semanas al asociar dificultad para caminar y disartria. Derivamos a urgencias, dónde es dada de alta con derivación a Neurología. Se tipifica en consultas externas de no presentar patología neurológica en la actualidad y dan cita para revisión. Tras ingreso, se realiza estudio neurofisiológico con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) bulbar.

Exploración: Rigidez en musculatura cervical, que limita discretamente la movilidad, y neurológicamente se aprecia disartria y Romberg dudoso.

Pruebas complementarias: Estudio analítico y RMN normales. Radiografía de tórax con infiltrado de origen infeccioso en base derecha. Estudio neurofisiológico compatible con ELA bulbar.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Información adecuada con anticipación de sucesos.

ELA bulbar.

Diagnóstico diferencial: Paraparesia espástica; tirotoxicosis; hiperparatiroidismo; sífilis; VIH; MG; síndrome paraneoplásico...

Plan de acción y evolución

Seguimiento multidisciplinar, incluido Paliativos.

Agravamiento progresivo de los síntomas: Neumonías por broncoaspiración, SNG, VMNI...

Conclusiones

La detección de signos de alarma gracias a la visión longitudinal del médico de familia aporta una gran ventaja diagnóstica.

La distimia y fibromialgia pueden ocultar en su cronicidad alteraciones orgánicas relevantes.

Palabras clave

Fibromyalgia; dysarthria; amyotrophic lateral sclerosis.

CASO COMPLETO

Resumen

Se trata de una mujer de cincuenta y siete años, casada en el seno de una familia nuclear, normofuncionante y con hijos, que comenzó a asistir asiduamente a la consulta por astenia y algias, tanto a nivel focal como de forma generalizada. Presentaba antecedentes personales de artropatía crónica, distimia y fibromialgia, siendo la aparición de disartria y la alteración de la marcha, síntomas de

alarma, lo que llevo a profundizar en su posible diagnóstico y en la necesidad de despistaje de probable patología neurológica. El caso clínico se desarrolló entre atención primaria, hospitalaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor generalizado, rigidez y disartria.

Enfoque individual

Antecedentes personales: RAMC a Ibuprofeno. Dislipemia. Distimia. Fibromialgia. Artrosis dorso-lumbar, escoliosis y protusión discal. Hemorroides grado III. Intervención quirúrgica de ligadura de trompas.

Anamnesis: Mujer de 57 años que consulta por dolor generalizado y rigidez de meses de evolución, con empeoramiento en las últimas semanas al asociar dificultad para caminar y disartria. Se deriva a urgencias hospitalarias, dónde se realiza TC de cráneo urgente que presenta atrofia cortical leve fronto-temporal y es dada de alta con derivación a Neurología por parte de MAP, si persistencia de los síntomas. En consultas de Neurología se tipifica a la paciente de no presentar patología neurológica en la actualidad y dan cita de revisión. Tras ingreso a cargo de Neurología, por misma sintomatología, se realiza estudio neurofisiológico compatible con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) bulbar.

Exploración: Rigidez en musculatura cervical, que limita discretamente la movilidad, y neurológicamente se aprecia disfasia y Romberg dudoso. En ingreso hospitalario se añade respuesta lenta a los comandos, afectación de sacadas oculares en los dos ejes, anisocoria con leve midriasis reactiva derecha, disartria moderada flácida, afectación de reflejos estatoposturales, fasciculaciones en lengua y marcha arrastrando los pies.

Pruebas complementarias: Estudio analítico dentro de la normalidad. Radiografía simple de tórax con probable infiltrado de origen inflamatorio/infeccioso en base derecha. RMN sin hallazgos patológicos. Estudio neurofisiológico compatible con ELA bulbar.

Enfoque familiar y comunitario

En el momento del diagnóstico es fundamental la información a la familia con énfasis en la anticipación de sucesos dado el sombrío pronóstico de la enfermedad.

Juicio clínico: ELA bulbar.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades genéticas (paraparesia espástica); tóxico-metabólicas (tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, intoxicación por plomo o mercurio, déficit de cobre); infecciosas (enfermedad de Lyme, sífilis, VIH); inmunológicas-inflamatorias (miastenia gravis); otras (tumores de la base del cráneo, síndrome paraneoplásico). Cabe mencionar que la tasa de error diagnóstica es inferior al 10% aun cuando el listado de enfermedades con semiología similar es extenso.

Tratamiento domiciliario: Riluzol 50 mg cada 12 horas prescrito por neurólogo; lorazepam 0.5 mg cada 8 horas y mirtazapina 30mg cada 24 horas prescrito por psiquiatra; Complemento nutricional en forma de batido hiperproteico e hipercalórico cada 12 horas y lactulosa 10g cada 24 horas prescrito por nutrición; omeprazol 20mg cada 24 horas y simvastatina 20mg cada 24 horas prescrito por médico de familia.

Evolución: La paciente precisa de seguimiento multidisciplinar por parte de Médico de Familia, Neurología, Neumología, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación y Cuidados Paliativos. Desde su diagnóstico se ha producido un agravamiento progresivo de los síntomas: ingresos por neumonías por broncoaspiración, precisa SNG para la alimentación y en el último ingreso es dependiente, de forma intermitente, para VMNI.

Conclusiones

La detección de signos de alarma gracias a la visión longitudinal del médico de familia aporta una gran ventaja diagnóstica, incluso para diagnosticar las patologías más infrecuentes. Además, la distimia y fibromialgia pueden ocultar en su cronicidad alteraciones orgánicas relevantes, en el caso que se presenta, al solaparse a los síntomas que aparecen con la evolución de la ELA (sensación de cansancio general y voz nasal, debido a la alteración de los músculos fonatorios).

Bibliografía

1. Alegre C, García J, Tomás M, Gómez JM, Blanco E, Gobbo M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(2):108-120.
2. Madrigal A. La esclerosis lateral amiotrófica. Observatorio de la Discapacidad del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2010. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7213/ELA.pdf>
3. Zarranz JJ. Neurología. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.

Tabla 1. Patobiografía (Tabla de flujo-tiempo).

FECHA	MOTIVO DE CONSULTA	LOCALIZACIÓN	DIAGNÓSTICO
17/06/10	Lumbociatalgia	AP	-
21/07/10	Malos tratos	AP	-
08/10/10	Tendinitis MSD	AP	-
29/08/11	Dolor generalizado	AP	-
11/01/12	Mialgias/Nueva derivación a USM	AP	-
20/03/12	Prurito generalizado	AP	-
16/04/13	Alteración hematológica	C.E. HEMATOLOGÍA	Gammapatía monoclonal de significado incierto. Artrosis dorso-lumbar. Osteopenia difusa.
09/05/13	Dolor generalizado	C.E. MEDICINA INTERNA	Probable fibromialgia. A descartar enfermedad reumatológica.
01/08/13	Coxalgia	AP	-
20/01/14	Dolor generalizado	C.E. MEDICINA INTERNA	Fibromialgia. Trastorno depresivo.
01/07/14	Astenia y dolor generalizado	URGENCIAS	Síndrome de fatiga crónica.
21/10/14	Prurito generalizado, astenia, disfasia y pérdidas de memoria	AP	Efecto secundario medicamentoso.
20/01/15	Astenia, dolor generalizado, rigidez y disartria	AP/URGENCIAS	Posible somatización. Demencia incipiente.
08/04/15	Derivación desde AP	C.E. NEUROLOGÍA	No patología neurológica.
22/09/15	Astenia, dolor generalizado, rigidez, dificultad para andar y disartria	INGRESO NEUROLOGÍA	ELA BULBAR

30 CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UN PACIENTE CON DISNEA Y REAGUDIZACIONES RESPIRATORIAS

Ruiz Garcia E¹, Anguita Mata C¹, Moreno Corredor A²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Tutor. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente varón, 79 años, antecedentes de EPOC-asma, en los últimos meses ha presentado numerosos episodios de reagudización respiratoria acudiendo en reiteradas ocasiones al Servicio de Urgencias así como a consulta de Atención primaria. Una vez estabilizado el proceso respiratorio, se muestra inquieto y emocionalmente alterado, llanto frecuente, con fuerte componente ansioso y síntomas depresivos, incluyendo ideas de autolisis no estructurada.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Disminución generalizada murmullo vesicular, resto anodina.

Radiografía tórax: pinzamiento seno costofrénico.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia nuclear en final de la contracción. Vive con su esposa en el domicilio conyugal. Tiene dos hijas casadas que viven en su hogar. Buena relación y apoyo mutuo (Apgar 8).

Plan de acción y evolución

Iniciando tratamiento con psicofármacos y reducción de tratamiento broncodilatador, mejora progresivamente su estado de ánimo y síntomas respiratorios, presentando evolución favorable.

Conclusiones

Realizamos abordaje integral de este caso por ser la EPOC patología crónica más frecuente en el ámbito de atención primaria y acompañarse de gran componente psicológico y social. Pacientes con EPOC y depresión sufren más agudizaciones, hospitalizaciones e incluso pueden tener una supervivencia reducida comparados con aquellos de similar gravedad pero sin depresión. Por ello, es conveniente analizar el impacto que provocan los síntomas respiratorios, adoptando medidas encaminadas a mejorar supervivencia y calidad de vida.

Palabras clave

Disnea, EPOC, depresión.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Se inicia el abordaje de un varón de 79 años de edad, antecedentes personales de EPOC-asma de moderados esfuerzos, que en los últimos meses presenta numerosos episodios de reagudización respiratoria acudiendo en reiteradas ocasiones al servicio de urgencias así como a la consulta de atención primaria hasta precisar un ingreso en el Servicio de Neumología. Todo ello ha provocado continuas modificaciones del tratamiento broncodilatador ocasionándole inestabilidad emocional acompañada de un fuerte componente ansioso y síntomas depresivos, presentando ideas de autolisis no estructurada.

Se decide el abordaje de este caso clínico por ser la EPOC es una de las patologías crónicas más frecuentes que se acompaña de un gran componente psicológico y social. Cuadro clínico de alta prevalencia en la consulta de atención primaria que causa importante discapacidad ya que las reagudizaciones aumentan la morbilidad y empeoran el pronóstico a largo plazo. Además, genera importante gasto sanitario debido a las numerosas hospitalizaciones, visitas a servicios de urgencias, prescripciones de antibióticos así como de oxigenoterapia domiciliaria.

Enfoque individual

Acude a consulta por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Presenta estado general conservado con buena perfusión de piel y mucosas. Consciente, orientado y taquipneico, saturación O₂ 95%. Afebril, TA 139/70. Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos ni extratonos, FC 80. Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular ligeramente disminuido con sibilantes espiratorios en bases pulmonares y roncus dispersos. MMII sin edemas.

Presenta apatía, pérdida de interés por las cosas cotidianas y continuas alteraciones de su estado de ánimo. Dificultad para conciliar el sueño y afrontar nuevos proyectos llegando a limitar sus actividades habituales. No presenta ideas ni planes de futuro, asumiendo una esperanza de vida corta y llena de complicaciones.

Las constantes reagudizaciones se traducen en continuas crisis de disnea llevándole a una situación estresante y crónica y a un deterioro de su estado de salud, tanto psíquica como física.

En las pruebas complementarias destaca gasometría arterial (pH 7.38, pO₂ 56, pCO₂ 40, HCO₃ 23), espirometría (patrón mixto de predominio obstructivo severo) y Rx tórax con pinzamiento de ambos senos costofrénicos (ya presentes en Rx anteriores).

Enfoque familiar y comunitario

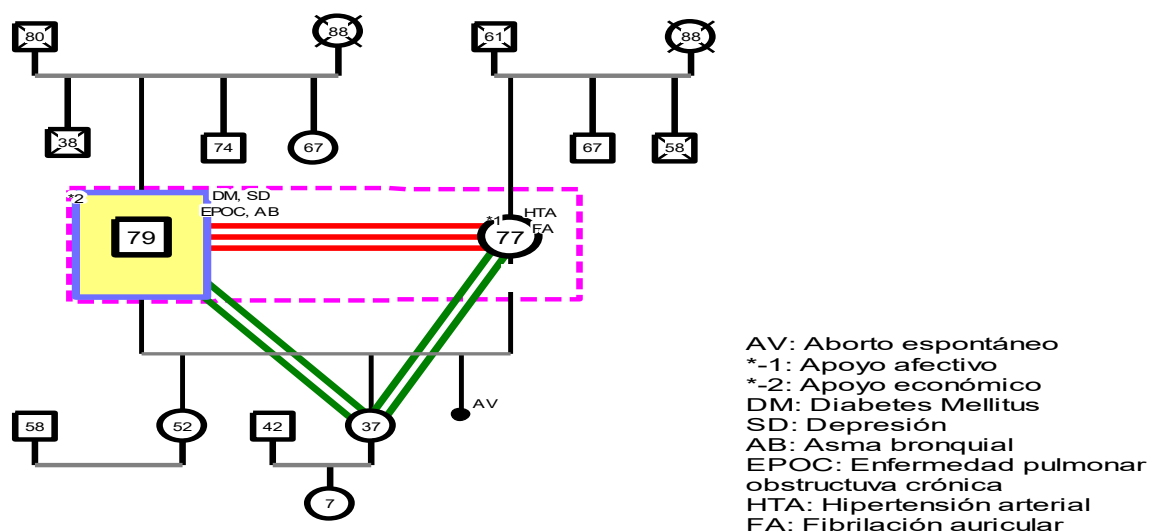
Intolerancia a teofilina (temblor).

Antecedentes personales: DM no insulino-dependiente, hipercolesterolemia, EPOC/Asma crónico-persistente, glaucoma e hiperplasia benigna de próstata.

Actualmente en tratamiento con AAS 100 mg, Metformina 850 mg, Glicazida 30 mg, Simvastatina 20 mg, Onbrez, Roflumilast, Spiriva, Salbutamol, Bimatoprost colirio y Tamsulosina clorhidrato 400 mg.

En la figura 1 se observa el genograma familiar del paciente. Según su estructura familiar, pertenece a una familia nuclear con parientes próximos dentro del periodo centrífugo. Su ciclo vital familiar, según el modelo de la OMS modificado por De la Revilla, se encuentra en la etapa V o final de la contracción (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge). Se evalúa la red social familiar obteniéndose un Apgar de 8, correspondiente con una familia normofuncionante.

Figura 1. Genograma familiar



Juicio clínico

Según el modelo de tomas de decisiones diagnósticas propuesto por Riegelman, y en función de la presentación de síntomas, nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: Reagudización EPOC, Síndrome ansioso-depresivo, Edema agudo de pulmón, Insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, Neumonía, Tumor.

Continuando con una atención integral centrada en el paciente y analizando los síntomas y clínica, que presenta el paciente, así como el resultado de las exploraciones complementarias nuestra orientación diagnóstica se basa en: Reagudización EPOC y síndrome ansioso-depresivo.

Plan de acción y evolución

Siguiendo el esquema propuesto por Riegelman para la toma de decisiones terapéuticas se analiza el tratamiento llevado a cabo por el paciente teniendo en cuenta la seguridad de nuestra intervención así como su efectividad.

En el momento de aparición de los síntomas asiosos-depresivos se comenzó el tratamiento con psicofármacos (Sertralina 100 mg, Trazodona clorhidrato 100mg y Lorazepam 1g) manteniendo el tratamiento broncodilatador con lo que se consiguió su mejoría clínica general y se estabilizó su proceso respiratorio.

Los ISRS y los IRSN son los antidepresivos de elección en el paciente con EPOC debido a su buena tolerancia, escasos efectos secundarios y a su nula acción sobre la función pulmonar.

En las sucesivas visitas domiciliarias y revisiones en consulta de Atención Primaria se evidencia un buen cumplimiento del tratamiento con psicofármacos presentando un estado general conservado con mejoría de su estado de ánimo, del insomnio y retomando actividades cotidianas. Presenta crisis aisladas de ansiedad y algunas hipoglicemias ocasionales (por lo que abandona medicación antidiabética). Evolución favorable con estabilización del proceso respiratorio lo que le lleva a reducir, por cuenta propia, el tratamiento broncodilatador sin presentar nuevas crisis de reagudización.

Tareas pendientes

Psicoterapia de apoyo, realizar inventario de situaciones que producen ansiedad y analizar con el paciente las sensaciones asociadas a las mismas y además, vigilar polimedicación, ya que el elevado consumo de fármacos en el anciano provoca aumento de reacciones adversas y mayor interacción entre fármacos.

Conclusiones

Como conclusión principal, incidir en que pacientes con EPOC, asociada a depresión, sufren más agudizaciones, hospitalizaciones y presentan una mayor morbi-mortalidad. Por todo ello es conveniente analizar el impacto de los síntomas respiratorios, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Debemos tener presente que no todas las disneas son orgánicas, no olvidar la disnea psicógena.

Bibliografía

1. De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gabias (Granada): Adhara; 2005.
2. Verónica Casado y cols. Tratado de medicina familiar y comunitaria. Madrid: semFYC ed.; 2007.
3. Martín Zurro A y Pérez JF. Manual de atención primaria. Barcelona: Ediciones Elsevier; 2003.
4. Riegelman RK. Minimizing medical mistakes: The art of medical decision making. Boston: Little Brown and Co; 1991.

Figura 2. Radiografía torácica



Figura 3. Test de Apgar Familiar

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL	8		

Área 4: Comunicación médico paciente

31 MANEJO DE LA INFORMACIÓN Y MALAS NOTICIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Vaquero Álvarez M¹, Rodríguez Bayón A²

¹MIR de 2º año de MFyC. CS de Linares (Jaén). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Tutora de residentes. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Nuestro paciente, consulta en Atención Primaria tras intervención quirúrgica de urgencia para aportarnos informes de actuación hospitalaria y de su situación actual.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Nos encontramos ante un hombre de 57 años, casado y con tres hijos, sin antecedentes personales de interés. En la actualidad el paciente se encuentra con dificultad para dormir, con miedo al diagnóstico reciente.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Pertenciente a una familia nuclear normofuncionante, desde el primer momento recibió apoyo familiar y social, principalmente de su esposa (cuidadora principal).

Plan de acción y evolución

En base a la comunicación de malas noticias, decidimos aplicar el protocolo de Buckman.

En las visitas al Centro de Salud, se minimizaban o suprimían los posibles errores en cuanto a la transmisión de la información desde Atención Primaria.

Hemos recibido autorización explícita del paciente, quedando registrada en su historia clínica.

Conclusiones

Nuestro propósito es hacer más comprensible su estado al paciente desde Atención Primaria, para ello, es fundamental el papel de los profesionales de Atención Primaria cómo facilitadores de la información y evitando posibles confrontaciones por la falta de coordinación interniveles.

Palabras clave

Comunicación, gestión de la información, continuidad de la atención al paciente.

CASO COMPLETO

El paciente, consulta en Atención Primaria tras intervención quirúrgica de urgencia para aportarnos informes de actuación hospitalaria y de su situación actual. Ha sido sometido a nefrectomía radical tras acudir a Urgencias e ingreso con sospecha de Colecistitis aguda. Tras leer informes y confrontar la información que había recibido el paciente, se ve que ha sido sometido además a una nefrectomía (secundaria a tumoración), a una resección parcial duodenal y de ganglios peritoneales; algo de lo que el paciente no era aún consciente. Además de la actuación de Urología, el Servicio de Cirugía también había participado. Se le realizó colonoscopia como prueba complementaria sin que el paciente supiese

el motivo exacto, se imaginó que era parte del proceso asistencial. Decidimos aplicar el protocolo de comunicación de malas noticias de Buckman (*Tabla 1*). Se comienza por la primera etapa (evaluar el estado emocional del paciente); y, tras ello, con la segunda (averiguar cuánto sabe el paciente, su impresión real y su nivel educacional).

Tabla 1. Protocolo Buckman

Primera etapa	Prepara el contexto físico más adecuado (momento más adecuado y pequeña evaluación estado emocional)
Segunda etapa	Averiguar cuánto sabe el paciente (preguntas indirectas abiertas y escucha activa)
Tercera etapa	Encontrar lo que el paciente quiere saber (esperar a que el enfermo sea el que pida más información)
Cuarta etapa	Compartir la información (si ha expresado su interés- Doble papel de la información: conocer proceso y realizar un diálogo terapéutico)
Quinta etapa	Responder a los sentimientos del paciente. (Identificar y reconocer las reacciones de los pacientes; silencios, empatía no verbal, escucha)
Sexta etapa	Planificación y seguimiento del proceso (atento a problemas o preocupaciones del enfermo y movilizar apoyo familiar y/o social)
EVALUACIÓN ESTRATEGIAS UTILIZADAS	Comprobar la asimilación frecuentemente con resumen final y estado emocional tras la entrevista. Información de los allegados importante de cara al seguimiento

Enfoque individual

En la actualidad el paciente se encuentra con dificultad para dormir, con miedo al diagnóstico reciente y asimilando la información de Urología y Cirugía. El propósito es hacer más comprensible su estado al paciente desde Atención Primaria.

Entre sus antecedentes familiares destaca trombosis venosa profunda (TVP) en su madre, y fallecimiento del padre por infarto agudo de miocardio (IAM) en 2010.

No presenta antecedentes personales de interés. No toma la medicación habitual.

Enfoque familiar

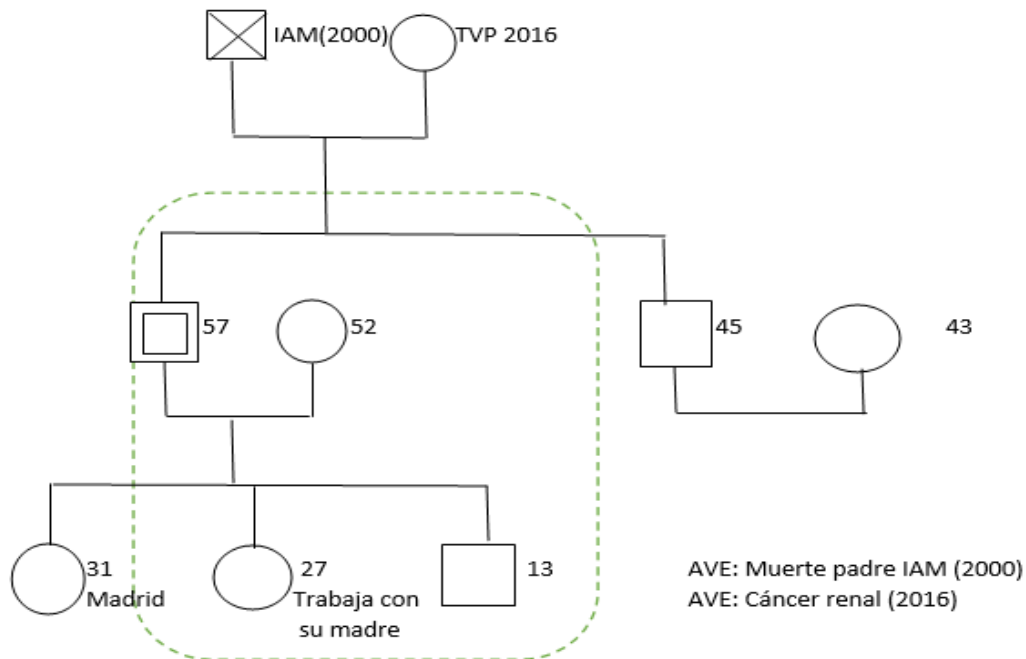
En la *figura 1* se observa el genograma familiar del paciente. Con respecto a su estructura familiar, se trata de una familia nuclear con parientes próximos (dos individuos con o sin sus hijos y con la madre viviendo en su misma localidad). Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla, se encuentra en la etapa IV o de Contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo); y según el modelo de Duvall y Medalie, plataforma de colocación (los hijos ya han comenzado a salir de casa).

No se realizó Apgar familiar ya que desde el primer momento recibió apoyo familiar y social, principalmente de su esposa (cuidadora principal).

Genograma Relacional

Hipótesis sistémica: la madre del paciente habita en su misma localidad. Ha padecido TVP como antecedente de interés. El padre del paciente falleció hace 7 años por IAM. Tiene tres hijos, dos hijas de 29 y 28 años, y otro hijo menor de 13 años, al que más trabajo le cuesta comprender y asimilar la situación actual.

Figura 1. Genograma.



Seguimiento

En las visitas al Centro de Salud, se minimizaban o suprimían los posibles errores en cuanto a la transmisión de la información desde Atención Primaria, donde se explica por qué había sido necesario resear parte del duodeno y realización de colonoscopia.

En citas posteriores, procedimos a continuar con la tercera fase de Buckman (encontrar lo que el paciente quiere saber) en la que el paciente nos preguntó acerca de los detalles de su enfermedad y posibilidades de tratamiento para tomar una decisión en consecuencia.

La más importante fue la cuarta etapa (compartir la información), ya que se comprobó que el paciente no conocía todo lo sucedido. Este fue el momento en que el paciente realmente fue consciente de que la tumoración estaba extendida.

En la quinta fase, se puso en marcha mecanismos, como “silencios en la escucha” y “empatía no verbal”.

En la anamnesis, el paciente se encontraba con dificultad para concentrarse, con anhedonia y necesidad de conocer más; todo ello enmarcado dentro de la reciente intervención.

La exploración física no presentó hallazgos de interés.

Secundariamente, en base a la sintomatología que el paciente comentaba, y según el método clínico de toma de decisiones diagnósticas de Riegelman, se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Trastorno Ansiedad
- Trastorno Depresión
- Trastorno Mixto Ansioso- Depresivo
- Trastorno Adaptativo

Se ha elegido el protocolo de las fases de Buckman, en relación a la comunicación de malas noticias. En función del mismo, se encontraría en la sexta fase, (planificación y seguimiento del proceso), en la que el

equipo se ofreció a lo que necesitase, ya fuese la medicación que precisara, consejos sobre higiene del sueño, y movilización del apoyo familiar y social.

Plan acción

En base a la comunicación de malas noticias, se consiguió establecer una relación de confianza con el paciente, permitiendo que él mismo preguntara cualquier duda que no fuese capaz de entender y relatase su estado de ánimo, sus preocupaciones e inquietudes.

En posteriores consultas al paciente, se le pautó Lorazepam 1mg, en caso de insomnio, además de medidas higiénico-dietéticas del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). En su núcleo familiar destaca como principal apoyo su esposa; y como dificultad, explicar a su hijo menor lo que le había ocurrido.

Evolución

Poco a poco fue tomando conciencia de la enfermedad que se le había diagnosticado y de las actuaciones que se le habían realizado, y otras que podrían plantearse en el futuro.

Se encontraba más animado, haciendo ejercicio físico, saliendo con sus amigos y apoyándose en su mujer y sus hijos. Precisa medicación para el insomnio de manera esporádica.

Conclusiones

El manejo de la información es algo esencial desde Atención Primaria, ya que muchas veces el paciente no comprende lo que aparece en los informes, y ahí es donde entra nuestra labor como facilitadores de la comunicación e información.

A destacar, sobre todo, que se tuvo que minimizar la iatrogenia producida, por no explicar al paciente que además de una nefrectomía, se le había resecado duodeno y ganglios peritoneales; con lo que a veces se puede caer en la tentación de criticar la atención hospitalaria y crear un ambiente de hostilidad entre el paciente y el especialista hospitalario; por lo que también se actúa como de mediador.

Por último, resaltar la indicación del protocolo de las fases de Buckman, fundamental en las actuaciones del médico de familia y que puede servir de guía.

Bibliografía

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Guber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4):302-11.
- Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Grupo de Salud Mental del PAPPS. *Aten Primaria*. 2014; 46 (Supl 4):59-74
- Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC*. 1998; 5(4): 238-50.

32 GESTANTE CON SÍNDROME FEBRIL

Gómez Torrado RM¹, Chinchilla Palomares E², Domínguez Amoscotegui AR³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

²Médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Gestante de 29 años, de 13 semanas, con dolores osteo-musculares y picos de fiebre de hasta 39°C.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Ingresada en el Hospital Maternal donde fue tratada con amoxicilina/clavulánico 1 gramo i.v. durante una semana, a pesar de lo cual sigue con fiebre. Descartada posible patología ginecológica, se decide el traslado de la paciente al Servicio de Medicina Interna para continuar estudio. Perfiles con VSG, PCR, proteinograma, inmunoglobulinas y complemento, serología, marcadores hepáticos, serología VIH, baciloscopia de esputo, Lowenstein orina, ANA/ANCA, ECA, ecocardiografía transtorácica, ecografía abdominal, hemocultivo, antigenuria legionella/neumococo, mantoux, gota gruesa, cultivo de sangre para micobacterias, parásitos en heces, todas estas pruebas negativas.

La paciente se negó a realizar una radiografía de tórax hasta que tras ser dada de alta, su médico de familia, le convenció de la necesidad de ello que finalmente fue diagnóstica.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

1TBC

2Enfermedad sistémica

Plan de acción y evolución

1.Radiografía de tórax.

2.Fibrobroncoscopia.

3.Tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

4.Seguimiento por Consultas de Embarazo de Alto Riesgo.

Conclusiones

Desde atención primaria debemos manejar la preocupación que tienen los pacientes frente a la realización de ciertas pruebas diagnósticas, como es el caso de las embarazadas frente al radiodiagnóstico, explicándoles los pros y los contras, fomentando así, la confianza y la adherencia al proceso asistencial.

Palabras clave

Embarazo, tuberculosis miliar, radiodiagnóstico.

CASO COMPLETO

Anamnesis

Se presenta el caso de una mujer de 29 años, gestante de 13 semanas, con síndrome febril prolongado durante 2-3 semanas de perfil bacteriémico. Es su segundo embarazo y padece psoriasis en tratamiento tópico (suspendido a raíz del embarazo). No destaca ningún antecedente epidemiológico de interés.

La paciente comienza con dolor lumbar de características osteo-musculares que se autolimita en un día. Al día siguiente presenta picos febriles de hasta 39°C, durante todo el día, precedidos de tiritona y escalofríos, sin sintomatología acompañante. Por este motivo, ingresa en el Hospital Maternal iniciándose el estudio diagnóstico, tratándosele con amoxicilina/clavulánico 1 gramo i.v. durante una semana, persistiendo aun así la fiebre. El estudio consiste en una analítica general, mostrando anomalías propias de la gestación (anemia ferropénica y discreta hipertrigliceridemia), elevación de reactantes de fase aguda y patrón de colestasis disociada; una serología para VHB, VHC y VIH que resulta negativa, urocultivo y hemocultivo negativos y una ecografía abdominal revelando asimetría renal (riñón derecho de 8 cm. y riñón izquierdo de 11 cm.). Ante esto, se decide continuar el estudio en el Servicio de Medicina Interna.

Exploración física

A su ingreso presenta un buen estado general, encontrándose consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Afebril en ese momento. Estable hemodinámicamente con TA 100/60. Eupneica en reposo. No signos meníngeos. No datos de espondilodiscitis. Lesiones descamativas en placas de psoriasis en brazos y miembros inferiores.

ACR: tonos rítmicos a 110 lpm sin soplos. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: sin hallazgos.

MMII: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias

- Perfiles con VSG, PCR, proteinograma, inmunoglobulinas y complemento: normales.
- Serología con protocolo de Fiebre de Duración Intermedia (Rosa de Bengala, Rickettsia, Coxiella, Mycoplasma y Chlamydia): negativa.
- Marcadores hepáticos (VHB, VHC, CMV y EBV): negativos.
- Serología VIH: negativa.
- Baciloscopia de esputo (x3): 1ª negativa.
- Lowenstein orina: negativo.
- ANA/ANCA: negativos.
- ECA: normal.
- Ecocardiografía transtorácica: normal.
- Ecografía abdominal: coledoclitiasis no complicada. No asimetría renal.
- Hemocultivo (2ª tanda): negativo.
- Antigenuria Legionella/Neumococo: negativa.
- Mantoux: negativo.
- Rx tórax: la paciente y su familia se niegan a la realización.
- Baciloscopia esputo (x3): 2ª negativa.
- Gota gruesa: negativo.
- Hemocultivo (3ª tanda): negativo.
- Mantoux (2): negativo.
- Cultivo de sangre para micobacterias: negativo.
- Parásitos en heces: negativo.
- Rx tórax: continúa sin querer realizársela.

Diagnóstico diferencial

Inicialmente, el juicio clínico que se baraja es el de fiebre de origen desconocido en gestante (2º trimestre del embarazo). A descartar:

- Tuberculosis
- Enfermedad sistémica

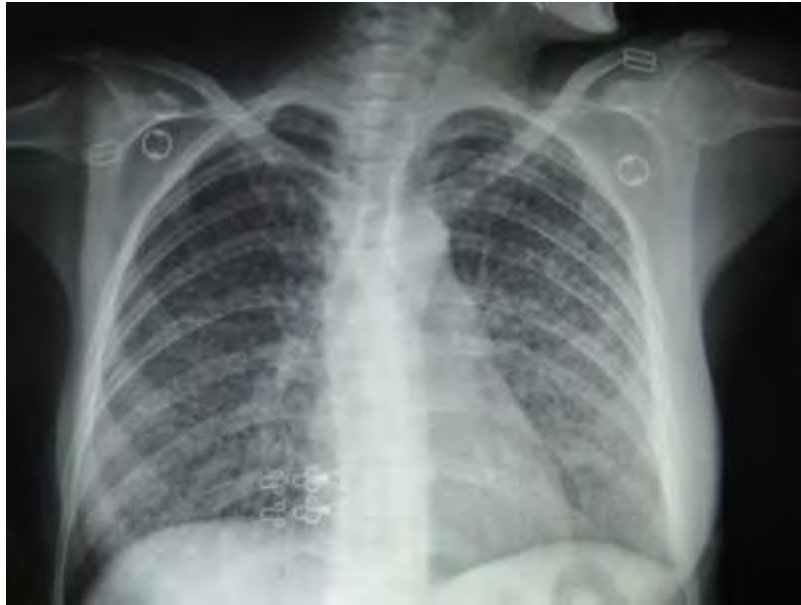
Planteándose la realización de:

- Ecocardiografía transesofágica.
- Resonancia Magnética.

- Aspirado de Médula Ósea.

La paciente es dada de alta con juicio clínico de síndrome febril de origen desconocido. A los pocos días, acude a su Médico de Familia solicitando recetas de antitérmicos, ya que comienza con fiebre de nuevo. Se reitera la importancia de realizarse una radiografía de tórax, argumentando el balance riesgo/beneficio y haciéndose hincapié en que las repercusiones de la no realización de la prueba pueden ser más graves que la propia prueba. Finalmente, la paciente acepta la realización de la radiografía de tórax (Figura), siendo diagnóstica.

Figura. Radiografía de tórax



Juicio clínico

Tuberculosis miliar en paciente gestante.

Evolución

Su Médico de Familia contacta con el servicio de Medicina Interna para programar una fibrobroncoscopia en busca de BAAR en el broncoaspirado e iniciar tratamiento. Durante la espera de la prueba, se obtienen los resultados microbiológicos en los que en la 3ª baciloscopia se aíslan 1-10 BAAR/campo.

Se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida durante 2 meses, continuándose durante 4 meses con isoniacida y pirazinamida, estudio de convivientes y seguimiento en Consulta de Embarazo de Alto Riesgo.

Discusión

La tuberculosis es todavía un problema de salud pública que afecta a niños y adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta anualmente alrededor de 8 millones de casos nuevos y 3 millones de muertes. La infección durante el embarazo requiere especial atención. Aunque poco frecuente, la forma clínica asociada al embarazo es con frecuencia de tipo pulmonar y se calcula que en estas mujeres son asintomáticas hasta en 20% de los casos.

La recomendación para el tratamiento de la tuberculosis en embarazadas es combinación de isoniacida con rifampicina durante 9 meses, complementado con etambutol los dos primeros meses. Otra opción es el régimen terapéutico de 6 meses combinando isoniacida con rifampicina, complementado con pirazinamida los dos primeros meses, siendo el régimen que se llevó a cabo en la paciente.

La estreptomina está contraindicada porque lesiona el VIII par craneal del feto, provocando sordera congénita.

La ansiedad en las embarazadas por estudios radiodiagnósticos es consecuencia, principalmente, de falta de información sobre los posibles riesgos para el feto en desarrollo. Es labor del Médico de Familia y demás especialistas dar a conocer los bajos riesgos que implican estos procedimientos, comunicar la magnitud de las radiaciones que afectarán al feto y proporcionar un ambiente de calma y seguridad a la paciente, garantizando la adhesión de los pacientes, no solo al tratamiento prescrito, sino también a la confianza del médico.

Bibliografía

1. Documento de consenso sobre el manejo de la tuberculosis. Avances en Enfermedades Infecciosas. Volumen 7, suplemento 2. 2006.
2. Islas Domínguez LP, Jiménez Jiménez JR. Tuberculosis pulmonar durante el embarazo: manejo del recién nacido. A propósito de un caso. Revista Mexicana de Pediatría Vol. 72, Núm. 6. Nov-Dic 2005: 298-300.
3. Farrera – Rozman. Medicina Interna. Decimoquinta edición. Volumen II. Editorial Elsevier. 2006. Capítulo 279: 2321-2331.
4. Reinaldo Uribe SM, Nicolás Sáez O, Jorge Carvajal C. Estudios de radiodiagnóstico durante el embarazo. Rev. chil. obstet. ginecol. 2009; 74(2): 117- 122.

33 INTERVENCIÓN EN UN PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS AGUDOS

Flores Padilla L¹, Ballesta Rodríguez M², María Basterra Montero M¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

²Medico de Familia. CS Federico del Castillo. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Varón de 24 años que acude a consulta por cefalea y malestar general.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Joven de 24 años que consulta por cefalea y malestar general. Además nos refiere que desde hace 2 meses le atormentan autorreferencias, pensamientos negativos y en ocasiones oye voces dentro de su cabeza.

Hábitos tóxicos: marihuana los fines de semana, cocaína ocasional. Fumador de 4 cigarrillos/día y consumo de alcohol esporádico.

Exploración: bien orientado temporoespacialmente. Colaborador. Autorreferencias. Insomnio de conciliación, eutímico. Tiene ilusión y ganas de vivir. Poco apetito. Síntomas ansiosos.

Pruebas complementarias: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia nuclear en la etapa IV (de contracción) del ciclo vital familiar.

AVE: estancia de dos meses en el extranjero.

Juicio clínico: Trastorno psicótico agudo.

Plan de acción y evolución

Vemos necesaria la atención urgente del paciente por parte de salud mental

El paciente es valorado el mismo día por un psiquiatra que diagnostica un trastorno psicótico agudo y prescribe Olanzapina 5 mg diario.

El seguimiento por parte del médico de familia y de psiquiatría ha sido muy estrecho.

Conclusiones

En este caso fue necesario indagar sobre los síntomas inespecíficos que nos refiere el paciente y crear un clima de confianza.

Palabras clave

Affective Disorders, Psychotic, Marijuana Abuse.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Varón de 24 años que acude a consulta por cefalea y malestar general.

Enfoque individual

Anamnesis: Joven de 24 años que acude solo a consulta en dos ocasiones en la misma semana por cefalea y malestar general. En una tercera visita acude acompañado por su hermana mayor, la cual refiere que desde hace un mes está triste, apático y sin apetito. Al entrevistar al paciente nos cuenta que a raíz de irse a trabajar al extranjero hace 2 meses comenzó a notar que le atormentaban autorreferencias (“siento una conexión con el universo”, “todas las conversaciones que escucho pueden

tener un significado para mí”), pensamientos negativos (creía que le había hecho daño a mi hermana) y cuenta un episodio hace 1 semana en el que tras consumir marihuana creyó oír voces dentro de su cabeza (una canción muy agresiva), tenía la sensación de que estaba dentro de un sueño y de que él podía desaparecer en cualquier momento. Refiere que a raíz de éste evento suspendió de manera radical el consumo de marihuana y cocaína. A lo largo de la entrevista se echa a llorar y se muestra ansioso.

En cuanto a los hábitos tóxicos refiere consumo de marihuana los fines de semana desde hace varios años, más frecuente en los meses que ha estado trabajando fuera, consumo de cocaína ocasionalmente desde hace dos meses. Fumador de 4 cigarrillos/día y consumo de alcohol (cerveza) los fines de semana. Antecedentes personales de temblor esencial desde la infancia, sin tratamiento actual.

Exploración: bien orientado temporoespacialmente. Colaborador en consulta. Autorreferencias. Insomnio de conciliación, eutímico. Tiene ilusión y ganas de vivir. Poco apetito. Síntomas ansiosos, con temblor acentuado y en ocasiones sensación de falta de aire.

Pruebas complementarias:

- Analítica: hemograma sin alteraciones, en la bioquímica destaca una creatinina quinasa de 3900 en un contexto de actividad física intensa en los días previos. Resto sin hallazgos significativos.
- Tomografía axial computarizada (TAC) sin contraste intravenoso: sin alteraciones.

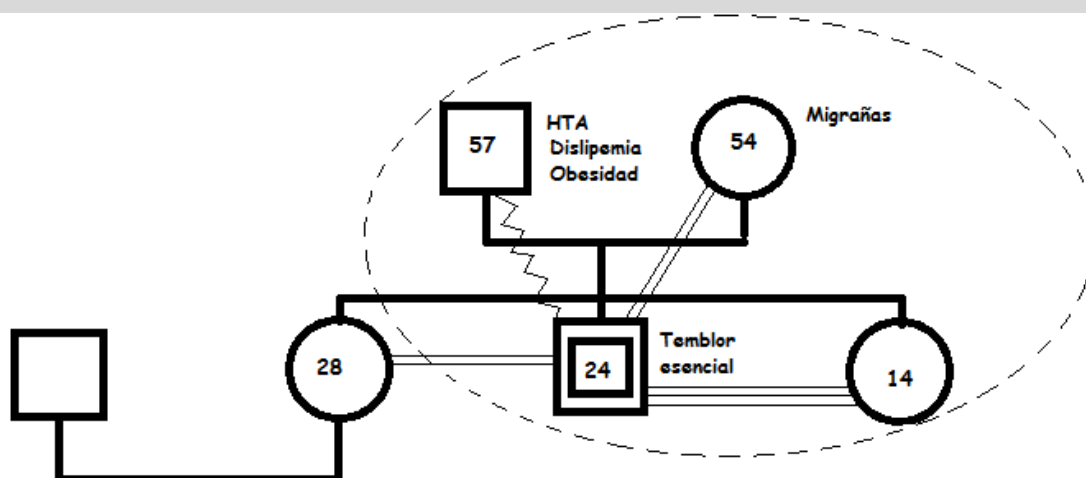
Enfoque familiar y comunitario

El paciente es el segundo de tres hermanos, es el único varón. Su hermana mayor de 28 años es enfermera y está fuera del hogar, su hermana menor tiene 14 años y estudia 4º de la ESO. Convive con sus padres y su hermana menor, por tanto se trata de una familia nuclear en la etapa IV (de contracción) del ciclo vital familiar. Buena dinámica familiar, aunque refiere que su madre lo entiende mejor que su padre.

Test de Apgar familiar 8 puntos: familia normofuncionante

Se encuentra cursando el último año del grado universitario en comunicación audiovisual. Red social muy amplia, refiere que tiene muchos buenos amigos y conoce mucha gente porque tiene un grupo de música y actúan en muchas salas de conciertos.

AVE: estancia de dos meses en el extranjero por trabajo. Volvió hace un mes porque no se encontraba bien allí.



Juicio clínico

La entrevista en este caso orienta el diagnóstico hacia una patología psiquiátrica, como puede ser el trastorno psicótico por consumo de tóxicos, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante,...

Plan de acción y evolución

Al detectarse una psicopatía de aparición reciente con síntomas agudos vemos necesaria la atención urgente del paciente por parte de psiquiatría, por lo que se le explica al paciente y a su hermana la sospecha diagnóstica y la necesidad de acudir al servicio de Salud Mental. Insistimos en que sería conveniente que una vez atendido por psiquiatría, vuelva a nuestra consulta para llevar un seguimiento del problema actual.

El paciente es valorado el mismo día por un psiquiatra que diagnostica, en principio, un trastorno psicótico agudo y prescribe Olanzapina 5 mg cada 24 horas.

El seguimiento por parte del médico de familia y de psiquiatría ha sido muy estrecho en los siguientes dos meses al diagnóstico, citándose cada 15 días en ambos servicios, por lo que se ha evaluado su evolución semanalmente. Se le incitó a practicar algún deporte que lo ayudara a liberar ansiedad y actualmente acude a un gimnasio a diario. Se dieron recomendaciones en cuanto a la necesidad de evitar ambientes que pudieran inducir de nuevo al consumo de tóxicos. El paciente siempre acudió acompañado de su padre o de su madre.

A la tercera semana del tratamiento diario con olanzapina comenzaron a desaparecer las autorreferencias y el paciente pudo retomar sus relaciones sociales y las actividades formativas que tenía pendientes.

Buena adherencia terapéutica, aunque refiere que la medicación le produce somnolencia y apetito excesivo (ganancia ponderal de 6 kg en un mes).

Actualmente se encuentra asintomático. Toma olanzapina 2,5 mg diario con intención de retirar la medicación en los próximos meses.

Conclusiones

En ocasiones nos encontramos con verdaderas urgencias psiquiátricas que se beneficiarán de un tratamiento temprano. En este caso adoptar un modelo de práctica biopsicosocial nos permitió indagar sobre los síntomas inespecíficos que nos refiere el paciente y crear un clima de confianza donde el paciente fuera capaz de explicar lo que le estaba ocurriendo. La funcionalidad familiar ha sido desde el principio un factor de buen pronóstico en la evolución de este caso.

34 NO PUEDE IMPEDIRSE EL VIENTO, PERO PUEDEN CONSTRUIRSE MOLINOS

García Castillo L¹, Jódar Reyes M²

1MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Granada. CS de La Zubia. Distrito metropolitano Granada zona Sur.

2Médico especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Tutora de residentes. CS de La Zubia. Distrito metropolitano Granada zona Sur. Complejo Hospitalario de Granada

RESUMEN

Motivo de consulta

Mujer de 58 años de edad que acude a la consulta por vértigo de inicio súbito.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Tras realización de un proceso diagnóstico terapéutico minucioso, no se ha obtenido respuesta clínica, prolongándose el cuadro a lo largo de veinte meses y precisando la derivación a diferentes especialistas hospitalarios.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En el momento actual persiste el caso abierto, sin diagnóstico clínico definitivo.

Estructura familiar: Mujer divorciada y con un hijo perteneciente a una familia monoparental con alta funcionalidad (según Apgar familiar).

Plan de acción y evolución

Hemos realizado una atención integral, con un enfoque sistémico y familiar, utilizando una comunicación médico-paciente basada en la "comunicación efectiva". Se realizó una valoración global de la estructura familiar y el entorno psicobiosocial de la paciente aplicando modelos de valoración funcionalidad familiar y redes de apoyo social (FACES III, OLSON, DUKE).

Conclusiones

Destacamos la importancia de la dimensión psicobiosocial del individuo y cómo unas fuertes redes familiares y de apoyo social pueden suponer una base terapéutica y rehabilitadora ante el proceso de enfermedad.

Palabras clave

Vértigo, atención integral, apoyo social.

CASO COMPLETO

Resumen

Mujer de 58 años de edad que acude a la consulta por vértigo de inicio súbito.

Tras realización de un proceso diagnóstico terapéutico minucioso, no se ha obtenido respuesta clínica, prolongándose el cuadro a lo largo de veinte meses y precisando la derivación a diferentes especialistas hospitalarios, siguiendo el caso abierto en el momento actual.

Estructura familiar: Mujer divorciada y con un hijo perteneciente a una familia monoparental con alta funcionalidad (según Apgar familiar).

Se ha realizado una atención integral, con un enfoque sistémico y familiar, utilizando una comunicación médico-paciente basada en la "comunicación efectiva". Se realizó una valoración global de la estructura familiar y el entorno psicobiosocial de la paciente aplicando modelos de valoración funcionalidad familiar y redes de apoyo social (FACES III, OLSON, DUKE).

Conclusiones

Destaca la importancia de la dimensión psicobiosocial del individuo y cómo unas fuertes redes familiares y de apoyo social pueden suponer una base terapéutica y rehabilitadora ante el proceso de enfermedad.

Caso clínico

Paciente mujer de 58 años de edad que consulta por un cuadro vertiginoso de inicio súbito, encabezado con sensación de mareo rotatorio, hipoacusia y cortejo vegetativo acompañante que duró inicialmente un mes. Desde ese momento, persiste un síndrome vertiginoso más leve asociado a sensación de lateralización izquierda con la marcha y pulsión hacia delante o atrás de forma continua. Diariamente presenta diplopía y desorientación nocturna. Precisa apoyo para la deambulación e imposibilidad de sedestancia prolongada.

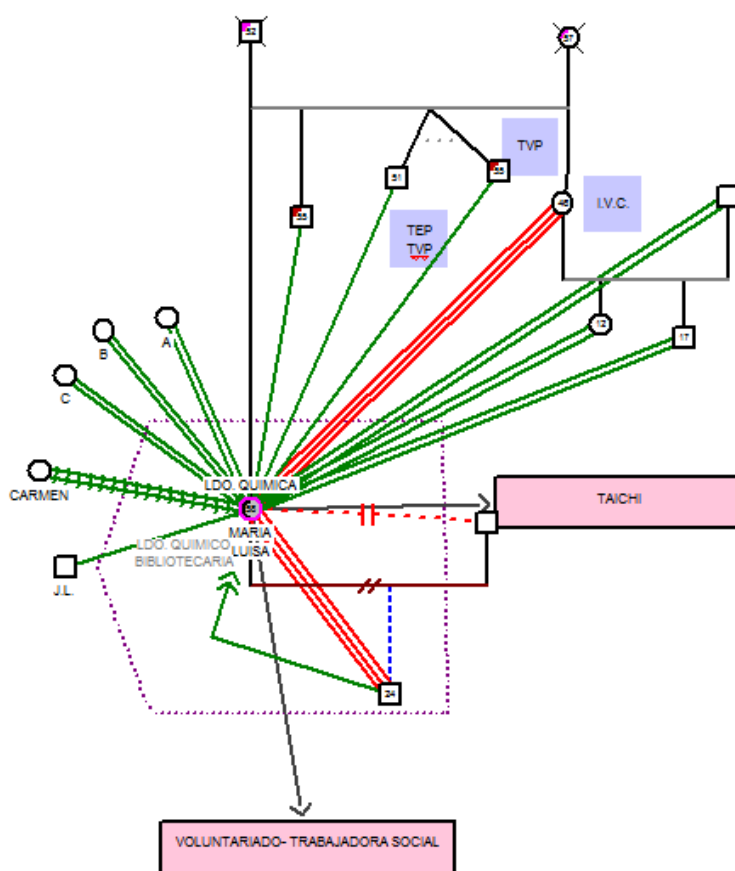
Desde el inicio ha presentado numerosas crisis de vértigo de aparición espontánea con cortejo vegetativo y episodios presincoales acompañantes sin claro mecanismo desencadenante.

Como **Antecedentes Personales** presenta Reumatismo en la infancia con prolapso mitral leve, contracturas recurrentes de raquis cervical e Insuficiencia Venosa crónica.

Entre los **Antecedentes Familiares** destaca: Hermanos con Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar, diagnosticados de trastorno de hipercoagulabilidad. Se recomendó estudio y screening familiar que la paciente no se había realizado.

Estructura Familiar se trata de una familia: Monoparental con parientes próximos. (Figura 1. Genograma)

Figura 1. Genograma



La paciente identificada tiene 58 años, en situación de incapacidad temporal actual debido a su patología. Divorciada. Vive con su hijo de 24 años. Según **Apgar familiar** presenta una alta funcionalidad (10 puntos).

Según el cuestionario **FACES III** se trata de una familia *relacionada* (según cohesión) y *caótica* (según adaptabilidad). Siguiendo la adaptación del modelo circunflejo de **OLSON** es una *familia central unida caótica*.

Destaca su relación positiva con su hermana pequeña y su familia (cuñado y sobrinos) con la que presenta una intensa unión y cercanía.

Redes sociales: La paciente posee un sistema psicosocial íntimo intenso y positivo (más de diez amigos próximos). Aplicando la escala **DUKE** de valoración se obtiene una puntuación máxima en apoyo total percibido, apoyo confidencial y apoyo afectivo.

Evolución

La paciente acude a la consulta regularmente a por sus partes de incapacidad temporal.

Se le realizó una exploración física completa y numerosas pruebas complementarias sin hallarse resultados significativos. Se probaron numerosas medidas terapéuticas sin efecto. Ante la persistencia del cuadro clínico ha sido necesaria la derivación a numerosos especialistas (Figura 2).

Figura 2. Patobiografía

ESPECIALIDAD	Fecha	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	PLAN DE ACTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
ORL	Septiembre 2015 Noviembre 2015 Enero 2016 Junio 2016 Octubre 2016	Audiometría Videonistagmografía	Pendiente estudio de otoneurología Dosis altas de corticoides en las crisis	Síndrome de Menière Atípico
Oftalmología	Noviembre 2015	Fondo de ojo. BMC. OCT	Alta	Sin patología ocular
Neurología	Marzo 2016 Abril 2016 Diciembre 2016	EEG normal RMN: esclerosis mesial. Osteofitosis C3 a C6	Pendiente nueva valoración	Migraña con aura Mielopatía cervical Síndrome de Menière probable
Cardiología	Julio 2016	Insuficiencia Mitral ligera Extrasístoles supraventriculares	Ajuste de tratamiento	Extrasistolia supraventricular. Insuficiencia mitral ligera-moderada. Descartado causa cardiaca como origen del vértigo
Hematología	Julio 2016 Agosto 2016	Heterozigosis mutación factor XII, Heterocigota mutación MTHFR y ANTICOAGULANTE LÚPICO POSITIVO.	Derivación a Enfermedades sistémicas	Síndrome Antifosfolípido (¿?)
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	Enero 2017	Solicitud HLA. RMN sacroilíacas. Test de Schirmer. EMG.	Pendiente de resultados	Pendiente de resultados y diagnóstico definitivo

Juicio clínico

Se trata de un caso abierto por el momento tras veinte meses de síntomas y numerosos estudios y valoraciones en el que aun no existe un diagnóstico definitivo. Según la última revisión de ORL la presunción diagnóstica es de ENFERMEDAD DE MENIÈRE ATÍPICA vs SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, estando pendiente de nuevas valoraciones por neurología y resultados de estudios realizados en enfermedades sistémicas.

Plan de actuación

Se estableció un seguimiento estrecho de la paciente y se ofreció disponibilidad total a demanda.

En una de sus visitas la paciente propone la realización de un taller para ayudar a otras personas en una situación similar a la suya con lo que se contactó con la trabajadora social para planificar alguna actividad adecuada.

Conclusión

"No sé lo que te pasa"

Raras veces vemos a compañeros o nos escuchamos a nosotros mismos pronunciar esas palabras. Solemos resistirnos e incluso nos negamos a reconocer las propias dudas, posiblemente movidos por el temor a que su reconocimiento se traduzca en inquietud, indecisión, paralización y que provoque alarma y desconfianza en el paciente. La incertidumbre y el sentimiento de fracaso que acompañan estas palabras se difuminan cuando al otro lado de la mesa, el que sufre, devuelve cariño, gratitud y confianza.

Pese a haber seguido un método diagnóstico y terapéutico múltiple y minucioso en la paciente nos encontramos con la barrera de la cronicidad y la incertidumbre.

La comunicación y la relación médico paciente fue esencial en este punto. Desde el principio se había establecido una relación tipo "frisbee" donde el feedback y la planificación conjunta de las actitudes a seguir fue el elemento principal en todo momento, atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente y brindando comprensión, apoyo y disposición.

En este caso se trata de una mujer joven con una incapacidad casi permanente por una enfermedad sin etiquetar, que en lugar de responder con autocompasión, dependencia y depresión ha reaccionado adaptándose a una nueva situación y disfrutando de cada pequeño logro. Cuando se estudia su genograma y sus fuertes lazos familiares y redes sociales se comprueba que la función familiar y la dimensión psicosocial del individuo es tan o más fuerte que la física. Una fuerte estructura familiar supone un recurso con una influencia superior a cualquier terapéutica biológica.

Ser médico de familia es la gran oportunidad de aprender cada día lecciones que sólo las enseña el trato con las personas.

"No hay medicina que cure lo que no cura la felicidad".

Gabriel García Márquez

Área 5: Diagnóstico diferencial

35 SIGNOS VENÉREOS EN PAREJA SEXUAL

Orozco Casado N¹, Vicent Sánchez J²

¹MIR de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria

²Médico de Familia. Tutor

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor anal y pápulas en espalda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 49 años (A) que presenta dolor anal a la defecación y manchas en espalda de reciente aparición. Viene acompañado de su pareja de 48 años (B), quien aprovecha para consultar una lesión en pene indolora de 4 semanas de evolución.

(A): tacto rectal negativo, con fisura visible. Pápulas diseminadas en tronco. Analítica: leucocitosis con Ac Treponema positivo, Ac reagínico negativo. VIH negativo.

(B): úlcera en pene con exudado amarillento. No adenopatías. Analítica: Ac Treponema positivo, Ac reagínico negativo. VIH negativo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Ambos pacientes son pareja homosexual. Viven juntos, con buena relación con el entorno familiar.

Juicio clínico

(A) Sífilis secundaria

(B) Sífilis primaria

Diagnóstico diferencial: enfermedades de transmisión sexual.

Lista de problemas: Control analítico para conocer la respuesta al tratamiento y la actividad de la enfermedad en ambos casos.

Plan de acción y evolución

(A): nitroglicerina rectal 4 días y penicilina im dosis única.

(B): mupirocina 4 días y penicilina im dosis única.

Control analítico a los 10 días postratamiento.

Conclusiones

La sífilis sigue siendo una enfermedad de actualidad. El diagnóstico es simple por serología, por lo que el médico de familia cobra un papel fundamental para una detección precoz y un tratamiento eficaz.

Palabras clave

Pápulas, úlcera genital.

CASO COMPLETO

Varón de 49 años (A) que acude por presentar dolor anal a la defecación con sangrado desde hace varios días y manchas en espalda de reciente aparición con prurito intermitente. Viene acompañado de su pareja de 48 años (B), quien aprovecha para consultar una lesión en pene indolora de 4 semanas de evolución.

En el caso del paciente A, no refiere antecedentes personales ni familiares de interés. Paciente B padece de rinitis alérgica estacional, sin antecedentes familiares destacados.

A la exploración física, el paciente demandante (A), tiene un tacto rectal negativo, con fisura visible en región inferior del esfínter. Además, se observan pápulas diseminadas en tronco, con cierto grado descamativo (*imagen 1*).

Imagen 1



El acompañante (B), presenta úlcera en pene, no dolorosa a la palpación. No se palpan adenopatías (*imagen 2*).

Imagen 2



Ambos pacientes, reconocen ser pareja homosexual. Viven juntos desde hace 10 años, refieren que hace 3 meses se han casado y destacan tener una buena relación con el entorno familiar de los dos.

Por consiguiente, se procede a solicitar una analítica general con serología a cada uno, por alta sospecha de una probable enfermedad de transmisión sexual contagiada a la pareja, con antibioterapia tópica al acompañante, y revisión de las lesiones a la semana.

Seguimiento

En la siguiente consulta de la pareja, el paciente que presenta las pápulas (A), continúa con el prurito, incluso con dispersión de las lesiones a palmas de manos. Su pareja (B), persiste con la lesión ulcerativa en pene sin signos de sobreinfección. Los resultados analíticos informan:

- (A): leucocitosis con Ac Treponema positivo, Ac reagínico positivo. VIH negativo, hepatitis negativa.
- (B): Ac Treponema positivo, Ac reagínico negativo. VIH negativo, hepatitis negativa.

Juicio clínico

Se diagnostica, acorde con analítica y clínica, de **Sífilis primaria** al paciente B de la lesión genital, compatible con chancro; y **Sífilis secundaria** al paciente A de las pápulas en espalda.

Plan de actuación

Se pauta dosis única de penicilina Benzatina 2.4 M al paciente de la sífilis primaria, y doble dosis separada en 7 días al paciente de la sífilis secundaria. Se solicita nuevo control analítico a las 4 semanas para comprobar respuesta al tratamiento.

Evolución

El paciente de la sífilis secundaria acude solo a la revisión. Refiere mejoría de las pápulas, con remisión del prurito. Aprovechando que viene sin la pareja, se indaga en la historia personal del paciente, insistiendo en posibles contactos sexuales en los últimos meses. Asimismo, se explica que la fuente de contagio haya podido radicar de posibles relaciones pasadas, según criterios analíticos y clínicos del enfermo, por lo que se insiste en las medidas preventivas de cara a su pareja o posibles futuros contactos sexuales. En la analítica de control, se observa la negativización de los Ac reagínicos por lo que la fase activa de la enfermedad ha remitido. Los Ac treponémicos continúan positivos incluso pueden cronificarse de forma indefinida.

Días después, acude la pareja del paciente anterior, quien refiere remisión casi completa de la lesión ulcerosa genital. Los Ac reagínicos son negativos, en su caso, nunca se habían positivizado; los Ac treponémicos continúan positivos.

Conclusiones

La sífilis sigue estando de actualidad en nuestro medio. Presenta fácil manejo en Atención Primaria con las herramientas que se dispone para realizar un diagnóstico precoz y una terapéutica adecuada.

- *Motivo de consulta:*

En Atención Primaria, hay veces que el paciente acude con varios motivos de consulta, o incluso, el acompañante del enfermo aprovecha dicho momento para realizar otra demanda, como ocurre en este caso. Este hecho, induce a un enlentecimiento de la gestión de la consulta, ya que provoca un atraso en la cita de los pacientes que le suceden. La clave, ante este tipo de situación, es saber si dicho motivo oportunista precisa de forma urgente ser atendido o puede esperar a solicitar una cita oficial. En este caso en particular, el motivo de consulta está relacionado con el motivo del solicitante, por lo que es eficiente atenderlo de forma conjunta, al sospechar una enfermedad por contagio entre ambos.

- *Actuación ante síntomas de alarma*

La rápida sospecha del médico de poder estar ante dos casos de enfermedad de transmisión sexual, al conocer de forma detallada la epicrisis de ambos pacientes, hizo en este caso, realizar las pruebas complementarias más óptimas y eficaces para confirmar la hipótesis diagnóstica del profesional y realizar un tratamiento precoz. Asimismo, es fundamental tener un conocimiento profundo de este tipo de patologías venéreas, muy frecuentes en la sociedad actual, ya que el diagnóstico es simple por serología en la mayoría de los casos.

- *Incertidumbre*

Para disminuir la incertidumbre diagnóstica, se optó por realizar de entrada, una serología a cada uno de los pacientes, por la clínica de alarma que manifestaban ambos, ya que es una prueba rápida y sencilla que confirma si existe o no enfermedad venérea. No obstante, también se podría haber solicitado un cultivo de la lesión genital que presentaba uno de los enfermos, sin embargo, la opción de una prueba sanguínea, sería más específica y rápida, a la hora de confirmar la sospecha sífilítica por serología.

- *Prevención y promoción de la salud*

El desconocimiento de la sociedad del riesgo al que se expone frente a una enfermedad de transmisión sexual, hace necesario la divulgación de campañas para fomentar el uso de métodos barrera. La labor comunitaria del Médico de Familia es crucial en este aspecto; así como para la detección precoz de la sífilis y el tratamiento eficaz para el enfermo y sus contactos.

36 ESTENOSIS MITRAL REUMÁTICA. DISNEA, EL ARTE DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

Medina Faña MM^{a1}, Torres Avilés JA²

¹MIR de 1er año de MFyC. Hospital Antequera del Área sanitaria norte de Málaga

²Tutor de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Antequera del Área sanitaria norte de Málaga

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes Personales:

Sin interés.

Enfermedad Actual:

Mujer de 50 años consulta a su MAP por disnea progresiva de esfuerzos, tos, ortopnea de 2 almohadas sin DPN, afebril. No edema. Palpitaciones sin dolor torácico. No fiebre ni artritis en la infancia. La Remite a urgencias con sospecha de IC. Valorada por internista se decide ingreso.

Examen físico: TA 126/70, FC 125 lpm, SatO2 97%, Afebril. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. No IY. Pulsos simétricos. ACP: taquicardia sinusal con ritmo de galope y refuerzo del 2º tono, soplo diastólico en foco mitral y tricuspídeo. MVC. Abdomen y EEl: normales.

AngioTC: AI dilatada con calcificación del anillo mitral. EKG: ritmo sinusal a 150 lpm, sin alteraciones de la repolarización.

Rx tórax: infiltración intersticial basal predominio izquierda.

Ecocardiograma y Cateterismo cardíaco: VI con contractilidad y con función sistólica conservada. Válvula mitral reumática con estenosis severa.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Valvulopatía adquirida vs Cardiopatía congénita.

Plan de acción y evolución

Durante el ingreso mejoría tras dosis bajas de furosemida y betabloqueantes.

Comité médico quirúrgico: recomiendan valvuloplastia mitral abierta.

Conclusiones

La fiebre reumática tiene una incidencia muy baja en los países desarrollados, debemos tenerla presente como causa de estenosis mitral, ya que el pronóstico sin tratamiento podría ser infausto.

Palabras clave

Fiebre reumática, disnea, válvula reumática.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual

Antecedentes Personales

- No alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia a codeína.

- No hábitos tóxicos.
- FRCV: niega.
- Intervenciones quirúrgicas: fibroadenoma mama derecha.
- En seguimiento por ginecología por menorragias y folículo en ovario izquierdo.
- En seguimiento por urología por litiasis renal izquierda de 4 mm y hematuria franca indolora.
- No tratamiento médico actual.

Antecedentes familiares

Negados.

Historia de la enfermedad actual

Mujer de 50 años valorada en urgencias por disnea súbita y taquicardia el día 1/1/17, realizándose angio-TC y descartándose TEP. Volvió a acudir a urgencias del hospital el 3/1/17 por clínica similar, diagnosticándose de bronquitis aguda e iniciando tratamiento con Budesonida y Formeterol, Levofloxacino finalizado el 10/1/17, asociado a deflazacort 30 mg en pauta descendente con mejoría leve.

Desde el medio día del 15/1/17 vuelve a presentar sintomatología similar, disnea de reposo de aparición aguda, por lo cual **consulta al médico de atención primaria** quien remite nuevamente a urgencias con sospecha clínica de disnea de origen cardiológico.

Reinterrogando a la paciente, esta vez comentado el caso con internista de guardia refiere cuadro progresivo desde hace meses de ortopnea de 2 almohadas sin disnea paroxística nocturna y con deterioro de la clase funcional presentando disnea y dificultad para realizar esfuerzos que previamente realizaba sin problemas. Afebril en todo momento. No oliguria ni edema de miembros inferiores. Sensación de palpitations. No dolor torácico. Astenia de 2 meses de evolución sin anorexia ni pérdida de peso. No recuerda clínica de fiebre y artritis en la infancia/adolescencia.

Examen físico

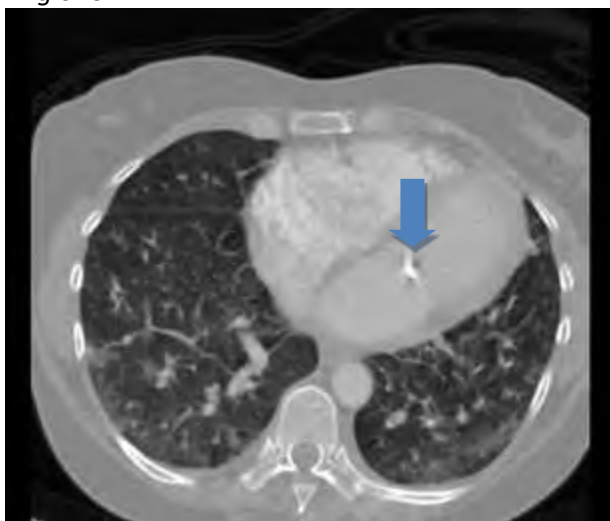
TA 126/70mmHg, FC 125 lpm, SatO₂ basal 97%, Afebril. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. No ingurgitación yugular a 45°. Pulso carotídeo palpables y simétricos. Orofaringe: nódulo bien delimitado en región periamigdalina derecha. Tos con el decúbito. Auscultación: taquicardia sinusal con ritmo de galope y refuerzo del 2º tono, soplo de predominio diastólico en foco mitral y tricuspídeo. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Ruidos hidroáereos presentes sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias

En urgencias:

- Hemograma: leucocitos 14,100 con 11,730 neutrófilos, resto de series normales.
 - Coagulación básica normal.
 - Bioquímica: glucosa 111 mg/dl, creatinina 0,95 mg/dl, iones normales.
 - Gases venosos: pH 7.357, pO₂ 29.5, pCO₂ 46.5, resto normal.
 - Analítica de orina: anodina.
 - AngioTC : Aurícula izquierda dilatada con calcificación del anillo mitral.
 - EKG: ritmo sinusal a 150 lpm, sin alteraciones de la repolarización.
- Radiografía de torax: infiltración intersticial basal bilateral de predominio en base izquierda. similar a estudio previo, pero con patrón alveolar en base izquierda.

AngioTC



Rx de tórax



Evolución durante ingreso hospitalario en planta de medicina interna

-Analítica: Hemograma y coagulación normal.

BIOQUÍMICA: Glucosa 111 mg/dl Creatinina 0,94 mg/dl. Estimación Filtrado Glomerular (CKD-EPI) 70 mL/min/1,73m². Colesterol total 234 mg/dl Triglicéridos 84 mg/dl Colesterol HDL 87 mg/dl. Colesterol LDL(c) 130 mg/dl V. Proteína C Reactiva 1,75 mg/dl, resto sin alteraciones.

- Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo de dimensiones normales, sin defectos segmentarios de la contractilidad y con función sistólica conservada. Válvula mitral reumática con estenosis severa con gradiente medio de 15 mmHg a 100 lpm y área por THP en diástole larga en torno a 1 cm², con valvas engrosadas y apertura en cúpula, única calcificación importante en valva anterior casi en comisura medial, escasa afectación subvalvular y regurgitación leve-moderada). Válvula aórtica reumática no calcificada sin estenosis con regurgitación leve-moderada. Aurícula izquierda dilatada. Cavidades derechas y raíz de aorta normales. No derrame pericárdico. IT leve moderada. PAPs 60 mmHg.

- Cateterismo cardíaco: Válvula mitral calcificada con doble lesión con estenosis severa e insuficiencia moderada. Hipertensión pulmonar ligera basal. Índice cardíaco conservado. Válvula aórtica sin gradiente ni insuficiencias significativas. Presión telediastólica de ventrículo izquierdo ligeramente elevada.

Evolución y comentarios

Durante su estancia en planta de medicina interna tuvo una importante mejoría tras dosis bajas de furosemida y betabloqueantes, evidenciándose disminución de frecuencia cardíaca con importante diuresis y disminución de disnea y tos.

Juicio Clínico

Insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a Estenosis Mitral severa.

Valvulopatía mitral reumática con estenosis severa.

Comite médico quirúrgico

Se presenta el caso con cardiología y cirugía cardiovascular recomendándose realizar valvuloplastia mitral abierta, por lo que se decide alta con tratamiento médico en espera de intervención quirúrgica.

Tratamiento médico domiciliario

Bisoprolol 2,5 mg/día. Furosemida 40 mg medio comprimido al día. En caso de insomnio o nerviosismo lorazepam 1 mg/cena.

Conclusiones

El motivo de elección de este tema es que aunque la fiebre reumática, como causa importante de disnea tiene una incidencia muy baja en los países desarrollados, debemos tenerla presente como causa de estenosis mitral, ya que el pronóstico sin tratamiento podría ser infausto.

Debemos tener en cuenta que el interrogatorio, el examen físico y la buena historia clínica constituyen herramientas fundamentales para realizar un diagnóstico correcto.

Bibliografía

1) WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease (2001: Geneva, Switzerland). Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October-1 November 2001.

2) J.R. Carapetis, A.C. Steer, E.K. Mulholland The global burden of group A streptococcal diseases Lancet Infect Dis, 5 (2005), pp. 685-694. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(05\)70267-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(05)70267-X) Medline

3) World Health Organization The global burden of disease: 2004 update [consultado 20 May 2016]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004.

4) D. Wang, M. Liu, Z. Hao Features of acute ischemic stroke with rheumatic heart disease in a hospitalized Chinese population Stroke, 43 (2012), pp. 2853-2857. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.670893> Medline.

37 VOZ GANGOSA: EN BUSCA DE UNA CAUSA

Correa Gómez V¹, Oualy Ayach Hadra G¹, Martos Toribio G²

¹MIR de 2º año de MFyC. CS de Úbeda, Jaén

²Tutor de residentes y Médico Familia y Salud Comunitaria. CS de Úbeda, Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Voz gangosa.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 76 años con cambios en la voz de 1 mes de evolución. Refiere que se le va apagando la voz a lo largo del día y no puede mantener conversaciones prolongadas. En anamnesis y exploración física no se encuentra ningún hallazgo destacable.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En caso de alteraciones de la voz hay que pensar en presencia de nódulos, pólipos o parálisis laríngeas, entre otras. Si el problema está en la articulación del lenguaje, en patología de la neurona motora.

Plan de acción y evolución

Se decide derivar a otorrinolaringología, que descarta patología, recomendando derivación a neurología. Durante ese tiempo la clínica evoluciona a pérdida de fuerza bilateral, sialorrea por disfagia a líquidos y fasciculaciones linguales. Entre las pruebas realizadas se halla afectación axonal de 2ª motoneurona. Se diagnostica de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y comienza tratamiento con Riluzole, pautas nutricionales y fisioterapia, además de asesoramiento sobre cuidados paliativos.

Conclusiones

La ELA tiene un inicio insidioso pero progresivo y de mal pronóstico. Se debe intentar mantener la independencia funcional el mayor tiempo posible con ayuda de un tratamiento multidisciplinar. El médico de Familia será pieza clave de unión e interacción de ese equipo.

Palabras clave

Alteración lenguaje, esclerosis lateral amiotrófica, tratamiento multidisciplinar.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Voz gangosa.

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP), Medicina Interna, Otorrinolaringología (ORL) y Neurología.

Enfoque individual

Anamnesis

Varón de 76 años, sin reacciones medicamentosas conocidas, exfumador de 3 cigarrillos/día desde hace poco más de 1 año, niega consumo de alcohol. Con antecedentes personales de hipertensión arterial, insuficiencia venosa de miembros inferiores y pólipos nasales. En tratamiento con Enalapril 20 mg/día. Agricultor jubilado, viudo y con 2 hijas que viven en mismo pueblo.

Acude a consulta de AP por cambio en el tono de voz de 1 mes de evolución. Refiere que por la mañana está mejor y a lo largo del día se le va apagando la voz, con dificultad a la pronunciación. Comenta que no puede mantener conversaciones prolongadas, ya que se le entrecorta la voz. Esta situación está repercutiendo en su estado de ánimo y le avergüenza.

Acúfenos de años de evolución. No tos, no odinofagia, no disfagia, no regurgitaciones. No disnea. No disminución de la fuerza muscular. Niega pérdida de peso y fiebre. Ninguna otra sintomatología acompañante.

Exploración física

Buen estado general, eupneico y normocoloreado. En cuello no se palpan adenopatías ni bocio. No edema faríngeo ni de úvula. Auscultación con murmullo vesicular conservado, rítmico y sin soplos. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. Miembros inferiores sin edemas, pero con signos de insuficiencia venosa. Exploración neurológica sin hallazgos.

Pruebas complementarias

En Atención Primaria se solicita una analítica básica con resultados dentro de la normalidad.

Juicio clínico

Diagnóstico diferencial

En caso de alteraciones de la voz de semanas de evolución hay que pensar en presencia de nódulos o pólipos laríngeos, parálisis laríngeas, sobrecarga vocal o reflujo gastroesofágico. Pero si el problema está en la articulación del lenguaje y el habla, hay que pensar en patología de la neurona motora superior y central como esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple, corea de Huntington, disfonía espasmódica o afectación periférica del nervio vago.

Plan de acción y evolución

Plan de actuación

Se deriva a ORL con exploración de cavum, faringe y laringe sin lesión orgánica y funcional. Con cierto grado de retención salivar por no hacer movimientos reflejos deglutorios automáticos, pero si voluntarios. Concluyendo que no hay patología de la voz sino de la articulación del lenguaje y del habla.

También se deriva a Medicina Interna, donde se realizan numerosas pruebas complementarias:

- Analítica con perfil hepático, marcadores tumorales, perfil hormonal, Ac receptor de acetilcolina, PCR, VSG, factor reumatoide, ANA, proteína Bence Jones, cadena Lambda, Ca, vitamina D y 1,25 dihidroxicolecalciferol con resultados normales.
- TC craneal: se evidencian innumerables imágenes líticas en calota y en base del cráneo que podrían corresponder a enfermedad de Paget (Figura 1).
- Ecografía de cuello: con glándulas tiroidea de tamaño normal con pequeñas imágenes nodulares que sugieren nódulos hiperplásicos.
- SPECT-TAC de esqueleto: presencia de aumento de captación en calota craneal, más evidente en región occipital derecha, que podría corresponder a enfermedad de Paget.

Es derivado a reumatología ante sospecha de enfermedad de Paget, pero está pendiente de valoración.

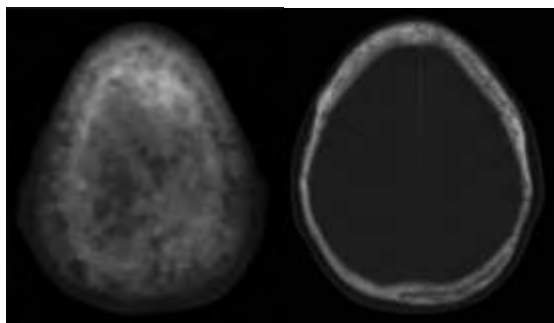


Figura 1



Figura 2

Por recomendación de ORL es derivado a neurología, donde además se realizan:

- RMN craneal y de columna completa: sin alteraciones significativas, sólo protrusiones discales a nivel cervical sin repercusión medular.
- Electroencefalograma: estudio compatible con una afectación axonal difusa de 2ª motoneurona a nivel de raíz y/o asta anterior de médula espinal cervical, torácica y lumbosacra.

Dada la evolución de los síntomas y los hallazgos de las pruebas complementarias, finalmente se confirma el diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica y comienza tratamiento con Riluzol 5 mg/12h. Se explica evolución del cuadro y mal pronóstico a paciente y familiares.

Desde Atención Primaria se contacta con enfermero de enlace para explicar pautas sobre dieta triturada y uso de espesantes, y con trabajadora social para ayuda ortopédica y adaptación del entorno. Además se recomienda acudir a fisioterapia para rehabilitación musculoesquelética y respiratoria. Por petición de familiares, se da asesoramiento sobre cuidados paliativos.

Evolución

A lo largo de los meses, continúa con la voz gangosa y comienza con pérdida de fuerza bilateral, dolor generalizado y astenia. También presenta sialorrea por disfagia a líquidos y disfagia a sólidos que le condicionan alimentación triturada, y pérdida de peso de unos 5-6 kg. Nota fasciculaciones espontáneas linguales y musculares generalizadas. Marcha autónoma con dificultad para el control cefálico. Además de síntomas depresivos (muy decaído, con labilidad emocional e ideas de muerte).

La enfermedad evoluciona hasta una fase de anartria, atrofia lingual con fasciculaciones y tetraparesia de predominio braquial izquierdo.

Termina ingresando en el hospital por una neumonía basal izquierda (Figura 2), por probable aspiración, siendo "éxitus letalis" a los pocos días.

Conclusión

La ELA resulta de la degeneración progresiva idiopática de las motoneuronas superior e inferior. Tiene un inicio insidioso pero progresivo y se presenta entre la 6ª-7ª década de la vida.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se produce afectación de las extremidades con una tetraparesia progresiva con intensa fatiga y calambres; alteraciones de la deglución con sialorrea y, neumonías aspirativas. Presencia de alteraciones ORL con ronquera, voz áspera, habla borrosa y lenta

y/o espasmos vocales; fasciculaciones de la lengua, disartria. Permanecen inalteradas las funciones sensitivas, esfinterianas y los movimientos oculares.

Los estudios neurofisiológicos demuestran la presencia de denervación aguda y crónica en las distintas regiones, en ausencia de alteraciones de la conducción sensitiva y motora.

El tratamiento con Riluzol (inhibidor de la liberación de glutamato) pretende retrasar la evolución de la enfermedad. Pero en esta enfermedad es necesario el tratamiento multidisciplinar con fisioterapia musculoesquelética y respiratoria, terapia ocupacional, foniatra, nutricionista, psicología, neumología y neurología. Y con la ayuda de todos ellos se pretende asegurar la independencia funcional el mayor tiempo posible.

Bibliografía

- Espinás Boquet, J. y Vilaseca Canals J. Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. semFYC. 2ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2009.
- Sánchez Ayaso, P.A. y Salmerón P. Amiotrofia. En: Rodríguez García, J.L, director. New Green Book. Diagnóstico. Tratamiento Médico. Madrid: Marbán; 2015. p: 368- 370.

38 PACIENTE MULTIFRECUENTADORA CON CLÍNICA VARIABLE

Gallardo Ramírez M¹, Bajo Ramos J², Pastor Toral MC³

¹MIR de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria

²MIR de 1er año Medicina Familiar y Comunitaria

³Médico de Familia. Tutor. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente actualmente con 38 años.

AP: microadenoma hipofisario, menopausia precoz.

Acude a consulta de Atención Primaria muy frecuentemente con diferentes síntomas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Es derivada a múltiples especialistas y a urgencias del mismo Hospital de Úbeda donde todas las pruebas son normales.

En los últimos dos años es vista por psiquiatría: ideación autolítica y dificultades para un adecuado control conductual domiciliario. Refiere ideación auto y heteroagresiva.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La paciente tiene una mala relación con su marido (celotipia). Tiene dos hijas con las cuáles tiene una relación normal de madre e hijas. Con su padre existe una relación distante; el padre tiene un alcoholismo crónico y con la madre si tiene buena relación. Dos hermanos los cuáles murieron jóvenes.

Está siendo estudiada y evaluada por el Servicio de Psiquiatría.

DD: Trastorno de somatización, trastorno disociativo, personalidad histriónica, neurosis de renta.

Plan de acción y evolución

La paciente está ingresada en el Hospital San Juan de la Cruz en la Unidad de Salud Mental para valoración, diagnóstico y tratamiento.

Conclusiones

Hay pacientes frecuentadores en nuestro servicio de AP y en Urgencias y nos centramos en la clínica que presenta sin tener en cuenta que pueda ser un trastorno psiquiátrico.

Palabras clave

Neurotic, depressive, pain.

CASO COMPLETO

Enfoque individual

Anamnesis

Paciente de 38 años con microadenoma hipofisario y menopausia precoz.

Presenta una elevada frecuentación tanto en Atención Primaria como en diferentes servicios Hospitalarios, por diferentes síntomas:

Se le realizan múltiples pruebas dependiendo de cada clínica y todo es normal.

Como ejemplo se describen los siguientes:

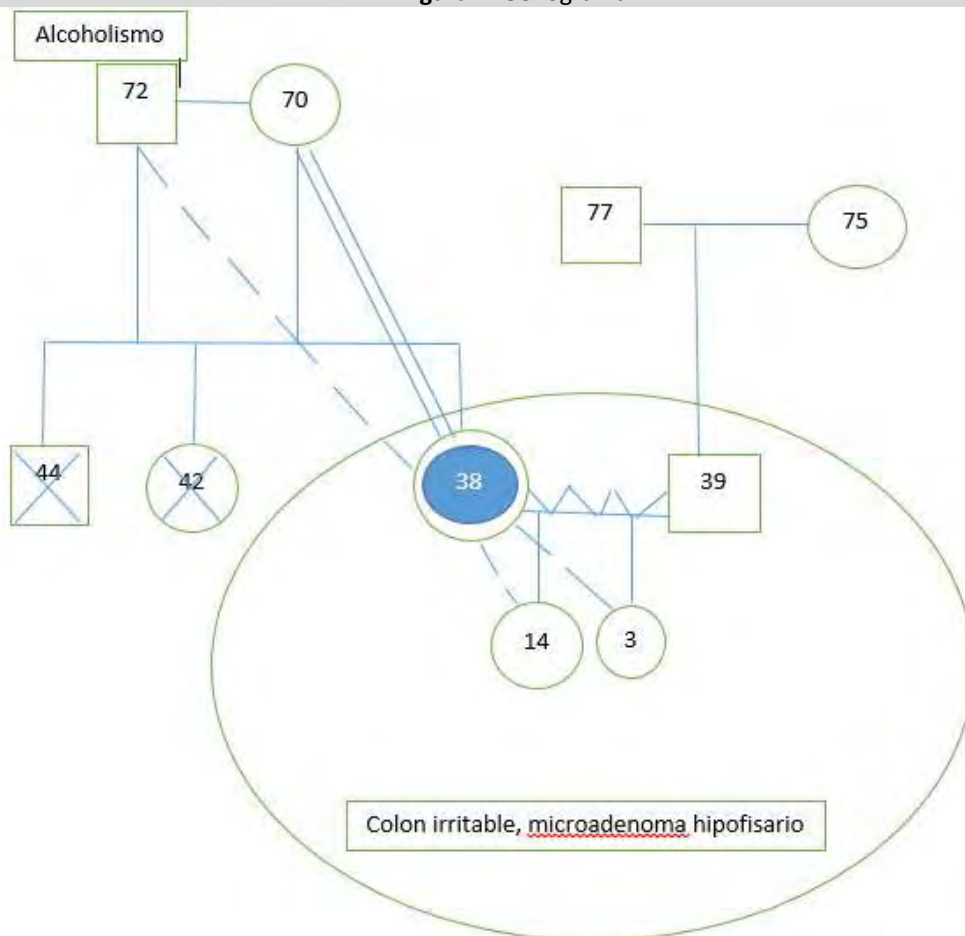
- 1) 2013: Paciente de 34 años embarazada de 29 semanas refiere que estando de pie nota visión nublada con posterior pérdida de conocimiento. Traumatismo región frontal y temporal derecha, pérdida de conocimiento de segundos de duración sin actividad motora. No relajación de esfínteres, no mordedura de lengua. Recuperación rápida en menos de media hora. Exploración: Normal. Dímero D 3837. Ingresada en el servicio de Medicina Interna por sospecha de tromboembolismo pulmonar, que no se confirma.
- 2) 11/ 2016: Ingresada en Medicina Interna por cefaleas. Realizándose RM con contraste IV de cráneo: normal solo microadenoma hipofisario. Analítica Normal. Juicio clínico: cefalea de características tensionales. Microadenoma hipofisario secundario a fármacos por menopausia precoz, posible fibromialgia.
- 3) 8/ 2016: Servicio de endocrinología general. Juicio clínico: hiperprolactinemia por farmacomenopausia precoz.
- 4) 11/ 2016: Evaluada por dolores generalizados y cefalea en Servicio de Neurología: autoinmunidad normal, inmunodiagnóstico infeccioso normal.
- 5) 10/ 2016: Servicio de Oftalmología: no RAM. Refiere visión borrosa con OI, punto negro en eje visual. AV normal. PIO normal.
- 6) 1/ 2017: Dolores generalizados, es vista en servicio de Reumatología: analítica normal, estudio reumático inmune normal, FR normal, PCR normal, ANAS, VSG, Inmunoglobulinas, orina, normales. Juicio clínico: fibromialgia, cansancio crónico, microadenoma hipofisario. Colon irritable.
- 7) 11/ 2016: Atención Primaria: refiere notar que “se le meten las costillas para dentro”, mastalgia y dolor de espalda y todo el cuerpo. Exploración de mama y costal normal. Juicio clínico: polialgias. Tratamiento con naproxeno y omeprazol.
- 8) 12/ 2016: Urgencias: Acude al servicio de Urgencias por decaimiento y tristeza de un año de evolución en seguimiento por salud mental. Refiere escuchar voces que le dicen qué tiene que hacer y tiene ideas autolíticas. El marido refiere que lleva un año así tras ser diagnosticada de fibromialgia. Psiquiatra: casada con dos hijas, tiene problemas en su pareja, culpando al marido de lo que pasa, porque cree que su marido le engaña con otra. Fallecimiento de dos hermanos jóvenes.
- 9) 02/2017: Servicio de Urgencias: psiquiatra: psicólogo que aconsejó ingreso programado al persistir conductas agresivas hacia sus familiares, ideación autolítica y dificultades para un adecuado control conductual domiciliario. Consciente orientada, escasamente comunicativa, marcado retraimiento. Respuestas monosílabas. Refiere ideación auto y heteroagresiva. Hipotimia, con llanto fácil, hipogestualidad, sensación de abatimiento. Ideas recurrentes de muerte.

- Tratamiento actual: Haloperidol 2mg, Inhibidores de la bomba de protones 20mg, Betahistina 16mg, Mirtazapina 15mg, Lormetazepam 2mg, Duloxetina 60mg, Clorazepato dipotásico 5mg, Propanolol 10mg.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente tiene una mala relación con su marido, dice que su marido la engaña con otra (celotipia). No recuerda desde cuando está casada. Tiene dos hijas de 14 y de 3 años con las cuáles tiene una relación normal de madre e hijas. Con su padre existe una relación distante; el padre tiene un alcoholismo crónico y con la madre si tiene buena relación. Tenía dos hermanos quienes murieron jóvenes, el último hace dos años.

Figura 1. Genograma



Diagnóstico diferencial

- Trastorno de somatización: es una afección crónica en la cual la persona presenta síntomas físicos que involucran más de una parte del cuerpo, pero no se puede encontrar ninguna causa física; sin embargo, el dolor y otros síntomas que las personas experimentan son reales y no son creados ni simulados. Puede aparecer en la adolescencia y antes de los 30 años, siendo más común en el sexo femenino. Los síntomas pueden alterar parcial y completamente el funcionamiento social, familiar y laboral. Y pasan la mayoría del tiempo en muchas consultas con diferentes médicos y especialidades, con quejas, demandas excesivas y frustrado por la falta de respuesta a sus síntomas.
- El trastorno disociativo es un problema de salud de creciente interés, especialmente en la literatura anglosajona. Las clasificaciones actuales se refieren a la disociación como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno.
- Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.
- Personalidad histriónica: Es una afección mental por la cual las personas actúan de una manera muy emocional y dramática que atrae la atención hacia ellas. Las causas del trastorno histriónico de la personalidad se desconocen. Los acontecimientos de la primera infancia y los genes pueden ser los responsables. Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

- **Neurosis de Renta:** En los pacientes diagnosticados de elaboración psicológica de síntomas somáticos (antiguas neurosis de renta), existe una elevada asociación de clínica ansioso-depresiva y enfermedades del aparato locomotor. Asimismo presentan un alto porcentaje de expectativas de incapacidad laboral permanente.

Plan de acción y evolución

La paciente está ingresada en el Hospital San Juan de la Cruz en la Unidad de Salud Mental para valoración, diagnóstico y tratamiento.

Conclusiones

En muchas ocasiones vemos a pacientes muy frecuentadores en nuestro servicio de Atención Primaria y en Urgencias y nos centramos en la clínica que presenta sin tener en cuenta que pueda ser un trastorno psicológico- psiquiátrico. Es por ello por lo que tenemos que valorar muchas veces tanto la clínica física que nos cuentan como la psíquica que puede ser realmente la causa de sus afectaciones físicas.

39 NEUMOTÓRAX CATAMENIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Casado Pérez I¹, Chiquero Valenzuela A¹, De Rus Mendoza M²P²

¹MIR de 3^{er} año de MFyC. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

²Médico de Familia. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor en hemitórax izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes: no amc. No fumadora ni consumidora de tóxicos. Sin otros antecedentes de interés. Hermana con Cáncer de tiroides.

Anamnesis: mujer de 20 años que consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 24 horas, intermitente, “tipo pinchazo”. Incrementándose con la respiración profunda. No cuadro catarral, fiebre ni disnea. Aumento de ansiedad basal por enfermedad familiar.

FUR tres días antes.

Tras exploración física anodina fue dada de alta.

Reconsultó al día siguiente en su Centro de Salud por empeoramiento. El médico de Atención Primaria solicita de manera urgente pruebas complementarias.

Exploración física: normoconstante, afebril. ACR tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular algo disminuido en ápex izquierdo.

ECG: RS a 75 lpm. Eje normal. No signos de isquemia.

Rx tórax: neumotórax ápex izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia normofuncionante. Acontecimiento familiar estresante actual.

DD: dolor torácico osteomuscular, pleurítico, de perfil isquémico, ansiedad, somatización.

JC: Neumotórax catamenial.

Plan de acción y evolución

Tras Rx, es derivada al servicio de Urgencias. Ingresa en Observación y se decide manejo conservador.

Buena evolución. Dada de alta con posterior resolución espontánea.

Conclusiones

El dolor torácico es motivo frecuente de consulta, inusual en pacientes jóvenes.

La anamnesis junto con la exploración física y la realización de pruebas complementarias, hacen posible detectar patologías graves que pueden pasar desapercibidas.

Palabras clave

Catamenial. Pneumothorax. Benign.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Dolor en hemitórax izquierdo.

Enfoque individual, anamnesis, exploración, pruebas complementarias

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No fumadora ni consumidora de tóxicos. Sin otros antecedentes de interés.

Antecedentes Familiares: Hermana con Cáncer de tiroides. Madre hipertensa.

Anamnesis: mujer de 20 años que consulta en el servicio de Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo de inicio hace 24 horas, intermitente, "tipo pinchazo", con sensación de palpitaciones. Se incrementa con la respiración profunda pero no con la movilización. No cuadro catarral, fiebre ni disnea referida. Aumento de ansiedad basal por enfermedad familiar. FUR tres días antes de la consulta. Tras exploración física inicial anodina, se descartó patología urgente y fue dada de alta.

Reconsultó por el mismo motivo al día siguiente en su Centro de Salud por empeoramiento de su sintomatología. El médico de Atención Primaria realizó una exploración física cuyos hallazgos fueron los siguientes: normoconstante (TA 120/70 mmHg, FC 96 lpm, Sat. O₂ 98%), afebril. En tórax dolor leve a la palpación en interlínea axilar izquierda. ACR tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular algo disminuido en ápex izquierdo, sin ruidos anormales. Se solicitaron pruebas complementarias de manera urgente.

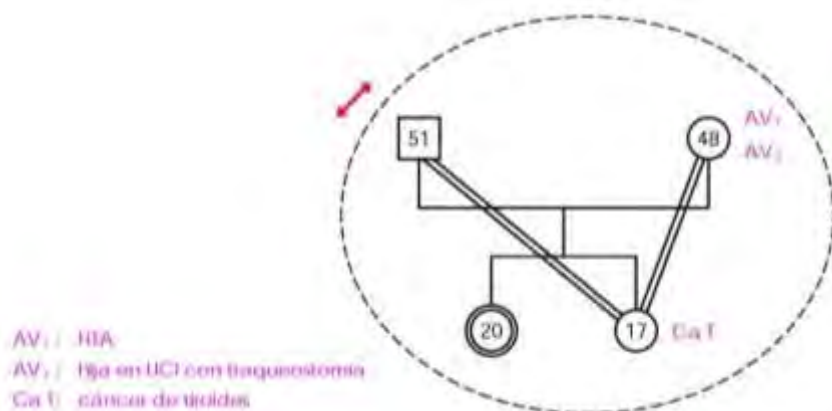
Pruebas complementarias:

- ECG: RS a 75 lpm. Eje normal. No aumento de intervalos ni signos de isquemia.
- Rx tórax: escoliosis dorsal, ICT normal. Neumotórax ápex izquierdo (figura 1).

Figura 1. Imagen radiológica con neumotórax en ápex de pulmón izquierdo



Figura 2. Genograma



Enfoque familiar y comunitario

Adolescente con familia bien estructurada (genograma en figura 2). Familiar nuclear con parientes próximos. Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado pro De la Revilla, se encuentra en *la etapa II-B o de Extensión*; y según el modelo de Duvall y Medalie, *Familia con adolescentes*. Con un estilo familiar centrípeto, orientado hacia sí mismo, a sus miembros. Acontecimiento familiar estresante actual (Hermana en UCI tras intervención por cáncer de tiroides).

Diagnóstico diferencial

Dolor torácico osteomuscular, pleurítico, de perfil isquémico, ansiedad, somatización.

Juicio clínico

Neumotórax catamenial.

Plan de acción y evolución

Tras hallazgo radiológico, es derivada al servicio de Urgencias. Ingresada en Observación 24 horas, para evolución y seguimiento. Se decide manejo conservador por parte de Neumología, continuando a su cargo dos días más. Durante su ingreso se solicitó TAC torácico con contraste, donde se descartó la presencia de focos endometriósicos en pulmón. Finalmente, debido a la buena evolución del cuadro, es dada de alta a domicilio con indicación de reposo, inspirómetro incentivo y recomendaciones de cuidados en relación a los posibles cambios bruscos de presión atmosférica.

De manera ambulatoria fue revisada por parte de Ginecología y Neumología en las semanas sucesivas, constatando la resolución espontánea de su proceso.

Conclusiones

- El dolor torácico es motivo frecuente de consulta, aunque inusual en pacientes jóvenes. En éstos, suele ser de perfil osteomuscular, en la mayoría de los casos.
- La anamnesis detallada junto con la exploración física minuciosa y la realización de pruebas complementarias, hacen posible detectar patologías potencialmente graves y que pueden pasar desapercibidas en pacientes jóvenes.
- Añade valor el conocimiento longitudinal del paciente y su entorno biopsicosocial, por parte del médico de familia. Éste debe tener una adecuada formación y alto índice de sospecha ante enfermedades graves que se presentan con síntomas inespecíficos y aparentemente banales.

Bibliografía

- Ocaña Martínez R, Cerezo Madueño F, Montero Pérez FJ et al. Neumotórax espontáneo. En: Jiménez Murillo, Luis y Pérez Montero F. Javier, directores. Manual de Urgencias y Emergencias. 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2010. p 295-299.
- Mendoza Calderón F, Valladares V, Ballesteros A, Ayala Mde L. Catamenial pneumothorax secondary to thoracic endometriosis. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2007 [citado 18 Feb 2017]; 75(11):691-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=neumotorax+catamenial>
- De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gabias (Granada): Adhara; 2005.

40 MUJER CON DISNEA Y EDEMA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

Molina Ruiz C¹, López Cascales AM², Montoro Navarro C¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Tutora de residentes. CS San José. Linares (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea (dyspnea) de pequeños esfuerzos de varios días de evolución, aparición en últimos dos días de engrosamiento levemente doloroso MSD, mama derecha, cuello y cara, sensación distérmica. Tos y expectoración verdosa habitual. No dolor pleurítico ni edemas MMII.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Adecuado estado general. Leve disnea. IY 90%. Cuello ancho. ACR: normal. MSD engrosado sin aumento de temperatura, eritema ni fovea. MMII normales. Saturación O2: 89-90%.

Analítica: 12170 leucocitos con neutrofilia. Coagulación: DD 1539. CEA 6.1, Ca 125 38. Rx tórax: asimetría mamaria. Ensanchamiento mediastínico superior, engrosamiento suprahiliar derecho, posible ocupación ventana aortopulmonar. Elevación hemidiafragma izquierdo. ECG: RS a 95 lpm. TAC torácico: Masa mediastino anterosuperior derecho. Infiltración y oclusión tronco braquiocefálico derecho. Trombosis de vena yugular interna y subclavia derecha. Biopsia percutánea guiada por TAC. Ecografía ginecológica.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar: No apoyo familiar. Separada. Apenas contacto con sus hijos.

Juicio clínico: Síndrome vena cava superior. Masa mediastínica.

Diagnóstico diferencial: Metástasis cáncer mama, neoplasia pulmón, linfoma, timoma invasivo, trombosis venosa profunda, aneurisma de aorta o subclavia.

Plan de acción y evolución

Permanece ingresada. Mejoría clínica, tanto disnea como edema.

Conclusiones

Acude por disnea, edema brazo derecho, mama, cuello y cara. Sospechamos síndrome de cava superior derivamos a urgencias.

Palabras clave

SVCS, Dyspnea, breast cáncer.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Disnea y edema en miembro superior derecho, mama derecha, región cervical y cara.

Enfoque individual

Paciente mujer de 52 años sin alergias a fármacos con antecedentes personales de Trastorno obsesivo compulsivo y Cáncer de mama izquierda estadio IIB tratada con QT y vaciamiento ganglionar en 2011. Hermano fallecido por neoplasia de pulmón. Tabaquismo activo de 32 paquetes-año. Colectomizada. En tratamiento con Simvastatina 20mg, Lorazepam 5mg, Clomipramina 75mg/12h, Alprazolam 2mg/24horas, Tamoxifeno 20mg, Omeprazol 20mg.

Acude a consulta por presentar cuadro de disnea (dyspnea) de pequeños esfuerzos de varios días de evolución con aparición en los últimos dos días de engrosamiento levemente doloroso del MSD, mama derecha, cuello y cara junto a sensación distérmica. No clínica catarral aguda. Tos y expectoración verdosa de manera habitual. No dolor pleurítico ni edemas de MMII. Exploración: Adecuado estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Leve disnea. Normohidratada y normoperfundida. PICNR. No rigidez de nuca. No adenopatías supraclaviculares. IY 90°. Cuello ancho. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. MSD engrosado sin aumento de temperatura, eritema ni fovea. MMII normales. TA 104/94. Saturación O2: 89-90%. Ante dicha clínica se pautan aerosoles en centro de salud de Atrovent, ventolin y pulmicort tras lo cual presenta Saturación de O2 de 96% y se deriva a urgencias hospitalarias para valoración urgente de la paciente.

Pruebas complementarias

Analítica de urgencias: 12170 leucocitos con neutrofilia. Resto de hemograma normal. Glucosa 128. Función renal, electrolitos y transaminasas normales. Coagulación: Fibrinógeno 6. DD 1539. Hormonas tiroideas normales. Marcadores tumorales CEA 6.1, Ca 125 38, resto normal. Rx tórax PA y L: asimetría mamaria (izquierda menor tamaño). Ensanchamiento mediastínico superior con engrosamiento suprahiliar derecho y posible ocupación de ventana aortopulmonar. Elevación hemidiafragma izquierdo. No derrame pleural. No condensaciones pulmonares. ECG: RS a 95 lpm. No alteraciones de la repolarización. No signos de hipertrofias ni bloqueos. TAC torácico: Masa en mediastino anterosuperior derecho que presenta unos diámetros mayores de 7.2cm (T)* 3.5cm (AP) * 7cm (CC) de naturaleza neoplásica. Infiltración y oclusión del tronco braquiocefálico derecho. Trombosis de la vena yugular interna y subclavia derecha. Biopsia percutánea guiada por TAC con infiltración por carcinoma con perfil inmunohistoquímico compatible con origen mamario. Ecografía ginecológica sin hallazgos patológicos. Gammagrafía ósea: imágenes de cuerpo completo sin depósitos de captación que sugieran afectación ósea metastásica. Ecocardiograma: No dilatación de cavidades ni disfunción sistólica de VI. No derrame pericárdico.

Enfoque familiar

Paciente no presenta apoyo familiar. Se encuentra separada y apenas tiene contacto con los hijos. Por tanto se encuentra sola para afrontar la patología. Vive sola.

Juicio clínico

Síndrome vena cava superior (SVCS). Ensanchamiento mediastínico y suprahiliar derecho por masa mediastínica (de origen por metástasis cáncer de mama).

Diagnóstico diferencial

Metástasis cáncer de mama (Breast cancer), neoplasia pulmón, insuficiencia cardiaca congestiva, linfoma, timoma invasivo, trombosis venosa profunda, aneurisma de aorta o subclavia.

Cáncer de mama metastásico ganglionar: Alta sospecha por clínica de disnea, edema y antecedentes personales de la paciente de cáncer de mama.

Neoplasia de pulmón: Disnea, paciente fumadora importante activa, síntomas por compresión que pueden dar lugar a edema de miembro superior derecho.

Linfoma: Crecimiento por compresión y extensión ganglionar puede provocar edema miembro superior.

Timoma: Tumor que si crece puede dar clínica por compresión como disnea y edema miembro superior.

Trombosis venosa profunda: Sospecha por edema de miembro superior y cara.

Aneurisma de aorta y bocio endotorácico: si crecimiento clínica por compresión.

Insuficiencia cardiaca congestiva: puede provocar disnea y edema.

Crisis de ansiedad: agitación y referir disnea en paciente con antecedentes de nerviosismo y ansiedad.

Evolución

Al ingreso se instaura tratamiento con corticoides con mejoría de disnea y edemas de cara y cuello. Persiste MSD edematizado. Inicio de metrorragia por suspensión por criterio propio días previos de tamoxifeno. Posteriormente disminución de edema facial, MSD y disnea. Reaparición posterior de

disnea en decúbito supino con mejoría tras pauta de Dexametasona. Administración de radioterapia paliativa sobre masa mediastínica compatible con metástasis de origen mamario. Tras mejoría y radioterapia paciente se da de alta con oxígeno domiciliario y andador. Quimioterapia en hospital de referencia tras alta.

Conclusiones

Paciente diagnosticada de cáncer de mama izquierda hace cinco años que recibió quimioterapia, en remisión completa y sin seguimiento desde 2014 (deja de acudir a consulta por criterio propio). Acude a consulta de Atención Primaria por disnea, edema de brazo derecho, mama derecha, cuello y refiere cara. Ante la sospecha de que paciente presente un síndrome de la cava superior (SVCS) se deriva a urgencias para diagnóstico y tratamiento. Tras realización de pruebas complementarias paciente presenta ensanchamiento mediastínico y edema miembro superior provocado por metástasis de cáncer de mama.



Ensanchamiento mediastínico. Elevación hemidiafragma izquierdo. Asimetría mamaria.

Bibliografía

1. Navarro F, López J.L, Molina R, Lamarca A. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de la vena cava superior. *Medicine*. 2013; 11(24):1500-3
2. Shaheen K, Alraies MC. Superior vena cava syndrome. *Cleve Clin J Med*. 2012; 79 (6): 410-2.
3. Sabino A, Pérez B, Ruiz M. Protocolo diagnóstico de la sospecha de síndrome de la vena cava superior. *Medicine*. 2005; 9(24):1579-81.

41 PRURITO COMO SÍNTOMA CENTRAL

Sánchez González I¹, Gabaldón Rodríguez M², De Francisco Montero C¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Unidad Docente Distrito Sevilla

²Médico de Familia. Tutora de residentes. CS Las Palmeritas. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Varón de 32 años que consulta por prurito generalizado y lesiones inespecíficas en brazo y abdomen.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El paciente realiza un total de 9 consultas incluyendo Médico de Familia, servicios de urgencias y Dermatólogo de guardia, en ellas se describe la evolución de las lesiones que se encuentran enmascaradas por tratamientos cutáneos realizados y por el rascado. Ante la sospecha clínica de escabiosis realiza tratamiento con Permetrina, que abandona por exantema en relación con el tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se realiza diagnóstico diferencial con las principales patologías pruriginosas como urticaria, dermatitis de contacto, dermatitis herpetiforme, liquen plano. La clave diagnóstica la da el Médico de Familia al atender a un familiar del paciente que consultaba por las mismas lesiones y refería sintomatología similar en más convivientes. Un prurito generalizado de predominio nocturno en varios miembros de una familia debe sugerir como primer diagnóstico la escabiosis.

Plan de acción y evolución

Se trata con Permetrina al paciente y convivientes, explicando medidas no farmacológicas que deben llevar a cabo, tras lo que se consigue erradicar la parasitosis.

Conclusiones

El abordaje familiar y comunitario que realiza el Médico de Familia permite el diagnóstico, cumplimiento terapéutico, consigue la curación y evita la aparición de nuevos casos.

Palabras clave

Prurito, escabiosis, atención primaria.

CASO COMPLETO

Acude a consulta un varón de 32 años por prurito generalizado que interfiere en su descanso y actividades diarias.

Sin alergia medicamentosa conocida ni antecedentes personales ni familiares de interés. No tiene hábitos tóxicos.

Presenta lesiones inespecíficas en brazo y abdomen.

La evolución del proceso engloba un total de 9 consultas incluyendo atención primaria, UCCU, urgencias hospitalarias y dermatología de guardia:

- 20/12/2015. Primera consulta, refiere prurito en relación con lesiones en brazo y abdomen. No se describen en la hoja de consulta las características de la lesión. Se inicia tratamiento con dexclorfeniramina.

- 28/12/2015. Acude por prurito generalizado, siendo diagnosticado de urticaria y se añade Ebastina además de dexclorfeniramina.
- 07/01/2016. Lesiones en pliegues interdigitales, axilas y pliegue inguinal. Ante la sospecha clínica de escabiosis se inicia tratamiento con Permetrina crema al 5%, se indica aplicarla y dejar la crema durante 8-14 horas y repetir a la semana.
- 09/01/2016. Acude a UCCU ante exantema generalizado que relaciona con el tratamiento con Permetrina. Administran solumoderin y dexclorfeniramina intramuscular, dan el alta a domicilio con observación.
- 18/01/2016. Acude a consulta de su Médico de Familia nuevamente, refiriendo el empeoramiento a raíz del tratamiento con Permetrina. Persiste prurito generalizado y lesiones interdigitales y en antebrazo compatibles con el diagnóstico de escabiosis, el paciente refiere que ante la respuesta al tratamiento tras la primera aplicación no realizará una segunda. Se pauta nuevamente dexclorfeniramina oral.
- 19/01/2016. Reconsulta por prurito y lesiones diseminadas por todo el cuerpo. No se identifica surco acarino. Ante la persistencia y evolución del cuadro se deriva al paciente a urgencias hospitalarias.
- 19/01/2016. Desde urgencias de Hospital de Referencia describen lesiones eccematosas y lesiones por rascado y derivan para consulta preferente con dermatólogo.
- 20/01/2016. Dermatólogo de guardia realiza la siguiente anamnesis:
Acude por prurito y lesiones de mes y medio de evolución, refiere que el prurito tiene igual intensidad durante todo el día. No hay convivientes afectados. Su médico le diagnosticó de escabiosis y realizó tratamiento de permetrina, no hizo la segunda porque le irritó mucho y se puso peor.

No tiene antecedentes de atopia.

Ha realizado tratamiento con dexclorfeniramina sin mejoría.

Exploración

Presenta en brazos, antebrazos, muslos, abdomen y zona pélvica lesiones eritematosas con descamación superficial y xerosis cutánea intensa. No vesículas ni surcos acarinos. No lesiones en mucosas.

Juicio Clínico

Lesiones eccematosas.

Tratamiento

Hidroxicina.

Metilprednisolona aceponato crema aplicar dos veces al día 5 días, posteriormente una vez al día 5 días y luego a días alternos 5 días más y suspender.

- 20/04/2016. En esta ocasión la consulta es sobre una paciente que presenta lesiones pruriginosas en brazo y abdomen. Se trata de una mujer joven, hermana y conviviente del paciente central del caso. Informa que madre y dos niños, también residentes en el mismo domicilio, presentan lesiones similares. Se indica tratamiento con Permetrina ajustado a las guías, tanto a esta paciente como a todos los convivientes. Se explican medidas no farmacológicas que deben llevar a cabo.
- 25/05/2016. Reconsulta el paciente por lesiones en piel, presenta vesículas y algunas costras por rascado en ambos pies. Se indica tratamiento con Permetrina.

El paciente no ha vuelto a consultar hasta el momento por dicho motivo, las lesiones evolucionaron de forma favorable y todo apunta a la erradicación del parásito en ese domicilio.

Diagnóstico

El diagnóstico de la escabiosis es esencialmente clínico.

El prurito es la manifestación más frecuente, de predominio nocturno.

Las lesiones pueden localizarse en espacio interdigital, muñecas, codos, axilas, región periumbilical, pelvis, nalgas, pene, rodillas y pies.

El surco acarino es un signo patognomónico de la escabiosis. Corresponde a un túnel intraepitelial sinuoso, grisáceo, creado por el recorrido de la hembra. La vesícula perlada indica la presencia de la hembra en su interior. Los nódulos escabióticos, son una reacción de hipersensibilidad, rara vez contienen un ácaro.

Lesiones secundarias: excoriaciones, pápulas urticariformes, sobreinfección.

Un prurito generalizado de predominio nocturno en varios miembros de una familia o comunidad cerrada debe sugerir como primer diagnóstico la escabiosis.

Diagnóstico diferencial

Se deben incluir las principales patologías relacionadas con erupciones pruriginosas.

Las lesiones estaban evolucionadas y enmascaradas por el rascado, por lo que, dado que el prurito era el síntoma cardinal, cabe destacar la urticaria como primer diagnóstico diferencial, así como una dermatitis de contacto. El paciente negaba antecedentes de exposición en relación con estos aspectos. Parece poco probable que se trate de eccema atópico o psoriasis, por edad y ausencia de antecedentes personales.

Valorar la dermatitis herpetiforme como causante, sin embargo el paciente no tiene historia de intolerancia al gluten.

En el caso del liquen plano, de las 5 P que lo describen: pápulas y placas, poligonales, pruriginosas y pigmentadas, no son poligonales no existen placas y las lesiones en resolución no sanan dejando pigmentación residual.

La clave en el caso es la aparición de más convivientes afectados, siendo la escabiosis el primer diagnóstico a descartar; también existe una causa infrecuente de prurito epidémico familiar llamado dermatitis por fibra de vidrio, que se relaciona con la impregnación de la ropa de al ser lavada en conjunto con otras prendas como uniformes de trabajo.

Conclusión

Es importante realizar una correcta descripción de las lesiones de la piel para facilitar su seguimiento evolutivo y así alcanzar un diagnóstico certero.

Sin embargo, es el papel del médico de familia el pilar central sobre el que se sostiene este caso, puesto que es quién hace el seguimiento del paciente y además realiza la consulta que termina por dar la clave diagnóstica, al atender a otro miembro de la familia del paciente. Es, por tanto, imprescindible resaltar la relevancia del abordaje familiar y comunitario y la importancia de realizar tratamiento y seguimiento para asegurar cumplimiento terapéutico y conseguir así la curación y evitar la aparición de nuevos casos.

Bibliografía

1. Ferreiro M, del Pozo J, Balado A, Cano S. Lesiones cutáneas elementales. Guías Clínicas. 2005; 5(48).
2. Hitschfeld and Rojas. Escabiosis, aproximación clínica. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/092.html>
3. Campillos M, Serrano C, Mota D, Polo A. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam v.12 n.7 Madrid jul. 2002

42 CAÍDA TRAS CAÍDA

Ortega García G¹, Amaro García A¹, Lucena Jimenez A²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

²Médico tutor. CS San Felipe. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Síncopes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

AP: síndrome ansioso-depresivo.

Tratamiento: mirtazapina, venlafaxina, alprazolam.

EA: Desde hace 5 meses episodios de síncopes. Muy frecuentes, no precedidos de pródromos y de corta duración, sin movimientos anormales. Ocurren durante la deambulación. No clínica de hipotensión ortostática.

TA: 120/75

AC: tonos rítmicos sin soplos

Exploración neurológica normal.

-ECG: RS a 100 lpm, eje normal.

-Holter de 72 h: RS con FC promedio 88 lpm. Extrasístoles de baja intensidad.

-Prueba de esfuerzo: negativa.

-Ecocardiografía: dentro de la normalidad.

-Holter de 30 días: sin registro de arritmias. Dos episodios de caídas durante el registro.

-AngioRM craneal: normal.

-TSA: sin patología que justifique los síncopes.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial:

- Síncope neuromediano, ortostático o cardiogénico
- AIT
- Pseudosíncope psicógeno

Diagnóstico: pseudosíncope psicógeno

Plan de acción y evolución

Derivación a cardiología. Al no encontrar arritmia ni patología cardíaca que justifique el síncope se realiza interconsulta con neurología para completar estudio, sin hallazgos patológicos. Se adelanta revisión de psiquiatría por sospecha de probable pseudosíncope psicógeno.

Conclusiones

El síncope es una patología común, es importante por su alta frecuencia y la gran variedad de causas. El pronóstico se relaciona con su etiología. Estratificar el riesgo mediante la historia clínica y la exploración física nos permite valorar criterios de derivación o tratamiento.

Palabras clave

Syncope, Nervous System, Psychogenic Headache.

CASO COMPLETO**Ámbito del caso**

Atención primaria y atención especializada.

Resumen

Diversos trastornos como crisis histéricas, crisis de pánico, reacciones de conversión o depresión mayor, pueden asociarse a manifestaciones sincopales o seudosingopales, estos trastornos los denominamos como síncope psicógenos.

Se presenta un caso clínico de un paciente de 45 años que sufre desde hace 5 meses episodios de síncope. Muy frecuentes, no precedidos de pródromos y de corta duración, sin movimientos anormales. Ocurren durante la deambulación.

Introducción

El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria caracterizada por ser de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea completa. Cuando hablamos de síncope distinguimos principalmente entre síncope neuromediano o reflejo, síncope ortostático y síncope cardiogénico, aunque se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras muchas patologías que causan pérdida de consciencia y el tratamiento variará en función de la cuál sea la causa de síncope.

Enfermedad actual

Mujer de 45 años que acude porque desde hace 5 meses sufre episodios de síncope repetitivos, no precedidos de pródromos y de corta duración (2-3 seg), sin movimientos anormales. Ocurren durante la deambulación, nunca en reposo ni en relación con el esfuerzo o valsava. No clínica de hipotensión ortostática. En el último mes le ha ocurrido casi a diario.

Antecedentes personales: HTA, DM, hipoacusia perceptiva bilateral moderada, otitis externa crónica, cefalea tensional, síndrome ansioso-depresivo.

El tratamiento habitual de la paciente es: mirtazapina, venlafaxina, alprazolam, ASS, simvastatina, metformina, enalapril.

Diagnóstico diferencial

Ante la clínica descrita se debe realizar un diagnóstico diferencial entre:

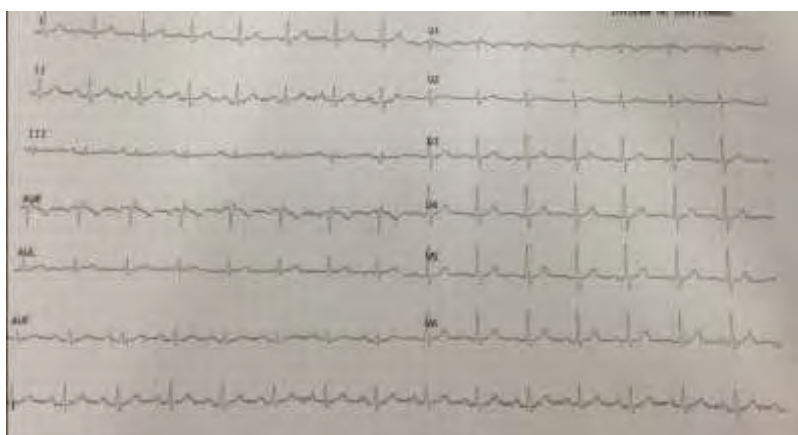
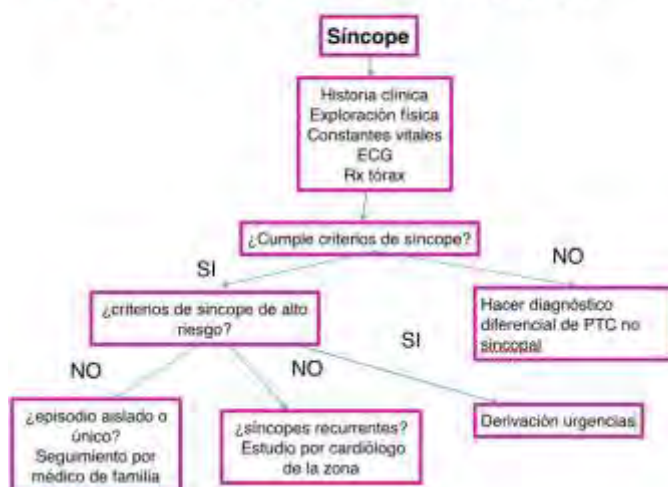
- Síncope neuromediano o reflejo
- Síncope ortostático
- Síncope cardiogénico
- AIT
- Epilepsia
- Vértigo
- Caídas
- Cataplexia
- Drops attacks
- Pseudosingope psicoógeno
- Crisis migrañosas

Pruebas complementarias

- TA: 120/75 FC: 100 sat. 99%
- AC: tonos rítmicos sin soplos a 100 lpm
- Exploración neurológica dentro de la normalidad, sin focalidad.
- ECG: RS a 100 lpm eje normal. QRS estrecho.

- ECG tras presenciar síncope: sin cambios con respecto al anterior
- Holter de 72 h: trazado de RS con FC promedio 88 lpm. Extrasístoles de baja intensidad.
- Prueba de esfuerzo: tiempo de ejercicio 4,47 min. Capacidad funcional 7,10 metros. Respuesta tensional normal. Concluyente eléctricamente y clínicamente negativa. Refiere dos episodios de caídas durante el registro.
- Ecocardiografía: estudio dentro de la normalidad.
- Holter de eventos de 30 días con activación de dispositivo: sin registro de arritmias durante el mismo.
- AngioRM craneal: lesiones de aspecto glótico en sustancia blanca de probable origen vascular oclusivo crónico. Sin otras alteraciones.
- TSA: discreta disminución de ACI izquierda postbulbar, de un 25% de calibre distal normal. Estenosis de un 60% en el inicio de la arteria carótida común izquierda, con calibre distal normal.

Algoritmo de actuación



Evolución

Tras síncope de repetición desde hace meses la paciente decide consultar por hacerse estos más recurrentes, debido a la clínica se propone derivación a cardiología. Durante el seguimiento se presencia síncope en consulta por parte del cardiólogo con ECG y exploración postsíncope dentro de la normalidad, al no encontrar arritmia que justifique el síncope se realiza interconsulta con neurología para completar el estudio. Todas las pruebas resultaron estar dentro de la normalidad. Finalmente se adelanta revisión

por parte de psiquiatría (ya realizaba seguimiento de la paciente por síndrome ansioso-depresivo) por sospecha se probable pseudosíncope psicógeno.

Diagnóstico final

Síncope de repetición sin correlato arrítmico documentado. Probable pseudosíncope psicógeno.

Conclusiones

El síncope es una patología relativamente común en Medicina de Familia, y su prevalencia aumenta con la edad, es importante por su alta frecuencia y la gran variedad de causas. El pronóstico se relaciona con su etiología. Estratificar el riesgo mediante la historia clínica, la exploración física y pruebas complementarias, nos permite valorar criterios de derivación o tratamiento.

Los síncope psicógenos tienen su inicio en la adolescencia tardía o en el adulto, pueden simular incluso crisis epilépticas. Suelen tener un comienzo gradual, la 'inconsciencia' suele cursar con resistencia a la apertura de párpados y los reflejos oculocefálico, oculo vestibular, fotomotor y corneal están conservados. Raramente se presentan durante la noche y se trata de pacientes fácilmente sugestionables. En general, la mayoría de los pacientes tiene un trastorno psiquiátrico diagnosticable según los instrumentos diagnósticos actuales, y de hecho la mayoría, aunque no tenga un diagnóstico claro, recibe tratamiento psicotrópico.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias, Guía terapéutica. 3ª edición. Elsevier; 2011. p 225-226
- Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Manejo del Síncope de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del síncope (versión 2009). Rev Esp Cardiol. 2009;62(12):1466.e1-e52
- Colivicchi F. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. Eur Heart J 2003; 24: 811-9.

43 VARÓN DE 53 AÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR LUMBAR RESISTENTE A TRATAMIENTO

Valls Pérez B¹, García LópezE¹, Marcos Ortega B²

¹MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayzin. Granada

²Tutora de residentes de MFyC. CS Albayzin. Granada

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente de 53 años con asma extrínseca, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, que consultó en Atención Primaria por clínica de lumbalgia, inicialmente enfocada como cialtalgia sin signos de alarma.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Durante los meses posteriores, por la falta de mejoría clínica y la aparición de síntomas genitourinarios, se derivó al servicio de Traumatología y posteriormente a Urología e Infecciosas.

En la RMN y TC de columna dorsolumbar se encontraron hallazgos sugerentes de patología inflamatoria/infecciosa, por lo que se realizó estudio de Brucela (negativo) y Tuberculosis (Mantoux e IGRA positivos, baciloscopias y pruebas de imagen pulmonar negativas).

En el estudio iniciado por la clínica urinaria, tras sospecha de tumoración vesical por resultados de pruebas de imagen, se realizó resección transuretral, con aparición de Mycobacterium tuberculosis en la biopsia.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Se descartó patología tumoral, se prescribió tratamiento para Tuberculosis activa extrapulmonar, cediendo la clínica inicial.

Se realizó estudio de contactos que fue negativo.

Plan de acción y evolución

Tratamiento antituberculoso durante un año.

Conclusiones

El proceso diagnóstico y terapéutico fue vertebrado por su equipo de Atención Primaria, encargado de la solicitud de pruebas iniciales, derivación a los especialistas oportunos, seguimiento del paciente antes, durante, y después del tratamiento, así como el estudio de contactos.

Palabras clave

Dolor de la Región Lumbar, Diagnóstico diferencial, Tuberculosis.

CASO COMPLETO

Enfoque individual

Diego es un hombre de 53 años de edad que se encuentra en paro desde 2013, antes trabajaba de vigilante de seguridad. Casado, con dos hijas y una nieta, pasea dos perros por el campo a diario. Vive en un barrio urbano. Nunca fumador, está diagnosticado de asma extrínseca leve, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Toma Enalapril y Simvastatina y no tiene alergias conocidas.

Motivos de consulta, juicio clínico y evolución

1. Lumbalgia irradiada por cara posterior de muslo derecho.

A principios de Septiembre de 2014, Diego consultó por lumbalgia irradiada de una semana de evolución refractaria a tratamiento con antiinflamatorios, calor y analgésicos. Negaba traumatismo previo o chasquido. En la exploración destacaba signo de Lasègue positivo. Se diagnosticó de ciatalgia sin datos de alarma ⁽¹⁾ y se añadió corticoides (a pesar de tener grado de recomendación C) al tratamiento.

2. Lumbalgia y fiebre.

A final de mes acudió por aparición de los mismos síntomas junto con fiebre de un día de evolución. Negaba otra clínica. En la exploración destacaba dolor en fosa ilíaca derecha sin datos de peritonismo, lumbalgia que aumentaba con la palpación y un peloteo renal negativo. Se realizó tira de orina donde apareció leucocitaria con nitritos negativos. Se diagnosticó de pielonefritis ⁽²⁾ y se trató con ciprofloxacino.

Por aparición de nuevo pico de fiebre sin otra sintomatología cinco días después, acudió a Urgencias. En las pruebas complementarias sólo destacaba leucocitaria. Realizaron una tomografía (TAC) de abdomen que concluía así: “Sin datos de patología urgente. Esteatosis hepática. Pequeña nefrolitiasis en grupo calicial inferior derecho.” Se amplió el espectro de la antibioterapia en el servicio de urgencias y ante la mejoría del paciente, se procedió al alta.

Diego acudió de nuevo a la consulta, porque aunque había cedido la fiebre y el malestar general, persistía la lumbociatalgia. Se realizó una radiografía dorsolumbar donde no se apreciaban alteraciones relevantes y se derivó a consultas de Traumatología donde fue visto en Diciembre. Solicitaron una resonancia (RMN).

3. Polaquiuria.

En Enero de 2015, tuvo polaquiuria sin disuria ni fiebre. En el estudio de orina apareció de nuevo leucocituria y hematuria microscópica. Se trató y se realizaron urocultivos (negativos). Se derivó a consulta de Urología.

Poco después, aún con lumbalgia tolerable y con algunas molestias ocasionales al orinar, llegaron los resultados de las pruebas complementarias e informes médicos:

La RMN (Febrero 2015) informaba de una fractura en L5 con importante edema óseo y estenosis leve de canal. Recomendaban hacer una TAC para caracterización de la fractura. La TAC dorsolumbar (Marzo 2015) indicaba que no se podía descartar un proceso inflamatorio o infeccioso, tipo brucelosis.

Por ello, solicitamos serología para brucelosis (IgM e IgG negativas) y realizamos un Mantoux, con lectura de 23 mm de elevación a las 72 horas. Ante este hallazgo, se solicitó radiografía de tórax (con una imagen dudosa de condensación en lóbulo superior izquierdo), baciloscopias (negativas) y test de Igra (positivo), mientras que derivamos al paciente a la consulta de Infecciosas. Allí, se descartó Tuberculosis pulmonar activa ⁽³⁾ y dada la edad del paciente no se pautó tratamiento para una infección latente. Solicitaron TAC de tórax ante la duda diagnóstica.

Visto en consultas de Urología, solicitaron nuevas **pruebas complementarias**:

Ecografía (Junio 2015): “vejiga replecionada, con engrosamiento irregular de aspecto mamelonado de la pared posterior y parcialmente de la izquierda, que estaría en consonancia con neoplasia vesical infiltrante, se recomienda cistoscopia.”

Uretrocistoscopia (Octubre 2015): “Destacan áreas mamelonadas, más de aspecto inflamatorio que tumoral.”

Le citaron en Noviembre para resección transuretral, tomaron muestras, y en Diciembre de 2015 en biopsia vesical aparecieron granulomas no caseificantes tipo Lamphams y creció *Micobacterium tuberculosis*, así como aparecieron bacilos de Tuberculosis positivos en urocultivo.

De nuevo en consulta de Infecciosas, donde sin poder descartar origen tuberculoso de la lesión a nivel lumbar, descartada lesión pulmonar y confirmado el origen del síndrome miccional, se comenzó con tratamiento para Tuberculosis extrapulmonar durante un año ⁽⁴⁾. Se realizaron dos punciones de la vértebra afecta, donde cultivos, en medios normales y para hongos, así como tinción para BAAR y cultivo para micobacterias fueron negativos. Las punciones se hicieron una vez comenzado el tratamiento, por lo que nunca se pudo concretar si el origen de esta lesión fue tuberculoso.

Diego ha terminado el tratamiento tuberculostático. Lo ha tolerado bien. Cedió la lumbalgia, y persiste clínica miccional en contexto de retracción vesical tras tratamiento. En seguimiento por parte de Urología, sigue en paro, y continúa acudiendo a la consulta cuando tiene cualquier sintomatología o duda.

Enfoque familiar y comunitario

Se realizó estudio de contacto a sus familiares siendo este negativo.

En un primer momento, la preocupación mayor fue que tuviera un cáncer de vejiga, una vez descartada esta patología, la familia y el paciente aceptaron bien el diagnóstico de la enfermedad. No hemos podido concluir cómo ni cuándo se contagió Diego.

Importancia del caso

La tuberculosis sigue siendo una infección relativamente frecuente en nuestro medio, y aunque sus formas extrapulmonares son poco prevalentes, debemos pensar en ellas cuando nos encontramos con pacientes con patologías que no tienen una evolución favorable.

La accesibilidad que ofrece nuestro sistema sanitario ha sido fundamental para que Diego pudiera consultarnos todas las veces que haya necesitado. El diagnóstico de su patología ha requerido tiempo, y la longitudinalidad que nos da la Atención Primaria ha favorecido que viéramos la evolución de sus dolencias con perspectiva. Al ofrecer una asistencia integral, hemos podido relacionar unos síntomas con otros y a través de la coordinación entre niveles, se ha conseguido llegar a un diagnóstico final para dar el tratamiento adecuado⁽⁵⁾.

Bibliografía

- (1) Moreno Ripoll F, Forcada Gisbert J. Lumbalgia. AMF 2014;10(1):4-11
- (2) Hooton TM. Acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in men. En: UpToDate, Post TW(Ed), UpToDate, Watham, MA. [Accesible el 19 de Febrero de 2017]
- (3) Hoppe LE, Kettle R, Eisenhut M, Abubakar I; Guideline Development Group. Tuberculosis--diagnosis, management, prevention, and control: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2016; 352:h6747.
- (4) Bernardo J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis. En: UpToDate, Post TW(Ed), UpToDate, Watham, MA. [Accesible el 19 de Febrero de 2017]
- (5) Starfield B. Is Primary care essential? The Lancet. 1994; 344(8930): 1129-1133.

44 DESDE QUE ME TOMO LA PASTILLA NO PARO DE TEMBLAR

Martín Sánchez SM^{a1}, Lozano Prieto PP², Ruiz Ojeda I¹

¹MIR de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

²Tutor Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Varón de 47 años que tras cardioversión farmacológica con amiodarona comienza un cuadro de temblor atípico.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis

- Antecedentes Familiares: sin interés.
- Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, flutter auricular, hipercolesterolemia.

Paciente de 47 años que consulta por cuadro de movimientos involuntarios de flexión del tronco, breves y estereotipados.

Exploración neurológica

PINLA, MOEC, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservada en extremidades. No se presencian movimientos involuntarios.

Pruebas complementarias

RMN de cráneo y dorsal sin hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar

- Familia nuclear
- Ciclo Vital Familiar: etapa IV, contracción.

Juicio clínico

- Posible neurotoxicidad por amiodarona.
- Temblor de origen psicógeno.
- Enfermedad de Parkinson.

Plan de acción y evolución

El paciente presenta empeoramiento progresivo del temblor con sucesivas derivaciones a Neurología, Salud Mental y Rehabilitación sin haber llegado aún a un diagnóstico certero aunque unos apuntan a temblor psicógeno mientras otros a neurotoxicidad por amiodarona.

Conclusiones

La neurología y las enfermedades de probable origen psicógeno son casos que enfrentamos a menudo en nuestro día a día y que nos puede generar cierta incertidumbre.

Es fundamental sospechar cuando un paciente simula, cuando es una alteración psicógena y cuando es una alteración neurológica.

Palabras clave

Amiodarona, parkinsonismo, temblor psicógeno.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Paciente varón de 47 años que acude a la consulta de Atención Primaria por notar movimientos de flexión de tronco y temblor cefálico ambos involuntarios, que relaciona temporalmente con el inicio de la ingesta de amiodarona tras ser diagnosticado de un flutter auricular.

Por ese motivo realiza varias consultas a atención primaria y a urgencias hospitalarias, hasta 5 visitas consecutivas a este último servicio. Además, es derivado al servicio de Neurología para ser estudiados por su parte.

Enfoque individual

Anamnesis

Antecedentes Familiares: no presenta antecedentes de interés.

- Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas, alergia a pólenes de olivo y gramíneas (rinoconjuntivitis y asma bronquial). Hipertensión arterial, flutter auricular (revertido farmacológicamente), hipercolesterolemia.
- Tratamiento domiciliario habitual: ramipril 2.5mg/24h, amiodarona 200mg/24h, bisoprolol 2.5mg/24h, simvastatina 20mg/24h, loratadina 10mg/24h, fluticasona 2 inhalaciones/12h, salbutamol 2 inhalaciones/8h, sintrom 4 mg, ranitidina 300mg 1/24h.

Paciente de 47 años que consulta por cuadro de movimientos involuntarios de flexión del tronco, breves y estereotipados. El paciente lo relaciona con cambio en la medicación (inició tratamiento con amiodarona hace 6 días).

Exploración física

Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo, normocoloración mucocutánea. ACR: Rítmico a buena frecuencia, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: PINLA, MOEC, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservada en extremidades, no nistagmo ni signos de meningismo. En este momento no se presencian movimientos involuntarios.

Se decide consultar con cardiología cambio de medicación, sustituyéndose amiodarona por dronedarona 400mg/24h.

Pese a cambio farmacológico el cuadro empeora consultando en varias ocasiones a Servicio de Urgencias en el cual se le pauta diazepam 10mg/24h sin mejoría de su cuadro. Finalmente vuelve a acudir a la consulta. Comenta que tras los movimientos de flexión de tronco comenzó a dar “botes en la cama”.

Se deriva a Servicio de Neurología solicitándose RMN de cráneo y columna dorsal emitiendo el juicio clínico de posible neurotoxicidad por amiodarona y mioclonias en estudio.

Pruebas complementarias

Análisis sanguíneo con hemograma completo, bioquímica, iones y TSH sin alteraciones.

RMN de cráneo normal. RMN de columna dorsal: pequeña protrusión discal D7-D8, sin signos de compromiso medular.

Enfoque familiar y comunitario:

- Se trata de una familia nuclear con parientes próximos.
- Ciclo Vital Familiar: Según la clasificación de la OMS modificado por De la Revilla: Se encontraría en la etapa IV, contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta el último). Según la clasificación de Duvall y Medalie se encuentra en transición de la etapa IIB (familia con hijos adolescentes) a la etapa IV (familia lanzadera).
- Apgar familiar: puntuación de 6 (disfunción familiar leve).

Juicio clínico

- Trastorno del movimiento de características atípicas.
- Posible neurotoxicidad por amiodarona.
- Temblor de origen psicógeno.
- Enfermedad de Parkinson.

Plan de acción y evolución

Neurología da de alta al paciente con tratamiento domiciliario: piracetam 800mg 2sobres/24h, primidona 250mg 1comprimido/8h. Diagnóstico al alta: movimientos anormales. Se aconseja derivación a Salud Mental.

El paciente es derivado a dicho Servicio que emite el diagnóstico de movimientos anormales sin patología psiquiátrica adecuada.

Tras iniciar el tratamiento con primidona mejoran los síntomas, pero inicia temblores cefálicos por los cuales es remitido es remitido nuevamente a Neurología. En esta ocasión a la exploración se aprecia temblor cefálico amplio tipo si-si, rítmico que desaparece durante la exploración al concentrarse en alguna tarea y en decúbito. Dudosa rigidez en miembro superior izquierdo, marcha con cabeza en flexión con escaso braceo bilateral y tendencia a arrastrar pies. Se solicitó Spect Cerebral de receptores dopaminérgicos, analítica de sangre y orina de 24h con cobre, ceruloplasmina. Siendo todas las pruebas normales. Se recomienda derivación a unidad de trastornos motores de Sevilla.

Progresivamente la situación del paciente empeora, apareciendo flexión de tronco, fallo de fuerza en miembros inferiores por lo que usa muletas para caminar y en ocasiones silla de ruedas, sin presentar mejoría ante diversos tratamientos.

La unidad de trastornos del movimiento vuelve a catalogarlo como temblor cefálico y trastornos del movimiento de características atípicas compatible con trastornos del movimiento de origen psicógeno y da cita para valoración conjunta con psiquiatría y para estudio de registro del temblor (pendiente de ambas).

Conclusiones

La neurología y las enfermedades de probable origen psicógeno son casos que a menudo se enfrentan en el día a día de la práctica clínica en Atención Primaria.

Por una parte, se trata de una problemática que dificulta la vida habitual del paciente, así como una familia preocupada.

En el caso de este paciente varios informes coinciden en que es de origen psicógeno, mientras que valoraciones por Salud Mental y Rehabilitación indican lo contrario. Por lo cual dar un correcto soporte a este paciente desde Atención Primaria es fundamental para él y su familia hasta que se obtenga un diagnóstico certero.

Es fundamental una buena formación ya que de ello va a depender mucho la evolución del paciente. Si no hay una buena formación de base no se planteará el diagnóstico diferencial de un posible parkinsonismo farmacológico y no se tomarán medidas correctas, entendiéndose que el paciente reciba unas medidas terapéuticas correctas. También sería útil una mejor formación que permita gestionar mejor aquellas situaciones en la que el diagnóstico probable sea una patología de origen psicógeno. Por tanto, en la práctica clínica habitual es fundamental sospechar cuando un paciente simula, cuando es una alteración psicógena y cuando es una alteración neurológica.

45 ¿HEMOS OLVIDADO LA EXPLORACIÓN FÍSICA?

Franco Larrondo Y¹, De Juan Roldán JI², Moyano Acosta RM³

¹MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

²MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. CS Palma-Palmilla. Málaga

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 25 años. Obesa, sin hábitos tóxicos, ni enfermedades crónicas. En estudio por Aparato Digestivo por cuadro de diarreas y pérdida de 15kg de peso durante 7 meses. La vemos en urgencia con cuadro de dolor abdominal.

Exploración física

TA 120/80mmHg, FC 105lpm, saturación O2 96%. Abdomen: se palpa masa de unos 12cm de diámetro, consistencia pétreo en HI, dolorosa a la palpación. TAC abdominal: Tumor de cola pancreática. Se observan lesiones hipodensas en hígado, inespecíficas.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

JC: Masa quística mucinoso pancreática con signos de malignización junto a lesiones focales hepáticas, metástasis como primera posibilidad en contexto.

Se descarta Esplenomegalia y Tumor intestinal.

Casada, con dos hijos. Buena relación familiar. Barrio nivel socio-económico bajo.

Plan de acción y evolución

Ingreso en Medicina Interna. En espera de intervención quirúrgica.

Conclusiones

La relevancia del caso clínico radica en el error, cada día más habitual en la práctica clínica, que consiste en la falta de realización de una correcta exploración física, lo que traduce en errores y demoras diagnósticas. Hemos olvidado que las pruebas complementarias han surgido para ayudar a corroborar nuestras sospechas diagnósticas después de una exhaustiva anamnesis y exploración física.

Palabras clave

Physical Examination, Abdominal Neoplasms, Early Diagnosis.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

Atención Primaria, Aparato Digestivo, Urgencias.

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual

Antecedentes personales: obesidad. Sin hábitos tóxicos ni enfermedades crónicas. Tratamiento habitual

con anticonceptivos orales. Antecedentes familiares: abuelo materno con Carcinoma Estómago.

Anamnesis

Mujer de 25 años con dolor abdominal constante, resistente a analgesia, de alrededor de 24 horas de evolución. En estudio por especialidad de Digestivo por cuadro de diarreas, 4-5 al día, sin productos patológicos, pérdida de 15kg durante 7 meses. Dolor abdominal, de carácter intermitente, tratado con antiespasmódicos. Su Médico de Familia le había valorado en varias ocasiones y posterior derivación. Pruebas complementarias realizadas: analítica que descartó intolerancia a la lactosa y enfermedad celíaca y colonoscopia con extracción de un pólipo sésil milimétrico sin alteración anatomopatológica y descarte de colitis microscópica, presencia de hemorroides internas. Pendiente de cita para realizar TAC abdominal para completar estudio.

Exploración física

Buen estado general. Eupneica en reposo, afectada por el dolor. Tensión Arterial: 120/80 mmHg con frecuencia cardíaca: 105 lpm. Saturación 96%. Abdomen globuloso, blando, depresible. Se palpa masa de unos 12cm de diámetro, consistencia pétreo en hipocondrio izquierdo, dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores, ni signos de trombosis venosa profunda. Analítica sanguínea sin alteraciones significativas. PCR 54,9. Ecografía abdominal que evidencia gran lesión quística con ecos finos en su interior y que muestra polos sólidos y septos, dimensiones de 14x12cm (Figura 1). Ante estos hallazgos se decide completar estudio con TAC: bases pulmonares sin alteraciones. Tumor de cola pancreática, con septos gruesos y polos sólidos. Se observan 4 lesiones hipodensas en hígado, inespecíficas, pero en el contexto clínico a descartar lesiones metastásicas (Figura 2). Vesícula, Bazo, Riñones, Vejiga y resto de estructuras sin alteraciones.

Figura 1

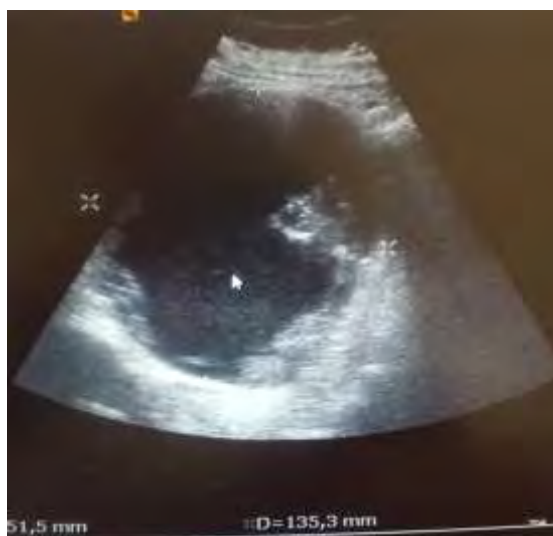
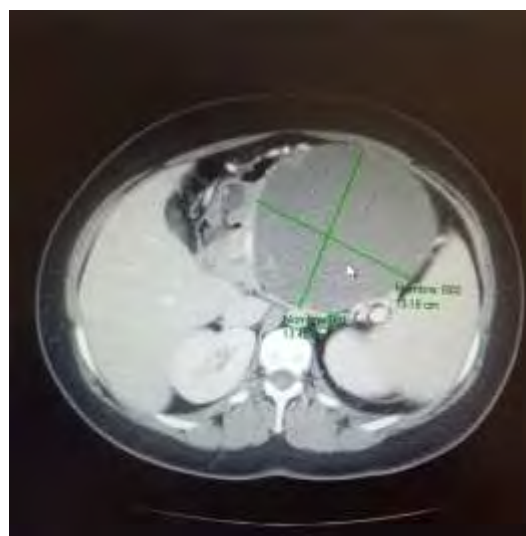


Figura 2



Juicio Clínico

Masa quística mucinoso pancreática con signos de malignización junto a lesiones focales hepáticas, metástasis como primera posibilidad en contexto.

Se descartan los principales diagnósticos diferenciales de esplenomegalia, tumor intestinal.

Enfoque familiar y comunitario

Casada, con dos hijos (niña de 4 años con parálisis cerebral infantil y varón de 2 años.) Buena relación familiar. Barrio nivel socio-económico bajo.

Enfoque psicológico

Ante este evento impredecible se genera gran ansiedad y con ello una crisis familiar. La familia (madre y marido de la paciente) estaba confusa, en negación, apenas dos días antes habían estado en la consulta de Digestivo para seguimiento. Necesidad de apoyo psicológico.

Evolución

Ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio. Pruebas de imagen con iguales resultados descritos anteriormente. Analítica con CA 19.9: 23.568. En estos momentos se encuentra con tratamiento para control de dolor. Pendiente de completar estudio hormonal y en espera de intervención quirúrgica (se descartó la posibilidad de realizar ecoendoscopia para toma de biopsia).

Conclusiones

La relevancia del caso clínico radica en el error, cada día más habitual en la práctica clínica, consistente en la falta de realización de una correcta exploración física, lo que traduce en errores y demoras diagnósticas. Hemos olvidado que las pruebas complementarias han surgido para ayudar a corroborar las sospechas diagnósticas después de una exhaustiva anamnesis y exploración física.

El método clínico dicta un camino a seguir en la asistencia a un paciente, en el cual la clínica tiene un lugar protagónico en la búsqueda del diagnóstico médico. Entre sus componentes está la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, y la historia clínica, que constituyen el material más importante en la recogida de datos.

El poco tiempo con el que se cuenta en consulta y el incremento de la demanda asistencial han cobrado factura en nuestra labor diaria. Se conoce los beneficios que nos aportan los avances de la ciencia y la tecnología, sin embargo, a veces no son efectivos, muchos pacientes no reciben lo que requieren en el momento que lo necesitan, por errores que se cometen en la calidad de la atención.

Existen dos dimensiones al asumir el reto de examinar un paciente: primero, nos orienta en la búsqueda de signos que encaminen nuestra hipótesis diagnóstica; segundo, nos acerca a esa persona que deposita su esperanza de curación en el accionar médico.

Hipócrates dijo: “aprender a valerse de sus sentidos e intelecto, a escuchar, a ver, oler, palpar y discurrir, sin olvidarse que es la asidua y buena práctica – la que repite sin engreimiento y rechaza con probabilidad los datos confusos y los propios errores – la que hace del aprendiz un experto”.

El método clínico y la longitudinalidad son las herramientas principales con las que cuenta el Médico de Familia en la búsqueda de un diagnóstico precoz.

46 ABORDAJE DE UN VARÓN DE 49 AÑOS CON FIEBRE DE TRES SEMANAS DE EVOLUCIÓN.

Contreras Espejo J¹, Herrera Herrera S¹, Ureña Fernández T²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle Jaén

²Médico de Familia. Tutor. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 49 años con antecedentes de úlcera duodenal, fumador y bebedor, que presenta fiebre de tres semanas de evolución con clínica urinaria y abdominal que no ha presentado mejoría clínica significativa tras tratamiento antibiótico y analgésico pautado. Además presentaba astenia y pérdida de peso, dificultándole la realización de sus actividades diarias.

Exploración: destaca abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación sobretodo en fosa iliaca izquierda.

Pruebas complementarias: Analítica leucocitosis con desviación izquierda y PCR 148. Resto de pruebas normales.

TAC urgencias: diverticulitis aguda con absceso intraabdominal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Vive con su mujer y sus dos hijos. Familia normofuncional. Actualmente de baja laboral.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda con absceso intraabdominal.

Diagnóstico diferencial: Infección de orina, fiebre por fármacos, tuberculosis, enfermedades granulomatosas, enfermedad hepática activa, conectivopatías, artritis, abscesos, linfomas, neoplasias, prostatitis, colangitis, fiebre facticia.

Plan de acción y evolución

Se decidió derivar al paciente para completar estudio con TAC abdominal y fue intervenido de urgencia. Al alta el paciente se encuentra asintomático y continuará con antibioterapia, analgesia y seguimiento por atención primaria y cirugía.

Conclusiones

Es importante realizar una buena anamnesis y encaminar las pruebas diagnósticas según la clínica y evolución que presente el paciente.

Palabras clave

Fiebre, diagnóstico, diverticulitis.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Fiebre.

Enfoque individual*Antecedentes personales*

Sin alergias medicamentosas conocidas, varón de 49 años, úlcera duodenal diagnosticada hace 20 años. Fumador de 2 cig/día desde hace 30 años, bebedor de una cerveza al día. Trabaja en cadena de montaje. No viajes ni contacto con animales en meses previos. No picaduras de insectos.

Anamnesis

Varón de 49 años que comienza con cuadro de gastroenteritis, hace tres semana, con dolor en hemiabdomen inferior intenso, con episodios febriles de más de 38°C, alteraciones en la orina (disuria y orina oscura) y estreñimiento. Se pauto paracetamol 1g cada 8 horas y amoxicilina/clavulánico 875mg/125mg cada 8 horas durante una semana, quedando apirético durante tres días con mejoría de clínica miccional, pero posteriormente ha mantenido episodios de temperatura de hasta 38°C, de predominio nocturno, y manteniendo molestias abdominales. Acompañado de deposiciones diarreas blandas, sin productos patológicos, y náuseas sin vómitos. Astenia, pérdida de peso no cuantificada (1 talla). Tos seca desde hace 10 días.

Niega disnea, no expectoración, no odinofagia.

Dolor de rodillas de características mecánicas desde hace más tiempo que no se ha modificado.

Se encuentra preocupado por la persistencia de los síntomas, que no le dejan llevar una actividad cotidiana normal.

Exploración

- Consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo, normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. No adenopatías cervicales, retroauriculares, supraclaviculares, axilares ni inguinales. No bocio. No lesiones cutáneas.
- Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación sobretodo en fosa iliaca izquierda, no masas ni megalias, ruido hidroaéreos presentes.
- Miembros inferiores: No edemas, ni signos de trombosis venosa profunda.
- Pruebas complementarias:
 - EKG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje a 0º, no alteraciones en la repolarización, no signos de hipertrofia ventricular.
 - Analítica: Hb 13 g/dL, hto 35.6%, leucocitos 15840, neutrófilos 12500, linfocitos 1770. Coagulación normal. Bioquímica: urea 30, creatinina 1.13, sodio 136, potasio 4.1, amilasa, lipasa, GOT, GPT, GGT, bilirrubina total normales. PCR 148. Sistemático de orina normal. FR negativo. Serologías de VIH, VHA, VHB, VHC negativas. Infecciones pasadas CMV, VEB.
 - Mantoux: negativo.
 - Cultivo de orina: negativo.
 - Rx tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos de interés.
 - TAC abdominal (urgencias): Hallazgos sugerentes de diverticulitis aguda de sigma, con trayecto fistuloso sigma-sigma y absceso de pared gruesa en psoas izquierdo, que engloba uréter ipsilateral provocando moderada ureterohidronefrosis.

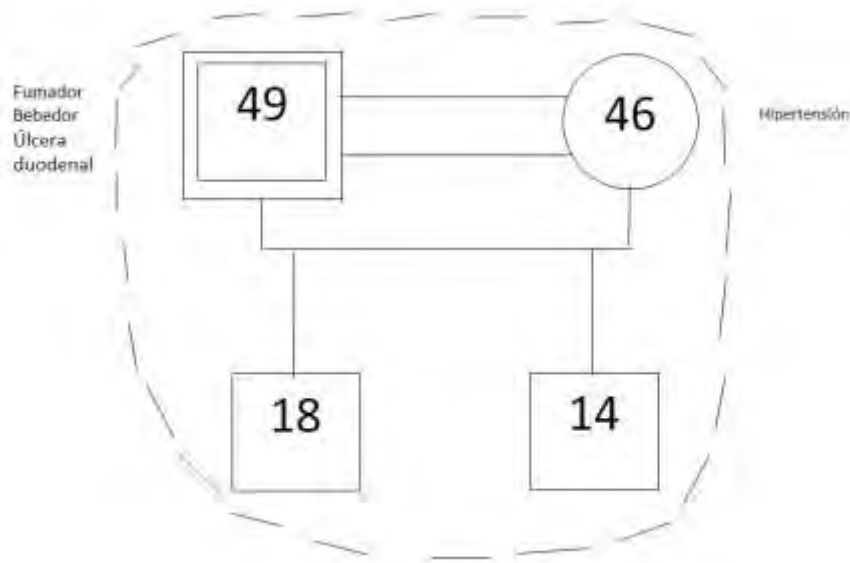
Enfoque familiar y comunitario

Varón que vive con su mujer y sus dos hijos (familia nuclear). Familia normofuncional. Nivel socioeconómico bueno. Actualmente se encuentra de baja laboral por este proceso.

Juicio clínico

Diverticulitis aguda con absceso intraabdominal.

Genograma



Diagnóstico diferencial

- Infección de orina.
- Fiebre por fármacos.
- Tuberculosis.
- Enfermedades granulomatosas (Crohn)
- Enfermedad hepática activa.
- Conectivopatías.
- Artritis.
- Abscesos.
- Linfomas.
- Neoplasias.
- Prostatitis.
- Colangitis.
- Fiebre facticia.

Plan de acción y evolución

Ante la persistencia de la clínica y los resultados analíticos se decidió derivar al paciente a urgencias para completar estudio con TAC abdominal que mostró diverticulitis aguda con absceso intrabdominal.

El paciente fue intervenido de urgencia realizándose drenaje de absceso por laparoscopia. El postoperatorio cursó sin complicaciones por lo que es dado de alta para control por nuestra parte y servicio de cirugía.

El paciente se encuentra apirético, con buena tolerancia oral, buen tránsito y buen aspecto de las heridas quirúrgicas. Continuará con amoxicilina/clavulánico 875mg/125mg cada 8 horas durante 5 días y paracetamol 1 g/8 horas si dolor. Se recomienda no realizar esfuerzos durante un mes por lo que se mantiene la baja laboral del paciente.

Conclusiones

Es importante realizar una buena anamnesis y encaminar las pruebas diagnósticas según la clínica y evolución que presente el paciente. A veces, desde la consulta de atención primaria, no se dispone de las suficientes herramientas para poder completar el diagnóstico de ciertas patologías pero si se debe realizar una orientación diagnóstica y saber si el paciente cumple criterios de gravedad.

47 ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN PACIENTE CON TETRAPLEJÍA ESPÁSTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Gallardo Navas S¹, Martín Peñuela J¹, Roldán Carregalo I²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Humilladero. Hospital De Antequera. Málaga

²Tutora de Residentes de MFyC. Hospital de Antequera. Málaga

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que es traído a Urgencias por DCCU. La familia refiere notarlo sudoroso, nauseoso y con trabajo respiratorio durante la noche. Impresiona de dolor abdominal, difícil de valorar por su situación. La familia niega atragantamiento ni estreñimiento. Los días previos ha presentado cuadro de hiperreactividad bronquial. Afebril.

Contantes estables, SatO₂ 90% con gafas nasales. Taquipnea en reposo. ACP: tonos rítmicos, sin soplos. MVC con crepitantes bibasales y roncus aislados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, timpánico. Ruidos hidroaereos aumentados.

Analítica de sangre y orina: Sin interés.

Rx torax: importante cifoescoliosis y deformidad torácica que dificulta la valoración. Aparente hernia diafragmática.

Rx abdomen: importante dilatación de asas intestinales y fecaloma en recto.

TAC abdomen con contraste: riñón izquierdo con una ureterohidronefrosis grado III y atrofia cortical.

Derecho normal. No hay hernia frénica. Infiltrados pulmonares basales bilaterales. Fecaloma que ocupa recto y sigma.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Neumonía bibasal probablemente por broncoaspiración.

Estreñimiento crónico, fecaloma.

Ureterohidronefosis grado III sin repercusión en función renal.

Tetraplejía.

Plan de acción y evolución

Enemas de limpieza con sonda, antibioterapia, aerosolterapia. Tras tratamiento desaparición de náuseas y disnea y resolución de cuadro infeccioso respiratorio asociado.

Conclusiones

Vigilar de cerca a este tipo de pacientes, pueden llegar a complicarse por algo aparentemente tan banal como un estreñimiento.

Palabras clave

Estreñimiento. Tetraplejía. Broncoaspiración.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Disnea.

Antecedentes personales

- Vida basal: totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Vive con su madre y una hermana.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos.
- Sin enfermedades prevalentes de interés.
- Tetraplejía espástica residual y deterioro neurológico por encefalopatía anóxica postquirúrgica (postadenoidectomía) a los 8 años de edad.
- Incontinencia urinaria con necesidad de pañal.
- Estreñimiento habitual con necesidad de enemas.
- Frecuentes cuadro de Hipereactividad bronquial con tos productiva que requieren de combiprasal en tratamiento nebulizado.
- Tratamiento médico actual: baclofeno 10 mg/8 horas, diazepam 5 mg 2 comp/24 horas, paracetamol 1 gr /12 horas.

Exploración

TA 150/115, FC 110 LPM, SatO₂ 90% con gafas nasales, Afebril.

Buen estado general, bien hidratado y perfundido, normocoloreado. Taquipnea en reposo, sin uso de la musculatura accesoria.

No Ingurgitación yugular a 45°. Tetraplejía. Cifoescoliosis.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales y algún roncus aislado.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, timpánico. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Enfermedad actual/enfoque desde atención primaria

Paciente que es traído a urgencia al servicio de Urgencias del hospital por la ambulancia. La familia refiere notarlo sudoroso, nauseoso y con trabajo respiratorio durante la noche, motivo por el que avisan al dispositivo. Impresiona de dolor abdominal, difícil de valorar por su situación basal, no estreñimiento (ayer realizó deposición normal). Su alimentación es triturada y la familia niega atragantamiento. Los días previos ha presentado cuadro de hiperreactividad bronquial (habitual en él) prescribiendo su médico de atención primaria aerosolterapia. Afebril en todo momento.

Durante su estancia en urgencias

-Se ha descartado obstrucción intestinal y hernia diafragmática (no quedaba claro si existía dolor abdominal o no debido a su ligero retraso mental y el abdomen era timpánico y estaba distendido). La radiografía podía impresionar de gran hernia diafragmática.

-Ha sido valorado por Urología por hallazgos de TAC (hidronefrosis grado III) con JC de uropatía obstructiva crónica sin repercusión en la función renal y sin necesidad de intervención por su parte en el momento actual y seguimiento en consultas externas de urología si procede.

-Así mismo, se ha constatado pico febril de 38°C con buena evolución clínica posterior y sin criterios de sepsis en ningún momento.

Pruebas Complementarias

*Analítica de sangre:

-Hemograma: leucos 8900, Hb 14.50, plaquetas 194000.

-Hemostasia: TP 14.7, resto normal.

-Bioquímica: glucosa 113, cr 0.83, Na 147, K 4.9, FG > 90, LDH 240, resto de perfil hepático normal

*Gasometría venosa: pH 7.4, pO₂ 54.6, pCO₂ 43.4, bicarbonato 27.4.

*Analítica de orina: pH 6, esterasa negativa, nitritos negativo, sedimento con 4-6 hematíes/campo y 1-2 leucos/campo.

*Analítica de orina postsondaje vesical: pH 6, esterasa 75, nitritos negativo, sedimento con 50-100 hematíes/campo y 20-50 leucos/campo.

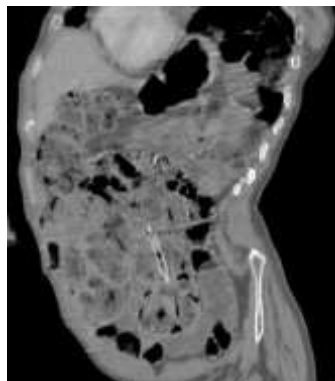
*Rx torax: importante cifoescoliosis y deformidad torácica que dificulta la valoración. No se objetiva infiltrado pulmonar. Impresiona de gran hernia.



*Rx abdomen: importante dilatación de asas intestinales y fecaloma en recto.



*TAC abdomen con contraste: riñón izquierdo de 7,8 cm, con una ureterohidronefrosis grado III y atrofia cortical; cálculos en su polo inferior. El derecho es normal. Gran cifo-escoliosis por parálisis cerebral. No hay hernia frénica. Infiltrados pulmonares basales bilaterales con broncograma aéreo. Gran fecaloma que ocupa todo el recto y parte del sigma. Sonda rectal. Vejiga de paredes lisas.



Juicio Clínico

Neumonía bibasal en probable contexto de broncoaspiración. Estreñimiento crónico con impactación fecal y necesidad de enemas.

Ureterohidronefosis grado III y atrofia cortical en riñón izquierdo sin repercusión en función renal. Tetraplejía.

Plan de actuación y evolución

Enemas de limpieza con sonda rectal, control de constantes, aerosolterapia con budesonida y atrovent, antibioterapia con amoxicilina/clavulanico cada 8 horas. Tras el tratamiento el paciente mejora respiratoriamente, encontrándose sin sibilantes ni roncus a su alta y desaparición completa de las náuseas. Tolerancia oral buena, no atragantamiento con dieta triturada y líquidos con espesantes.

Tratamiento médico domiciliario

Dieta que tolere (triturada y líquidos con espesantes) rica en fibra. Augmentine 875/125: 1 sobre cada 8 horas durante 4 días más y suspender. Lactulosa sobres hasta 3 veces al día para poder hacer deposición diaria. Enemas si precisa.

Resto de tratamiento como hace habitualmente.

Conclusiones

Vigilar de cerca a este tipo de pacientes, una patología banal como pueda parecer un estreñimiento, puede acarrearles una serie de complicaciones importantes. En nuestro caso este estreñimiento acabó desencadenando al paciente vómitos que le ocasionaron una broncoaspiración.

La familia del paciente (madre) ha sido informada y ha dado su consentimiento para remitir el caso.

48 ANGIOEDEMA RECIDIVANTE DE ORIGEN INCIERTO

Marín Relaño JA¹, Sánchez Martínez M², Alcalde Molina MD³

¹MIR de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

²MIR de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Jaén

³Médico de Familia y Tutora. CS Virgen de la Capilla. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Edema en lengua

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 66 años con AP de Hipertensión arterial en tratamiento con IECA, antecedentes familiares sin interés, que acude en varias ocasiones a consulta refiriendo edema oral.

Exploración: Buen estado general.

Auscultación cardiorespiratoria: Normal

Faringe hiperémica con edema de lengua. No edema de úvula

Evolución y pruebas complementarias: Ante las sucesivas consultas, solicitamos analítica y pautamos tratamiento.

El paciente es valorado en Alergología realizándole pruebas cutáneas presentando dudosa positividad a Anisakis. Tras nuevas consultas en Atención Primaria y persistiendo los síntomas solicitamos IgE Anisakis con hallazgo de (IgE; p4) > 100,00 UIa/MI. CLASE 5.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Angioedema por Anisakis.

Diagnóstico diferencial

- Urticaria simple
- Dermatitis de contacto
- Eritema multiforme
- Angioedema hereditario por déficit de C1

Plan de acción y evolución

Actualmente se encuentra asintomático desde hace más de 6 meses, realizando dieta exenta de alimentos que puedan ser portadores del parásito.

Conclusiones

La ingesta de pescado contaminado puede causar enfermedades gastrointestinales que se acompañan en un primer momento de reacciones alérgicas como urticaria, angioedema y anafilaxia.

El consumo de pescado crudo o poco cocinado, incrementa el riesgo de padecer esta alergia. Debemos insistir en la profilaxis de la enfermedad.

La urticaria aguda y/o angioedema es una afección frecuente en nuestras consultas y el 50% son idiopáticas.

Palabras clave

Anisakis Simplex, Angioedema, Reacciones alérgicas.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Edema en lengua.

Enfoque individual

Anamnesis: Paciente varón de 66 años con AP de Hipertensión arterial en tratamiento con IECA, sin antecedentes familiares de interés, que acude en varias ocasiones a consulta refiriendo edema labial, de mucosa yugal y de lengua, sin otra sintomatología acompañante y sin clara relación con ingesta alimenticia, medicamentosa, ni desencadenantes físicos. No se encuentra en contacto con animales ni sustancias nocivas.

Exploración: Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido, afebril.

Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos puros, sin soplos, roces ni extratonos.

Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilantes.

Faringe hiperémica con edema de lengua. Ausencia de edema de úvula.

Evolución y pruebas complementarias: Ante las sucesivas consultas en urgencias y Atención primaria, sospechando Angioedema relacionado con la toma de IECA se modifica tratamiento antihipertensivo a ARA II con nula mejoría, por lo que se solicita analítica completa con neuroalérgenos y se pauta tratamiento con corticoide intramuscular + pauta descendente de corticoide oral y antihistamínico.

El paciente es valorado en Alergología realizándole pruebas cutáneas presentando dudosa positividad a Anisakis simplex (4mm), por lo que tras nuevas consultas en Atención Primaria y persistir los síntomas se solicita AC IgE Anisakis.

Analítica:

- Hemograma: Hemoglobina 16.2 g/dL, hematocrito 50.6%, volumen corpuscular medio 97.1 fL, leucocitos 8700 uL (neutrófilos 64%).
- Bioquímica: Sin hallazgos de interés. Proteína C reactiva 5.8 mg/L.
- Inmunología general: Inmunoglobulina A 286 mg/dL, Inmunoglobulina E 673 UI/mL, Inmunoglobulina G 1010 mg/dL, Inmuno globulina M 99 mg/dL, Complemento C3 129 mg/dL, Complemento C4 27.3 mg/dL.
- Alergia: Anisakis, AC (IgE; p4) > 100,00 UIa/MI. CLASE 5.

Plan de acción y evolución

En la actualidad se encuentra asintomático desde hace más de 6 meses. El paciente realiza dieta alimenticia exenta de animales que puedan ser posibles portadores del parásito.

Juicio clínico

Angioedema por alergia a Anisakis.

Diagnóstico diferencial

Debemos realizarlo con las siguientes patologías:

- Urticaria simple
- Vasculitis
- Dermatitis de contacto
- Eritema migrans (Enfermedad de Lyme)
- Eritema multiforme
- Pityriasis rosada
- Angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor

Conclusiones

El Anisakis es un parásito nematodo, fundamentalmente la especie *Anisakis simplex*, que afecta a peces marinos invertebrados, crustáceos y moluscos. La ingesta de pescado contaminado puede causar enfermedades gastrointestinales que se acompañan en un primer momento de reacciones alérgicas como urticaria, angioedema y anafilaxia³. Su distribución es mundial, aunque su aparición en nuestro país data de 1991. El hombre adquiere la enfermedad cuando se convierte en huésped inesperado dentro del ciclo vital del parásito.

En España hasta el 40% de algunas especies de pescado puede estar contaminado por anisakis. El consumo de pescado crudo o poco cocinado, incrementa el riesgo de padecer esta alergia.

En España se consume mucho pescado (85 g/habitante/día), y tiene unas tasas de infestación altas. Hay que insistir en la profilaxis², siendo el tratamiento ideal de la anisakiasis sin lugar a dudas, la prevención. Las medidas térmicas, como el calentamiento a 60 °C durante 10 min o la congelación a -20 °C durante al menos 24 h, destruyen la larva.

La urticaria aguda y/o angioedema es una afección frecuente en nuestras consultas y el 50% son idiopáticas¹. *Anisakis* es una potencial causa de urticaria aguda o angioedema en la que tendríamos que pensar con más frecuencia.

La fisiopatología del angioedema se basa en un rápido inicio de un incremento local de la permeabilidad de los capilares de la submucosa o del tejido subcutáneo y de las vénulas postcapilares causando una extravasación localizada de plasma.

La importancia de este tema radica en que no hemos encontrado bibliografía en la actualidad que relacione directamente el angioedema con una alergia a anisakis sin asociar prurito generalizado ni sintomatología digestiva.

Bibliografía

- 1- Reacciones de hipersensibilidad y manifestaciones digestivas producidas por la ingestión de pescado parasitado por *Anisakis simplex*. *Semergen* 25:792-7.
- 2- MI. Moreno Hernandez, S. Canut Cavero. Anisakiasis, ¿la tenemos presente en los diagnósticos? *Aten Primaria* 2004; 33:347.
- 3- Nieuwenhuizen NE, Lopata AL. Anisakis--a food-borne parasite that triggers allergic host defences. *Int J Parasitol.* 2013; 43(12-13):1047-57. doi: 10.1016/j.ijpara.2013.08.001. Epub 2013 Aug 27.
- 4- J. Conejo Mir, JC Moreno, FM Camacho. *Manual de dermatología*. Primera edición. 2010. Aula médica.

Este caso cuenta con la autorización del paciente para ser presentado.

49 MUJER DE 30 AÑOS CON NÓDULO PALMAR; ESTUDIO EN CONTEXTO DE REACTIVACIÓN CICATRICAL

Fuentes Cruz A¹, Gómez Zafra L², Ramos Herrera CA³

¹MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria

²MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria

³Médico Tutor

RESUMEN

Motivo de consulta

Nódulo cutáneo en región palmar de mano derecha

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 30 años que consulta por nódulo subcutáneo en palma de mano derecha coincidiendo la localización con antigua cicatriz. En la exploración, nódulo de 1 x 1 cm aproximadamente, de consistencia dura, no fluctuante, tacto doloroso y sin afectación de piel subyacente ni eritema. En la ecografía se apreció una lesión de bordes definidos, hipoeoica, de consistencia sólida y la biopsia mostró granulomas de tipo sarcoideo. No hubo alteraciones de interés en la analítica. La radiografía mostró aumento de densidad en LSD y el TAC, múltiples adenopatías mediastínicas paratraqueales y prevasculares además de múltiples imágenes micronodulares en racimo en LSD.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Casada, dos hijos, en primera fase de extensión en ciclo vital familiar.

Juicio clínico: sarcoidosis cutánea y pulmonar estadio II, asintomática.

El diagnóstico de sarcoidosis fue por exclusión. Se basó en descartar otras enfermedades que produjeran granulomas no necrotizantes.

Plan de acción y evolución

No precisa tratamiento. Sí precisa revisiones periódicas.

Conclusiones

La sarcoidosis cicatricial está descrita en la literatura médica como una forma infrecuente pero muy específica de sarcoidosis. Es importante que el médico de familia conozca qué cambios cutáneos sobre cicatrices antiguas pueden corresponder a esta entidad.

Palabras clave

Sarcoidosis, piel, cicatriz.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Nódulo cutáneo en región palmar de mano derecha.

Enfoque individual

Antecedentes personales

Inestabilidad lumbosacra, gonalgia y osteocondritis. No toma medicación habitual.

Anamnesis: mujer de 30 años que consulta por una lesión cutánea de apariencia nodular en región palmar de mano derecha coincidiendo la localización con antigua cicatriz de caída en la infancia.

Aproximadamente de 6 meses de evolución con crecimiento lento en las últimas semanas. En ausencia de otros signos cutáneos o de sintomatología sugerente de enfermedad sistémica.

Exploración: se observa una tumoración subcutánea de 1 x 1 cm aproximadamente en la palma de la mano derecha, situada en plano muscular, de consistencia dura, no fluctuante, tacto doloroso y sin afectación de piel subyacente ni eritema.

Pruebas complementarias

Ecografía: lesión de bordes bien definidos, hipoecoica, de apariencia sólida, de aproximadamente 15,3 mm de diámetro; y situada entre la musculatura y la piel. Hallazgos inespecíficos.

Biopsia diagnóstica de la tumoración: dermatitis granulomatosa con presencia de numerosos granulomas de tipo sarcoido.

Analítica: hemograma normal, en bioquímica fosfatasa alcalina a 131 U/L, CPK a 199 U/L y el resto, incluido el calcio, normal. La muestra para la coagulación resulta insuficiente. La PCR es de 125 mg/L y la VSG, de 20 mm. ECA normal. En el estudio de orina de 24 horas se obtiene un aclaramiento de creatinina de 124 ml/min, siendo el calcio, el cociente microalbuminuria/creatinina y proteínas normales.

Radiografía de tórax: tenue aumento de densidad a nivel de lóbulo superior derecho y un ligero ensanchamiento mediastínico superior. Resto normal.

TAC de tórax: múltiples adenopatías mediastínicas no calcificadas, paratraqueales y prevasculares. El parénquima pulmonar muestra imágenes nodulares centrolobulillares, peribroncovasculares y subpleurales, visibles en lóbulos superiores, y segmentos apicales de lóbulos inferiores, además de opacidades en vidrio deslustrado conformadas por múltiples imágenes micronodulares en racimo, localizadas en LSD. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

La paciente está casada y tiene dos hijos. Estatus socioeconómico medio-bajo. Está en la primera fase de extensión del ciclo vital familiar.

Juicio clínico

Sarcoidosis cutánea y pulmonar en estadio II; asintomática.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de sarcoidosis es un diagnóstico de exclusión; el hallazgo de granulomas no necrotizantes es característico pero no patognomónico de la enfermedad. El diagnóstico final se realiza en base no sólo al diagnóstico histológico sino también al contexto clínico, de imagen y funcional de la paciente. Ante el hallazgo de la biopsia, se vuelve a reevaluar a la paciente realizando una anamnesis dirigida por aparatos y sistemas lo que revela que la paciente no tiene ni un solo signo o síntoma de afectación sistémica propia de la sarcoidosis. Con la analítica solicitada tras la biopsia, se pretende encontrar alteraciones propias de la enfermedad; pero tampoco se obtienen hallazgos concluyentes. Finalmente, ante la ausencia de cuerpo extraño o de microorganismo infeccioso alguno que puedan generar granulomas de la misma apariencia, la ausencia de datos que conduzcan a otra etiología de los granulomas y gracias a las reveladoras imágenes en TAC que muestran múltiples adenopatías mediastínicas que ya se han descrito e imágenes micronodulares en racimo en lóbulo superior derecho; se concluye el diagnóstico de sarcoidosis cutánea y pulmonar en estadio II.

Plan de acción y evolución

Dado el estadio II de la paciente y la ausencia de síntomas, no es necesaria la instauración de tratamiento aunque sí establecer una serie de revisiones regladas. En la actualidad la paciente no

presenta síntomas de la enfermedad; y en el control clínico y de imagen no se han hallado diferencias significativas.

Conclusiones

Se aprecia el interés clínico de este caso, en primer lugar dado lo infrecuente que es la presentación cutánea de la sarcoidosis tal y como la presenta la paciente; y en segundo lugar; porque tener en mente este posible diagnóstico permite cursar desde Atención Primaria pruebas complementarias que ya llegarían realizadas e informadas a Atención Especializada con la consecuente agilización del proceso. Se considera de suma importancia que el facultativo de Atención Primaria tenga presente la posibilidad de que una lesión cutánea de nueva aparición pero sobre una base cicatricial, pueda corresponder a esta forma descrita en la literatura médica como infrecuente pero muy específica de sarcoidosis cutánea. Además, este caso ofrece la particularidad de que la paciente carece de sintomatología a nivel sistémico y también carece de cualquier otro signo cutáneo acompañante, lo que lo convierte en un caso aún más excepcional. Además, se resalta la importancia en este caso de la biopsia cutánea, que da un diagnóstico anatomopatológico sin que tenga que realizarse una intervención más invasiva, que suele ser necesaria en estos casos, como una biopsia de ganglios mediastínicos y que puede permitir además iniciar el estudio de extensión de la enfermedad lo antes posible. Según la literatura científica, la participación sistémica se observa en la mayoría de los pacientes con sarcoidosis cicatricial, por lo que detectarla lo antes posible tiene un importante impacto de cara al plan terapéutico y al pronóstico de la enfermedad.

50 ABSCESO HEPÁTICO POR CUERPO EXTRAÑO

Gómez Torrado RM¹, Domínguez Amoscotegui AR², Chinchilla Palomares E³

¹MIR DE Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³Médico del Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal de meses de evolución en mujer con antecedentes de infecciones del tracto urinario recurrentes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que consulta reiteradas veces en atención primaria por dolor abdominal, molestias al orinar y prurito vaginal. En urgencias es dada de alta con diagnóstico de ITU junto con tratamiento antibiótico. Retorna nuevamente a urgencias 5 días después por fiebre no controlada con antitérmicos de hasta 38.8°C, dolor en FII e hipotensión mal controlada tras valoración en su domicilio por su médico de familia. EO: Abdomen ligeramente distendido, doloroso en todo hemiabdomen inferior, con defensa abdominal y signo de rebote positivo y signos de Murphy negativo. No signos de peritonismo ni de ascitis. En urgencias se solicita Eco abdominal hallándose imagen hipoecoica a nivel hepático y TAC abdominal identificando absceso hepático y cuerpo extraño desde antro pilórico hasta hígado.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnósticos diferenciales:

1. ITU
2. Diverticulitis
3. Patología ginecológica
4. Sepsis infecciosa

Plan de acción y evolución

1. Anamnesis y exploración exhaustivas
2. Pruebas de imagen
3. Antibioterapia
4. Drenaje por laparoscopia y extracción de CE.

Conclusiones

En Atención Primaria debemos incidir en una exhaustiva anamnesis y exploración detallada de cuadros, en principio banales, con el objeto de detectar datos de gravedad que nos indique la colaboración con los servicios de atención hospitalaria.

Palabras clave

Absceso hepático, cuerpo extraño, espina pescado.

CASO COMPLETO

Resumen

Dolor abdominal de meses de evolución en mujer con antecedentes de infecciones urinarias recurrentes que recibió atención desde diferentes niveles asistenciales: Atención Primaria, Urgencias y Atención hospitalaria (principalmente desde el servicio de Cirugía de pared abdominal), cuya reflexión invita a

ampliar el abanico de diagnósticos diferenciales de patología habitualmente vista en atención primaria, cuando las causas más frecuentes son descartadas.

Antecedentes personales

Alergia a la penicilina, DMNID, HTA, gastritis atrófica, pólipos de glándulas fúndicas, hernia de hiato, esteatosis hepática, gonartrosis y espondiloartrosis, bloqueo AV de primer grado, atrofia vaginal, obesidad, ITU recurrente, glaucoma, síndrome depresivo.

Antecedentes familiares

Sin AF de interés.

Anamnesis

Paciente con abdomen doloroso desde el mes de abril de 2015 que le lleva a consultar reiteradamente en atención primaria. Se historia y se explora sucesivas veces en consulta, evidenciando dolores inespecíficos localizados en flancos sin masas ni megalias, fiebre, vómitos o trastornos del tránsito intestinal. Consultó también por molestias al orinar y prurito vaginal, realizándosele en consulta sedimento de orina, resultando negativo. El día 21-10-2015 consultó en urgencias hospitalarias por dolor abdominal suprapúbico acompañado de fiebre de 38°C, disuria discreta con orina hematurica y maloliente, algún episodio diarreico y náuseas sin vómitos. Fue dada de alta con juicio clínico de ITU y tratamiento domiciliario con ciprofloxacino 500mg cada 12h y paracetamol si fiebre. Retorna a urgencias tras ser valorada en domicilio por su médico de familia, que evidencia fiebre no controlada con antitérmicos de hasta 38.8°C, dolor en fosa iliaca izquierda sin síndrome miccional e hipotensión mal controlada.

Exploración física

Aceptable estado general, bien hidratada y perfundida, consciente, orientada y colaboradora, estable hemodinámicamente aunque con tendencia a la hipotensión, eupneica al habla, fiebre de 38°C. Frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto. SatO2 97%.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardíacos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen ligeramente distendido, doloroso en todo hemiabdomen inferior, con defensa abdominal, signo de rebote positivo y signo de Murphy negativo. No datos de peritonismo ni de ascitis. PPR negativa.

Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos simétricos y presentes.

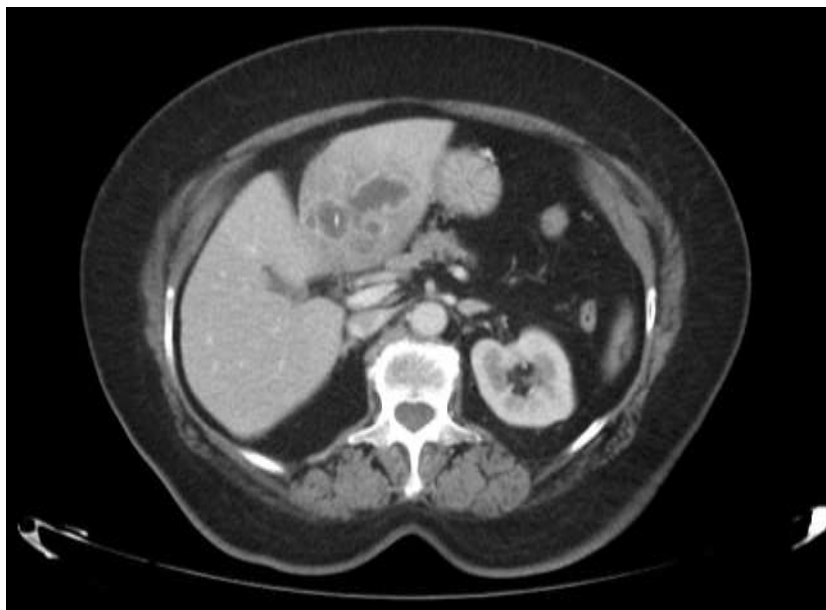
Pruebas complementarias

- GSV: pH 7.46, glucosa 178mg/dL, láctico 1.8, Ca 1.12, Na 138, K 38.
- Analítica completa con bioquímica: CPK 423, función renal conservada e iones normales; hemograma: leucocitosis de 15.000, resto normal; Coagulación normal.
- Placa de abdomen sin hallazgos patológicos.
- Ecografía abdominal: Se observa a nivel del LHI imágenes hipoecoicas de bordes mal definidos que podrían corresponder con quistes hepáticos complejos. (Figura 1)
- TAC abdominal con contraste IV: Absceso en LHI con cuerpo extraño en el margen inferior del mismo, sospecha de espina de pescado, que se introduce desde antro pilórico, perforándolo y alcanzando parénquima hepático. (Figura 2)
- ColangiRNM que no aporta nuevos datos respecto a pruebas de imagen anteriores.

Figura 1



Figura 2



Diagnóstico diferencial en urgencias

Dada la amplia gama de diagnósticos asociados a cuadros sindrómicos como el dolor abdominal, se llegaron a sopesar algunos de los siguientes diagnósticos:

- Diverticulitis
- Patología de los anejos femeninos
- Infección del tracto urinario
- Gastritis
- Colecistitis
- Sepsis infecciosa.

Diagnóstico final

- Absceso hepático en LHI por cuerpo extraño.

Plan de acción y evolución

Desde el área de observación en urgencias se decide ingreso en Cirugía General de Pared Abdominal. Se solicita seguimiento y vigilancia que incluye analítica de rutina, control de constantes vitales: TA, temperatura corporal, diuresis, frecuencias cardíaca y respiratoria; todo ello con el fin de programar la cirugía de extracción del cuerpo extraño.

Ingreso en planta a cargo de Cirugía General

Durante el ingreso en planta presenta, inicialmente, cuadros de sudoración profusa sin fiebre, seguido de una evolución clínica bastante satisfactoria con buen control sintomático por medio de tratamiento analgésico intravenoso y normalización analítica de su leucocitosis gracias al tratamiento antibiótico instaurado previamente en urgencias: Aztreonam + metronidazol. El día 5/11/2015 se realiza colangiografía que permite programar la intervención quirúrgica. Se realiza drenaje por laparoscopia y extracción de cuerpo extraño el día 11/11/2015. Buena evolución postquirúrgica, con tolerancia de la ingesta oral, drenaje quirúrgico sin complicaciones y buenos resultados en ecografía de control. Se da el alta a la paciente el día 20/11/2016 con revisión en consultas externas pasado unos meses y seguimiento por su Médico de Familia, así como recomendaciones al alta si reaparecieran síntomas.

Tras el alta hospitalaria, la paciente acude a la consulta de su médico de familia y, rehistoriándola, comenta que recuerda que, en el mes de junio, se tragó una espina de pescado, aunque nunca pensó que llegara a tener tales consecuencias.

Se da alta en Cirugía General el 8/3/2016 tras valoración de la paciente en consultas externas.

Conclusión

La revisión de este caso clínico nos permite contemplar la importancia que tiene en Atención Primaria la percepción de ligeros cambios en la sintomatología de cuadros inespecíficos. A veces, estos se vuelven crónicos en consulta, lo que lleva a pensar en posibilidades diagnósticas diferentes a las más frecuentes y habituales, permitiendo orientar así cada caso de forma individual y tomar, en el momento adecuado, decisiones oportunas como es la colaboración conjunta con los servicios de urgencias.

Bibliografía

- 1) Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e
- 2) Adán Merino L, Gómez Senent S, Martín Arranz, MD, Martín Arranz E, Segura Cabral JM. Cuerpo extraño: una causa infrecuente de absceso hepático. Gastroenterología y hepatología. 2009; 32:179-80.
- 3) Sherlock Sheila: Cirrosis Hepática. Enfermedades del Hígado y Vías Biliares. 9a edición. España: Marban Libros, SL, 1996: 357-370.
- 4) Günter Schmidt. Ecografía: De la imagen al diagnóstico. Ed Médica Panamericana, 2007.

51 PACIENTE QUE PRESENTA SIETE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS EN MENOS DE UN AÑO

Martín Sánchez SM^{a1}, Lozano Prieto PP², Maqueda Cuenca M^{aT3}

¹MIR de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

²Tutor Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuentezuelas. Jaén

³Médico especialista Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Mujer de 45 años que acude a nuestra consulta por dolor torácico que se deriva hacia región interescapular que se incrementa a la respiración profunda.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Paciente de 45 años que acude por dolor torácico a la respiración profunda que se irradia a región interescapular. Progresivamente empeoramiento del dolor, acompañado recientemente por sensación de disnea que no le imposibilita la realización de su actividad diaria, no otra sintomatología acompañante.

Exploración física: AR: Hipoventilación a nivel de hemitórax derecho, murmullo vesicular conservado en hemitórax izquierdo. SO₂ sin aporte externo del 98%.

Rx tórax: neumotórax apical derecho.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Según la clasificación de la OMS modificado por De la Revilla: Se encontraría en la etapa III, extensión.

Juicio clínico

- Neumotórax espontáneo parcial apical derecho.
- Neumotórax recidivante.
- ¿Neumotórax catamenial?

Plan de acción y evolución

Tras este neumotórax presentó otros 3 neumotórax. Se resecciona vértice pulmonar, plicatura diafragmática de fenestraciones y pleurodesis mecánica. Posteriormente nuevo cuadro de neumotórax, se realiza castración química, pese a la cual dos nuevos casos, por lo que finalmente anexectomía bilateral.

Conclusiones

Ante un cuadro de neumotórax de repetición en una mujer entre la tercera y cuarta década de la vida, incluir el neumotórax catamenial en el diagnóstico diferencial pese a su baja prevalencia.

Palabras clave

Neumotórax catamenial, neumotórax espontáneo, disnea.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Paciente mujer de 45 años que acude a la consulta de Atención Primaria por notar dolor torácico que se deriva hacia región interescapular que se incrementa a la respiración profunda, no fiebre, no otra sintomatología acompañante, no le limita su actividad diaria.

Enfoque individual

Anamnesis: Antecedentes Familiares: no presenta antecedentes de interés.

Antecedentes Personales: Contraindicación a Amoxicilina/clavulánico y amitriptilina. Síndrome ansiosodepresivo. Fibromialgia. Hemangioma hepático. Pericarditis en 2012. Neumotórax espontáneo en 2013. Intervenciones quirúrgicas: herniorrafia inguinal. Hábitos tóxicos: fumadora activa.

Tratamiento domiciliario habitual: hierro oral, lorazepam.

Paciente de 45 años que acude por dolor torácico a la respiración profunda que se irradia a región interescapular. Inicialmente la paciente lo relaciona con probable contractura de musculatura dorsal. Progresivamente empeoramiento del dolor, acompañado por sensación disneica que imposibilita la realización actividad diaria habitual, no otra sintomatología acompañante.

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo, normocoloración mucocutánea. ACR: Rítmica a buena frecuencia, hipoventilación a nivel de hemitórax derecho, murmullo vesicular conservado en hemitórax izquierdo. TA 115/56 mmHg, SO₂ sin aporte externo del 98%.

Se solicita RX tórax urgente en la que se aprecia neumotórax derecho.

Se deriva a Servicio de Urgencias ingresando a cargo de cirugía torácica.

Pruebas complementarias: análisis sanguíneo con hemograma completo, coagulación y bioquímica sin alteraciones. Rx tórax: neumotórax apical derecho.

Enfoque familiar y comunitario

Se trata de una familia nuclear con parientes próximos.

Ciclo Vital Familiar: Según la clasificación de la OMS modificado por De la Revilla: Se encontraría en la etapa III, extensión (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar). Según la clasificación de Duvall y Medalie se encuentra se encuentra en transición de la etapa IIB (familia con hijos adolescentes).

Se realizó además el Apgar familiar con una puntuación de 10 (familia normofuncional).

Juicio clínico

Neumotórax espontáneo parcial apical derecho.

Neumotórax recidivante.

Probable neumotórax catamenial.

Plan de acción y evolución

Tras ingreso a cargo de Cirugía torácica se decide actitud conservadora con buena evolución.

En los meses siguientes tres nuevos episodios de neumotórax derecho espontáneo (uno por mes coincidiendo con menstruación), diagnosticados en Atención Primaria y derivados a Servicio de Urgencias.

Tras esto el servicio de Cirugía Torácica realiza videotoracosopia con resección del vértice pulmonar, plicatura diafragmática de fenestraciones y pleurodesis mecánica.

Posteriormente nuevo cuadro de neumotórax derecho (simultáneo a menstruación).

Se deriva a servicio de Ginecología para valoración de castración química siendo dada a alta con el tratamiento siguiente: triptorelina im, denosumab, calcio y vitamina D.

Pese al tratamiento farmacológico descrito previamente, al decidirse cambió de triptorelian por anticonceptivos orales presenta un nuevo cuadro de neumotórax espontáneo.

A los dos meses otro nuevo episodio.

Finalmente se realiza anexectomía bilateral.

Desde la intervención la paciente no ha presentado nuevos episodios. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, no ha presentado nuevos cuadros de neumotórax espontáneo, aunque actualmente se encuentra en tratamiento de osteoporosis secundaria a menopausia precoz.

Conclusiones

En las pacientes fibromialgias a veces los dolores pueden ser pasados por alto y tratarse solo con analgesia.

No obviar nunca en la práctica habitual de la consulta de atención primaria una buena exploración física para descartar patología subyacente, evitando así estigmatizar a la paciente por diagnósticos como la fibromialgia, ya que esto puede repercutir de manera negativa en el pronóstico de los pacientes y retrasar diagnósticos y por consiguiente las medidas terapéuticas necesarias.

Este caso es interesante por su baja frecuencia (la prevalencia es del 1 al 5 % de las mujeres con neumotórax transmenstrual). La presentación en este caso era típica, produciéndose entre 3 días antes o después del periodo menstrual, acompañado de dolor, disnea y más frecuente en hemitórax derecho (la paciente presentó todos los cuadros en este hemitórax).

“Solo se diagnostica lo que se conoce”, por eso la importancia de ante un cuadro de neumotórax de repetición en una mujer entre la tercera y la cuarta década de la vida, hacer una buena anamnesis, preguntar por la fecha de la última menstruación y aunque sea infrecuente, incluir esta posibilidad en la lista de posibles diagnósticos diferenciales.

Bibliografía:

- Mier JM, Fibla JJ, Molins L. Neumotórax catamenial: un síndrome heterogéneo. Cirugía Española 2014; 92:366-8.
- Ruiz M, Martínez C, Hernández E, Ugarte J, Iglesias E. Neumotórax catamenial recurrente. Progresos Obstetricia y Ginecología 2004; 47:495-8.

52 SÍNDROME OPÉRCULO TORÁCICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Amat Sánchez I¹, Arias de Saavedra Criado M²I¹, Moreno Ruiz P²

¹MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Baza (Granada)

²Médico de Familia. CS de Baza (Granada)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor e incapacidad de miembro superior izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Hombre de 41 años, con antecedentes de trastorno de personalidad con rasgos psicóticos y epilepsia por los que abusa de zolpidem 10 mg 3 comprimidos diarios, carbamazepina a dosis de 1200 mg/día, trazodona 100 mg.

Refiere incapacidad para centrarse en ninguna actividad por sensación de confusión.

Acude a urgencias de forma reiterada por dolor e impotencia funcional en miembro superior izquierdo desde unas semanas antes, tras traumatismo en la piscina. En urgencias se administra tratamiento, obviando otros estudios.

Se consultó con traumatología y psiquiatría.

En radiografía se aprecia un callo de fractura en tercio central externo de clavícula izquierda, secuela de un accidente de tráfico.

RMN sin alteraciones vasculares.

Al estudiar con pletismógrafo, según la postura del brazo la TA cae en el brazo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Vive con su madre, escasos recursos económicos.

Juicio clínico: Síndrome del opérculo torácico.

Diagnóstico diferencial: Afectación paquete vásculo-nervioso, yatrogenia.

Plan de acción y evolución

Pendiente de valoración quirúrgica en cirugía vascular.

Conclusiones

El diagnóstico es complejo, y exige atender a la queja de un paciente y evitar el prejuicio al tener la capacidad mental menguada por un mal uso de medicamentos y la hiperfrecuentación a urgencias. En ocasiones olvidamos que los enfermos mentales también se afectan orgánicamente.

Palabras clave

Yatrogenia, urgencias, opérculo torácico.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Dolor e incapacidad de miembro superior izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Hombre de 41 años, con antecedentes de diagnósticos por parte de psiquiatría de trastorno de personalidad con rasgos psicóticos y epilepsia por los que abusa sistemáticamente de zolpidem 10 mg 3 comprimidos al día, carbamazepina a dosis de 1200 mg/día, trazodona 100 mg en noche.

Refiere incapacidad para centrarse en ninguna actividad mental por sensación de confusión.

Acude a urgencias de forma reiterada por dolor e impotencia funcional en miembro superior izquierdo desde unas semanas antes, tras haber sufrido un traumatismo en este miembro en la piscina.

Los síntomas se exacerban con la postura del miembro afectándole a su vida diaria y en el sueño, no encontrándose capacitado para trabajar por la incapacidad que le genera.

En urgencias se administran AINEs i.m. con escasa mejora y relajantes, obviando otros estudios.

Desde Atención Primaria consultamos con traumatología y con psiquiatría.

En radiografía se aprecia un callo de fractura en tercio central externo de clavícula izquierda, secuela de un accidente de tráfico que sufrió en una crisis epiléptica.

Resonancia magnética sin alteraciones vasculares.

Al estudiar con pletismógrafo, según la postura del brazo la tensión arterial cae en el miembro superior izqdo.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial):*Enfoque familiar y comunitario*

Vive con su madre, con escasos recursos económicos, siendo su red social el contacto con el párroco de su iglesia y un par de amigos que mantiene.

Problemas: abuso de relajantes, insomnio, dolor articular.

Juicio clínico: Síndrome del opérculo torácico.

Diagnóstico diferencial: Afectación paquete vásculo-nervioso (subclavio-braquial), síndrome del opérculo torácico, yatrogenia.

Plan de acción y evolución

Psiquiatría disminuyó el tratamiento hipnótico hasta 5 mg de zolpidem en la actualidad y pregabalina a dosis de 75 mg cada 12 horas con mejora clínica del insomnio y mejora de su capacidad de concentración.

La colaboración con psiquiatría en ajustar el tratamiento ha devenido en una mejora para la vida del paciente

Tras estudio está pendiente de valoración quirúrgica en cirugía vascular.

Conclusiones

El diagnóstico es complejo, poco frecuente y exige atender a la queja de un paciente y evitar el prejuicio al tener la capacidad mental menguada por un mal uso de medicamentos y la hiperfrecuentación a urgencias.

En algunas ocasiones se olvida que los enfermos mentales también se afectan orgánicamente.

53 PANCREATITIS DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR

Sánchez Sánchez A¹, González Benitez L², Martínez Sanchez A³

¹MIR de Medicina Familiar y comunitaria. CS La Zubia (Granada)

²MIR de Medicina Familiar y comunitaria. CS Zaidin. Granada

³Médico de Familia. CS La Zubia (Granada)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Varón de 60 años. Antecedentes personales: Hipertrigliceridemia, y DM2. Refiere dolor abdominal en epigastrio que irradia hacia espalda de siete horas de evolución. Inicio brusco, con náuseas y vómitos, sin alteración del ritmo deposicional ni sensación distérmica. Exploración: paciente inquieto, dolor a la palpación en epigastrio. Rx de abdomen: normal. Analítica: PCR 59mg/l, amilasa normal. Hemograma y coagulación normales. Cociente de aclaramiento amilasa/creatinina > 5%. En TC se confirmó el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial: 1. Úlcera péptica: el dolor suele estar relación con las comidas, suele haber un antecedente de toma de AINES, o una gastritis crónica previa. 2. Infarto agudo de miocardio: tiene factores de riesgo. Habría que hacer un Electrocardiograma. 3. Apendicitis: destacarían los signos de Blumberg /Rosving /psoas positivo. 4. Pancreatitis

Plan de acción y evolución

El paciente fue ingresado en planta y tratado, con buena evolución clínica.

Conclusiones

Hasta en un 20% de casos de pacientes con pancreatitis aguda presentan niveles normales de amilasa. La hipertrigliceridemia puede dar lugar a errores de medición. Por ello, utilizamos el Cociente de aclaramiento amilasa/creatinina, que nos orienta hacia el diagnóstico de Pancreatitis cuando es mayor al 5%, como fue en nuestro caso.

Palabras clave

Acute pancreatitis, amylase, normal values.

CASO COMPLETO

Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación aguda del páncreas, cuyas expresiones clínicas se originan en la acción de las enzimas pancreáticas activadas sobre estructuras adyacentes e incluso lejanas. El diagnóstico de esta patología se basa en la clínica que se desarrolla debida a esa acción, en determinaciones de laboratorio (amilasa, lipasa...) y en pruebas complementarias, donde la Tomografía Axial Computerizada abdominal es la prueba más específica.

Es sabido a ciencia cierta que existen falsos positivos en los niveles de amilasa durante el diagnóstico de la pancreatitis aguda debidos a múltiples causas. Pero un hecho olvidado es que también existen hasta un 20% de casos en los cuales pacientes con pancreatitis aguda presentan niveles normales de amilasa.

Entre una de las causas de estos falsos negativos podemos encontrar la hipertrigliceridemia. No es una causa en sí, ya que la amilasa está en altas concentraciones en sangre, pero se comete en un error de medición: la gran molécula de grasa produce una desviación de la parte líquida de la sangre, y debido a esto al coger una muestra de sangre, los niveles de amilasa aparecen falsamente normales o bajos. En casos de clínica sugerente y sospecha clara podemos recurrir a otras medidas. Se produce un aumento del aclaramiento de amilasa en orina y aunque este dato resulta inespecífico, lo podemos utilizar para calcular el Cociente de aclaramiento amilasa/creatinina, que nos orienta hacia el diagnóstico de Pancreatitis cuando es mayor al 5%.

Enfoque individual

Varón de 60 años. Como antecedentes personales destacan Hipertrigliceridemia, Hipertensión arterial y Diabetes tipo 2.

Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de siete horas de evolución. Refiere inicio del dolor de forma brusca, localizado en epigastrio pero que irradia a ambos flancos hasta espalda, de carácter continuo, con náuseas y vómitos, sin alteración del ritmo deposicional ni sensación distérmica.

Exploración: paciente inquieto, presenta dolor a la palpación en epigastrio.

Diagnóstico diferencial

Úlcera péptica: el dolor suele estar relación con las comidas, suele haber un antecedente de toma de AINES, o una gastritis crónica previa. Se alivia con antiácidos o Inhibidores de la bomba de protones.

Infarto agudo de miocardio: tiene factores de riesgo. Habría que hacer un Electrocardiograma.

Apendicitis: destacarían los signos de Blumberg /Rosving /psoas positivos, y leucocitosis. Habría que ver la evolución.

Rotura esofágica: suele estar precedido vómitos violentos +/- hematemesis. Pancreatitis

Pruebas complementarias: Radiografía simple de abdomen: normal. Analítica: PCR 19mg/l, amilasa normal. Hemograma y coagulación normales.

Ante la alta sospecha clínica y el antecedente de hipertrigliceridemia realizamos un Cociente de aclaramiento amilasa/creatinina >5%

Tras esto una Tomografía Axial Computerizada abdominal que nos da la confirmación de Pancreatitis aguda.

Tratamiento

Los objetivos terapéuticos son: el reposo pancreático por lo que es necesaria la dieta absoluta; el control hemodinámico para lo cual monitorizamos las constantes y medimos la diuresis y la estabilización hemodinámica si se diera el caso mediante la reposición de líquidos; el alivio del dolor mediante el uso normal de la escala analgésica (Metamizol, Tramadol, Fentanilo o Meperidina); corrección de las alteraciones metabólicas y del equilibrio acidobásico que en este caso no fue necesario; y la profilaxis de la hemorragia digestiva con Omeprazol y profilaxis antibiótica (en caso de sospecha de pancreatitis aguda necrotizante, que no es el caso).

Evolución

El paciente ingresó en planta, con buena evolución clínica.

Bibliografía

- Cabrera Franquelo F, Dominguez Picón F. Urgencias médicas. 2ª edición. Madrid, 2012. Ed Marbán.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Barcelona, 2015. Ed Elsevier.
- Rodríguez García, José Luis. Diagnóstico y tratamiento médico “New Green Book”, 1 ed. Madrid, 2015. Ed Marbán.

54 DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE DE RAZA NEGRA “NO CONOCIDO”

Sánchez Torres E¹, Chamorro Castillo M², Zafra Alcántara J³

¹MIR de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Torredonjimeno (José Barneo). Jaén

²MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Torredonjimeno (José Barneo). Jaén

³Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de Torredonjimeno (José Barneo) Jaén.

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Bebedor de 80 mg / día.

Paciente de raza negra, africano, de 43 años que consulta por dolor abdominal no continuo, malestar general, y estreñimiento ocasional. Pérdida de peso no cuantificada. Existe un problema a la hora de la comunicación con el idioma.

Abdomen: globuloso, con defensa generalizada, dolor a la palpación profunda en epigastrio y ambos hipocondrios.

Analítica de sangre: leucocitos 14000, neutrófilos 9350, GGT 539, GOT 322, GPT 128, proteína C 156.

Ecografía abdominal: Parénquima hepático con nodularidad múltiple que puede deberse a hepatopatía.

Trombosis de la vena porta izquierda. Lesión nodular hiperecogénica de 38 mm. Líquido libre.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: trombosis vena porta, lesiones ocupantes de espacio hepáticas

Diagnóstico diferencial: hepatitis aguda, coledocolitiasis, tumor pancreático.

Plan de acción y evolución

Se deriva a urgencias hospitalarias, donde se decide ingreso por Digestivo. En espera de TAC abdominal y serologías realiza hemoperitoneo con parada cardiorespiratoria y posterior reanimación sin éxito.

Conclusiones

Hay que tener en cuenta el ámbito social y apoyo familiar. Tenemos un papel fundamental por un lado en patología crónica y por otro lado en inmigración. Es importante realizar un seguimiento de todas las consultas del paciente en los distintos ámbitos.

Palabras clave (máx. 3)

Dolor abdominal, hepatocarcinoma, hemoperitoneo.

CASO COMPLETO

Resumen

Paciente de raza negra de 43 años que consulta en distintas urgencias comarcales y en nuestra consulta por dolor abdominal de meses de evolución con episodios alternantes de estreñimiento. Pérdida de apetito y peso no cuantificada. Algún vomito ocasional. Vive solo, sin apoyo familiar actualmente. Presenta a la palpación abdominal abdomen doloroso en ambos hipocondrios y epigastrio con defensa generalizada. Se realiza ecografía abdominal y analítica de forma ambulatoria por el buen estado general inicial del paciente en el cual se encuentra: hepatomegalia. Parénquima hepático de

ecoestructura heterogénea con sensación de modularidad múltiple que puede deberse a hepatopatía. Trombosis de la fonda porta izquierda, de la parte distal de la vena porta principal y la parte proximal. Lesión nodular hiperecogénica con centro hipoecoico, de 38 mm, entre el hígado y el cuello de páncreas. Abundante líquido libre intraperitoneal. Analítica con leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva 150. Se deriva a urgencias hospitalarias, consultando el caso con digestivo de guardia que decide ingreso a su cargo con tratamiento intravenoso y petición de tac y serología viral. Estando ingresado desarrolla hemoperitoneo y parada cardiorrespiratoria con reanimación cardiopulmonar sin éxito.

Motivo de consulta

Dolor abdominal

Enfoque individual

Anamnesis

Antecedentes personales: bebedor de 80 mg / día. Migraña, tendinitis del supraespinoso. Sin tratamiento.

Paciente de raza negra, africano, de 43 años que consulta en el centro de salud por dolor abdominal no continuo de una semana de evolución acompañado de náuseas y dos vómitos, malestar general, y estreñimiento ocasional. Refiere que dicho dolor se le ha acentuado últimamente pero lleva meses con él. No síntomas genitourinarios. Pérdida de apetito y peso no cuantificada. Existe un problema a la hora de la comunicación ya que no entiende bien el castellano.

Hoy acude a consulta, en otras ocasiones desde hace dos meses presenta varias demandas clínicas a urgencias del centro de salud también por dicha sintomatología, realizando diversos tratamientos como: metamizol 575 mg / 8 h, butilescopolamina 10 mg / 8 h, dieta blanda, diazepam 5 mg/ 24 h de forma puntual sin tener una continuidad. Nunca antes había acudido a la consulta.

Exploración

Buen estado general. Normohidratado y bien perfundido. Consciente y colaborador.

Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado sin signos sobreañadidos.

Abdomen: globuloso, con defensa generalizada, sin palpar masas ni megalias, dolor a la palpación profunda en epigastrio y ambos hipocondrios. No signos de irritación peritoneal. Ruidos intestinales aumentados. Timpanismo a la percusión. Puñopercusión renal negativa. Miembros inferiores: no presenta edema, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales presentes.

Pruebas complementarias

Analítica de sangre de forma ambulatoria: Hemoglobina 10,5, Hematocrito 30, Volumen corpuscular medio 80, plaquetas 410000, leucocitos 14000, neutrófilos 9350, glucosa 128, creatinina 1,55, Sodio 131. GGT 539, GOT 322, GPT 128, Bilirrubina 1,6, proteína C 156.

Ecografía abdominal de forma ambulatoria: hepatomegalia. Parénquima hepático de ecoestructura heterogénea con sensación de modularidad múltiple que puede deberse a hepatopatía. Trombosis de la fonda porta izquierda, de la parte distal de la vena porta principal y la parte proximal. Vesícula biliar sin alteraciones. Lesión nodular hiperecogénica con centro hipoecoico, de 38 mm, entre el hígado y el cuello de páncreas. Quiste cortical en riñón izquierdo sin observar dilatación de los sistemas excretores. Abundante líquido libre intraperitoneal.

Enfoque familiar y comunitario

Paciente soltero, vive solo. La mayor parte de su familia reside en Nigeria. Tiene cinco hermanos, de los cuales dos residen fuera del hogar familiar, en España, uno de 50 años que vive en Madrid y otro de 40 años que vive en Jaén. Actualmente en desempleo, trabaja en el campo. Etapa del ciclo vital o formación: formación de la pareja.

Juicio clínico: trombosis vena porta, lesiones ocupantes de espacio hepáticas, hepatopatía crónica.

Diagnóstico diferencial: hepatitis aguda, coledocolitiasis, isquemia intestinal, tumor pancreático.

Plan de acción

El paciente acude a la semana y media a recoger resultados e impresiona de mal estado general; se deriva a urgencias del hospital ante hallazgos de pruebas complementarias y empeoramiento.

En urgencias se avisa a cirujano de guardia que remite a digestivo de guardia. Se decide por su parte ingreso en planta para estudio solicitándose tac de abdomen y pelvis y serología viral; se pauta tratamiento intravenoso.

Evolución

El paciente estaba pendiente de pruebas complementarias cuando al segundo día de estar ingresado presenta mareo, obnubilación y disnea con trabajo respiratorio. Se pautó oxigenoterapia y aerosolterapia, se solicitó analítica en la cual se objetivó hemoglobina de 4,7, leucocitosis de 25000 y acidosis metabólica con PH 6,8. Se avisa a UCI, se ingresa a su cargo con transfusión de hematíes y bicarbonato 1/6 molar, se solicitó angiotac de abdomen sin contraste con resultado de hemoperitoneo. Al día siguiente se presenció parada cardiorespiratoria y se realizó resucitación cardiopulmonar avanzada sin éxito confirmando éxitus.

Conclusiones

Destaco tanto la importancia de investigar si ha consultado en varias ocasiones por el mismo problema tanto en urgencias extrahospitalarias como hospitalarias y a nivel de nuestra consulta en atención primaria (algo básico que en ocasiones no se realiza), como el seguimiento que hemos de realizar a los pacientes si no presentan mejoría, explicándoselo correctamente a ellos, indagando en las posibles etiologías de su cuadro clínico.

El idioma es una barrera que debemos de traspasar y aparte, tener siempre en cuenta el ámbito social y apoyo familiar que tiene dicho paciente, en éste caso nulo. Desde atención primaria tenemos un papel fundamental por un lado en patología crónica y por otro lado en inmigración y debemos desarrollarlo.

Por último es fundamental conocer al cupo de pacientes o al menos a los pacientes que consulten en varias ocasiones y darles pautas de acción dependiendo de su motivo de consulta para el diagnóstico precoz.

55 TOXIINFECCION ALIMENTARIA NO EPIDÉMICA

Terrón Fuentes D¹, Fuentes Cruz A¹, Pérez Cabeza de Vaca I²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Unidad Docente MFyC de Jaén

²Médico de Familia. Distrito Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor abdominal, diarrea y fiebre.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: HTA, dislipemia.

Anamnesis: Paciente de 54 años, acude refiriendo dolor abdominal, náuseas, diarreas sin productos patológicos, y fiebre de 39º de 12 horas de evolución. Lo atribuye a comer un pollo de corral hace 3 días.

Exploración Física: Estable.

Abdomen doloroso a la palpación generalizada. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Pruebas complementarias:

Hemograma: hb 12.6, leucocitos 15.000, neutrofilia, plaquetas 180.000.

Coagulación INR 1.24, TP 20, AP 57%.

GGT 250, PCR 250.

Coprocultivo positivo para *Campylobacter* Jejuni.

Serologías: VHA, VHB, VHC, VHI negativos.

ECO y TAC abdominal normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Soltero, sin hijos, convive con un hermano.

Juicio clínico: Toxiinfección alimentaria por *Campylobacter* Jejuni.

Diagnóstico diferencial: colitis pseudomembranosa, enfermedad inflamatoria intestinal, Infección por *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolítica*, apendicitis.

Plan de acción y evolución

Tratamiento: Ingreso en planta de Infecciosas.

Ciprofloxacino 400 mg/12 h IV, 14 días.

Evolución favorable.

Conclusiones

La toxiinfección alimentaria por *Campylobacter* es una de las principales causas de diarreas bacterianas. Estos microorganismos habitan en el intestino de aves de corral y del ganado, transmitiéndose por alimentos derivados contaminados, siendo excepcional la transmisión entre personas. Afecta habitualmente a personas en edades extremas, como niños y ancianos, y con determinadas enfermedades e inmunodeficiencias, como diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal o infección por VIH.

Palabras clave

Campylobacter, Diarrea, Foodborne Diseases.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

El caso clínico se desarrolló en un ámbito mixto entre Atención Hospitalaria, Urgencias y Atención Primaria. Se trata pues, de un caso multidisciplinar.

Enfoque familiar y comunitario

El paciente es un varón de 54 años de edad, soltero, sin hijos que convive con su hermano (también soltero) manteniendo una buena relación en el hogar. Agricultor de profesión.

Antecedentes familiares: destaca padre fallecido de SCA y madre fallecida por Ca de recto.

Antecedentes personales de interés: HTA y dislipemia en tratamiento con enalapril 20 mg/día y simvastatina 20 mg/día.

Enfoque individual

El paciente acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por presentar dolor abdominal generalizado de 12 horas de evolución, náuseas con un vómito, diarreas (aproximadamente siete deposiciones diarias) sin productos patológicos, y fiebre de 39º con tiritona que mejora tras tratamiento antitérmico. El paciente lo atribuye a haber comido un pollo de corral sin control sanitario hace 3 días.

A la exploración física se encuentra consciente, orientado, con regular estado general, normohidratado, palidez mucocutánea y hemodinámicamente estable.

Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos de interés.

Abdomen blando y depresible, globuloso, timpánico, doloroso a la palpación de forma generalizada. Ruidos hidroaéreos intestinales aumentados. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal.

Se derivó al Servicio de Urgencias de hospital de referencia para completar estudio.

A la llegada del paciente se le realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica urgente: hb 12.6, leucocitos 15.000 con neutrofilia, plaquetas 180.000. Coagulación INR 1.24, TP 20, AP 57%. Glucosa 140, urea 40, creatinina 1.15, sodio 138, potasio 3.5, GOT 55, GPT 30, GGT 250, PCR 250
- ECO y TAC abdominal sin hallazgos.

Ante la persistencia de la clínica (aun habiendo pautado analgesia y sueroterapia en urgencias) se decide ingreso en Servicio de Enfermedades Infecciosas para completar estudio y tratamiento iv.

Se le realiza coprocultivo cuyo resultado es positivo para *Campylobacter Jejuni*. Resto de analítica y serologías (VHA, VHHB y VHC, VIH) sin hallazgos de interés.

Diagnostico: Toxiinfección alimentaria por *Campylobacter Jejuni*.

El diagnóstico diferencial plantea principalmente causas inflamatorias a nivel intestinal, como colitis pseudomembranosa, infección por Salmonella, Shigella o Yersinia enterocolítica, enfermedad inflamatoria intestinal y apendicitis. En este último caso se llega a hablar de pseudoapendicitis, ya que en ocasiones está ausente la diarrea, más frecuentemente en niños entre 6 y 15 años.

Tratamiento y evolución

Durante su estancia en planta, el paciente responde bien a tratamiento sintomático y antibiótico empírico IV(ciprofloxacino 400mg/12 h), dado de alta tras 14 días, con evolución durante ingreso y posterior satisfactoria.

Conclusión

La toxiinfección alimentaria por *Campylobacter* es una de las principales causas de diarreas bacterianas a nivel mundial. Estos microorganismos habitan en el intestino de aves de corral y del ganado, transmitiéndose a partir de alimentos contaminados derivados de éstos, siendo excepcional la transmisión entre personas. Afecta habitualmente a pacientes en edades extremas, como niños pequeños y ancianos, y con determinadas enfermedades e inmunodeficiencias, como DM2, malaria, enfermedad inflamatoria intestinal o infección por VIH.

En este caso, se presenta un varón adulto, sin antecedentes de interés que condicionen una infección severa, ya que habitualmente éstos pueden ser tratados de forma ambulatoria, lo que hace que se abra un mayor diagnóstico diferencial. Su cuadro podría hacer sospechar la existencia de alguna enfermedad concomitante, principalmente una infección por VIH, ya que existe una alta prevalencia de infradiagnóstico de este virus y se ha asociado a una mayor incidencia de infección por *Campylobacter*. En este punto surge el problema de la barrera de comunicación con el paciente, ya que su estado de soltero podría plantear la duda de su condición sexual y sus relaciones, pero el hecho de visitarlo en urgencias y no tener una relación médico-paciente más estrecha va a limitar tanto a la hora de formular las preguntas adecuadas como de obtener respuestas abiertas y sinceras sobre temas tan íntimos.

El tratamiento habitualmente se realiza con una quinolona (ciprofloxacino) durante 3 días, o un macrólido (azitromicina), en caso de posibles resistencias (muy infrecuente), intolerancia o alergia. El uso de medicación intravenosa se reserva para casos con complicaciones, inmunodeprimidos o riesgo de enfermedad severa (ancianos y embarazadas).

Para la prevención de este tipo de infecciones es importante controlar su transmisión en las aves de corral principalmente, cocinando suficientemente la carne y lavando bien los utensilios con los que se preparen. Se han descrito casos de infecciones nosocomiales neonatales, y la infección en niños pequeños debe excluirlos de la asistencias a guarderías y colegios hasta que se resuelva el cuadro.

56 HEPATITIS AGUDA, ¿SIEMPRE VIRALES?

Benitez Torres G¹, Liu Qiu C¹, Pedrosa Arias M²

¹MIR de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia (Granada)

²Médico de Familia. Tutora. CS La Zubia (Granada)

RESUMEN

Motivo de consulta

Fiebre y epigastralgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Comienza con MEG y sensación distérmica, decidiéndose analgesia y actitud expectante. Tras dos días asocia fiebre (38,6°C), náuseas y anorexia. En urgencias es valorada por digestivo.

Antecedentes personales: Diabetes gestacional, quiste pineal y parestesias MID. Tratamiento habitual: Omeprazol 20mg, AAS 300mg, Atorvastatina 80mg desde hace 3 semanas por las parestesias.

Exploración:

Buenas constantes

ACR: Normal.

Abdomen blando y depresible, palpación dolorosa en epigastrio y HD. Hepatomegalia 3 traveses, Murphy positivo.

Pruebas complementarias:

Analítica SUE: BT: 3.43; BD: 1.83; BI: 1.6; GPT: 534; PCR: 94.6; Leucocitos: 10410; neutrofilos 72%

Analítica al alta: BT: 4.12; BD: 2.41; BI: 1.71; GPT: 592; GGT: 307; FA: 534; PCR: 75,4; Leucocitos: 11080; neutrófilos 65.3%

Serología: VHA, VHB, VHC, CMV, VEB, VIH negativos. VHE y VHS pendientes.

Rx tórax y abdomen normales.

ECO abdomen: Hepatomegalia y engrosamiento de la pared vesicular.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

HA viral.

HA tóxica/farmacológica.

HA alcohólica.

Enfermedad Wilson.

Plan de acción y evolución

Tras descartar origen vírico, se revisa historia diagnosticándose hepatitis de origen tóxico/farmacológico.

Suspender AAS y Atorvastatina.

Conclusiones

Importancia de la anamnesis. El origen de la hepatitis era la medicación para las parestesias; pero no se presta atención ni se da importancia hasta finalizar el proceso.

Si en AP o en urgencias hubiéramos retirado la medicación revisándose días después, hubiéramos obtenido mejoría clínico-analítica evitando ingreso hospitalario.

Palabras clave

Hepatitis, farmacotoxicidad.

CASO COMPLETO**Motivo de consulta**

Fiebre y epigastralgia.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)*Anamnesis*

Hace 10 días comienza con mal estar general y sensación distérmica sin clínica específica, por lo que se plantea analgesia y actitud expectante desde Atención Primaria. Dos días después asocia fiebre termometrada de hasta 38,6°C sin predominio horario, sensación nauseosa sin presentar vómitos ni alteraciones del hábito intestinal y anorexia. La paciente acude al servicio de urgencias hospitalarias donde es valorada por el servicio de digestivo que decide ingreso para estudio.

Como antecedentes personales refiere diabetes gestacional, un quiste en la glándula pineal que en este momento no requiere seguimiento por neurocirugía y parestesias en miembro inferior derecho desde hace un mes en estudio por neurología. Su tratamiento habitual consiste en Omeprazol 20mg, AAS 300mg y Atorvastatina 80mg desde hace unas 3 semanas que comenzó por las parestesias. Ibuprofeno esporádicamente.

Exploración

- Buen estado general, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo.
- TA: 114/78mmHg; FC: 75lpm; Sat O₂: 96% basal; Afebril.
- Auscultación cardiorespiratoria: Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho donde se palpa hepatomegalia dolorosa de 3 traveses, Murphy positivo, no otros signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes.

Pruebas complementarias

- Analítica a su llegada al servicio de urgencia:
 - Bioquímica: glucosa: 152mg/dl; Creatinina: 0.8; Urea: 15; BT: 3.43; BD: 1.83; BI: 1.6; LDH: 409; GPT: 534; Na: 133; K: 3.30; PCR: 94.6
 - Hemograma: Hb: 14.1; Leucocitos: 10410 con neutrofilos 72%, leucocitos 18% y eosinófilos 1190 (VN: 20-550); plaquetas: 228000
 - Coagulación: INR: 1.22; AP: 73,90%
- Analítica al alta:
 - Bioquímica: Glucosa: 99mg/dl; creatinina: 0.75; Urea: 19; BT: 4.12; BD: 2.41; BI: 1.71; GPT: 592; GGT: 307; FA: 534; PCR: 75,4
 - Hemograma: Hb: 13.7; Leucocitos: 11080 con neutrófilos 65.3%, linfocitos: 9.5% y eosinófilos 20.1%; plaquetas: 273000
 - Coagulación: en rango
 - Serología: VHA, VHB, VHC, CMV, VEB, VIH negativos. VHE y VHS pendientes.
- Rx de tórax sin signos de patología aguda.
- Rx de abdomen: Abundantes restos de aire y heces en marco cólico. No dilatación de asas.
- Ecografía de abdomen: Hepatomegalia y engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, que en el contexto clínico adecuado puede estar en relación con hepatitis aguda.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)*Lista de problemas*

Se trata de una paciente joven, de 35 años, que presenta como antecedentes personales diabetes gestacional, un quiste en la glándula pineal que en este momento no requiere seguimiento por

neurocirugía y parestesias en el miembro inferior derecho desde hace un mes en estudio por neurología. Su tratamiento habitual consiste en Omeprazol 20mg, AAS 300mg y Atorvastatina 80mg desde hace unas 3 semanas que comenzó por las parestesias. Ibuprofeno esporádicamente

Diagnóstico diferencial

- Hepatitis aguda de origen viral
- Hepatitis aguda de origen tóxico/farmacológico
- Hepatitis aguda alcohólica.
- Enfermedad de Wilson

Plan de acción y evolución

Paciente de 35 años que ingresa en sala de Aparato Digestivo por hepatitis aguda. Durante el ingreso evoluciona adecuadamente clínica y analíticamente. Se trata como hepatitis de origen desconocido y, tras descartar origen vírico, se revisa la historia clínica y se diagnostica de hepatitis de origen tóxico/farmacológico.

Se indica suspender tratamiento con AAS y Atorvastatina y revisión en consultas externas de digestivo.

Conclusiones

La conclusión principal que se extrae de este caso clínico es la importancia de una buena anamnesis. El origen de la hepatitis aguda de nuestra paciente era la medicación que había introducido hacía pocos días para tratar las parestesias que sufría en miembro inferior derecho.

Se interrogó a la paciente sobre la medicación que tenía pautada y quedó registrado en su historia clínica, pero no se le prestó atención ni se le dió importancia alguna hasta el final del proceso.

Probablemente, si en Atención Primaria o desde el servicio de urgencias, se hubiera retirado la medicación y se hubiera revisado a la paciente unos días después, hubiéramos notado mejoría clínica y analítica de la misma sin necesidad de ingreso hospitalario.

La Atorvastatina tiene prescrita como posible reacción adversa frecuente el aumento de transaminasas, y como reacción adversa poco frecuente la hepatitis aguda. Así mismo, la AAS también puede producir complicaciones hepáticas.

57 AUMENTO DE VELLO CORPORAL

Oualy Ayach Hadra G¹, Correa Gómez V¹, Martínez Lechuga M²

¹MIR de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Úbeda (Jaén)

²Espedialista en MFyC. Tutora. CS de Úbeda (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Aumento de pilificación en abdomen e inglés desde hace un año y medio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Según la escala de Ferriman y Gallwey presentada una puntuación de 10. Se le solicitó una analítica en la que se incluyó un perfil hormonal con FSH, LH, TSH, Cortisol, DHEA-S, E2, 17-OH-P.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico

Hirsutismo de origen suprarrenal por déficit de 21 hidroxilasa.

Diagnóstico diferencial

Hirsutismo hiperandrogénico, idiopático, Hiperplasia adrenal congénita, tumores, fármacos, hipotiroidismo, acromegalia, síndrome de Cushing.

Plan de acción y evolución

En tratamiento con dexametasona y ACHO.

Conclusiones

El hirsutismo es el crecimiento de pelo terminal en la mujer, en áreas de distribución típicamente masculinas. Una de las posibles causas es La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). El déficit de cortisol, produce un aumento de la producción de corticotropina (ACTH) y secundariamente una hiperestimulación e hipertrofia/hiperplasia del córtex adrenal motivando una elevación de los esteroides previos al bloqueo enzimático. En función del déficit enzimático se conocen 5 formas clínicas de HSC. El déficit de 21 hidroxilasa, es la forma más frecuente de HSC, ya que supone el 95% de los casos y el diagnóstico hormonal se basa en la demostración de valores plasmáticos elevados de 17OHP.

Palabras clave

Hirsutismo, hiperplasia suprarrenal, déficit 21 hidroxilasa.

CASO COMPLETO

Resumen

Las situaciones que con mayor frecuencia predisponen al hirsutismo son las que llevan asociadas una elevación en la producción de andrógenos, como la pubertad, aumento de peso o tras el cese del consumo de anticonceptivos orales. Es importante la realización de una correcta anamnesis y exploración física en la consulta de atención primaria, para averiguar el inicio y la evolución del hirsutismo ya que un progreso lento, suele tener una causa de carácter benigno (síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia adrenal congénita), Por el contrario, un inicio brusco nos hace pensar en la iatrogenia como causa, o bien en tumor de origen ovárico o adrenal, también hay que averiguar como posible causa, la ingesta de algunos fármacos, trastornos menstruales, presencia de galactorrea ya que la asociación de hirsutismo y galactorrea son indicativos de hiperprolactinemia y/o enfermedad tiroidea,

etc. Hay que realizar una valoración cuantitativa del hirsutismo existiendo diferentes métodos, pero el más utilizado en atención primaria es la escala semicuantitativa de Ferriman y Gallwey, en la que se valoran de 0 a 4 nueve zonas distintas del cuerpo (labio superior, mentón, región esternal, abdomen superior, abdomen inferior y pubis, brazos, parte superior de la espalda, parte inferior de la espalda y muslos). Valores superiores a 8 indican hirsutismo. El diagnóstico se complementa con la realización de determinaciones hormonales, estando la 17-OH-P elevada en caso de déficit de la enzima 21 hidroxilasa. Es aconsejable la combinación de terapia farmacológica con métodos físicos como la decoloración o la depilación. Los anticonceptivos de elección son los que combinan etinilestradiol y un géstateno con actividad antiandrogénica. No podemos ignorar la posibilidad de trastornos psicológicos derivados del problema estético siendo importante dar un apoyo psicológico personalizado.

Motivo de consulta

Aumento del vello corporal.

Enfoque individual

Anamnesis

Mujer, de 16 años, sin antecedentes personales de interés, no toma medicación. Acude a la consulta de AP, por presentar, desde hace un año y medio, aumento de pilosidad en abdomen e ingles. No refería alteraciones menstruales. Menarquia a los 12 años, fórmula menstrual: 7/26-28 días.

Exploración física

Peso: 46,5 kg; Talla: 159cm. TA: 90/50, Frecuencia cardiaca: 90 lpm.

La paciente no tenía calvicie ni acné, no presentaba virilización de genitales, ni cambios de voz, leve hirsutismo facial con hipertrichosis en extremidades, abdomen y en zona dorsolumbar. Según la escala de Ferriman y Gallwey presentada una puntuación de 10.

Pruebas complementarias

Analítica: Tirotropina (TSH): 3.44 μ UI/ml; prolactina (PRL): 21.6 ng/ml; folitropina (FSH): 3.7mUI/ml; lutropina (LH): 8.1 mUI/ml, estradiol (E2): 242 pg/ml; testosterona: 1ng/dl; cortisol: 25 μ g/dl; deshidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S): 3 μ g/dl. La paciente estaba en fase luteínica del ciclo. Los valores hormonales estaban dentro de la normalidad salvo el cortisol. A las 3 semanas se repitió la analítica: Cortisol: 24.1 μ g/dl, por ello se derivó al servicio de endocrinología para proseguir estudio.

En la consulta de endocrinología se solicitó una nueva analítica (estando la paciente en fase folicular), incluyendo cortisol libre urinario y la 17- hidroxiprogesterona (17-OH-P), destacando un aumento de la 17-OH-P: 6.19 ng/ml (valores normales: 0.1- 1.1 en la fase folicular), y E2: 16 pg/ml, disminuido con respecto a los valores de referencia: (25-120 pg/ml en fase folicular).

Juicio clínico

Hirsutismo de origen suprarrenal por déficit de 21 hidroxilasa.

Diagnóstico diferencial

Hirsutismo hiperandrogénico por aumento de andrógenos de origen ovárico o suprarrenal.

Hirsutismo idiopático: se caracteriza por ciclos regulares y niveles séricos de andrógenos normales.

Hiperplasia adrenal congénita de inicio adulto, es poco frecuente (<2%), y la causa más frecuente es un defecto parcial de la 21-hidroxilasa.

Tumores de localización ovárica o en las suprarrenales.

Fármacos. Esteroides anabolizantes, danazol, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepresivos.

Hipotiroidismo, acromegalia, síndrome de Cushing.

Plan de acción y evolución

Para frenar la producción de andrógenos suprarrenales se recomendó iniciar tratamiento con dexametasona 1 mg tomando diariamente un $\frac{1}{4}$ de comprimido.

En la siguiente revisión a los 9 meses se le introdujo en el tratamiento, anticonceptivos orales (ACHO): Diane 35. En la sucesiva revisión, la paciente refirió no mejorarse del hirsutismo además de permanecer elevada la 17-OH-P: 7,34 ng/ml estando el resto de parámetros normales. Se aconsejó seguir con los ACHO durante 9 meses y con la dexametasona a la misma dosis. Actualmente está pendiente de una nueva revisión.

Conclusión

El hirsutismo es el crecimiento de pelo terminal en la mujer, en áreas de distribución masculinas. Hay que diferenciarlo de la hipertricosis, que se describe como el crecimiento, por encima de la media, de vello en zonas no dependientes de andrógenos. La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) engloba los trastornos hereditarios de la esteroidogénesis suprarrenal del cortisol. El déficit de cortisol, que es el hecho común a todas ellas, produce por un mecanismo de retroalimentación negativa, un aumento de la producción de corticotropina (ACTH) y secundariamente una hiperestimulación e hipertrofia/hiperplasia del córtex adrenal motivando una elevación de los esteroides previos al bloqueo enzimático. Todas las formas de HSC se heredan con carácter autosómico recesivo. En función del déficit enzimático se conocen 5 formas clínicas de HSC. Existen formas graves y moderadas. En las formas graves o clásicas el déficit es completo e inician sus manifestaciones en la época fetal; en las formas moderadas o no clásicas el déficit es parcial y se manifiestan clínicamente en la infancia y la adolescencia, e incluso pueden pasar inadvertidas hasta la edad adulta. El déficit de 21 hidroxilasa, es la forma más frecuente de HSC, ya que supone el 95% de los casos. El diagnóstico hormonal del déficit de 21 OH se basa en la demostración de valores plasmáticos elevados de 17OHP.

58 DOLOR COSTAL EN PACIENTE JOVEN

Oualy Ayach Hadra G¹, Correa Gómez V¹, Martínez Lechuga M²

¹MIR de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Úbeda (Jaén)

²Espedialista en MFyC. Tutora. CS de Úbeda (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor de características pleuríticas de 3 días de evolución.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Analíticas, angio-tac, ecografía abdominal, ecocardiograma, eco-doppler venoso de extremidades inferiores.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tromboembolismo pulmonar bilateral, masivo en hemitorax derecho.

Plan de acción y evolución

Actualmente en tratamiento con sintrom.

Conclusiones

El TEP ocurre por una obstrucción de la arteria pulmonar por trombos hemáticos procedentes del sistema venoso profundo de miembros inferiores (la causa más frecuente), trombosis in situ u obstrucción por émbolos (aire, grasa, tumorales). El médico de atención primaria debe conocer los factores de riesgo y sospechar la presencia de un TEP ante un cuadro clínico compatible aunque la clínica puede ser variable no presentando a veces síntomas. Es importante, indagar los distintos factores de riesgo que aumentan la predisposición de presentar un TEP, como factores constitucionales, hábitos y estilos de vida, fármacos etc., La incidencia del TEP aumenta con la edad y en pacientes hospitalizados, siendo la primera causa de muerte intrahospitalaria prevenible. Es importante la realización de estudios complementarios para confirmar el diagnóstico. El tratamiento se basa en la anticoagulación, el tiempo de duración es variable y se individualizara según las causas.

Palabras clave

Hemoptisis, dolor pleurítico, tromboembolismo pulmonar.

CASO COMPLETO

Resumen

Paciente varón, de 24 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por tos con hebras de sangre y dolor de características pleuríticas en el hemitórax derecho de 3 días de evolución con febrícula y no tenía disnea. En el interrogatorio dirigido explica que últimamente tenía una vida sedentaria sin apenas salir a la calle. Niega antecedente traumático. Ante la sospecha de un posible tromboembolismo pulmonar (TEP), es derivado a urgencias para completar la valoración. Durante su estancia hospitalaria se confirma el diagnóstico con la realización de Angio-tac, diagnosticándose de TEP bilateral masivo en hemitorax derecho. El tratamiento consiste en administrar terapia anticoagulante con duración variable según la causa desencadenante. La labor del médico de familia ha sido importante al sospechar dicha entidad, para actuar lo más precozmente posible.

Motivo de consulta

Dolor costal.

Enfoque individual*Anamnesis:*

Paciente varón, de 24 años, sin alergias a medicamentos conocida. Hábitos tóxicos: fumador de 1 paquete / día, ex consumidor de cannabis, con antecedentes de síndrome depresivo y en tratamiento con carbamazepina, venlafaxina, mirtazapina, huberplex, limovan, tiaprizal, selincro. Consultó por dolor torácico de características pleuríticas localizado en hemitórax derecho, de 3 días de evolución sin disnea. Además presentaba tos seca con presencia de alguna estría sanguinolenta. Refería sensación febril sin termometrar. Sin antecedentes de traumatismo previo en la zona. El paciente no tuvo episodio de inmovilización recientemente, pero si comentó que se pasaba tiempo sentado y apenas salía a la calle. Se le hizo el cálculo de la probabilidad pretest de tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante el sistema de puntuación de Wells, obteniendo un resultado de una probabilidad intermedia. Ante la sospecha de un posible tromboembolismo pulmonar, se derivó al servicio de urgencias para completar la valoración y la realización de exploraciones complementarias.

Exploración física:

Constantes: Tensión arterial: 110/60, frecuencia cardiaca: 110, saturación de O₂: 95%, temperatura axilar: 37°C.

Presentaba buen estado general, normocoloreado bien hidratado y perfundido, eupneico. En la auscultación cardiorespiratoria los tonos eran rítmicos sin soplos ni extratonos, con hipoventilación en base derecha, no roncus ni sibilancias. El abdomen estaba blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin masas ni megalias y sin signos de peritonismo, con los ruidos hidroaéreos presentes. A nivel de las extremidades inferiores no presentaba edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:

En el servicio de urgencias se amplió el estudio con la solicitud de un electrocardiograma: ritmo sinusal a una frecuencia de 100lpm sin otras alteraciones; una radiografía de tórax: sin cardiomegalia ni alteraciones pleuroparenquimatosas. Hemograma con leve neutrofilia y el resto con valores dentro de la normalidad; bioquímica general con valores normales; coagulación: dímero D: 19090 ng/ml, fibrinógeno: 753 mg/dl, tiempo de la protrombina: 13.6 segundos, INR: 1.29. Gasometría: PH: 7.40, presión parcial de O₂: 79.3 mmhg, presión parcial de CO₂: 35.6 mmhg, saturación de O₂: 96%, Bicarbonato: 22.2 mmol/L, exceso de bases: -2.5 mmol/L.

Por los hallazgos en las pruebas realizadas se ingresó en la planta de medicina interna para proseguir con el estudio.

En el tiempo que estuvo ingresado se le amplió el estudio solicitando un Angio-TAC de arterias pulmonares en el que había hallazgos compatibles con TEP bilateral, masivo en hemitorax derecho, e infartos pulmonares en las zonas referidas con moderado derrame pleural derecho y consolidación-atelectasia posterobasal derecha. En el Doppler venoso de ambos miembros inferiores no se observó signos de trombosis venosa profunda en los segmentos accesibles al estudio. En la Ecografía abdominal sin hallazgos importantes y un Eco cardiograma: normal.

En el hemocultivo no hubo desarrollo de microorganismos y en las analíticas de control destacaban los siguientes resultados: Anticoagulante lupico con resultado positivo moderado, marcadores tumorales con valores normales, serología para VHB, VHC, VIH, CMV negativa; en estudio de autoinmunidad el valor de los ANCA y los ANA: negativo, el factor reumatoide: 8 UI/ml, los Ac anticardiolipinas: negativos.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar bilateral, masivo en hemitorax derecho.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con patología respiratoria y cardiovascular. Entre los posibles diagnósticos: pericarditis, neumonía y otras infecciones respiratorias, descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, neumotórax, cáncer pulmonar, patología muscular.

Plan de acción y evolución

Durante su estancia hospitalaria tuvo una buena evolución sin precisar oxígeno y con estabilidad hemodinámica.

Al alta se le pauto tratamiento con Acenocumarol durante seis meses, y está pendiente de valoración por neumología y revisión por parte de medicina interna. Desde la consulta de atención primaria se le realiza seguimiento y controles para evaluar la correcta dosificación del sintrom.

Conclusión

El tromboembolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda (TVP) son dos manifestaciones clínicas de una misma entidad conocida como tromboembolia venosa (TEV). Pueden aparecer aisladas o conjuntamente. El TEP ocurre por una obstrucción de la arteria pulmonar por trombos hemáticos procedentes del sistema venoso profundo de miembros inferiores (la causa más frecuente), trombosis in situ u obstrucción por émbolos (aire, grasa, tumorales). El médico de atención primaria debe conocer los factores de riesgo y sospechar la presencia de un TEP ante un cuadro clínico compatible aunque la clínica puede ser variable no presentando a veces síntomas. Es importante, indagar los distintos factores de riesgo que aumentan la predisposición de presentar un TEP, como factores constitucionales, hábitos y estilos de vida, fármacos etc., La incidencia del TEP aumenta con la edad y en pacientes hospitalizados, siendo la primera causa de muerte intrahospitalaria prevenible. Es importante la realización de estudios complementarios para confirmar el diagnóstico. El tratamiento se basa en la anticoagulación, el tiempo de duración es variable y se individualizara según las causas.

Área 6: Manejo de la incertidumbre

59 ABORDAJE DE MASA EN PARTES BLANDAS. UNA CONSULTA FRECUENTE, UNA EXPLORACIÓN DETERMINANTE

Lozano Gallego A¹, Paredes Jiménez F P², Montero Chávez G³.

¹MIR de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

²MIE de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla

³Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Residentes. CS Alamillo. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Molestias en muslo derecho desde hace un mes.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: dolor intermitente (EVA 2-3) y aparición reciente de “bulto” sin desencadenantes.

Exploración: masa dura, no uniforme (10x3 cm) ni desplazable (criterios de derivación urgente).

Radiografía fémur: normal. Ante la demora de ecografía es derivada y rechazada por urgencias Hospitalarias, obtenida finalmente por la mediación de un médico residente.

Ecografía: Masa ovalada (10x5 cm) definida, hiperecogénica con áreas hipoecogénicas.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Juicio clínico: sospecha de un tumor maligno de partes blandas a descartar sarcoma de partes blandas.

Plan de acción y evolución

- Radiografía tórax normal
- RMN: tumor encapsulado (11x5) cm sin afectación ósea.

El diagnóstico siempre mediante biopsia: liposarcoma mixoide, estadio G1, T2, N0. En tratamiento quimio-radioterápico previo a cirugía.

Seguimiento: necesitará anamnesis dirigida, exploración física y Rx de tórax, únicas estrategias demostradas como eficaces.

Conclusiones

En AP manejamos la incertidumbre en base a una correcta anamnesis y exploración física, pero apoyados en herramientas diagnósticas.

La realización autónoma por el médico de familia de la ecografía ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva. Es un elemento clave para mejorar la atención que prestamos y que repercute en la calidad de vida de nuestros pacientes

Palabras clave

Ultrasonografía, liposarcoma, Atención Primaria de Salud.

CASO COMPLETO

Resumen

En Atención Primaria el manejo de la incertidumbre debe basarse en una correcta formación del profesional, iniciándose en una atenta anamnesis y exploración física, pero apoyado en un adecuado

acceso a herramientas diagnósticas que permitan una verdadera capacidad de resolución. Éste es el caso de la ecografía en Atención Primaria.

La paciente acude ante la aparición reciente de una masa dolorosa en muslo. Un motivo de consulta frecuente, cuya exploración física orientó hacia el diagnóstico diferencial de una masa con criterios de malignidad. Se remitió a estudio urgente, siendo la ecografía la primera prueba que, tras realizarse, determinó la continuación del estudio por la sospecha de sarcoma de partes blandas.

La capacitación para la realización de técnicas como la ecografía juega un papel fundamental para el médico de familia. Ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva el potenciar la formación y la disponibilidad de la ecografía en Atención Primaria. Ayuda al manejo de la incertidumbre, acorta los tiempos de lista de espera y, sobre todo, acelera el proceso diagnóstico. Sería un elemento clave para mejorar la atención prestada y que repercute en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Motivo de consulta

Mujer de 30 años de origen centroamericano con antecedentes de alergia a trimetoprim-sulfametoxazol e intervenida de hallux valgus que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo como queja principal molestias en el muslo derecho desde hace un mes aproximadamente.

Enfoque individual

El dolor lo describe como intermitente, con intensidad 2-3 según escala EVA, relacionándolo con la movilización de la extremidad. En la anamnesis se recoge que ha observado la aparición de un “bulto” en la zona hace unos 15 días. Niega antecedente de traumatismo ni de sobreesfuerzo muscular importante.

En la exploración física se aprecia una masa de consistencia dura, aunque no uniforme, de unos 10 x 3 cm en la región anteromedial del muslo derecho. No se acompañaba de signos inflamatorios ni de afectación cutánea. Sus límites son imprecisos, no desplazándose a la palpación e impresionando de adhesión a planos profundos.

Se solicita una radiografía de fémur derecho preferente que, en el plazo de 4 días descarta afectaciones óseas. Se observaba masa redondeada de densidad aire-grasa sin alteraciones de la cortical ni reacción perióstica.

La paciente cumplía varios de los criterios de derivación urgente de UK Department of Health para lesiones de partes blandas. Al ser la ecografía en nuestro medio una prueba poco accesible, sujeta a excesiva demora, se decide derivar a Urgencias Hospitalarias.

El servicio de Urgencias, en ausencia de patología urgente, devolvió a la paciente sin realización de pruebas complementarias. Se decide por tanto realizar una segunda derivación a dicho servicio, esta vez con la participación activa del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, quien en una guardia solicita la ecografía requerida.

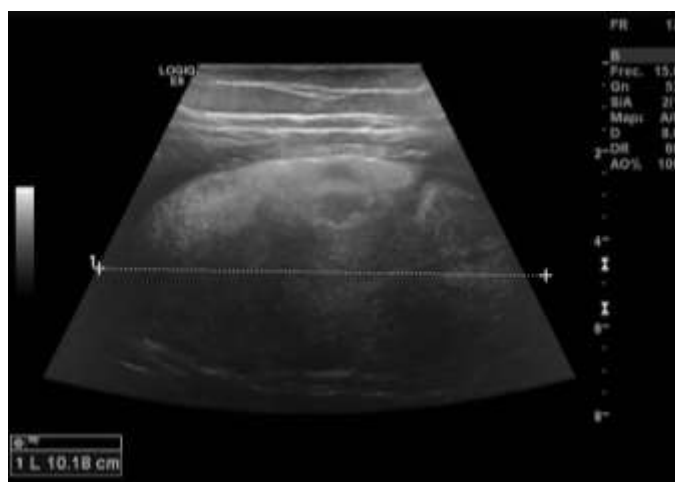
Se observó una masa que afectaba a los músculos vasto intermedio y medial, contactando con la cortical femoral. Masa ovalada, de unos 10 x 5 cm, de contorno bien definido, hiperecogénica y con áreas hipoeoicas en su interior, con escasa vascularización (Figura 1). Esta primera exploración desencadenó el resto de los elementos del proceso diagnóstico definitivo.

Juicio clínico

El resultado de la ecografía orienta la sospecha de un tumor maligno de partes blandas. Los sarcomas suponen menos de un 1% de las neoplasias en adultos, siendo el 80% de ellos de partes blandas. Tienen su origen en tejido mesodérmico predominantemente. Hay diversos factores que se consideran de riesgo tales como la edad mayor a 60 años, el sexo masculino, factores genéticos (Síndrome Li Fraumeni,

neurofibromatosis I), la exposición a radiaciones, quimioterapia, carcinógenos químicos, VIH o VHS 8. Sin embargo es difícil la identificación de la causa, siendo su aparición de novo en la mayoría de los casos. La forma de más frecuente presentación es una masa indolora de crecimiento progresivo. Puede presentarse dolor, parestesias o edema por compresión de estructuras vecinas. De crecimiento local, es infrecuente encontrar diseminación hematógica en el momento del diagnóstico, a pulmón en el 80% de los casos. Los liposarcomas en un 60% de los casos se dan en las extremidades. En cuanto a los subtipos podemos divididos en bien diferenciados, dediferenciados, pleomórficos o mixoides, siendo en estos últimos diagnóstica la traslocación (12; 16) que determina la expresión del oncogén CHOP.

Figura 1. Estudio ecográfico



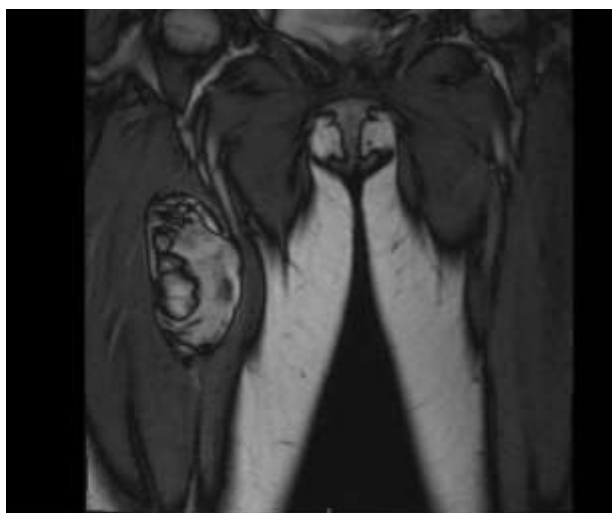
Plan de acción y evolución

Una vez se sospecha este tumor en la ecografía y valorándola junto con la radiografía de fémur el estudio debe incluir como técnicas de imagen:

Radiografía tórax: para descartar metástasis a este nivel, negativa en nuestro caso.

Resonancia magnética: suele preferirse en caso de localización en miembros, tronco, cabeza o cuello. Aporta información precisa de su tamaño y delimitación de la tumoración. En este caso tumor encapsulado de 11 x 5 cm que produce edema muscular sin afectación ósea ni presencia de adenopatías (Figura 2).

Figura 2. Estudio RMN



TAC: más útil en casos de sarcoma viscerales o retroperitoneo.

El diagnóstico definitivo es siempre mediante biopsia, histología cuyo resultado condiciona el pronóstico junto con el tamaño y la profundidad. La paciente presentaba liposarcoma mixoide en estadio I: bien diferenciado (G1), de 11 x 5 cm (T2 por ser mayor a 5 cm), sin evidencia de metástasis en ganglios linfáticos ni a distancia.

La paciente en la actualidad está en tratamiento con quimio y radioterapia con buena tolerancia con el objetivo de un futuro abordaje quirúrgico.

Finalizado este proceso arrancará el periodo de seguimiento que en este tipo de pacientes se basa en la detección precoz de recidivas fundamentalmente locales. En términos costo-eficacia la anamnesis dirigida, la radiología de tórax y la exploración física son las únicas estrategias que se han demostrado eficaces y que orientarán la labor de seguimiento en nuestra consulta de AP.

Conclusiones

Ante la ausencia de canales de comunicación sencillos entre niveles asistenciales en muchas ocasiones el médico residente realiza funciones de enlace entre la consulta de AP y el segundo nivel asistencial. Esta situación, aunque en algunos casos acorta el tiempo de resolución de problemas, no deja de mostrar una disfunción del sistema sanitario.

Siendo su mejor arma la anamnesis y la exploración física correcta, mejorar la capacidad diagnóstica en AP no es posible sin un adecuado acceso a las pruebas diagnósticas como la ecografía. Es una vía imprescindible para poder mejorar la efectividad y la capacidad de resolución de problemas de primer nivel asistencial, como se recogía ya en el conocido Proyecto AP21.

Concretamente en el caso de la ecografía ya se ha demostrado en otras autonomías que la capacitación del médico de familia para su realización autónoma es una realidad. Incrementa nuestra capacidad de resolución de problemas y con ello evita derivaciones innecesarias en especial a Urgencias Hospitalarias, acortando también lista de espera que en algunos casos como el que aportamos podría condicionar, por su demora, el pronóstico de su enfermedad.

Bibliografía:

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Ecografía en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III; 1998).
- Barrancos S, Manuel I, Tranche S. Razones para la pertinencia de la ecografía realizada por los médicos de familia. Aten Primaria. 2015; 47:261-3.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Madrid: MSC; 2007. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- Ortiz-Ibáñez B, Amaya JV, Baixauli F, Angulo M, Mayordomo-Aranda E, Barrios C. Surgical resection of massive liposarcomas at the extremities: a 10-year experience in a referral musculoskeletal sarcoma unit. World J Surg Oncol. 2015; 13:206.

60 DOCTOR, NO SE QUE TENGO

Romero Cuevas A¹, María Martínez Celdrán M²

¹Médico de Familia. Tutor. CS Alamillo. Sevilla

²MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente procedente de nuestro cupo que consulta en sucesivas ocasiones tanto a Atención Primaria como Atención Hospitalaria y Servicio de Urgencias por episodios autolimitados de rectorragias.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Hombre de 72 años, antecedente familiar de hermana diagnosticada de cáncer colorrectal y personales de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes tipo dos en el que debido a su antecedente y a la clínica de alarma, se intenta agilizar el proceso diagnóstico enviándolo a consultas de Aparato Digestivo para valoración y realización de pruebas diagnósticas de certeza que finalmente se llevan a cabo varios meses después del inicio de los síntomas

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Tras la colonoscopia con realización de biopsias se llega al diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante en recto distal y colon descendente.

Plan de acción y evolución

Se realiza estudio de extensión con TAC toracoabdominal y RMN pélvica. Se plantea cirugía y se clasifica como T3 N1 M0 donde se decide tratamiento quimioterapéutico y radioterápico posterior.

Conclusiones

En Atención Primaria tan importante es saber identificar los signos de alarma ante un problema que nos pueda plantear un paciente, como conseguir que halla una buena comunicación entre profesionales y el resto de especialidades, para así conjuntamente poder retrasar al mínimo tiempo posible los diferentes diagnósticos patológicos de nuestros pacientes .

Palabras clave

Atención Primaria de Salud, Hemorragia Gastrointestinal, Neoplasias Colorrectales.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Paciente de 72 años que comienza a acudir a consulta con mayor asiduidad por episodios ocasionales y autolimitados de rectorragia y dolor en región lumbar y sacrococcígea.

Enfoque individual

El paciente es un hombre de 72 años de origen español, no fumador, bebedor ocasional y con antecedentes personales de DM tipo 2 no insulino dependiente, hipercolesterolemia e HTA bien controlada.

En diciembre acude para recoger los resultados de una analítica de rutina y comenta dolor a nivel sacrococcígeo y lumbar. En la anamnesis realizada niega sobreesfuerzo, caída o traumatismo previo en la zona. El dolor lo describe como intermitente, no asociado a ningún movimiento y con EVA de 5-6, de

semanas de evolución. La exploración física no mostraba datos de interés salvo dolor a la palpación en zona lumbar y Lasegue y Bragard derecho positivo. No presentaba alteraciones en la fuerza ni sensibilidad, así como cualquier otra focalidad neurológica. Por ello, una vez descartada sintomatología de alarma se prescribe analgesia y se cita para control evolutivo.

En la siguiente visita refiere que el dolor no ha cesado. Además, cuenta que en los días previos presentó un episodio aislado de heces con abundante sangre roja, sin dolor abdominal, alteraciones en el hábito deposicional o cualquier otra clínica asociada y que se resolvió espontáneamente.

Ante una rectorragia que llega a atención primaria debemos tener en cuenta las causas más frecuentes como hemorroides y fisura anal sin olvidarnos de la enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos y cáncer colorrectal.

Interrogando sobre sus antecedentes refiere que tiene una hermana diagnosticada de CCR a los 72 años. No muestra signos anémicos tales como palidez mucocutánea o inestabilidad hemodinámica. En la exploración se observa hemorroides externas no trombosadas ni sangrantes en el momento actual y tacto rectal con dedil sin restos hemáticos. Se prescribe medicación para las hemorroides, se solicita analítica y, dada la edad, el episodio de rectorragia y el antecedente familiar, se realiza solicitud para valoración en consultas de Aparato Digestivo.

Mientras tanto, el paciente vuelve a consultar en sucesivas ocasiones debido al dolor lumbar y nuevos episodios de rectorragia, acudiendo incluso a urgencias hospitalarias por estos motivos. Se le realizó Radiografía lumbosacra sin hallazgos y posteriormente RMN en cuyo informe se describe: "Columna lumbar con leve grado de espondiloartrosis facetaria intersomática. Protusión posterior disco L5-S1 con escaso efecto masa sobre saco dural."

Se decide intensificar el tratamiento analgésico siguiendo la escala de dolor de la OMS. Sustituimos tramadol por parches de fentanilo junto con metamizol y paracetamol intercalados.

En Marzo acude a Consultas Externas de Digestivo donde se solicita petición de colonoscopia que finalmente se realiza en Junio observandose dos lesiones macroscópicas a nivel de recto y colón descendente. Se tomaron biopsias de las dos lesiones que se informaron como adenocarcinoma infiltrante a 75 cm de margen anal y en recto distal.

El CCR es una de las neoplasias más prevalentes en países occidentales ya que en su desarrollo están implicados factores dietéticos, ambientales y hereditarios.

El tipo de CCR más frecuente es el esporádico y según histología el adenocarcinoma el más prevalente. Suele debutar a partir de la sexta década de vida y los síntomas más comunes son la rectorragia los derivados de la anemia, dolor abdominal, clínica obstructiva y alteraciones en el ritmo deposicional.

La prueba diagnóstica de elección es la colonoscopia con toma de biopsias.



Debido al porcentaje de pacientes que presenta diseminación locorregional o a distancia, debe de realizar estudio de extensión tras el diagnóstico, que incluya un TAC toracoabdominal y RM pélvica en caso de neoplasias rectales.

El tratamiento de elección es la resección del segmento afectado, que varía según la localización y complicaciones asociadas. En muchas ocasiones, los pacientes se benefician de tratamientos complementarios como quimioterapia y/o radioterapia, cuyo objetivo es disminuir la tasa de recidiva.

Plan de acción, evolución

Tras el diagnóstico macroscópico e histopatológico del CCR, el paciente se realizó un TAC toracoabdominal con con contraste y una RM pélvica.

Se le practicó una resección abdomino-perineal y hemicolectomía izquierda.

En el estudio anatomopatológico se clasificó el TNM como T3 N1 M0. Tras los hallazgos obtenidos, se decidió tratamiento con 6 ciclos de oxaliplatino y posterior tratamiento radioterápico.

En la actualidad, el paciente se encuentra en seguimiento tanto por el servicio de Oncología Médica y Radioterápica como por parte de Atención Primaria. Acude a consultas regularmente y se le realizan visitas domiciliarias.

Conclusiones

Uno de los aspectos más importantes ante cualquier motivo de consulta o problema que nos pueda plantear un paciente es la realización de una correcta anamnesis y posterior exploración física. No se puede pasar por alto los antecedentes personales y familiares de cada uno. Parte fundamental de nuestra labor como Médicos de Atención Primaria consiste en recopilar de forma detallada toda esta información. Este ejercicio, no debería suponer un problema para nosotros ya que uno de los principales rasgos por los que se caracteriza nuestra especialidad es la capacidad de realizar un seguimiento regular y continuo del paciente y sus procesos asistenciales a lo largo de toda su vida.

Ante cualquier signo o síntoma debemos hacer un diagnóstico diferencial y exploración física detallada, mostrando especial interés a los síntomas de alarma. En este caso, el paciente presentaba el antecedente familiar, la edad y los episodios de rectorragia. Todo ello, obliga a elaborar una anamnesis dirigida así como pruebas complementarias ayuden a llegar al diagnóstico de certeza.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario por lo que, muchos de los problemas que llegan consulta son diagnosticados bajo nuestras actuaciones y posteriormente derivados al resto de especialidades si procede. Sin embargo, muchas veces la falta de coordinación entre profesionales, la presión asistencial o las listas de espera hacen que un diagnóstico se retrase, tal y como le sucedió al paciente caso, en el que pasaron 6 meses desde el primer episodio de rectorragia hasta que se realizó la colonoscopia. De ahí, la importancia de mejorar las redes y comunicaciones entre atención hospitalaria y primaria.

Bibliografía

-www.fisterra.com

-www.aegastro.es (Asociación española de gastroenterología).

-Guideline for referral of patients with suspected colorectal cancer by family physicians and other primary care providers (pubmed.com)

61 DOCTORA, ME HA SALIDO UN “BULTO”

Ramos Herrera C¹, Gómez Zafra L² Terrón Fuentes D²

¹Médico y tutor MFyC. CS San Felipe. Jaén

²MIR de 3er año de MFyC. Unidad docente MFyC de Jaén. CS San Felipe. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Masa en región inguinal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente de 60 años, acude a S.U. por notarse un “bulto” en zona inguinal izquierda tras sobreesfuerzo físico.

Exploración: Bultoma en región crural izquierda indurada, no reductible, no dolorosa.

- Analítica normal
- Ecografía: Se detectan dos adenopatías, con engrosamiento cortical, pérdida del hilio y aumento de vascularización.
- Biopsia ganglio: linfoma folicular.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Varón vive sólo (viudo). Etapa IV disolución.

Juicio clínico: Linfoma Folicular.

Diagnóstico diferencial: infección por micobacterias atípicas, LH, mononucleosis infecciosa, metástasis tumoral.

Plan de acción y evolución

Hematología inició tratamiento quimioterápico con buena respuesta y evolución.

Conclusiones

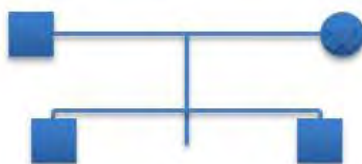
El interés del caso radica en cómo a partir de una anamnesis y exploración detallada se llega a cambiar la sospecha diagnóstica inicial (herniación incarcerada) al diagnóstico definitivo que resultó ser un conglomerado adenopático (Linfoma no Hodgkin)

Palabras clave

Adenopatía, linfoma, biopsia.

CASO COMPLETO

El caso clínico se desarrolló en un ámbito mixto entre Atención Hospitalaria, Urgencias y Atención Primaria principalmente. Se trataba de un hombre de 60 años de edad, viudo, con dos hijos ya independizados (familia normofuncionante) y jardinero de profesión.



Como antecedentes personales de interés presentaba dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome coronario agudo con elevación de ST en 2012. En tratamiento actualmente con enalapril 20 mg, bisoprolol 5mg, atorvastatina 80 mg, hidroclorotiazida 25 mg, ranitidina 300 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, insulina lantus (15 UI noche) y novorapid (5 UI tres veces al día) con buen control. El paciente acude al Servicio de Urgencias de atención primaria por notarse un “bulto” en zona inguinal izquierda tras sobreesfuerzo físico cuando intentaba levantar un macetón mientras desempeñaba su trabajo. No dolor ni otra sintomatología que destacar.

A la exploración física destaca su buen estado general, normohidratado y normoperfundido, eupneico, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos conservados. Se aprecia bultoma en región crural izquierda indurada no dolorosa a la palpación. Se intenta reducir pero no se consigue, por lo que ante la sospecha clínica de herniación inguinal irreductible, se deriva a Servicio de Urgencias de hospital de referencia para valoración.

En el Servicio de Urgencias Hospitalarias, es valorado y se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica urgente: hemograma, coagulación y bioquímica normal
- Radiografía Tórax: sin hallazgos patológicos
- Ecografía de partes blandas: Anillo inguinal profundo sin alteraciones. No se observan imágenes sugestivas de herniación tanto en reposo como en la maniobra de Valsalva. Se detecta dos adenopatías, adyacentes una a la otra, de 5x3 cm y de 4x3 cm, ejes máximos, que presentan una marcada alteración de la normal morfología ganglionar, con engrosamiento cortical, pérdida del hilio y aumento de la vascularización interna.
- Ecografía de abdomen: concluye visualización de adenopatías femorales e iliacas externas izquierdas, sin identificarse posible causa primaria.
- TAC Tórax y abdominopélvico: tráquea y bronquios principales permeables de tamaño y morfología normal. No se observan adenopatías de tamaño significativo. Adenopatía hiliar izquierda de 14 mm. Adenopatías entre aorta y bronquio principal izquierdo. Adenopatías axilares bilaterales. Parénquima pulmonar y pleura sin anomalías reseñables. Parénquima hepático de atenuación homogénea sin que se aprecie lesiones focales. Bazo de tamaño normal con imagen hipodensa inespecífica mal definida de 5 mm. Páncreas, glándulas suprarrenales y riñones normales. No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales de tamaño significativo. Adenopatías en ambas cadenas iliacas externas. Adenopatías en región inguinal izquierda. Conclusión diagnóstica: adenopatías axilares bilaterales, hiliares izquierdas, en ambas cadenas iliacas externas e inguinales izquierdas.

Ante los hallazgos de las pruebas complementarias, se ingresó en el Servicio de Medicina Interna para completar el estudio.

Durante su ingreso, se consultó con el Servicio de Cirugía para tomar biopsia de ganglio linfático inguinal cuya anatomía patológica informó de linfoma folicular con patrón folicular, grado 3ª (OMS 2008), con índice proliferativo del 40%.

Evolución

Ya diagnosticado, el paciente fue valorado por hematología quien completó el estudio serológico y pautó tratamiento con quimioterapia, con buena respuesta y evolución clínica. Actualmente continúa con tratamiento quimioterápico periódico, encontrándose asintomático y con evolución favorable.

Conclusión

Los linfomas no Hodgkin, en general, constituyen en Europa el sexto puesto en orden de tumores constituyendo los linfomas foliculares aproximadamente el 25 % de todos ellos (segundo subtipo más frecuente). Su incidencia aumenta a partir de los 65 años, siendo más raro en edad pediátrica. La mayoría de ellos debutan con aparición de adenopatías y puede ir acompañado de síntomas B (sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre).

El interés del caso radica en que el diagnóstico de sospecha inicial fue de hernia crural incarcerada y cómo a partir de una anamnesis y exploración detallada se llega a conocer un conglomerado adenopático que precipita el estudio para llegar al diagnóstico final de linfoma, por lo que se propone como idea principal la importancia del diagnóstico diferencial de tumoraciones inguinales, que en ocasiones pueden dar lugar a estos casos.

62 DOCTORA, Y HOY ¿QUÉ ME PASA?

Sánchez Martínez M¹, Marín Relaño JA¹, Alcalde Molina MD²

¹MIR. CS Virgen de la Capilla. Jaén

²Médico de familia. Tutora de residentes. CS Virgen de la Capilla. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Prurito vulvovaginal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer, 52 años, tras el fallecimiento de su marido, acude a consulta en muchas ocasiones, bastantes motivadas, según la paciente, por búsquedas en internet de su sintomatología, al morir su marido en pocos días de un linfoma; piensa que esto le puede pasar a ella. Consulta repetidamente por un cuadro de prurito vulvovaginal, que motiva múltiples consultas a urgencias, y consultas externas de ginecología, iniciando varios tratamientos, que suspende, por no tolerancia o no mejoría. Continúa acudiendo a nuestra consulta, y como no mejora, y el cuadro sigue evolucionando, la derivamos a dermatología.

Exploración: placas eritematosas congestivas engrosadas.

PC: Biopsia: psoriasis

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Genograma: familia monoparental. Ciclo vital familiar: etapa VI o de disolución (modelo de la OMS modificado).

DD: Neurodermatitis, psoriasis, pénfigo, dermatitis seborreica, candidiasis, paget vulvar.

JC: Psoriasis inversa, psoriasis cuero cabelludo

Plan de acción y evolución

En una ocasión conseguimos que acepte valoración por salud mental e iniciar terapia con antidepresivos y ansiolíticos, va dejando de hacer búsquedas en internet y va aceptando tratamientos con lo que comienza a mejorar.

Conclusiones

Hay síntomas dermatológicos que pueden estar asociados con el estrés postraumático. Mejoran los resultados en el tratamiento cuando se realizan tratamientos combinados de la ansiedad y de la dermatosis.

Palabras clave

Psoriasis, neurodermatitis, somatization disorders.

CASO COMPLETO

Motivo consulta

Prurito vulvovaginal.

Anamnesis

Mujer de 52 años, con antecedentes de dermatitis seborreica en cara y cuero cabelludo, y que tras el fallecimiento de su marido (AVE), acude a consulta en muchas ocasiones, por varios motivos, muchos, según la paciente, por búsquedas en internet de su sintomatología, ya que su marido murió en pocos días de un linfoma; desde entonces piensa que esto le puede pasar a ella, y que tiene todas las

enfermedades, se observa el más mínimo cambio. Se intenta en varias ocasiones derivar a salud mental, pero lo rechaza. Entre los múltiples motivos, uno se repite con más frecuencia, un cuadro de prurito vulvovaginal, que motiva múltiples consultas a urgencias de ginecología, derivada desde aquí a consultas externas de ginecología, iniciando múltiples tratamientos, que suspende, por no tolerancia o no mejoría de la clínica, tanto con corticoides tópicos, como con antimicóticos. Realizan biopsia vulvar que descarta proceso neoplásico.

Continúa acudiendo al centro de salud, no mejora, el cuadro evoluciona, y se deriva a dermatología.

En la figura 1 observamos el genograma familiar de la paciente, se trata de una familia monoparental, compuesta por la madre (la paciente) y su hijo, y su ciclo vital familiar, según el modelo de la OMS modificado (tabla 1), se encuentra en etapa VI o de disolución¹.

Figura 1. Genograma familiar.

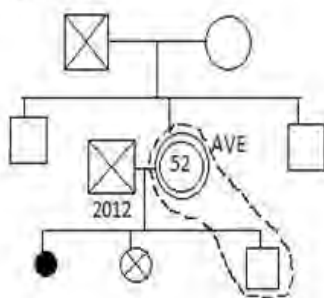


Tabla 1. Clasificación de las etapas del Ciclo Vital Familiar, según el modelo de la OMS modificado.

ETAPA	Desde	Hasta
I - Formación	Matrimonio	Nacimiento del 1º hijo
IIA - Extensión	Nacimiento del 1º hijo	El 1º hijo tiene 11 años
IIB - Extensión	El 1º hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III - Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El 1º hijo abandona el hogar
IV - Contracción	El 1º hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V - Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del 1º cónyuge
VI - Disolución	Muerte del 1º cónyuge	Muerte del cónyuge superviviente (extinción)

Exploración

Presenta placas eritematosas congestivas engrosadas en zona genital localizadas en labios mayores, menores y zona periférica.

Plan de acción y evolución

En dermatología hacen una primera valoración, y la diagnostican de neurodermatitis (liquen simple crónico de Vidal) reiniciando tratamiento con corticoide tópico, añadiendo una crema hidratante y un antihistamínico, con ello mejora durante 3 semanas, pero vuelve a empeorar y se deriva de urgencia para nueva valoración, ahora presenta placas congestivas, edematosas en labios mayores, que se extienden a zona perineal, con eritema intenso, lesiones satélite tipo pápulas y alguna pústula, con flujo blanco-amarillento sin mal olor, iniciando tratamiento oral con antibióticos y antimicóticos, que nuevamente suspende a los 5 días por mala tolerancia.

Continúa acudiendo al centro de salud y se insiste en la necesidad de valoración por salud mental, de iniciar tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos, además de recomendar que deje de hacer búsquedas en internet de su patología y los tratamientos que comienza, pues es causa de abandono en ocasiones. Durante ese año continúan las múltiples asistencias, tanto al centro de salud, como a urgencias, y a dermatología. Se

consigue en la negociación que acepte ir a salud mental, que emite como juicio clínico un síndrome fóbico (F40), inicia tratamiento, que hay que modificar en varias ocasiones, por mala tolerancia. En sucesivas revisiones en dermatología, dada la mala evolución, aparecen lesiones de iguales características en axilas y región submamaria, y presenta exudado espeso en vulva, sospechan una psoriasis inversa, y realizan una biopsia, confirmándola, teniendo ahora un diagnóstico de psoriasis inversa, así como un frotis del exudado vulvar, en el que crece *E. Coli*, *S. Aureus* y *S. Agalactiae*. Inician tratamiento específico, y junto con el de salud mental, y la labor del médico de familia, va dejando de consultar en internet y de observarse todo, parece que va mejorando de este cuadro, desapareciendo las asistencias a urgencias y continuando con sus revisiones programadas.

Al inicio del nuevo año, tuvo otro brote de psoriasis, tras las navidades, esta vez en cuero cabelludo, que se controla con tratamiento. Este año lo pasa bien, sin más brotes, sin asistencias a urgencias, y sin obsesionarse tanto por su patología, deja de acudir a salud mental, refiriendo que se encuentra mejor, y que no lo necesita.

Vuelven a coincidir las navidades, con un nuevo brote de psoriasis en cuero cabelludo, que se trata, pero no mejora por lo que se vuelve a derivar de forma urgente a dermatología para nueva valoración, presenta en esta ocasión, una extensión de placa en cuero cabelludo con hiperqueratosis, exudado que al secarse forma costras que aglutinan pelos, alopecia secundaria, afectación de pabellones auriculares con adenopatías cervicales reactivas; el cuadro es compatible clínicamente con psoriasis grave de cuero cabelludo, pero presenta mucho componente erosivo y exudativo, por esto proponen nueva biopsia, además de cultivos, y nuevo estudio con analítica, para descartar sobreinfección y descartar un pénfigo.

Actualmente está en tratamiento con prednisona oral, doxiciclina oral, omeprazol y alprazolam. Y pendiente de resultados de la última biopsia.

Diagnóstico diferencial

Neurodermatitis, psoriasis, pénfigo, dermatitis seborreica, candidiasis, paget vulvar.

Juicio clínico

Psoriasis inversa, psoriasis cuero cabelludo, posible pénfigo.

Conclusiones

En la paciente podemos ver enfermedades dermatológicas que cursan por brotes, y que pueden tener relación con la ansiedad y el estado de ánimo. Hay síntomas dermatológicos que pueden estar asociados con el estrés postraumático, como resultado de alteraciones significativas en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y el sistema simpático-adrenal que pueden afectar a las funciones neuroendocrinas e inmunes, y pueden desencadenar brotes de algunas dermatosis inflamatorias reactivas al estrés como son psoriasis, urticaria crónica y dermatitis atópica². Las personas con ansiedad tienen un riesgo aumentado de padecer liquen simple crónico, y se obtienen mejores resultados en el tratamiento cuando se realizan tratamientos combinados de la ansiedad y la dermatosis³. Es llamativa en la paciente la mejoría que presenta tras iniciar tratamiento combinado con ansiolíticos, antidepresivos y el tratamiento específico de la dermatosis. Cabe destacar que los nuevos brotes coinciden con las navidades, pudiendo relacionarse con vivencias y recuerdos emocionalmente estresantes.

Bibliografía

1. De la Revilla, AL. Fleitas CL. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: ciclo vital familiar. En: Martín Zurro, A. Cano, PJF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Edición. España, Elsevier, 2003, p 157-171.
2. Gupta, M. Jarosz, P. Gupta, A. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clindermatol.* 2017. 01.005.
3. Liao, Y. Lin, C. Tsai, P. Shen, W. Sung, F. and Kao, C. Increased risk of lichen simplex chronicus in people with anxiety disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Br. J. Dermatol.* 2014. 170: 890-894.
4. Liao, Y. Lin, C. Tsai, P. Shen, W. Sung, F. and Kao, C. Increased risk of lichen simplex chronicus in people with anxiety disorder: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Br. J. Dermatol.* 2014. 170: 890-894.

63 BAJO UN SIMPLE CÓLICO RENAL

Sánchez Sánchez A¹, Liu Qiu C², Martínez A²

¹Médico de Familia. Tutor. CS La Zubia. (Granada)

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. (Granada)

RESUMEN

Motivo de consulta

Dolor en fosa renal.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que acude por tercera vez al servicio de urgencias por dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa ilíaca derecha de cuatro días de evolución. No presenta fiebre ni síndrome miccional. En la palpación abdominal destacaba la sensación de masa en hipogastrio y la puñopercusión renal derecha positiva. En la analítica se vio un aumento de los niveles de Creatinina y en la ecografía abdominal describía una formación de 10*12cm que catalogaron como “mioma degenerado VS leiomiomasarcoma”. Esta masa comprimía el tercio medio del uréter derecho, provocando dilatación pielocalicial en riñón derecho.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La paciente acudió a urgencias con sus dos hijos de diecisiete y quince años. Ante la supuesta banalidad del proceso, transmitirles los resultados de las pruebas complementarias fue complicado.

Plan de acción y evolución

Se contactó con el Servicio de Ginecología de nuestro hospital y la paciente quedó ingresada a su cargo.

Conclusiones

Ante todo proceso banal debe realizarse una completa exploración y no dejarse llevar por la inercia de los diagnósticos ya realizados. Solo así evitaremos sesgos por anclaje terapéutico y no se nos pasarán por alto patologías más complejas como la expuesta en nuestro caso clínico.

Palabras clave

Cólico renal, mioma, leiomiomasarcoma.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Cólico renal.

Anamnesis

Mujer de 42 años, la cual acude por tercera vez al servicio de urgencias por un cuadro de dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa ilíaca derecha de cuatro días de evolución. No presenta fiebre ni síndrome miccional. No otra clínica asociada.

Antecedentes personales: sin interés. No toma ningún tratamiento habitualmente.

Exploración: Constantes estables.

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Regular estado general. Auscultación normal. Abdomen depresible, con sensación de masa en hipogastrio no dolorosa a la palpación. No presenta signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal derecha positiva.

Enfoque del caso: la paciente había acudido en dos ocasiones anteriormente al servicio de Urgencias, en la primera ocasión a su centro de salud donde le diagnosticaron de cólico renal y le recetaron tratamiento para el mismo. La segunda vez al Servicio de Urgencias Hospitalarias, donde se le administró analgesia intravenosa, y se le realizó una analítica con bioquímica, hemograma y sistemático de orina. Los resultados fueron normales excepto por una Creatinina en los límites superiores de la normalidad. Ante tales hallazgos, se le dio el alta con refuerzo de analgesia.

La paciente acude de nuevo por persistencia del dolor pese a tratamiento con Ibuprofeno y Nolotil alternos cada 4 horas y Tramadol de rescate.

Ante la refractariedad del dolor, se decide la realización de pruebas complementarias. En la analítica se vio un aumento de los niveles de Creatinina con respecto a dos días antes. En la ecografía abdominal destacaba la presencia de una formación de 10*12cm de contenido heterogéneo y bordes definidos ocupando la pelvis, la cual parecía depender de útero y catalogaron como “mioma degenerado VS leiomiomasarcoma”. Esta masa comprimía el tercio medio del uréter derecho, provocando dilatación pielocalicial en riñón derecho.

Enfoque familiar y comunitario

La paciente acudió a Urgencias con sus dos hijos de diecisiete y quince años. Ante la supuesta banalidad del proceso, transmitirles los resultados de las pruebas complementarias fue complicado. Se explora en la paciente el deseo de recibir la noticia a solas, ante su negativa se comunicó el diagnóstico a toda la familia. Ante la sorpresa de todos, la hija mayor se mostró fuerte y decidida y fue el pilar de toda la familia en ese momento tan delicado.

Plan de acción y evolución

Ante tales resultados, se informó a la paciente y sus familiares. Se contactó con el Servicio de Ginecología del hospital y la paciente quedó ingresada a su cargo.

Conclusión

Ante todo proceso banal debe realizarse una completa exploración y no dejarse llevar por la inercia de los diagnósticos ya realizados. Solo así evitaremos sesgos por anclaje terapéutico y no se nos pasarán por alto patologías más complejas como la expuesta en este caso clínico.

64 ABORDAJE DE SÍNTOMAS Y SIGNOS EN UNA PACIENTE PLURIPATOLÓGICA

Bedmar Estrella J¹, Moraleda Barba S², Martos Martínez R¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. CS Virgen de la Capilla. UDFyC de Jaén

²Médico de Familia. Tutora de residentes. CS Virgen de la Capilla. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Disnea y edemas.

Enfoque individual

NAMC. DM tipo2, dislipemia. Pancreatitis aguda, ictus.

Mujer de 88 años en tratamiento con levofloxacino por cuadro respiratorio-urinario. Presenta tos y expectoración que no expulsa. Desde hace 2 días disnea, ortopnea y edemas que previamente no tenía. Afebril, sin dolor torácico ni costal. Disneica al hablar TA: 120/60. FC: 62X'. IY. ACR: Rítmica sin soplos. Disminución del MV con roncus dispersos y crepitantes bibasales. Abdomen: sin alteraciones. Edemas con fóvea hasta encima de las rodillas. Rx tórax: Silueta cardíaca globulosa, redistribución venosa y aumento de densidad irregular en campos medio-inferiores de pulmón derecho.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Etapa VI del ciclo vital: disolución. Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente. Insuficiencia cardíaca congestiva y posible cuadro respiratorio. Diagnóstico diferencial: neumonía, EPOC, TEP, Derrame pulmonar, EAP.

Plan de acción y evolución

Tratamiento para IC, analítica y observación domiciliaria. A los 3 días presenta dolor epigástrico e hipocondrio derecho, sin náuseas ni vómitos, que no empeora con la ingesta. EKG: Ritmo sinusal, eje en torno 0º, ondas T negativas simétricas en plano inferior, V2 y V6. Troponina I: 1.71. Diagnóstico: SCASEST.

Conclusiones

No olvidarse nunca que ante una mujer diabética, con factores de riesgo CV y epigastralgia hay que incluir en el diagnóstico diferencial el SCA.

Palabras clave

Diabetes; myocardial infarction; cardiovascular agents.

CASO COMPLETO

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivo de consulta

Disnea y edemas

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo 2, dislipemia. Macroadenoma hipofisario con panhipopituitarismo. Colelitiasis, Pancreatitis aguda litiásica en Junio 2010. Ictus isquémico hemisférico derecho. Síndrome ansioso-depresivo.

Tratamiento domiciliario: ácido acetilsalicílico 100, hidrocortisona 20, sertralina 50, alprazolam 0,5, omeprazol 20, levotiroxina 25, ácido fólico, metformina 850.

Anamnesis

Mujer de 88 años dada de alta en el hospital la semana anterior tras sepsis comunitaria mixta respiratoria-urinaria tratada hasta el día en que nos consulta con levofloxacino. Durante los primeros días ha estado “relativamente bien”, con tos y escasa expectoración y levantándose por las noches para “abrir la ventana” por disnea. Según refiere su hija, desde hace un par de días se queja de disnea intensa con ortopnea y comienza con edemas que llegan a ser muy intensos y que previamente no tenía. No fiebre, no dolor torácico ni de costados.

Exploración

Consciente, palidez cutáneo-mucosa. Disneica al hablar, con tos, mueve secreciones que no expulsa. Tensión arterial: 120/60 mmHg. Frecuencia cardíaca: 72x´.

Cabeza y cuello: Ingurgitación yugular, no bocio ni adenopatías.

Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin galope. Disminución del murmullo vesicular con roncus y crepitantes en campos medios y bases.

Abdomen: globuloso y distendido, con ruidos hidroaéreos aumentados. Posible hepatomegalia. No signos de peritonismo ni oleada ascítica.

Miembros inferiores: edemas ++/+++ con fovea en piernas que llegan hasta encima de las rodillas.

Pruebas complementarias

Radiografía tórax: Silueta cardíaca globulosa, patrón congestivo con redistribución venosa; densidades irregulares predominantes en pulmón derecho, en campos superior y medio y aumento de densidad más uniforme en base derecha (en posible relación con sumación de imágenes, derrame pleural y/o infiltrado.) Ligeramente ensanchamiento mediastínico superior.

Rx de tórax



Enfoque familiar

Etapa VI del ciclo vital: disolución. Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente.

Juicio clínico

Insuficiencia cardíaca congestiva y posible cuadro infeccioso sobreañadido a nivel respiratorio que habría que considerar intrahospitalario.

Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca descompensada, neumonía, EPOC, TEP, asma, derrame pulmonar, EAP.

Identificación de problemas

Ante la clínica que presenta la paciente con disnea, ortopnea y edemas, además de tos y expectoración que no parecen haber empeorado con intensa reacción inflamatoria se comienza tratamiento para la Insuficiencia cardíaca (enalapril + furosemida + bisoprolol), analítica y observación domiciliaria.

Evolución

A los 3 días acude a consulta refiriendo dolor epigástrico e hipocondrio derecho, sin náuseas ni vómitos, no empeora con la ingesta. No alteraciones del hábito intestinal. Bastante mejoría en cuanto a su disnea y edemas maleolares.

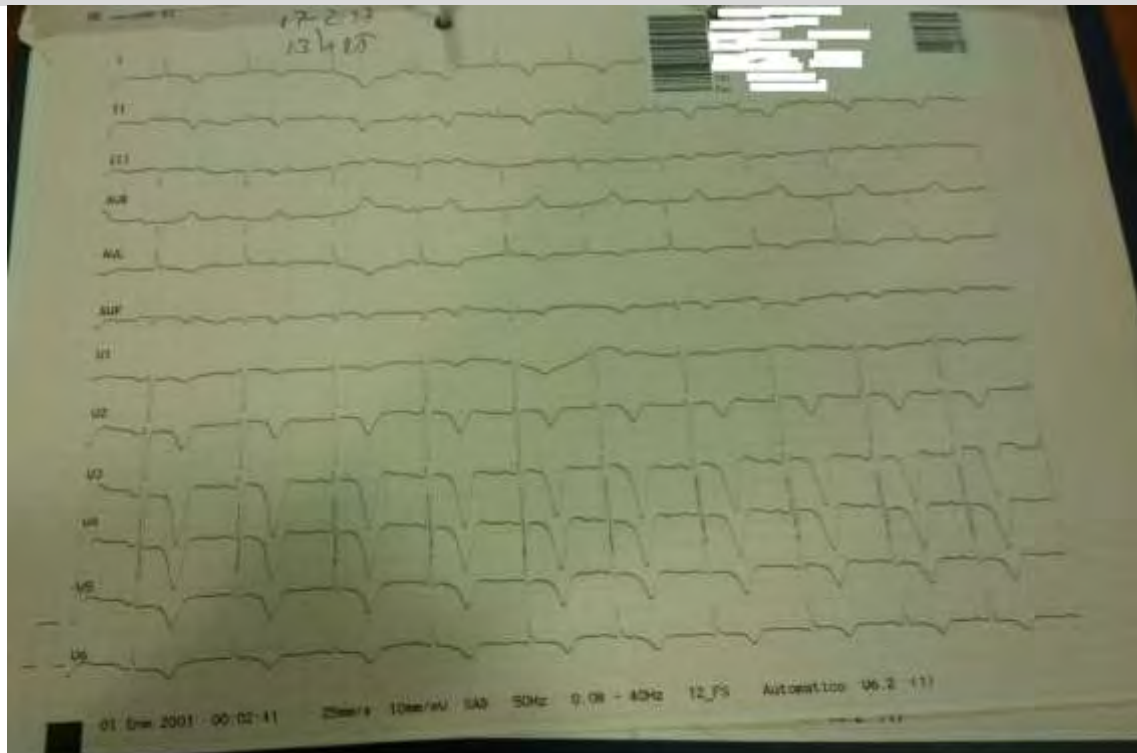
Auscultación cardiorespiratoria: Similar a la de la consulta anterior.

Abdomen: globuloso y distendido, con ruidos hidroaéreos aumentados, sensible a la palpación en epigastrio y doloroso en hipocondrio derecho (posible hepatomegalia), no oleada ascítica.

EKG: Ritmo sinusal, eje en torno a 0º, con ondas T negativas simétricas en plano inferior y en V2, V5 y V6 con QT alargado (0.52s).

Analítica: Serie roja sin alteraciones. Leucos 13370/ μ L, PMN 12510/ μ L, Linfocitos 390/ μ L. PCR 258. Troponina I: 1,71 ng/ml. Coagulación: INR 1.42, AP 62%. Fibrinógeno: 640 mg/dl. Bioquímica: Glu 177, Ur 38, Cr 1.25, Na 133, K 3.7. Bi, GGT y transaminasas normales.

EKG



Diagnóstico

Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) con QT largo y dolor abdominal.

Tratamiento y planes de actuación

Tratamiento para IAM y derivación a Urgencias del Hospital dada la clínica y las alteraciones analíticas que presenta la paciente para realización de pruebas complementarias que procedan.

Conclusiones

Este caso clínico se pone de manifiesto que en atención primaria es muy importante tener en cuenta todos los antecedentes personales y realizar una historia clínica lo más minuciosa para aproximarse al diagnóstico de certeza; en este caso se atiende a una paciente, mujer, diabética, con alto riesgo cardiovascular que tras haber pasado por una situación de estrés (hospitalización por sepsis de origen mixto) comienza con clínica de disnea y, posteriormente con dolor epigástrico.

Ante estos síntomas se debe descartar un Síndrome coronario agudo y realizar un diagnóstico diferencial con la litiasis biliar complicada ante los antecedentes de colelitiasis y pancreatitis de la paciente.

Bibliografía

Antman EM, Selwyn AP, Loscalzo J. Cardiopatía isquémica. En: Longo DL, Kasper DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18ª.ed. México: McGraw-Hill; 2012. P. 1998-2015.

Área 7: Necesidad de abordaje biopsicosocial

65 ABORDAJE INTEGRAL E INTERVENCIÓN EN UNA PACIENTE DE 45 AÑOS CON PÉRDIDA DE FUERZA

Pérez Martínez B¹, Peláez Vélez J², Dorador Atienza F³

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Unidad Docente de Medicina Familia y Comunitaria de Granada

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín-Sur. Unidad Docente de Medicina Familia y Comunitaria de Granada.

³Médico de Familia. Tutora de Residentes. CS La Chana. Granada

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente de 45 años que acude por pérdida de fuerza en ambos MMII, de 3 días de evolución, que le llegó a propiciar una caída.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Paciente que nota al levantarse pérdida de fuerza en ambos MMII de instauración más o menos brusca, que llega a propiciarle una caída por las escaleras. No ha presentado alteración esfinteriana ni otra focalidad neurológica, no antecedentes de traumatismo, no alteraciones de sensibilidad, no fiebre ni clínica sistémica interrecurrente en los días previos.

Exploración: Glasgow 15, pares craneales sin asimetría, no disimetría, BM en cuádriceps derecho 5/5, izquierdo 4/5, bíceps femoral 4/5 bilateral. No nivel sensitivo.

PPCC:

- Hemograma: poliglogulia, leucocitosis sin neutrofilia, trombocitosis.
- Bioquímica: elevación GOT, GPT.
- TAC craneal y RMN normal.
- EMG: denervación parcial subaguda moderada restringida a cuádriceps y psoas.
- Biopsia muscular: miopatía lipídica, pendiente de acilcarnitinas en sangre y orina.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia normoestructurada, nuclear sin parientes próximos, fase V del ciclo vital, con bajo apoyo social.

Alcoholismo

Esteatosis hepática.

Fumadora.

JC: Miopatía lipídica vs Miopatía alcohólica necrotizante.

Plan de acción y evolución

Evoluciona favorablemente sin tratamiento, pendiente de MI con resultados de niveles de acilcarnitinas. Abordaje individual en consulta para abandono alcohol.

Conclusiones

Miopatía aguda de probable origen lipídico en el contexto de alcoholismo crónico de años de evolución con afectación hepática.

PALABRAS CLAVE

Miopatía, esteatosis, alcoholismo.

CASO COMPLETO

Resumen

El caso clínico tuvo lugar en un ámbito mixto entre Atención Hospitalaria, Urgencias y Atención Primaria. Se trata de una mujer de 45 años, inmigrante ecuatoriana en España desde hace 19 años, con pareja estable y dos hijos, sana y perteneciente a una familia nuclear sin parientes próximos, normofuncionante, en la etapa V del CVF, según el modelo de Duvall y Medalie, que acudió la primera vez a consulta por pérdida de fuerza en las piernas que llegó a provocar una caída. Se procedió a un abordaje integral y urgente, junto a un análisis de su entorno y red social.

Motivo de Consulta

Paciente de 45 años con debilidad en ambas extremidades inferiores de 3 días de evolución, que ha llegado a provocar una caída por las escaleras.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes familiares: padre fallecido por cardiopatía isquémica, madre que presentó derrame cerebral a los 30 años.

Antecedentes personales: No alergias, no diabetes, no HTA, hábito enólico moderado-severo, fumadora de 1-2 cigarrillos a la semana.

Enfermedad actual: paciente que acude a consulta de AP por pérdida de fuerza en ambas piernas, de 3 días de evolución, de forma brusca cuando se levantó por la mañana, que le impide caminar con normalidad, no hay afectación de miembros superiores, no hay pérdida de control de esfínteres, no hay otra focalidad neurológica, desde el inicio refiere haber empeorado. No ha presentado fiebre ni procesos catarrales en las semanas previas, no vacunaciones recientes, no contacto con animales, no antecedentes de traumatismo ni puntos dolorosos.

Exploración: a la entrada a la consulta se objetiva marcha con aumento de la base de sustentación, inseguridad, pero posible sin apoyo, puede realizar marcha de puntillas y talones, el balance muscular en cuádriceps derecho es 5/5 y en izquierdo 4/5, bíceps femoral 4/5 bilateralmente, reflejos rotulianos y aquileos no evocables, no alteraciones en pares craneales, no dismetría, no adiadococinesia, sensibilidad conservada, Romberg negativo.

Dada esta situación se deriva a la paciente a Urgencias Neurotraumatológicas para estudio, procediéndose posteriormente a su ingreso a cargo de neurología.

La paciente estuvo ingresada 20 días, no recibió ningún tratamiento específico. Fue valorada por distintos especialistas y se le realizaron múltiples pruebas complementarias.

Pruebas Complementarias:

Hematimetría: trombocitosis, leucocitosis sin neutrofilia, poliglobulia.

Bioquímica: aumento de GOT y GPT.

TAC craneal normal

EMG: denervación parcial subaguda moderada restringida a músculo cuádriceps y en menor medida a psoas ilíaco de ambas EII, probablemente secundaria a una miopatía necrotizante focal de causa enólica.

Eco abdominal: coledocistitis y esteatosis hepática.

RMN cráneo medular normal.

TAC abdominal: coledocistitis y diverticulosis colónica.

Biopsia muscular: no hay fenómenos de necrosis ni de regeneración muscular, tras estudio inmunohistoquímico e histoenzimático se concluye que los hallazgos podrían estar relacionados con una miopatía lipídica, por alteración del metabolismo de los ácidos grasos a nivel mitocondrial. Recomiendan la determinación de acilcarnitinas en sangre y orina.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial).

En el transcurso del ingreso y hasta que la paciente vuelve a la consulta de Atención Primaria, tiene un acontecimiento vital estresante, se trata del fallecimiento de un familiar cercano, esto implica una gran afectación emocional de la paciente quien relega sus problemas de salud a un segundo plano para centrarse en su dolor propio y el de su familia, esto conlleva que pierda su hoja de ruta con los distintos especialistas así como las distintas citas, cuando se recompone por la pérdida, acude a la consulta solicitando ayuda, orientación y manifestando sus dudas en cuanto a su patología.

Se aprovecha la consulta y el entorno de confianza para abordar su adicción al alcohol, un problema de larga data y que empieza a tener repercusiones orgánicas.

Lista de problemas: Posible miopatía lipídica por alteración del metabolismo de los ácidos grasos a nivel mitocondrial, pendiente de resultado de acilcarnitinas. Esteatosis hepática. Alcoholismo crónico.

Diagnóstico diferencial: Miopatía objetivada con biopsia muscular en estudio, puede que el proceso sea secundario a causa tóxica (posiblemente por consumo de alcohol) o secundario a la alteración del metabolismo de ácidos grasos a nivel mitocondrial.

Plan de acción y evolución

El plan de actuación desde Atención Primaria se va a centrar en esclarecer las dudas que le surjan de su problema muscular, así como vigilar el daño orgánico que le está causando el alcohol, a través de la entrevista clínica controlar su adicción, recomendarle grupos de apoyo, terapias específicas y en caso de que sea necesario medidas farmacológicas.

La paciente evoluciona favorablemente, con las sesiones de Rehabilitación que está recibiendo camina mejor.

Actualmente se encuentra pendiente de los resultados analíticos de las acilcarnitinas y de las citas de seguimiento de Digestivo por la esteatosis hepática.

Conclusiones

Nos encontramos ante un caso clínico interesante desde el punto de vista médico, psicológico y social, afrontar la incertidumbre de una patología poco frecuente como una miopatía lipídica, explicárselo a la paciente y resolver sus dudas forma parte de la entrañable y cercana labor de los médicos de familia.

66 ACTUACIÓN EN UN VARÓN DE 48 AÑOS CON PÉRDIDA DE VISIÓN

Sánchez García JM¹, Pérez Martínez B¹, Osorio Martos C²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. UDMFyC de Granada

²Médica de familia. Tutora de residentes. CS La Chana. Granada

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente de 48 años que acude a consulta por mareo en el contexto de pérdida de visión por retinosis pigmentaria, una limitación no sólo físicamente sino también psicológica y social.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

El paciente acude por presentar síndrome vertiginoso con inestabilidad y múltiples caídas asociadas.

Ansiedad, labilidad emocional, anorexia, no alteraciones significativas en la exploración física, no acufenos, no focalidad neurológica.

PPCC: Analítica sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia monoparental.

Ciclo vital en fase V.

Solicitud de la Ley de Dependencia desde 2012. No recibe ayuda social de ningún tipo. Pongo el caso en manos de la trabajadora social del centro.

AP: retinosis pigmentaria, trastorno adaptativo, trastorno límite de la personalidad. Hernia de hiato tratada con funduplicatura de Nissen. Hipoacusia mixta bilateral.

Plan de acción y evolución

Abordaje multidisciplinar e integral entre enfermeros, especialistas y trabajadora social para controlar y facilitar el día a día del paciente.

Conclusiones

Importancia de la medicina de familia como punto de unión de las distintas patologías de los pacientes, estudio biopsicosocial y abordaje integral del enfermo, siendo su médico de familia uno de los ejes principales en sus enfermedades.

Palabras clave

Retinosis, depresión, vértigo.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Paciente, 48 años que acude a consulta por mareo e inestabilidad en el contexto de pérdida de agudeza visual por retinosis pigmentaria (RP). Esta enfermedad ha implicado una lucha constante, afectándose no sólo lo físico de su enfermedad; sino también lidiar con el gran desamparo de la soledad, la incomprensión y desesperación en algún momento de su vida. Esta lucha constante de superación diaria, ha dejado secuelas tanto en la esfera física como en la social y psicológica del paciente.

Enfoque individual

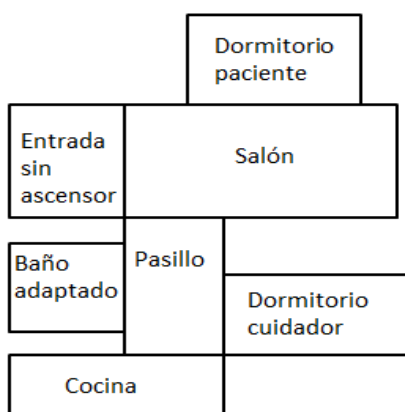
Anamnesis

El paciente acude por presentar síndrome vertiginoso con inestabilidad y múltiples caídas asociadas. Ansiedad, labilidad emocional y anorexia, ante esta sintomatología se decide abordar al paciente de una forma más minuciosa e integral mediante citas programadas tanto el centro de salud como en la vivienda del paciente. El paciente acude al Centro de Salud con la ayuda de su hijo, su principal cuidador. Es un varón de 48 años de edad, hijo menor de 5 hermanos. Su padre falleció tras un accidente de tráfico cuando él tenía 9 años de edad. Su madre vive en la actualidad en su localidad de origen. De los 5 hermanos, los tres menores padecen o padecieron retinosis pigmentaria. Él padece retinosis pigmentaria desde su adolescencia, hasta los 19 años vivió en otra ciudad vendiendo cupones, estudió hasta la E.G.B, a los 19 años conoce a su mujer, con ella tuvo 2 hijos: varón de 27 años y mujer de 25 años. Se separó de su mujer, quien falleció por patología oncológica de garganta (no supo especificar) en 2011.

Su hijo mayor de 27 años vive con él, con él tiene buena relación, su hijo creció en otra tercera ciudad diferente la cual añora, refiere que allí tiene su núcleo más íntimo (su hermana y amigos) y que en donde vive apenas conoce a nadie. El hijo ha estudiado diseño gráfico, ha trabajado durante 3 años, actualmente en el paro y según nos relata el paciente, su hijo está últimamente bajo de ánimo. Su hija menor de 25 años, con la cual tiene muy buena relación, es auxiliar de enfermería y tiene un hijo de 5 años con su expareja. Trabaja en un restaurante en otra localidad. El paciente tiene mala relación con el padre de su nieto, que es camarero y está actualmente en el paro.

El paciente presenta actualmente un síndrome vertiginoso con gran inestabilidad y múltiples caídas asociadas, sin encontrar respuesta a los tratamientos indicados ni un diagnóstico claro. Esto le ha ocasionado agorafobia (solo puede salir acompañado, perdiendo la poca autonomía que tenía previa al cuadro de mareos), ansiedad y miedo a caídas, limitación en su puesto de trabajo, como consecuencia de estas limitaciones asocia un trastorno ansioso-depresivo reactivo con recaídas frecuentes. En una segunda visita domiciliar se valoraron las posibles barreras arquitectónicas del hogar (mapa de la casa, figura1).

Figura 1. Mapa de la casa



Exploración Física

Dentro de la normalidad con exploración otoscópica sin alteraciones pero con nistagmus espontáneo izquierdo, maniobras de Romberg y Unterberger con desviación a la derecha.

Pruebas complementarias

-Endoscopia Digestiva Alta: Hernia de Hiato, esofagitis péptica, estenosis péptica.

- Audiometría tonal: Hipoacusia Neurosensorial Bilateral.
- Campimetría: Retinosis Pigmentaria Terminal.

Lista de Problemas

- Retinosis pigmentaria
- Hernia de hiato
- Funduplicatura de Nissen
- Hipoacusia mixta bilateral
- Trastorno adaptativo
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno ansioso-depresivo
- Vértigo
- Depresión

Enfoque familiar

-Tipología estructural familiar: Familia monoparental constituida por padre e hijo/s, generalmente como consecuencia de una crisis, ya sea viudez, abandono o divorcio.

-Ciclo vital de la familia etapa V: Final de la contracción, que transcurre desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.

-Los instrumentos para medir el apoyo social han sido el Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC (figura 2) y el cuestionario M.O.S. de apoyo social (figura 3). El primero de ellos recoge valores referidos al apoyo afectivo y confidencial, que se tradujo como bajo apoyo social y afectivo y un normal apoyo confidencial.

El segundo investiga cinco dimensiones del apoyo social: obtuvo un índice global de apoyo social tres puntos por debajo de la media.

Resultados de los cuestionarios de apoyo social

Figura 1. Cuestionario DUKE-UNK.

Apoyo afectivo	12/25
Apoyo confidencial	18/30
Apoyo social	30/55

Figura 2. Cuestionario M.O.S.

Dimensiones: emocional, informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva.	54/95
--	-------

Datos de interés comunitario y sociosanitario

El paciente tiene realizada la solicitud de la Ley de Dependencia desde 2012 pero no recibe ayuda social de ningún tipo. Se comenta el caso con la trabajadora social del Centro de Salud con el fin de intentar dilucidar las posibles ayudas a las cuales tendría acceso el paciente.

Plan de acción y evolución

A día de hoy el paciente presenta ánimo bajo, cumple el tratamiento prescrito y acude a las vistas de revisión por nuestra parte y en el hospital. Se ha solicitado la colaboración de la trabajadora social con el fin de valorar las posibles ayudas sociales a solicitar, al tiempo que se sigue citando y reevaluando al paciente en consulta. Se programa su participación en un taller de servicios sociales comunitarios en el Centro de Salud, para conseguir que se relacione más con la gente o realice cualquier otra actividad que le haga sentirse bien e integrado en la sociedad. Por último, se informa sobre cómo ayudar a su hijo a encontrar trabajo.

67 PÉRDIDA DE VISIÓN EN UN PACIENTE JOVEN Y SU REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL

Chamorro Castillo M¹, Sánchez Torres E², Zafra Alcántara J³

¹MIR de 1^{er} año MFyC. CS de Torredonjimeno (Jaén)

²MIR de 3^{er} año MFyC. CS de Torredonjimeno (Jaén)

³Médico Tutor de Residentes. CS de Torredonjimeno (Jaén)

RESUMEN

Motivo de consulta

Pérdida de visión bilateral progresiva.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Anamnesis: Varón, 50 años, alcohólico y cirrosis hepática, consulta por pérdida de visión bilateral progresiva de predominancia nocturna. Reiteradamente consulta preocupado porque esto le impide trabajar. EF: BEG, CyO. Exploración neurológica normal. Analítica normal con GGT, FA y Transaminasas elevadas. Oftalmología: PIO normal. FO: Depósitos amarillentos maculares en epitelio pigmentario de la retina. Angiografía: Hiperfluorescencia con moteado, coroides oscura.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Enfoque familiar y comunitario: Estructura familiar nuclear integral (divorciado sin hijos). Convive con sus padres. Tiene dos hermanos (relación distante).

Juicio clínico: Distrofia Macular Juvenil

Diagnóstico diferencial: Cataratas, Diabetes Mellitus, Glaucoma.

Plan de acción y evolución

Interconsulta a Oftalmología, obteniendo diagnóstico de ceguera irreversible. Se contacta con sus familiares, no dispuestos a involucrarse. Desde AP, seguimiento con la Trabajadora Social: va tomando conciencia de enfermedad, aunque sigue insistiendo en trabajar en cualquier oficio. En proceso de evaluación por INSS para incapacidad. Nos preocupa que la situación de desempleo junto con la progresión de la enfermedad acentúe el alcoholismo.

Conclusiones

Paciente sano con buena calidad de vida que de pronto se encuentra con ceguera irreversible y pérdida de status social por lo que acude a consulta en busca de soluciones, siendo un ejemplo de la actuación en AP tanto en ámbito médico como en el abordaje bio-psico-social de la persona.

Palabras clave

Joven, ceguera, alcoholismo.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Pérdida de visión bilateral progresiva.

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especialidad hospitalaria.

Antecedentes personales

Bebedor de 80 gr/día, previamente más. Fumador ocasional, antes a diario. Intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal. Ulceras venosas de repetición en MMII. Cirrosis alcohólica. No hipertensión ni diabetes conocidas. En la actualidad, tratamiento con vitamina B12, ácido fólico y omeprazol. Camionero de profesión.

Antecedentes familiares

Sin interés.

Anamnesis

Varón de 50 años que acude a consulta por pérdida de visión bilateral progresiva desde hace meses que se ha ido haciendo más intensa, principalmente de predominancia nocturna. Tras una exploración física normal en consulta, se solicita una analítica general y se pide interconsulta a Oftalmología. Mientras espera la cita, el paciente comienza a acudir a consulta reiteradamente especialmente preocupado no por la pérdida de visión en sí, sino porque con este problema no puede trabajar en su profesión habitual aunque acepta cualquier oferta de otro tipo de trabajo, actualmente está en desempleo sin derecho a prestación.

Exploración

BEG, NyN, CyO, Eupneico. ACR normal. Abdomen prominente, blando y depresible sin masas. Neurológicamente, PINLA, MOEC y pares craneales conservados y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Pruebas complementarias

Analítica: Hemograma normal con VCM 105,4. Bioquímica: GGT 1121 GOT 148 GPT 44 FA 160 Resto normal. HbA1c normal. Sedimento orina: normal.

Consultas externas de Oftalmología: Presión intraocular 15/15. Agudeza visual: OI 0,5/OD 0,6. Biomicroscopia): Facoescclerosis. Fondo de ojo: papilas excavadas 0,2 en ambos ojos, máculas: alteración del epitelio pigmentario de la retina con depósitos amarillentos maculares en ambos ojos, compatible con posible distrofia macular.

-Angiografía con fluoresceína: Hiperfluorescencia efecto ventana con moteado, coroides oscura. No neovascularización (Figura1).

Enfoque familiar y comunitario

Estructura familiar nuclear íntegra, pues es un paciente soltero y sin hijos. El paciente actualmente convive con sus padres (padre de 78 años agricultor jubilado, y su madre de 76 años, ama de casa) tras divorciarse y volver al hogar familiar.

Tiene dos hermanos que viven fuera del hogar familiar: un hermano de 56 años, casado, que vive en la misma localidad, dueño de un bar, y con el que mantiene una relación cordial pero no estrecha; una hermana de 44 años, casada, que vive en otra ciudad, con la que mantiene una mejor relación. El paciente, estuvo casado durante 5 años donde convivió con su mujer, 6 años más joven que él y un hijo de ésta fruto de otra relación, con el que mantenía una mala relación. Por lo tanto, se encuentra en la I Etapa del ciclo vital o de Formación: (desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo). Actualmente en desempleo, anteriormente camionero, solo realiza trabajos eventuales. (Figura2)

Figura 1. Angiografía con hiperfluorescencia.

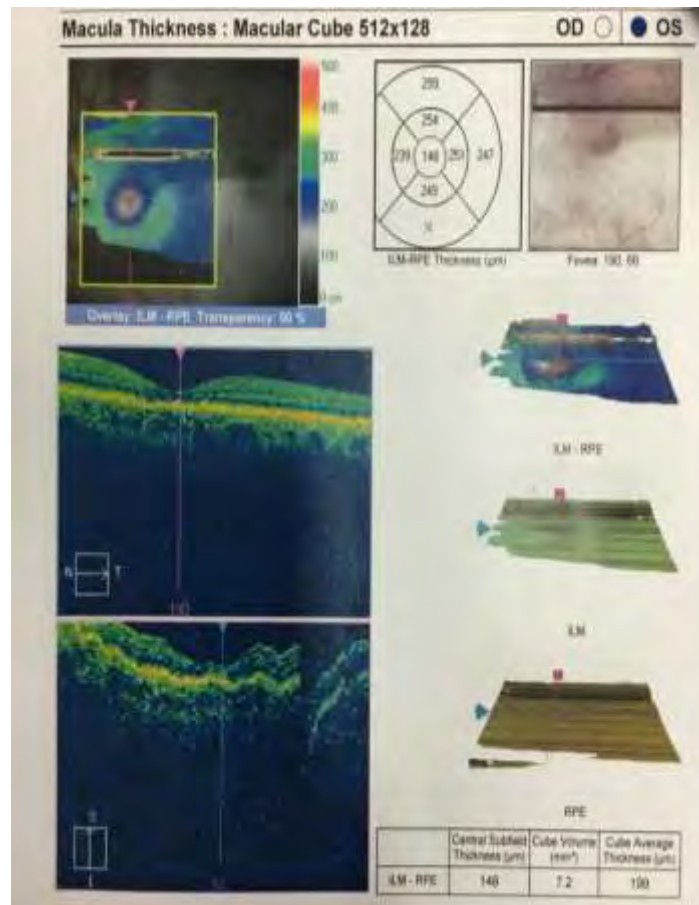
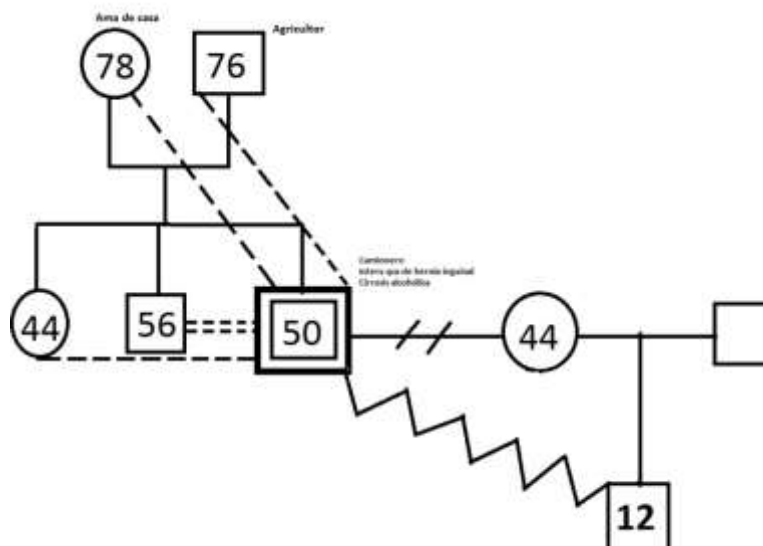


Figura 2. Genograma



Juicio clínico

Ante la pérdida rápidamente progresiva de visión que presenta el paciente y tras descartar una diabetes avanzada no conocida o hipertensión, se establece el diagnóstico de enfermedad de Stargardt (distrofia Macular Juvenil) tras las pruebas realizadas en Oftalmología.

Diagnóstico diferencial:

Cataratas, Diabetes Mellitus, Glaucoma, Distrofia Macular, Ceguera cortical.

Identificación de problemas

La desesperación y preocupación del paciente ante la incapacidad de acudir a los trabajos que se le presentaban dificultó la relación médico-paciente pues no aceptaba la enfermedad, acudiendo a consulta reiteradamente pidiéndonos una solución “un tratamiento con láser que le devolviera la visión” para poder trabajar. Por otra parte, la falta de apoyo social del paciente también dificultaba el abordaje de la situación, ya que con su diagnóstico iba a ser necesaria la adecuación del entorno del paciente, pues en un tiempo no estimable el paciente puede dejar de ser independiente como hasta ahora.

Plan de actuación y tratamiento

La degeneración macular actualmente no tiene tratamiento, con una posible progresión hasta la ceguera. Tras este diagnóstico, desde la consulta de Atención Primaria ponemos en conocimiento del Trabajador Social del Centro de Salud el caso, ofreciendo además al paciente un contacto con la ONCE. Se solicita una segunda valoración por especialista de libre elección y se le informa de las ayudas remuneradas si se establece la minusvalía. Se contacta con sus familiares, aunque se muestran poco colaboradores comentando que en caso de ingreso o enfermedad grave sí acudirían pero no están dispuestos a hacerse cargo de la situación crónica. Solo cuenta con la ayuda de un amigo con el que pasa la mayor parte del tiempo libre y que lo acompaña a las revisiones hospitalarias.

Evolución

El paciente actualmente acude a revisiones en Oftalmología, sin tratamiento actual. Desde Atención Primaria se le hace un seguimiento con citas cada veinte días con la trabajadora social, donde el paciente dice sentirse más tranquilo y va tomando conciencia de enfermedad, aunque sigue insistiendo en la idea de trabajar en cualquier oficio, no siendo posible. Está en proceso de evaluación por parte del INSS para valoración de una incapacidad y por parte de la ONCE se está valorando la posibilidad de ofrecerle un trabajo. Preocupa especialmente que la progresión de la ceguera y la situación de desempleo acabe acentuando el alcoholismo crónico, que parece que actualmente está controlando.

Conclusiones

El paciente, relativamente joven con una causa de ceguera irreversible, que no había presentado anteriormente problema de salud alguno salvo las úlceras venosas de repetición y con una buena calidad de vida, de pronto se encuentra con un problema que no puede solucionar y acude a la consulta en busca de respuestas, siendo esto un ejemplo de la importancia de la actuación en nuestra especialidad tanto en el ámbito médico como en el abordaje integral (biopsicosocial) de la persona.

Bibliografía

Martín Zurro JF, Cano Pérez. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

F. Aguilar Rodríguez, O. Bisbal Pardo et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de octubre. 7ª ed. Madrid: MSD, 2012.

68 ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA

Ramírez Sandalio N¹, Sola García M¹, Caballero Moreno A²

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Nuestro paciente acude en múltiples ocasiones tanto a consulta de atención primaria como a urgencias por cuadros de diarrea sin productos patológicos asociada a leves dolores abdominales mal localizados.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes personales: exfumador, bebedor (aunque actualmente refiere estar reduciendo la cantidad); esteatosis hepática; diverticulosis en sigma; síndrome del túnel carpiano bilateral; hernia de hiato con esofagitis; HTA; hepatopatía tóxica secundaria a Losartan. Trastorno adaptativo. Depresión reactiva.

Pruebas complementarias: Se realizaron múltiples pruebas complementarias, siendo la última colonoscopia la que reveló el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El paciente se encuentra en una situación socio-económica difícil, pero con apoyo familiar.

Plan de acción y evolución

Se acuerda continuar con revisiones periódicas, así como la adquisición de hábitos saludables. El paciente no logra mejorar su clínica debido, en parte, a su estado anímico.

Conclusiones

Desde Atención primaria, no solo debemos estar atentos a los síntomas que el paciente presente, si no que debemos observar si hay alguna causa subyacente que los pueda provocar o acentuar.

Palabras clave

Diarrea, colitis, ansiedad.

CASO COMPLETO

Resumen

Se trata de un varón de 47 años que consulta de forma múltiple por diarreas de larga evolución. Este caso clínico se desarrolla en distintos ámbitos (Atención primaria y Hospital). Desde el inicio del cuadro clínico el paciente sufre otros problemas de salud intercurrentes, así como problemas socioeconómicos que harán el abordaje del paciente más complicado.

Caso clínico

Motivo de consulta

El paciente acude en múltiples ocasiones a consulta de Atención Primaria por cuadros de diarrea sin productos patológicos asociada a leves dolores abdominales mal localizados.

Antecedentes personales

Exfumador, Bebedor (aunque actualmente refiere estar reduciendo la cantidad, según el paciente sólo toma una cerveza al medio día y otra con la cena); Esteatosis hepática; Diverticulosis en sigma;

Síndrome del túnel carpiano bilateral; Hernia de hiato con esofagitis; HTA; Hepatopatía tóxica secundaria a Losartan. Trastorno adaptativo. Depresión reactiva.

Antecedentes familiares

Su padre presenta HTA, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y ha sufrido 6 infartos agudos de miocardio. Su madre sufre HTA, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad de Parkinson.

Tratamiento habitual

Lorazepam 1mg 1 comprimido/24h; Desvenlafaxina 50mg 1 comprimido /24h; Tramadol 37,5mg/ Paracetamol 320mg 1 comprimido /8h; Pantoprazol 40mg 1 comprimido / 24h; Clopidogrel 75mg/Acetilsalicílico ácido 100mg 1 comprimido /24h; Bisoprolol 10mg/Hidroclorotiazida 25mg 0.5mg 1 comprimido /12h;

Exploración

Buen Estado General. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. FC: 80lpm. TA: 136/78. AC: tonos rítmicos sin soplos roces ni extratonos. AR: MVC. Sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. RHA aumentados. Ligero dolor a la palpación en hemiabdomen derecho. Murphy y Blumberg negativos. PPR bilateral negativo.

Pruebas complementarias

Desde atención primaria se le realizaron los controles analíticos básicos al principio del proceso, detectándose un hipertransaminasemia que se asoció al uso de Losartan. Debido al mal control de los síntomas del paciente se decide su derivación a Digestivo donde realizaron varias pruebas de imagen entre ellas Colonoscopias con biopsias repetidas con diagnóstico de Colitis inespecífica. A esto hay que sumar la detección de Calprotectina en heces positiva, por lo que se le realizó un SPECT-TC: Estudio sin evidencia de lesiones con sobreexpresión de receptores de somatostatina.

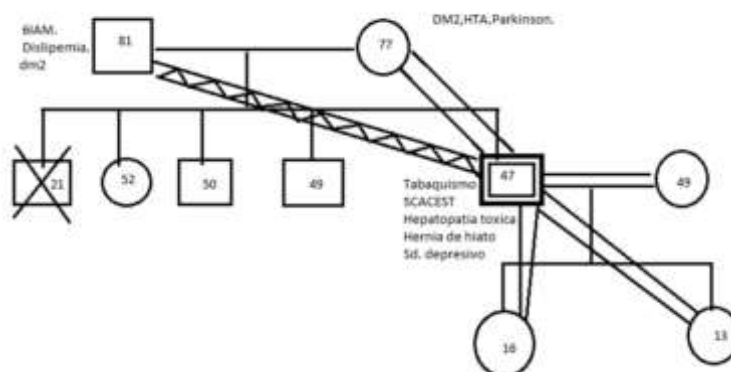
En 2015 sufrió un SCACEST por el que tuvo que implantarse un stent.

Enfoque familiar y comunitario

Genograma: (Figura) Si seguimos un orden en su lectura observamos que su estructura familiar, se trata de una **familia nuclear íntegra** (matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos). Su Ciclo Vital Familiar, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla, se encuentra en la **fase final de la extensión** (Desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar).

Para evaluar la función familiar se empleó el **cuestionario Apgar- familiar**, cuya puntuación que fue de 9 puntos definió a la familia del paciente como altamente funcional. Y el **cuestionario Duke-UNC** que muestra cual es el apoyo social percibido, que no real, por el paciente; en este caso el paciente percibía un apoyo social normal, debido a que su resultado fue de 46 puntos.

Figura. Genograma



La red social del paciente ha cambiado, pues antes se relacionaba con personas de un alto nivel social debido a su trabajo, pero al ser despedido dejó de hacerlo. El acontecimiento vital estresante (AVE) que más influyó en el estado del paciente fue su despido laboral. Este hecho unido a su sintomatología digestiva, ha hecho que el paciente encadene trabajos temporales que ha tenido que abandonar por las múltiples bajas laborales. Otro AVE de importancia fue el SCACEST que sufrió en 2015.

Juicio clínico

Modelo SHADE

Presentación de síntomas: Diarrea sin productos patológicos junto con dolor abdominal inespecífico.

Formación temprana de hipótesis:

- EII.
- Celiaquía.
- Síndrome Intestino Irritable.
- Diarrea por abuso de alcohol.
- Tumores neuroendocrinos.

Diagnóstico diferencial: Los valores analíticos para celiacía eran negativos; No se encontró evidencia clínica ni radiológica de tumores neuroendocrinos. La biopsia intestinal reveló "Colitis inespecífica".

Diagnóstico de enfermedad: El paciente padece una Colitis inespecífica que se encuentra dentro de las llamadas Enfermedades inflamatoria intestinal.

Explicación de la enfermedad: El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa a una serie de procesos que se caracterizan por la inflamación crónica del tracto digestivo de la que se desconoce la etiología. Colitis indeterminada: es un tipo de EII que no cumple criterios ni para la CU ni para la EC.

Plan de actuación

Se acuerda con el paciente la necesidad de adoptar hábitos saludables como el dejar de consumir bebidas alcohólicas y realizar ejercicio físico. Así mismo reforzamos mediante entrevistas motivacionales los logros que poco a poco el paciente va consiguiendo, con lo que mejoramos la relación médico-paciente.

Recordamos la necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico prescrito, e incidimos en la importancia de acudir a las revisiones hospitalarias, sobre todo con el equipo de salud mental. Pues es ahí donde más beneficio puede obtener el paciente, pues el componente psicológico dentro de los síntomas que tiene el paciente es muy importante, sobre todo a que a pesar del correcto tratamiento con Mesalazina el paciente no ha mejorado de forma total.

Conclusiones

Este caso obliga a realizar una revisión de las distintas causas, orgánicas y psicológicas de un síntoma tan habitual como la diarrea. En este paciente, el proceso comenzó con el despido laboral, que dinamitó su ambiente socio-económico por completo. Desde Atención Primaria, no solo debemos estar atentos a los síntomas que el paciente presente, si no que debemos observar si hay alguna causa subyacente que los pueda provocar o acentuar.

Bibliografía

1. Guía clínica sobre Síndrome del Intestino Irritable | www.aegastro.es [Internet]. Aegastro.es. 2016 [cited 12 December 2016]. Available from: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/guia-clinica-sobre-sindrome-del-intestino-irritable>
2. Libro AEG "Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología | www.aegastro.es [Internet]. Aegastro.es. 2016 [cited 12 December 2016]. Available from: <http://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/practica-clinica-en-gastroenterologia-y-hepatologia/>
3. Chassany O, Michaux A, Bergman JF. Drug induced diarrhea. Drug Saf. 2000;22:53-7.

69 MUJER PERIMENOPAUSICA Y CON ACONTECIMIENTO VITAL ESTRESANTE QUE SUFRE CEFALEA

Navarro Ortiz N¹, Sánchez García JM², Esteva Rodríguez A³

¹MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada

²MIR de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada

³Médico de Familia. Tutor de Residentes. CS Salvador Caballero. Granada

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente mujer de 54 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por cefalea progresiva de varias semanas de duración que explica como “dolor continuo en roalillo en región cervical alta con predominio en lado izquierdo”.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Buen aspecto general. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo y hemodinámicamente estable.

Atenta aunque poco colaboradora con rasgos de tristeza y cansancio.

Exploración neurológica normal sin signos meníngeos y fondo de ojo normal.

Dolor en punto de Arnold.

Analítica con vitaminas y PCR normal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Dislipémica, SAOS. Familia nuclear ampliada con divorcio en curso.

Madre y tíos con cardiopatía isquémica. Hermana con IAM.

Diagnóstico diferencial con cefalea tensional, postraumática, en racimos, migraña, neuralgias.

Plan de acción y evolución

Se pautó analgesia habitual ante lo que la paciente refiere que calma un poco el dolor solo por breve período de tiempo. El dolor comenzó a asociar astenia, mayor a última hora de la tarde.

Cardiología descartó alteraciones estructurales y funcionales.

Se comenzó tratamiento preventivo con Gabapentina 300mg. Higiene Postural. Si episodios de dolor muy intenso, infiltración de nervio occipital mayor.

Conclusiones

Mujer perimenopáusica con acontecimientos estresantes y contractura musculatura cervical que mejora con GABAérgico y técnicas de relajación y fisioterapia.

Palabras clave

Cefalea, musculatura, estresante.

CASO COMPLETO

Resumen

El caso clínico se desarrolló en un ámbito puramente de Atención Primaria. Se trata de una mujer de 54 años, perimenopáusica, residente en Granada desde hace 20 años y con pareja estable hasta hace 2 meses. Tiene dos hijas y constituían una familia nuclear hasta que con el hecho de la separación referido podemos considerar que estamos ante una familia disfuncional, en la etapa V del CVF, según el modelo de Duvall y Medalie. Acudió al centro de salud por cefalea de tres semanas de evolución que se le

acentúan con el estrés, el trabajo y al llegar a casa a final del día. Se le dio una perspectiva clínica neurológica integrada en el enfoque sistémico y familiar.

Caso clínico

La paciente, una mujer de 54 años, comienza a frecuentar la consulta refiriendo dolor en la parte posterior de la nuca con sensación de quemazón con los movimientos del cuello. Cada vez más continuo y con irradiación a región frontal.

Presentaba como **antecedentes personales** de interés: dislipemia en tratamiento con hábitos higienico-dietéticos y SAOS tratada con CPAP nocturna. Tuvo un accidente de tráfico con consecuente latigazo cervical hace 6 años. Como **antecedentes familiares**, padre diabético insulino-dependiente, madre y tíos con cardiopatía isquémica y hermana que sufrió infarto agudo de miocardio a los 50 años.

Con respecto a su **estructura familiar** conformaba una familia nuclear con parientes próximos (su marido y sus dos hijas en casa, y sus padres viviendo en la misma localidad) hasta hace un par de meses que como acontecimiento vital estresante se señala el comienzo de trámites de divorcio. Estilo familiar centrípeto, con unión familiar, crianza de los hijos y límites individuales y externos algo rígidos.

Seguimiento

El primer día que acudió por “cefalea en roalillo en región cervical alta” se realiza una exploración neurológica completa que no arrojó hallazgos importantes y se prescribió tratamiento analgésico para los momentos de dolor: paracetamol y metamizol. Esa misma semana volvió a acudir en un par de ocasiones refiriendo que el dolor sólo calmaba un breve período de tiempo después de la analgesia pero volvía con mayor intensidad.

Mientras evoluciona, se aborda la esfera psicosocial comentando entre lágrimas que estaba sufriendo un período de situación difícil con la separación de su pareja y el “nido vacío” con sus hijas marchando a otras ciudades para estudiar y trabajar.

La paciente se mantenía en todas las visitas sin signos de focalidad neurológica, visión con campimetría por confrontación normal, no disimetrías, no alteraciones de la marcha. No se han sumado vómitos, ni fiebre ni otros signos de alarma que recuerden afectación sistémica.

En exploraciones complementarias destaca una analítica con hemograma, bioquímica, vitaminas y parámetros de reactantes de fase aguda, todo en rango. En toma de constantes, en algunas ocasiones se aprecia tensión arterial por encima de 140/90, con este hallazgo y con antecedentes familiares reflejados se acuerda con la paciente derivarla a cardiología para descartar cardiopatía estructural y se inicia tratamiento con enalapril a dosis bajas viendo evolución.

Con el método utilizado en Medicina Familiar y Comunitaria como en otras especialidades de razonamiento hipotético-deductivo para la toma de decisiones diagnósticas de Riegelman, el diagnóstico diferencial es el siguiente:

- 1.- Migraña
- 2.- Cefalea tensional
- 3.- Neuralgia
- 4.- Depresión
- 5.- Hipertensión arterial

Debido a la hiperfrecuentación en consulta se adquiere confianza y la paciente contaba su estado de ánimo, comenzando a tener citas también con la trabajadora social.

Contó su situación en los dos últimos meses en el ámbito social, familiar y laboral y refería que desde el accidente de tráfico siempre había tenido problemas de cervicalgia por una mala curación tras el episodio. Se le diagnosticó de un trastorno adaptativo con ánimo depresivo y se le realizaron más test

para el movimiento del cuello y la relación con la cefalea, percibiendo así que tenía un claro desencadenante doloroso al tocar el punto de Arnold (localizado a 2 cm por debajo y por fuera de la protuberancia occipital externa correspondiendo a la emergencia del nervio occipital mayor).

Plan de acción

En función al esquema propuesto anteriormente y decantándose según anamnesis por una Neuralgia de Arnold sumada a su trastorno adaptativo se propone un plan de actuación a la paciente.

Se comienza con tratamiento preventivo del dolor de cabeza con Gabapentina 300mg, antiepiléptico que por sus características está indicado en dolores neuropáticos, empezando con posología de un comprimido antes de dormir que podrá ir subiendo progresivamente hasta tomar un comprimido cada 8 horas. Además se le explica que si presenta episodios de dolor muy acentuado refractario al tratamiento podría acudir a un servicio de urgencias neurotraumatológicas donde podría tratarse con infiltración del nervio occipital mayor.

Añadido al tratamiento farmacológico, se aconseja acudir a fisioterapeuta para valoración de su patología cervical y contractura perceptible en la exploración por si ésta terapia ayuda al estado osteomuscular.

Y por último, e insistiendo que no menos importante, se aconsejan talleres y actividades que puede realizar en el centro de salud o centro cívico de la zona a modo de psicoterapia para su estado tensional mental.

Evolución

La paciente seguía acudiendo a la consulta pero menos frecuentemente y con actitud positiva, adherencia al tratamiento farmacológico (manteniéndose en dosis efectiva con dos comprimidos al día) añadido a fisioterapia y psicoterapia de grupo.

Conclusiones

El método en la paciente ha sido el adecuado, valorando cada punto de la anamnesis: posible patología orgánica y trastorno mental por adaptación.

Además la importancia de ahondar en la red y apoyo social y familiar que tiene, intentando contar con la participación familiar y socio-laboral.

Bibliografía

1. Bruyn GW. Nervus intermedius neuralgia (Hunt). Cephalalgia 1984; 4:71.
2. Blau JN, MacGregor EA. Migraine and the neck. Headache 1994; 34:88.
3. Atención integral al paciente en atención primaria. Unidad Docente MFYC Granada. Modelo de Duvall. Modelos De Revilla.

70 ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA PROGRAMADA TRAS CAMBIOS EN EL ROL DE CUIDADOR

Zafra Ramírez N¹, Molina Hurtado E¹, Pérez Milena A²

¹MIR de MFyC. Centro De Salud El Valle. Jaén

²Tutor de MFyC. Centro De Salud El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Mujer de 80 años diabética desde hace 20 años y con Alzheimer, cuyo marido como cuidador principal (pendiente de cirugía por neoplasia vesical) acude a consulta refiriendo hipoglucemias que han precisado atención en Urgencias hospitalarias.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

La paciente en el año 2005 sufrió un infarto talámico. Desde entonces ha presentado un deterioro cognitivo progresivo y mayor dependencia (Barthel 55). El marido expresa que hay que administrarle ansiolíticos para asearla y para pincharle insulina, porque muestra alta violencia verbal y física. Este hecho ha provocado la aparición progresiva de una intensa sobrecarga emocional en el cuidador (test de Zarit 58 puntos).

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El genograma muestra una familia nuclear en estado IV del ciclo vital familiar (contracción) con parientes cercanos. El cuidador refiere percibir una disfunción familiar leve (Apgar-familiar 6). Como acontecimientos vitales estresantes refieren la demencia avanzada de la mujer y la neoplasia del marido.

Plan de acción y evolución

Se realiza un abordaje multidisciplinar dado que la nueva situación implica una reorganización de roles en la familia. Educación diabetológica. Interconsulta a Neurología.

Conclusiones

Las visitas domiciliarias permiten al médico de familia ofrecer de manera programada una atención integral para resolver no sólo la demanda biomédica, sino también para conocer el impacto psicosocial que ésta provoca.

Palabras clave

Demencia, diabetes, visita domiciliaria.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Mujer de 80 años diabética desde hace 20 años y con demencia avanzada, cuyo marido como cuidador principal acude a consulta refiriendo hipoglucemias que han precisado atención por el servicio de Urgencias. Cuenta que come cada vez menos, que quiere estar todo el día en la cama y que está cada vez más irritable, confusa y agresiva.

Por otro lado, el esposo de 81 años, es un gran fumador, padece una cardiopatía isquémica estable y tras presentar episodios de hematuria, fue diagnosticado hace unos años de neoplasia vesical de bajo

grado. En Uro-TAC realizado recientemente hallan hidronefrosis grado 4 e imágenes sugerentes de neoplasia ureteral proximal, por lo que está a la espera de intervención quirúrgica.

Ante la presencia de un mal control glucémico, la sospecha de sobrecarga del cuidador y el empeoramiento del estado cognitivo basal de la paciente, se decide realizar una visita domiciliaria programada conjunta con enfermería.

Enfoque individual

La paciente en el año 2005 sufrió un infarto talámico izquierdo. Desde entonces ha presentado un deterioro cognitivo progresivo y síntomas depresivos que han precisado tratamiento farmacológico.

En 2014 fue diagnosticada de demencia mixta con componente vascular. El empeoramiento de su estado emocional y neurológico dificulta el control de su diabetes mellitus tipo 2, que ya ha causado complicaciones vasculares (retinopatía diabética tratada con láser).

Su tratamiento domiciliario habitual es donepezilo 10mg, citalopram 30mg, lorazepam 1mg (a demanda), omeprazol 20mg, paracetamol 1g, metformina 1g, abasglar 50UI/24 h y actrapid 6UI/24 h.

En la visita a domicilio, la anciana está encamada pero despierta. A la exploración se muestra poca colaboradora, confusa temporoespacialmente, apática, irritable (insulta y culpabiliza al marido) y muestra pérdida de la iniciativa.

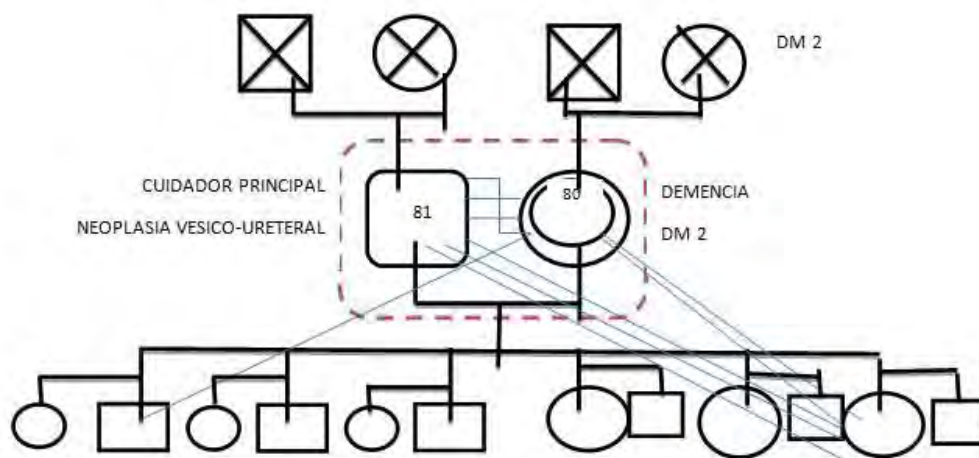
Su actividad física es muy limitada (vida cama-sillón) con bajo nivel de funcionalidad: hace meses que no sale sola a la calle. Se ha hecho cada vez más dependiente para sus actividades básicas y capacidades instrumentales:

- Escala de deterioro global de Riesberg (GDS) 5
- Test de Pfeiffer 9 (demencia moderada)
- Índice de Barthel 55 (dependencia moderada).

El marido expresa que hay que administrarle ansiolíticos para asearla y para pincharle insulina, porque muestra alta violencia verbal y física. Este hecho ha provocado la aparición progresiva de una intensa sobrecarga emocional en el cuidador (test de Zarit 58 puntos) quien también tiene una dependencia leve a las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 85).

Enfoque familiar y comunitario

Se presenta el genograma en la *figura 1*. Se trata de una familia nuclear en estado IV del ciclo vital familiar (contracción) con parientes cercanos. Tienen 6 hijos, todos emancipados, 13 nietos y 1 biznieta. Las 3 hijas se turnan semanalmente para su higiene personal. Cocina y compra el marido. Tienen ayuda a domicilio cada tres días (limpieza del hogar). El cuidador refiere percibir una disfunción familiar leve (Apgar-familiar 6). Como acontecimientos vitales estresantes refieren la demencia avanzada de la mujer y la neoplasia del marido. Se aprecian actualmente diferentes reajustes sociales que pueden empeorar los problemas físicos del matrimonio, superando el valor límite de la escala de Holmes y Rahe (232 puntos) (*figura 2*).

Figura 1. Genograma**Figura 2. Resultados de la escala de ajuste social de Holmes y Rahe**

Enfermedad o incapacidad, graves	53
Enfermedad de un pariente cercano	44
Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
Cambios importantes en las condiciones de vida	25
Cambio en los hábitos personales	24
Cambio de residencia	20
Cambios en los hábitos del sueño	16
Cambio en los hábitos alimentarios	15

Juicio clínico

- 1-Mal control metabólico (hipoglucemias nocturnas) en anciana frágil diabética en tratamiento con insulina: mala adherencia al tratamiento (no se deja poner la insulina) y a la dieta de diabetes.
- 2- Enfermedad de Alzheimer en progresión (menores capacidades funcionales y cognitivas) con episodios de heteroagresividad.
- 3- El marido como principal cuidador padece una patología tumoral que precisa cirugía, pasando a ser él ahora un enfermo crónico que precisa atención y cuidados.
- 4- Percepción de falta de apoyo familiar y social, con cambio de roles dentro de la familia por la aparición de nuevos síntomas en ambos ancianos.

Plan de acción y evolución

Se realiza un abordaje multidisciplinar dado que la nueva situación implica una reorganización de roles y status en la familia. Hasta la recuperación del marido tras la intervención quirúrgica, la mujer irá a vivir con una de las hijas, por lo que se contacta con ella. Por otro lado, se realiza una educación diabetológica adecuada a su situación (cinco comidas diarias de escasa cuantía y adecuada hidratación). Se le suspende la insulina rápida y se disminuye la dosis de insulina lenta, pautándose controles glucémicos seriados valorando semanalmente la hoja de perfiles que cumplimentarán las hijas. Se indica cómo actuar ante hipoglucemias leves y se deja pautado glucagón subcutáneo para las graves. Se inicia tratamiento con quetiapina 25mg /12h para el control de la agresividad, retirando los ansiolíticos,

mientras que se realiza una interconsulta a Neurología para valorar su tratamiento para la demencia. Por último, se programan visitas domiciliarias para valorar la evolución de los síntomas.

Conclusiones

Hasta ahora la demencia de la paciente no había sido ningún problema para el marido puesto que se veía capaz de cuidarla. En la actualidad los cambios biopsicosociales pueden poner en riesgo la funcionalidad de esta familia y hacer que sus patologías se descompensen.

En la visita domiciliaria se hace una valoración integral de ambos, realizando un genograma y distintas escalas que ayudan a conocer la situación. De este modo se planificaron distintos tipos de actuaciones para apoyo familiar y reajuste de tratamiento.

Cuando se presenta una complicación de una enfermedad crónica, el médico de familia tiene la obligación no sólo de resolver la demanda biomédica, sino de conocer el impacto psicosocial que ello provoca. De ahí la importancia de las visitas domiciliarias, que le permiten ofrecer de manera programada una atención integral y una mayor eficacia del trabajo en equipo.

71 VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Guerrero Feria B¹, Suárez Pérez M², González Bravo J³

¹MIR de MFyC. CS de Gibraleón. Huelva

²Médico de Familia. Tutora. CS de Gibraleón. Huelva

³MIR de MFyC. CS de Isla Chica. Huelva

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente anciana. Hija, cuidadora principal, vive fuera. Dos ingresos en contexto de fibrilación auricular, iniciándose anticoagulación. Caída de dos puntos en hemoglobina. Múltiples demandas tras alta por deterioro funcional, debilidad y postración. Preocupación por desconocimiento ante cambio situacional.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Antecedentes: Hipertensión. Dislipemia. Insuficiencia renal. Estreñimiento crónico. Osteoartrosis. Osteoporosis. Síndrome depresivo. Caídas frecuentes. Movilización escasa por dolor crónico. Incontinencia urinaria. Deambulación con andador. Dependencia moderada.

Evolución: deterioro funcional y cognitivo.

Exploración: palidez mucocutánea. Tacto rectal negativo. Estabilidad hemodinámica.

Análítica: anemia normocítica y reticulocitosis. Sangre oculta en heces positiva.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Anciano frágil.

- Deterioro funcional con dependencia moderada.
- Síndrome de inmovilidad multifactorial, mayor tras hospitalización y anemia, empeoramiento estreñimiento e incontinencia, aumento riesgo de caídas.
- Deterioro cognitivo tras hospitalización.
- Deterioro afectivo por depresión de larga evolución.
- Buen apoyo familiar, riesgo de claudicación del cuidador.

Plan de acción y evolución

- Sospecha hemorragia digestiva leve. Derivación rápida para estudio.
- Movilización progresiva. Recuperar funcionalidad. Promover la autonomía.
- Gestión ayuda a domicilio.
- Adecuar tratamiento, valorar antidepresivos, asegurar adherencia terapéutica.
- Laxantes.
- Ajuste analgésico.
- Medidas paliativas para incontinencia.
- Visitas programadas.
- Actividades preventivas.

Conclusiones

Destacar la importancia de la valoración geriátrica integral, que permite una visión global del paciente anciano y sus múltiples patologías, facilitando un plan asistencial adecuado a cada paciente.

Palabras clave

Valoración geriátrica integral, anciano frágil, fibrilación auricular.

CASO COMPLETO

Ámbito

Atención Primaria.

Motivo de consulta

EPM tiene 79 años. Vive con su esposo. Su hija, cuidadora principal de ambos, vive fuera y acude a diario al domicilio desde el último ingreso de la paciente. Dos ingresos recientes, en contexto de fibrilación auricular paroxística con respuesta ventricular rápida, iniciándose anticoagulación con Apixabán. Durante el transcurso de ambos ingresos presenta una caída de más de dos puntos en la hemoglobina. Tras alta a domicilio la paciente presenta deterioro funcional, empeoramiento del estado general, debilidad intensa y mayor postración. Múltiples avisos domiciliarios y asistencias a consulta por estos motivos y por dudas respecto al cambio de tratamiento, presentando tanto cuidadora como paciente gran preocupación por el desconocimiento ante este cambio situacional.

Enfoque individual

Antecedentes personales

Hipertensión arterial. Dislipemia. Obesidad central. Insuficiencia renal crónica. Accidente isquémico transitorio en 2014. Estreñimiento crónico. Patología discal lumbar con estenosis foraminal, escoliosis cervico-dorsal y osteoporosis. Síndrome depresivo de larga evolución. Caídas frecuentes desde hace años. Movilización escasa por dolor crónico multifactorial (espondiloartrosis, escoliosis, hernia discal, mareos). En 2011, BARTHEL de 70 (dependencia leve), PFEIFFER 0 errores y LAWTON-BRODY de 6 (dependiente para tareas domésticas, compras y gestiones en la calle). Incontinencia urinaria de esfuerzo con pequeñas pérdidas. Deambulación con andador.

Tratamiento habitual: pantoprazol, atorvastatina, olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida, aspirina, pentoxifilina, lormetazepam, y alprazolam. Reciente introducción de apixabán, atenolol, amiodarona, tramadol y nolutil si dolor.

Anamnesis

Tras ingresos, mayor debilidad por la anemia, y consecuentemente menor movilización. Aumento de dependencia para actividades básicas. Empeoramiento de estreñimiento habitual y de incontinencia urinaria. Empeoramiento de dolor crónico.

Valoración funcional: BARTHEL de 55. LAWTON-BRODY de 3.

Valoración cognitiva: PFEIFFER 3 errores. MINI-MENTAL 25/35.

Valoración afectiva: GDS YESAVAGE de 11.

Valoración sociofamiliar: Vive sin cuidador, aunque su hija, que es su cuidador principal, acude por la mañana y se marcha por la tarde/noche, a diario. Buenas relaciones familiares. No dificultades económicas. Vivienda adecuada. Algunas barreras arquitectónicas. Conviviente en domicilio también con dependencia moderada para actividades básicas.

Exploración física

Estable hemodinámicamente. Buen estado general. Bien hidratada. Palidez mucocutánea. Obesidad central. TA 120/80 en decúbito y 115/75 en bipedestación. Higiene correcta. Presbicia, acufenos, vértigo, audición: test susurro negativo, no prótesis dentaria. Cardiopulmonar: tonos rítmicos a 80 latidos por minuto, sin soplos audibles. Buen murmullo vesicular bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no masas, hernias ni megalias. Miembros inferiores: No edemas. Signos de insuficiencia venosa crónica. Pulsos pedios presentes. Neurológico: sin alteraciones. Tacto rectal negativo.

Pruebas complementarias

Análítica con anemia normocítica y reticulocitosis. Filtrado glomerular 40 ml/min. Resto sin alteraciones. Sangre oculta en heces positiva.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Anciano frágil o de alto riesgo.

- Anemización reciente en contexto de inicio de anticoagulación. Sospecha de hemorragia digestiva leve.
- Deterioro funcional con dependencia moderada.
- Síndrome de inmovilidad multifactorial (poliartrosis, osteoporosis, escoliosis, hernia lumbar, mareos), mayor tras hospitalización y anemia. Empeoramiento de la atrofia muscular, de la anquilosis, del estreñimiento y de la incontinencia urinaria como consecuencia de ello.
- Aumento del riesgo de caídas.
- Polifarmacia.
- Empeoramiento del estreñimiento crónico por inmovilidad.
- Empeoramiento de la incontinencia urinaria, de origen multifactorial (estreñimiento crónico, inmovilidad, deterioro cognitivo, síndrome depresivo, multiparidad).
- Deterioro cognitivo tras múltiples ingresos y disminución de la movilidad.
- Deterioro afectivo por síndrome depresivo de larga evolución.
- Buen apoyo familiar, aunque riesgo de claudicación del cuidador principal, ya que vive en otra ciudad y ha tenido que dejar su trabajo y desatender a su familia para cuidarla, situación provisional que no podrá mantenerse a largo plazo. Algunas barreras arquitectónicas en domicilio que dificultan que salga a la calle por sí misma, manteniéndola parcialmente recluida en domicilio. Rechazo de su situación médica actual.

Plan de acción

- Sospecha de hemorragia digestiva leve. Derivación rápida a consulta de orientación diagnóstica para estudio. Valorar retirada de Apixabán.
- Intentar recuperar la movilidad: paseos cortos con ayuda, con aumento progresivo de la distancia, andador, calzado adecuado, evitar barreras, acondicionar domicilio. Instruir en cuidados y movilización de la paciente. Intentar recuperar funcionalidad y promover la autonomía (animarle a realizar tareas de autocuidado sola o con mínima ayuda (comida, vestirse...))
- Gestión ayuda a domicilio. Acordar con familia turnos de acompañamiento de la cuidadora principal con asistente. Si es imposible, plantear rotación a domicilios con los demás hermanos, o desplazamiento de los hijos, preferiblemente durante períodos largos.
- Adecuar tratamiento, evitar fármacos innecesarios o dudosamente eficaces, suspender venotónicos, valorar necesidad de tratamiento antidepresivo, asegurar adherencia terapéutica.
- Tratar el empeoramiento del estreñimiento crónico con laxantes, hasta resolución de las causas.
- Ajuste analgésico ante aumento de dolor crónico.
- Aplicar medidas de tratamiento de incontinencia urinaria (paliativas posiblemente): llevar al baño cada cierto tiempo, diario de incontinencia, absorbentes como última opción.
- Visitas programadas para seguimiento de su patología crónica.
- Realizar actividades preventivas: prevenir úlceras por presión (higiene e hidratación de la piel), evitar atrofia muscular y anquilosis (movilizaciones activas y pasivas, adiestrar a familiares, fisioterapia), prevenir desnutrición/deshidratación (dieta, suplementos proteicos, líquidos abundantes).

Conclusiones

En el paciente anciano confluyen una serie de aspectos y formas especiales de presentación de la enfermedad que hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración.

La importancia de la valoración geriátrica integral está en que permite una visión global del paciente, que a menudo presenta necesidades y problemas no diagnosticados, y disfunciones que se escapan a la valoración clínica tradicional.

Se trata de una valoración de la esfera clínica, funcional, cognitiva y sociofamiliar del paciente, para elaborar en base a esto una estrategia multidisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento, con el objetivo de mejorar la funcionalidad del paciente, optimizar recursos, y ganar en salud y calidad de vida.

72 SER FRECUENTE NO ES SINÓNIMO DE SER FÁCIL

Martínez García S¹, Jiménez Ceacero A²

¹MIR de 3^{er} año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

²Médico de familia. Tutor. CS Federico del Castillo. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Cefaleas.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 28 años que consulta por cefaleas desde hace un año, localización hemicraneal y predominio frontal, carácter pulsátil, con vómitos, náuseas y mareo asociado con las crisis. Los episodios tienen una duración de 1-2 horas. El dolor había cedido con la toma de analgésicos. Suele presentar de 1 a 3 crisis al mes, en las últimas semanas han aumentado en número e intensidad. Refiere mejoría en ambientes tranquilos y poco iluminados. La exploración física y neurológica es rigurosamente normal. Se realiza electrocardiograma y analítica básica con parámetros de reactividad aguda normales.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La paciente vive con su familia, manteniendo buena relación y confianza en ellos. Teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física y los resultados de las pruebas, llegamos al diagnóstico de migraña sin aura.

Plan de acción y evolución

Recomendamos medidas higiénico-dietéticas e inicia tratamiento con Flunarizina 5-10 mg/ día como tratamiento preventivo y metoclopramida 10mg, 1 comprimido/ 8 horas, si náuseas e ibuprofeno como tratamiento sintomático. La paciente evoluciona de manera favorable explicándole síntomas de alarma por los que tendrá que acudir a consulta.

Conclusiones

Es fundamental establecer una adecuada relación médico-paciente y hacer un enfoque biopsicosocial para realizar un correcto abordaje clínico

Palabras clave

Cefalea, atención primaria, tratamiento.

CASO COMPLETO

Mujer de 28 años que consulta por cefaleas desde hace un año, localización hemicraneal y predominio frontal, carácter pulsátil, con vómitos, náuseas y mareo asociado con las crisis. Los episodios tienen una duración de 1-2 horas. Hasta ahora el dolor había cedido con la toma de analgésicos. Suele presentar de 1 a 3 crisis al mes, pero en las últimas semanas han aumentado en número e intensidad, achacándolo a estrés laboral. Refiere mejoría en ambientes tranquilos y poco iluminados. La exploración física y neurológica es rigurosamente normal. Se realiza electrocardiograma que resulta normal y analítica básica con parámetros de reactividad aguda normales. La paciente vive con su familia, manteniendo buena relación y confianza en ellos. Teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física y los resultados de las pruebas, llegamos al diagnóstico de migraña sin aura. Recomendamos medidas higiénico-dietéticas (ritmo regular de comida y sueño) e inicia tratamiento con Flunarizina 5-10 mg/ día como tratamiento preventivo y metoclopramida 10mg, 1 comprimido/ 8 horas, si náuseas e ibuprofeno

como tratamiento sintomático. La paciente evoluciona de manera favorable explicándole síntomas de alarma por los que tendría que acudir a consulta.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de consulta

Cefalea de tiempo de evolución.

Enfoque individual

Anamnesis: mujer de 28 años que refiere cefaleas desde hace un año, de localización hemicraneal derecha y predominio frontal, con carácter pulsátil, presentando vómitos, náuseas y sensación de mareo asociado con las crisis; no refiere fotofobia ni sonofobia. Los episodios de cefalea tienen una duración de 1-2 horas aproximadamente. Hasta ahora el dolor había cedido con la toma de AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) y paracetamol. Refiere que suele presentar de 1 a 3 crisis al mes, pero en las últimas semanas los episodios de cefalea han aumentado en frecuencia e intensidad, produciéndose prácticamente casi a diario e interfiriendo en la realización de sus actividades cotidianas (trabaja como administrativa y piensa que no tiene suficiente rendimiento a causa de dichas crisis). Refiere mejoría clínica significativa en sitios de poca luz y ruido, y también si permanece acostada en ámbito tranquilo. Este aumento de frecuencia e intensidad de los episodios de cefalea, coinciden con una época de mayor estrés, por motivos laborales.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

Antecedentes familiares: madre con cefalea tensional.

Exploración física

Toma de constantes: TA (tensión arterial) 120/80, afebril, SatO₂ 98%.

Buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Sensibilidad y fuerza conservada tanto en miembros superiores como inferiores, pares craneales normales. Romberg negativo. Exploración de fondo de ojo: no presenta papiledema.

Pruebas complementarias

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 lpm sin alteraciones del segmento ST ni de la repolarización, eje derecho.

Analítica básica: hemograma normal, coagulación; normal y bioquímica con PCR y VSG en rango de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico

Vive con sus padres y su hermana, con quienes mantiene muy buena relación. Acude a consulta acompañada de su madre, que aunque se muestra preocupada por la situación de su hija, brinda plena confianza en ella y mantiene la calma en todo momento.

Diagnóstico diferencial: cefalea en racimos, cefalea tensional, cefalea por abuso de analgésicos, neuralgia del trigémino, arteritis de células gigantes, lesión ocupante de espacio.

Juicio clínico: teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, llegamos al diagnóstico de migraña sin aura.

Plan de acción y evolución

Recomendamos control de las situaciones de estrés y medidas higiénico-dietéticas (ritmo regular de comida y sueño). Se explica el tratamiento preventivo de la migraña y elegimos el fármaco que mejor se adapta a nuestra paciente, en este caso Flunarizina 5-10mg/ día. Se informa también del tratamiento sintomático de la crisis de migraña: En caso dolor leve-moderado: asociar antiemético (metoclopramida 10mg, 1 comprimido cada 8 horas), si náuseas e ibuprofeno; si el dolor no mejora pese al tratamiento profiláctico y sintomático instaurado deberá acudir a consulta para valorar inicio de tratamiento con triptanes. Le recomendamos evitar el abuso de analgésicos y la realización de un diario de cefaleas (para saber con qué frecuencia e intensidad van sucediendo las crisis).

Evolución

Al mes la paciente acude refiriendo notable mejoría clínica. Ha tolerado correctamente el tratamiento. Se le informa que podrá suspender el tratamiento preventivo por temporadas, pero que en estos momentos continúe 3 meses, para valorar la respuesta. Así mismo se explican algunos de los síntomas de alarma de la cefalea ante los cuales tendrá que acudir a consulta de atención primaria o a los servicios de urgencias.

Conclusiones

El éxito en el tratamiento radica en la mayoría de las ocasiones en dedicar tiempo a explicar al paciente su patología, que conozca la evolución y el porqué de nuestras decisiones. Por nuestra parte es esencial realizar un completo abordaje del paciente, estableciendo una buena relación médico-paciente y llegar a un “acuerdo terapéutico”, conociendo todas las posibilidades terapéuticas, puesto que son fármacos con efectos adversos leves pero que pueden llevar al abandono del tratamiento, fracasando así nuestra actuación.

73 PACIENTE HIPERFRECUENTADOR. ABORDAJE INTEGRAL

Mata Anguita C¹, Ruiz García E¹, Moreno Corredor A²

¹Médico Interno Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria de Jaén. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Tutor. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Decidimos el estudio de este caso abierto detectado en un Aviso Domiciliario en donde se evidencia que el paciente presenta desde hace semanas episodio de agudización de su Enfermedad Mental con cuadro de letargia, negación de alimentación y deterioro de la movilidad.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

EF: Artritis.

Analítica: Hiperuricemia.

Rx dorsal: Fractura dorsal.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

El caso clínico se desarrolló en el ámbito de Atención Primaria principalmente. Se trata de un varón de 55 años, que vive solo, divorciado y con dos hijos que viven con la madre. La tipología familiar es binuclear en fase de final de la contracción. Perteneciente a una familia disfuncional (el paciente no ejerce como padre de sus hijos).

Se trata de un paciente que presenta impregnación farmacológica debido a su tratamiento antipsicótico y al abuso de benzodiacepinas. Además presenta un cuadro de Poliartritis gotosa.

Realizamos diagnóstico diferencial con la depresión mayor.

Lista de problemas: trastorno mixto de la personalidad, gonartrosis.

Plan de acción y evolución

Organización familiar promovida por el trabajo médico (reunión familiar) y trabajador social.

El paciente en la actualidad se siente atendido aunque su queja principal es la soledad.

Conclusiones

Repasando las hipótesis explicativas de la hiperutilización 4, nos centramos en 2, la social y la familiar.

Palabras clave

Biopsicosocial, abuso, benzodiacepinas.

CASO COMPLETO

El caso clínico se desarrolló en el **ámbito** de Atención Primaria principalmente. Se trata de un varón de 55 años, que vive solo, divorciado y con dos hijos que viven con la madre. La tipología familiar es binuclear en fase de Final de la Contracción. Perteneciente a una familia disfuncional (El paciente no ejerce como padre de sus hijos). Decidimos el estudio de este caso abierto detectado en un Aviso Domiciliario en donde se evidencia que el paciente presenta desde hace semanas episodio de agudización de su Enfermedad Mental con cuadro de letargia, negación de alimentación y deterioro de

la movilidad. Por ello llevamos a cabo el estudio de este caso, para hacer un enfoque biopsicosocial, trabajando en equipo y con la familia y proporcionando de esta manera una atención integral al paciente.

Se trata de un paciente que presenta **impregnación farmacológica** debido a su tratamiento antipsicótico y al abuso de benzodiazepinas. Además presenta un cuadro de **poliartritis gotosa**. El paciente en la actualidad se siente atendido aunque su queja principal es la soledad.

Motivo de consulta

El caso clínico se desarrolló en el **ámbito** de Atención Primaria principalmente. Se trata de un varón de 55 años, que vive solo, divorciado y con dos hijos que viven con la madre. Perteneciente a una familia disfuncional (el paciente no ejerce como padre de sus hijos). Decidimos el estudio de este caso abierto detectado en un Aviso Domiciliario en donde se evidencia que el paciente presenta desde hace semanas episodio de agudización de su Enfermedad Mental con cuadro de letargia, negación de alimentación y deterioro de la movilidad. Por ello llevamos a cabo el estudio de este caso, para hacer un enfoque biopsicosocial, trabajando en equipo y con la familia y proporcionando de esta manera una atención integral al paciente.

El paciente, un varón de 55 años, diagnosticado de síndrome de ansiedad-depresión, con trastorno de personalidad, acude a consultas médicas y servicios de urgencias en numerosas ocasiones por algias articulares, ansiedad, etc.

Comenta que acude numerosas veces a urgencias por malestar general inespecífico, con ansiedad, a veces con crisis y con el dolor inflamatorio crónico, sobre todo en extremidades inferiores.

Valorando la **hiperfrecuentación** nos encontramos con 33 consultas médicas en 2016 y 46 en 2015. Además de 27 consultas en urgencias de atención primaria y 16 en 2015.

Enfoque individual

En la **exploración física**, el paciente está bradipsíquico, con deterioro de la deambulación. Además presenta dolor a la palpación y aumento de temperatura a nivel de tobillos, art metatarsofalángicas y metacarpofalángicas en mano dcha.

En la **analítica** destaca una leucocitosis (16250) con neutrofilia y elevación de PCR (288). Además presenta elevación de GGT (421) y una hiperuricemia (7.6).

En la **radiografía** de la columna dorsolumbar² destaca antigua fractura D9. Alineación cifoescoliótica. Inestabilidad lumbar con ángulo de Ferguson patológico. En la rodilla derecha se observan mínimos signos degenerativos a nivel rotuliano.

Enfoque familiar y comunitario

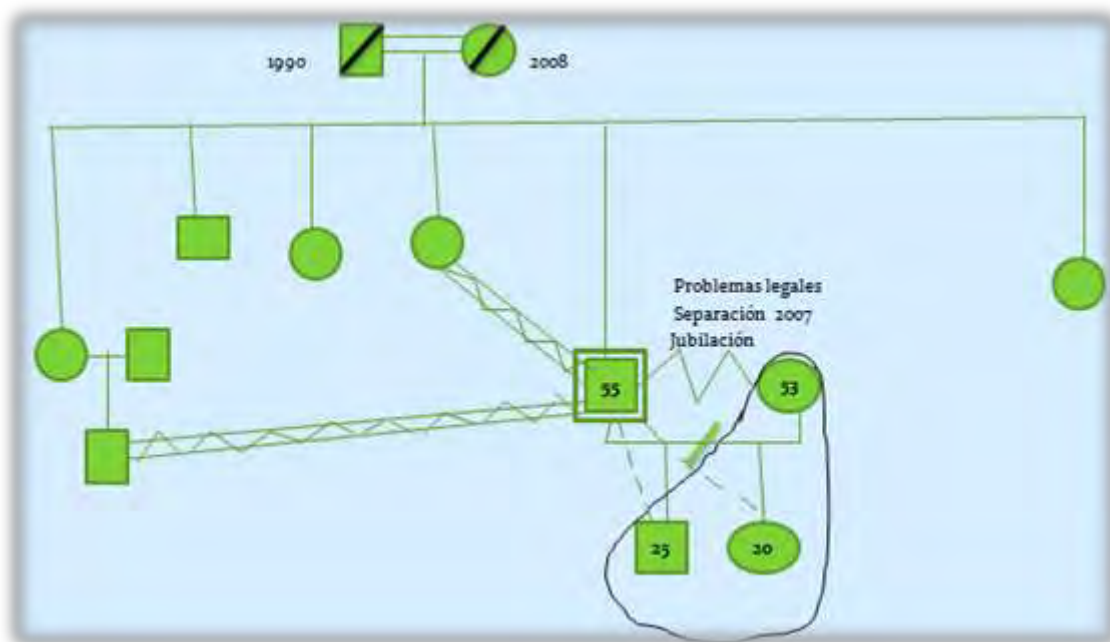
En la Figura 1 podemos observar el genograma familiar del paciente. La tipología familiar es binuclear en fase de Final de la Contracción.

Varón de 55 años divorciado, vive solo. Tiene 2 hijos con los que tiene escasa relación. Tiene 4 hermanas y un hermano, con los que tiene mala relación excepto con una de las hermanas.

Un sobrino suyo con antecedentes personales de esquizofrenia y adicción a drogas se instala en su domicilio y tras ocasionar numerosos destrozos en la vivienda es expulsado.

Falta de organización e higiene en la vivienda. Déficit de aseo personal. **Escaso apoyo familiar** tanto de la familia nuclear como la extensa.

Figura 1. Genograma familiar



Juicio clínico

Se trata de un paciente que presenta **impregnación farmacológica** debido a su tratamiento antipsicótico y al abuso de benzodiacepinas. Además presenta un cuadro de **poliartritis gotosa**.

Lista de problemas

- Trastorno mixto de la personalidad
- Artritis gotosa, hiperlipemia mixta
- Espondiloartrosis, gonartrosis
- Falta de apoyo social y familiar. Soledad. Crisis familiar por desvalimiento.
- Etilismo y tabaquismo
- Abuso de benzodiacepinas

Diagnóstico diferencial

- Depresión mayor
- Abuso de sustancias

Plan de acción

Organización familiar promovida por el Trabajo Médico (reunión familiar) y Trabajador Social:

- Hijo controlar medicación 2 veces al día.
- Hija controlar alimentación 2 veces al día.
- Hermana preparar comida e higiene.
- Atención comunitaria: limpieza.
- Ley de dependencia.

Derivación preferente a **Salud Mental**. Salud mental lo deriva para ingreso en Medicina Interna para descartar patología somática.

Ajuste de tratamiento, reduciendo tratamiento psiquiátrico.

Evolución

En el mes de Abril de 2016, el paciente **ingresa en la residencia**, en pocas semanas se restablece, recuperando el apetito y mejorando su aspecto físico y movilidad. Hasta que en Julio de 2016 el paciente decide abandonar la residencia y volver a su domicilio.

Posteriormente, en Octubre de 2016: tras meses de acudir de nuevo a las consultas, por ansiedad, insomnio y dolores osteoarticulares, acude a Urgencias de HNT en donde se ingresa durante 24 h en observación debido a Síndrome de Abstinencia tras retirada de Clorzepato dipotásico y abuso de alcohol.

El paciente en la actualidad se siente atendido aunque su queja principal es la soledad.

Conclusiones

El paciente **hiperfrecuentador** es aquel que acude un número “excesivo” de veces a las consultas médicas, superando, con creces, el número de visitas necesario para su proceso.

Repasando las **hipótesis explicativas de la hiperutilización**⁴, nos centramos en 2, la social y la familiar **La hipótesis social**, se produce por soledad, bajo apoyo social: red social pobre. Desempleo, problemas financieros. Problemas legales. Violencia. Entre los planes propuestos destaca la visita programada.

Usar test diagnósticos sociales: apoyo social (Duke³), eventos estresantes de la vida. Pedir ayuda a la trabajadora social.

La hipótesis familiar se basa en cambios en el ciclo familiar. Disfunción familiar. Familia caótica. Entre los planes propuestos destaca la visita programada. Usar los test familiares (genograma¹, APGAR, etc.) Entrevistar a la familia u otros familiares si es necesario. Pedir ayuda a la trabajadora social.

Bibliografía

1. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care. 1988; 26: 709-23.
2. De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria. 1991; 8: 688-92.
3. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996; 18: 153-63.
4. FMC. Abordaje del paciente difícil. Protocolo 2013.

Figura 2. Radiografía raquis dorsolumbar



Figura 3. Cuestionario de DUKE-UNC



Nombre _____ Fecha _____
 Unidad/Centro _____ N° Historia _____

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input checked="" type="checkbox"/>				
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input checked="" type="checkbox"/>				
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>				
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input checked="" type="checkbox"/>				
5.- Recibo amor y afecto	<input checked="" type="checkbox"/>				
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa			<input checked="" type="checkbox"/>		
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input checked="" type="checkbox"/>				
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input checked="" type="checkbox"/>				
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input checked="" type="checkbox"/>				
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input checked="" type="checkbox"/>				
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input checked="" type="checkbox"/>				
PUNTUACIÓN TOTAL	13				

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Una puntuación menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

74 ¿BEBE USTED ALCOHOL?

Hachem Salas N¹, Reche Padilla AI², Moreno Martos HM^{a3}

¹MIR de 4^a año de MFyC. CS de Retamar (Almería)

²Médica de Familia. CS de Retamar (Almería)

³Médica de Familia. Tutora. CS de Retamar (Almería)

RESUMEN

Motivo de consulta

Control hipotiroidismo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Mujer de 55 años, alemana. En España desde hace 10 años. Hace artesanía y la vende. Vive sola. Tiene hipotiroidismo, con Eutirox 100. En analítica, aumento de VCM, GOT, GPT, TG, colesterol, LDL, GGT. Realizamos entrevista sobre estilo de vida, si bebe alcohol. Dice que ingiere 5-6U/día desde hace 4 años. Recurre al él por su soledad, depresión e insomnio. Ha intentado dejar de beber sin conseguirlo. TA 120/80. Cuestionario AUDIT de 17: consumo alcohólico perjudicial sin síndrome de dependencia alcohólica (SDA). Acepta y expone su adicción.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Familia monoparental con una disrupción del ciclo vital por separación. Etapa de nido vacío. Dos hijas independientes que viven fuera. Buena relación con ellas pero distante. Poca relación social.

Plan de acción y evolución

Con diagnóstico de consumo de alcohol perjudicial sin SDA, pero con consecuencias biológicas, realizamos entrevista motivacional y está dispuesta a realizar cambios. Ponemos tratamiento con acamprosato y clometiazol, y suplementos de B12 y fólico. Seguimiento en consulta cada 2 semanas. Derivamos a grupos psicoeducativos con el trabajador social. A los 4 meses los parámetros se normalizan pero hay déficit de B12. Ha estado sin beber estos meses, con un episodio de recaída para controlar los nervios. Continuará con B12 vía im al no haberse normalizado los niveles por vía oral. Continúa tratamiento durante 6 meses.

Conclusiones

La consulta de Atención Primaria es un buen lugar para este abordaje por la accesibilidad, la relación de confianza, el seguimiento. Hemos utilizado entrevista motivacional, abordaje familiar, trabajador social, abordaje farmacológico.

Palabras clave

Alcoholismo, Entrevista Motivacional, Atención Primaria.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Control anual de hipotiroidismo.

Enfoque individual

Mujer de 55 años, natural de Alemania. Recibe media pensión de su país de origen. En España desde hace más de 10 años, se dedica a la artesanía, que vende en mercados medievales. Vive sola. Como antecedentes personales, la paciente presenta hipotiroidismo, insuficiencia venosa crónica y fractura de radio derecho por caída accidental en 2015. Está en tratamiento con Levotiroxina 100mg.

En analítica realizada en Junio 2016 se evidencia un aumento del VCM (100,7 fl), de transaminasas GOT 118 UI/L y GPT 70 UI/L, triglicéridos (250 mg/dL), colesterol (315 mg/dL), LDL (202 mg/dL) y de GGT (567 UI/L). Resto normal con buen control de hipotiroidismo motivo de la consulta. Se realiza una entrevista diagnóstica con preguntas directas y dirigidas acerca de la alimentación, el estilo de vida, hábitos tóxicos como alcohol. Nos comenta que ingiere 5-6 unidades de alcohol al día desde hace 3-4 años. Dice recurrir al alcohol como motivo de su soledad, su depresión y para poder dormir. Refiere haber intentado dejar el alcohol sin haberlo conseguido. Comenta que tiene un amigo especial, con el que suele beber más.

A la exploración física se evidencia facies pletórica. TA 120/80. No hepatomegalia.

Se realiza el cuestionario AUDIT con resultado de 17, donde se evidencia un consumo alcohólico perjudicial sin síndrome de dependencia alcohólica como tal, pues acepta y expone sin demasiado problema su adicción. En su historial médico de urgencias, consta cómo en varias ocasiones ha sido atendida por intoxicación etílica y por caídas casuales, una de ellas, provocando en Agosto de 2015, una fractura de radio, posiblemente relacionadas con su consumo.

Enfoque familiar y comunitario

Familia monoparental con una interrupción del ciclo vital por separación en etapa de nido vacío. Tiene dos hijas que viven independientes y fuera de la ciudad. Tiene buena relación con ellas, pero distante. Pocas relaciones sociales. Tiene un amigo íntimo. Sólo se relaciona con sus compañeros de los mercados donde acude 2-3 días en semana. El resto de los días se los pasa en casa sola, cuidando de su jardín y creando artesanía.

Juicio clínico:

Lista de problemas:

Hipotiroidismo: controlado con su medicación. Consumo de alcohol perjudicial. Hipertransaminasemia. Hiperlipemia mixta. Depresión. Insomnio.

Plan de acción y evolución

Dado el diagnóstico de consumo de alcohol perjudicial sin síndrome de dependencia alcohólica, pero con consecuencias biológicas y riesgo para su persona, se explora con técnicas de Entrevista Motivacional, la predisposición de la paciente ante posibles cambios en relación con el consumo de alcohol. Se llega a un acuerdo, por las dos partes, de iniciar tratamiento farmacológico que consiste en comenzar con acamprosato y clometiazol, además de un suplemento de Vitamina B12 y ácido fólico. Se indica la necesidad de apoyo y seguimiento en consulta cada 2-3 semanas para control, exposición de dificultades y dudas. Así como la derivación a grupos psicoeducativos para promover actividades de ocio con el trabajador social con el objetivo de ampliar su círculo social.

Además se indica que el control de dicho proceso, debe hacerse bajo la realización de un análisis sanguíneo en 3 meses con serologías, vit B12 y ácido fólico. Se insiste en la necesidad de intentar relacionarse menos con aquellas personas y factores que le inciten a beber, que se mantenga ocupada, que hable con sus hijas del problema para sentirse acompañada. La paciente se muestra colaboradora en todo momento, entendiendo y aceptando su situación y agradeciendo la ayuda recibida. Se programa cita para dos semanas.

Acude a las 2 semanas a consulta y confiesa haber comenzado el tratamiento hace 3 días por la vergüenza de acudir a la farmacia. Dice encontrarse mejor. No ha probado el alcohol desde que acudió a consulta.

Pasadas dos semanas, se encuentra mejor. Sin ingesta de alcohol, pero con aumento de nerviosismo. Ha comentado la situación con una de sus hijas, que la apoya y ayuda. Se pauta Alprazolam 500 mcg para situaciones de aumento de ansiedad. Espaciamos las citas programadas.

A los 4 meses del diagnóstico, vuelve a consulta para realización de analítica de control, donde se evidencian parámetros normalizados, VCM (95.1 fl), transaminasas GOT (28 UI/L) y GPT (15 UI/L), triglicéridos (178 mg/dL), colesterol (288 mg/dL) y LDL (200 mg/dL) y GGT (67 UI/L), así como un déficit de vitamina B12. Comenta que ha estado sin beber estos meses, sólo tuvo un episodio de recaída provocado por una avería de la furgoneta, en el cual recurrió al alcohol para controlar los nervios. Refiere encontrarse algo decaída, estar muy sola y que a veces le dan ganas de beber pero consigue controlar esos impulsos. Se mantienen los suplementos de Vitamina B12 ahora vía intramuscular, por el fracaso de normalización por vía oral.

Acordamos mantener el tratamiento hasta cumplimentar los 6 meses. Pasados dichos meses, acude a consulta y la paciente se encuentra muy bien. Agradece la ayuda recibida. Se retira la medicación, se valorará si el déficit de Vitamina B12 es a consecuencia del alcohol o por la existencia de algún problema de malabsorción gástrica del mismo. Se realizará para ello control analítico posterior. Indicamos cambios en la dieta para mejorar la hiperlipemia.

Conclusiones

La consulta del Médico de Familia es un lugar privilegiado para el abordaje de este tipo de problemas, por la accesibilidad que tiene el paciente, la relación de confianza que se establece y el seguimiento que se puede realizar. En este caso se han utilizado técnicas de comunicación como Entrevista Motivacional, se ha hecho un abordaje familiar, trabajo en equipo junto al Trabajador Social y se ha realizado un abordaje farmacológico del problema de la paciente.

Consideraciones éticas: Se ha pedido consentimiento informado a la paciente, asegurando el anonimato de la misma.

75 ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO AVANZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Molina Hurtado E¹, Zafra Ramírez N², Pérez Milena A³

¹MIR de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

²MIR de 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

³Médico de familia. Tutor. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Varón de 63 años que presenta episodios de mareo en forma de inestabilidad con alteraciones en la coordinación motora y pérdida de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Ante esta situación se solicita interconsulta con Neurología con carácter urgente, aunque finalmente acude a Urgencias donde se le solicitó un TAC con hallazgos de glioblastoma multiforme de alto grado.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

La estructura familiar es de tipo nuclear. La familia está en fase de “despegue” siendo una familia lanzadera.

Plan de acción y evolución

La situación actual es la de un diagnóstico reciente de alta gravedad con un mal pronóstico a corto-medio plazo. El seguimiento desde Atención Primaria puede dividirse en tres etapas, de duración trimestral:

Durante la primera etapa no pierde su autonomía, no desea comentar detalles de su enfermedad, con una disminución de las actividades básicas de la vida diaria.

La segunda etapa comienza con la aparición de episodios convulsivos, precisando en este momento una valoración integral domiciliaria.

La última etapa presenta nuevos episodios convulsivos e incremento significativo del dolor. El paciente finalmente ingresó en el hospital, administrándosele sedación paliativa.

Conclusiones

El objetivo del caso que se presenta es establecer un adecuado seguimiento del paciente oncológico avanzado proporcionándole los recursos necesarios para garantizar una calidad de vida adecuada.

Palabras clave

Abordaje, oncológico, primaria.

CASO COMPLETO

Motivo de consulta

Varón de 63 años que presenta desde hace 2 meses episodios de mareo en forma de inestabilidad con alteraciones en la coordinación motora y pérdida de fuerza y sensibilidad subjetiva en hemicuerpo izquierdo con episodios de tropiezos frecuentes y caídas. Refiere asimismo episodios puntuales de cefalea frontal sin vómitos ni fiebre. En la exploración neurológica destaca una leve hemiparesia izquierda 4+/5, leve disdiacocinesia y prueba dedo-nariz patológica.

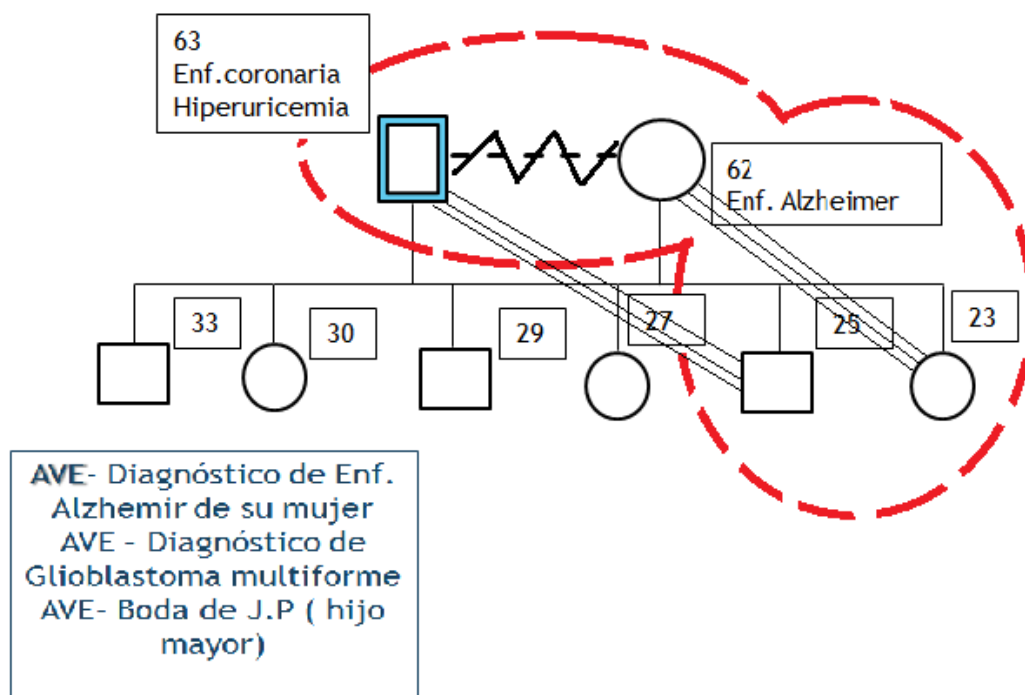
Tiene antecedentes personales de hiperuricemia y cardiopatía isquémica revascularizado con 5 stents. No presenta alergias medicamentosas conocidas y está en tratamiento con AAS 100mg/24, bisoprolol 5mg/12, simvastatina 40mg/24 y alopurinol 100mg/24.

Ante esta situación se solicita interconsulta con Neurología con carácter urgente, aunque finalmente acude a Urgencias donde se le solicitó un TAC con hallazgos de lesión ocupante de espacio frontoparietal derecha compatible con glioblastoma multiforme de probable alto grado, confirmado en el estudio histológico. Se realizó resección quirúrgica parcial junto con tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.

Enfoque familiar y comunitario

En la figura 1 podemos observar el genograma familiar del paciente. La estructura familiar es de tipo nuclear con parientes próximos. En cuanto a su Ciclo Vital Familiar la familia está en fase de “despegue” (según Duvall) siendo una familia lanzadera (desde que se va el primer hijo hasta que lo hacen todos, en nuestro caso sólo una de los hermanos vive en el domicilio parental); también se puede definir como fase de independencia (modelo de Geyman) o en fase de contracción (modelo de la OMS). El marido actúa como cuidador de su mujer, quien sufre demencia, con una relación unida pero conflictiva por el fuerte carácter del paciente y la situación psicológica de su mujer. Ella percibe una disfunción familiar grave (Apgar-familiar 2), mientras que la hija que vive en el domicilio opina que es leve (Apgar-familiar 5). La relación con el resto de los hijos es buena, aunque hasta el momento del diagnóstico del tumor no prestaban ayuda en su hogar de origen.

Figura 1. Genograma familiar



Plan de acción y evolución

La situación actual del paciente, que hasta unos meses desempeñaba el rol de cuidador principal de su mujer con Alzheimer es la de un diagnóstico reciente de alta gravedad con un mal pronóstico a corto-

medio plazo. El seguimiento realizado a este paciente desde Atención Primaria puede dividirse en tres etapas, de duración trimestral cada una de ellas.

Durante los 3 primeros meses tras el diagnóstico se le administra tratamiento con ciclos de radioterapia y quimioterapia adyuvante, precisando usar también dexametasona para evitar el edema cerebral y ondansetron/metoclopramida para evitar las náuseas. En esta temporada no pierde su autonomía y acude a consulta por diferentes síntomas (lumbalgia mecánica, estreñimiento, acúfenos e hipoacusia) con tratamiento farmacológico sintomático. Suele acudir solo y no desea comentar detalles de su enfermedad, estando en seguimiento por oncología. No obstante se constata un desconocimiento de la gravedad real de su enfermedad con una disminución de las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 75, dependencia moderada) que le dificulta su rol de cuidador.

La segunda etapa comienza con la aparición de episodios convulsivos en la vía pública que precisó ingreso hospitalario, tras lo que solicitó alta voluntaria por deseo familiar. Se añade tratamiento antiepiléptico con levetiracetam, que se cambia en Atención Primaria por valproico por intolerancia. También comienza con alteraciones visuales inespecíficas que se tratan incrementando la dosis de dexametasona. La hija que permanece en casa pasa a asumir el rol de cuidadora de sus dos padres, precisando en este momento una valoración integral domiciliaria y aporte de material ortopédico.

La última etapa comienza con un cambio familiar producido por la inminente fecha de boda de uno de los hijos y la mayor preocupación por la enfermedad del paciente, quien va perdiendo capacidades (Barthel 25). Presenta múltiples síntomas nuevos, tales como síndrome miccional, mareo e inestabilidad, aturdimiento, pérdida de memoria a corto plazo y limitación de la movilidad con algias generalizadas. Presenta nuevos episodios convulsivos e incremento significativo del dolor que no le dejan dormir. Se comienzan a programar visitas domiciliarias tras una intervención familiar, involucrando a todos los hijos en los cuidados de los padres. Se añade al tratamiento miorrelajantes, diazepam y cloruro mórfico (llegando a usar 200mg/12). Se solicita colaboración a cuidados paliativos, trabajo social y enfermería gestora de caso mientras se comprueba el grado de adaptación familiar a la situación actual y que rol desempeña cada miembro. El paciente finalmente ingresó en el hospital, administrándosele una sedación paliativa para evitar el sufrimiento final.

Conclusiones

El objetivo del caso que se presenta es establecer un adecuado seguimiento del paciente oncológico avanzado proporcionándole los recursos necesarios para garantizar una calidad de vida adecuada. Tanto la verdad aceptable para el paciente como la aparición de nuevos síntomas deben orientar sobre los cuidados que el médico debe ofertar de forma programada. Desde Atención Primaria se debe garantizar un enfoque adecuado en estos pacientes con una atención integrada e integral en el control de síntomas, la optimización del tratamiento paliativo y la búsqueda de apoyo familiar. Es fundamental facilitar los recursos disponibles para cada momento vital del paciente y acompañar al paciente tanto en los cambios personales como familiares, preparando el duelo en los familiares cercanos.

Bibliografía

- 1.Torrijano Casalengua ML, Sánchez Holgado J, de la Hija Díaz MB, Astier Peña MP. Uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 2016; 23(10): 607-616.
- 2.Alonso Babarro A. Abordaje integral del paciente oncológico avanzado en atención primaria. Medicina clínica. 2006; 38:14-20.
- 3.Benítez-Rosario MA. . Abordaje integral del paciente oncológico avanzado en atención primaria. Medicina Clínica. 2006; 38:29-37.

76 MUJER DE 42 AÑOS CON MAREO E INSOMNIO. ABORDAJE SISTÉMICO

Chico Espín JA¹, Román Ramos A², Aguilar Heredia Y³

¹MIR de 4º año de MFyC. CS Benamargosa. Málaga

²MIR de 2º año de MFyC. CS Benamargosa. Málaga

³Médica de Familia. Tutora. CS Benamargosa. Málaga

RESUMEN

Motivo de consulta

Mareo e insomnio.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

M.N., 42 años. Consulta por mareos, vómitos, insomnio, coincidiendo con diagnóstico de diabetes de su hija. Exploración normal. No se realizan pruebas complementarias de momento. Se plantea hipótesis sistémica y programamos visita domiciliaria.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Estudiamos el microsistema: grupo social primario + ambiente físico inmediato (se realiza genograma y mapa de vivienda), así como el exosistema, y elaboramos una hipótesis sistémica: el problema está en relación con un acontecimiento vital estresante, la enfermedad de su hija, que aparece bruscamente y tiene un carácter crónico.

Plan de acción y evolución

Trabajar aspectos positivos del grupo social primario, dada su enorme influencia sobre el problema, y evitar los negativos.

Ambiente físico inmediato: potenciar patrones emocionales y trabajar consecuencias adversas de la nueva situación.

En sucesivas visitas se prescribieron tareas fáciles respecto a los aspectos detectados.

EVOLUCIÓN

La hija fue responsabilizándose de dieta e insulina. Los otros miembros también asumieron tareas para el cambio.

M.N. recibió tratamiento ansiolítico puntual. Mejoraron progresivamente los síntomas.

Conclusiones

Método clínico centrado en personas, fundamental tener una adecuada relación médico-paciente.

Interpretar sus síntomas relacionándolos con el contexto.

Manejo de la incertidumbre: ventajas de la longitudinalidad de Atención Primaria.

Bidireccionalidad: ayudarles a contextualizar.

Toma de decisiones compartida: hacer al paciente partícipe de su propia salud.

Palabras clave

Professional-Family Relations, Uncertainty, Family Practice.

CASO COMPLETO

M.N., 42 años. Consulta por cuadro de mareos, vómitos e insomnio de 2 semanas de evolución, coincidiendo con cuadro de pérdida de conocimiento de su hija de 15 años, diagnosticada en urgencias hospitalarias de coma diabético. La exploración de M.N. es normal. En la consulta quedó claro que los

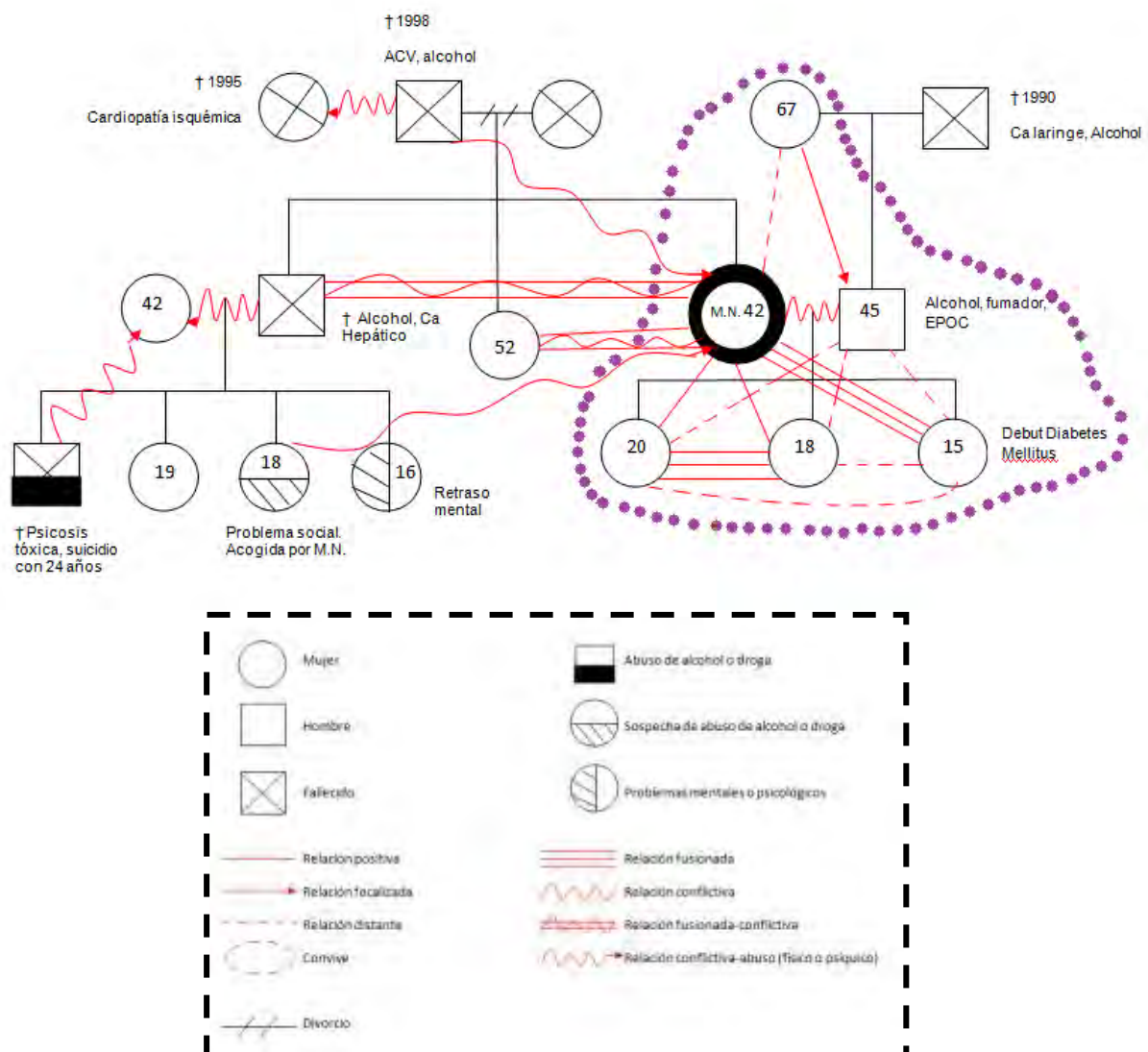
síntomas tenían relación estrecha con la enfermedad de la hija, por los problemas que ocasionaban la administración de insulina, la dificultad de reajustar dieta, reajustes horarios de la escuela y las modificaciones del tiempo dedicado al ocio tanto de la hija como del resto de la familia. Con objeto de hacer un abordaje sistémico se programa una visita domiciliaria.

Seguimiento

Estudiamos el microsistema, compuesto por el grupo social primario (matrimonio y 3 hijas de 20, 19 y 15 años. Incluimos otros miembros de familia extensa: una hermana de la paciente y la abuela paterna), y el ambiente físico inmediato.

Tras una extensa entrevista comprobamos que entre los miembros de la familia existen diferentes modelos explicativos acerca de la enfermedad de la hija. Los padres y la tía mantenían la creencia de que la enfermedad era un castigo divino por la conducta del padre (bebedor y trasnochador). La abuela paterna atribuía la enfermedad al cuidado defectuoso de las hijas (conducta permisiva por parte de los padres, las dejan salir, comer, fumar). Toda la familia estaba preocupada por la necesidad de administrar insulina diariamente (la abuela paterna mantenía la antigua creencia de que podía ser causa de ceguera). Realizamos Genograma (Figura).

Figura. Genograma



Respecto al ambiente físico del hogar, se trata de una vivienda unifamiliar, ocupada por la abuela paterna en la planta baja y el matrimonio y las tres hijas en la planta superior. La tía materna vive en una casa cercana, en la misma calle. Esta proximidad física facilitaba una relación estrecha entre familiares conformando una familia extensa.

El temor a nuevas crisis de cetoacidosis o hipoglucemias de la hija indujo a los padres a instalarla en el dormitorio del matrimonio, con la consiguiente pérdida de intimidad para ellos, además de la pérdida de sueño.

Estudiamos el exosistema: una calle del pueblo con buen ambiente de vecindad. Centro de salud y farmacia cercanos y accesibles (tanto el equipo como las instalaciones).

Con estos elementos, elaboramos una hipótesis sistémica: el problema de la paciente identificada está en relación con un acontecimiento vital estresante, la enfermedad de su hija, que aparece bruscamente y tiene un carácter crónico, requerirá medicación y control permanente.

Plan de acción

Dado que el grupo social primario del microsistema (padres, hermanas, tía, abuela) parece tener gran influencia sobre el sistema (de organización y emocional) creado en torno a la enfermedad de la hija, habrá que trabajar los aspectos positivos (aporte de apoyo emocional e instrumental) y evitar los negativos (sentimientos de culpa, miedo, enfado).

Respecto al ambiente físico inmediato, se podrían potenciar los aspectos que facilitan los patrones emocionales [estrecha relación entre familia de origen (abuela, tía) y familia de procreación] y trabajar el aspecto negativo del uso del dormitorio de matrimonio por parte de la hija enferma.

Evolución

En sucesivas visitas de los miembros de la familia a la consulta e incluso alguna entrevista familiar, se fueron prescribiendo tareas fáciles respecto a los aspectos detectados.

Tras varias semanas, la hija fue responsabilizándose de su dieta y su insulina. Pidió a sus padres que la dejaran llevar el control. Regresó al dormitorio de sus hermanas, que se ofrecieron a vigilar sus posibles crisis.

El padre dejó de beber y estaba más en casa.

M.N. recibió unos meses tratamiento ansiolítico, posteriormente dejó de necesitarlo y desaparecieron los síntomas de mareos, insomnio, irritabilidad.

Conclusiones

Método clínico centrado en la paciente: consiguiendo la mayor información posible tanto en la esfera biológica como en la familiar y psicosocial. Para ello es fundamental tener una adecuada relación médico-paciente.

El motivo de consulta real pudo averiguarse al interpretar sus síntomas relacionándolos con el contexto. El manejo de la incertidumbre: había que descartar organicidad en los síntomas que presentaba M.N. En ocasiones, se utilizan pruebas complementarias innecesarias, para nuestra tranquilidad y la de los pacientes. La ventaja de la atención primaria es la longitudinalidad, utilizando la evolución en el tiempo, la atención domiciliaria y la entrevista familiar como herramientas diagnósticas para validar nuestra hipótesis.

Bidireccionalidad: tenemos que devolver a la paciente y su familia la explicación clara y comprensible del porqué de sus síntomas y razonar con ellos la situación, haciéndoles relacionar su problema de salud con el contexto sociofamiliar concreto.

Toma de decisiones compartida, fundamental en el método centrado en las personas, buscando acuerdos sobre las tareas a realizar para hacer al paciente partícipe de su propia salud.

El paciente da su **autorización explícita** a los autores para que su caso clínico sea publicado, cumpliéndose además las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

77

MUJER ADOLESCENTE QUE INICIA RELACIONES SEXUALES. INTERVENCIÓN FAMILIAR

Cardo Miota A¹, Aybar Zurita R²

¹MIR de 1^{er} año de MFyC. CS Albayzín. Granada

²Médico de Familia. Tutor y Médico Rural. CS Albayzín. Granada

RESUMEN**Motivo de consulta**

Mujer de 14 años que empieza a mantener relaciones sexuales.

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

(No procede)

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Su abuela consulta dado el estrés familiar que está causando. Se trata de una familia extensa que convive en el hogar de los abuelos maternos. La madre de la paciente es inmigrante y tuvo a la chica con 16 años. En España casó con el hijo mayor del clan familiar, compartiendo ambos un problema de alcoholismo.

Plan de acción y evolución

Se decide la realización de intervención familiar en la que se pone de manifiesto la interrelación entre la conducta de la chica, anteriores patrones familiares, y la reacción de la familia paterna. Se identifican los patrones familiares transgeneracionales en relación con el sexo temprano y el alcohol como los peligros percibidos por familia. El desafío a los límites del sistema familiar propio de la adolescencia aparece como otra seria amenaza.

Conclusiones

Durante la entrevista explicitamos los patrones de conducta familiar transgeneracionales disfuncionales, las actitudes manipuladoras, reinterpretamos las cogniciones asentadas, persiguiendo el objetivo de revitalizar el sentido de pertenencia familiar reforzando el vínculo amoroso y los intercambios emocionales positivos.

Palabras clave

Medicina Familiar y Comunitaria, conducta del adolescente, sexualidad.

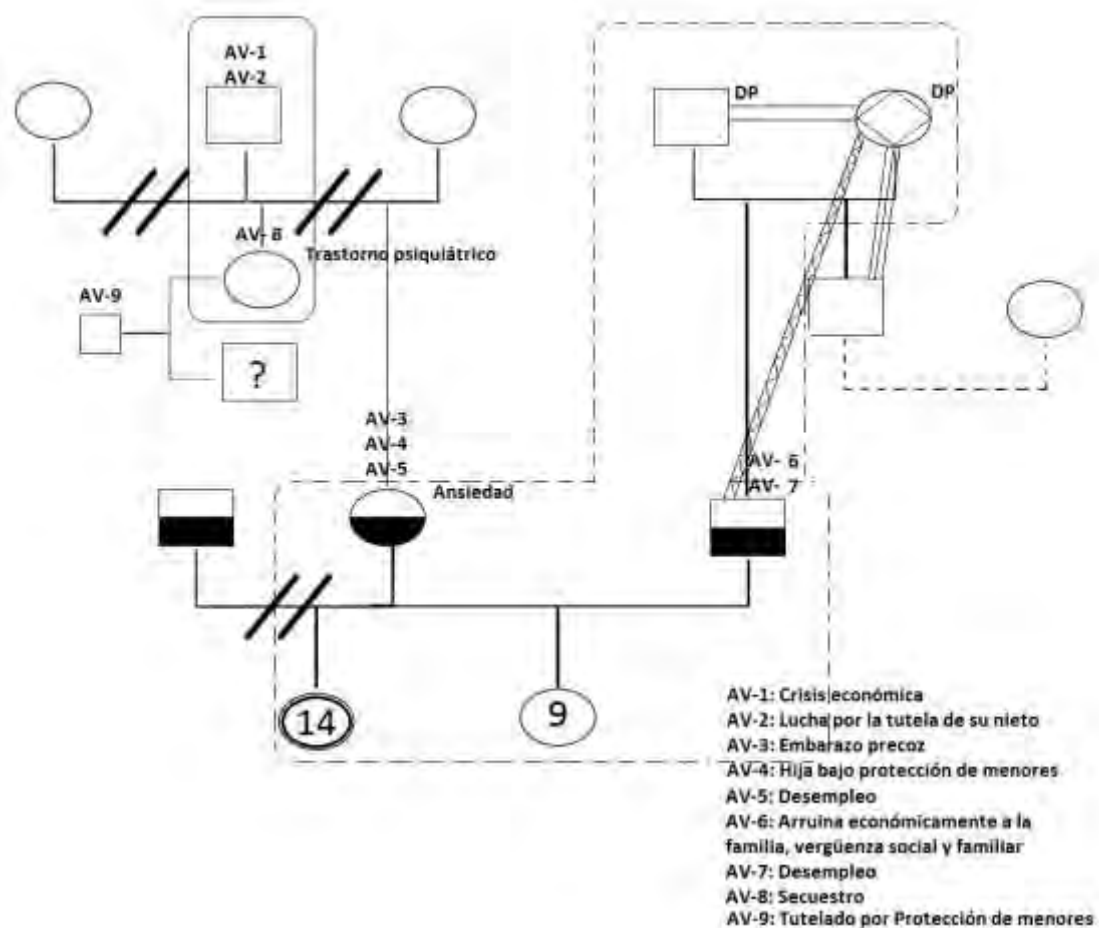
CASO COMPLETO

La protagonista del caso es una chica de 14 años, recién adscrita al cupo del Médico de Familia, aunque ya conocida por el Equipo de Atención Primaria. Su abuela paterna nos aborda en la calle pues la familia está muy preocupada; su nieta ha comenzado a tener relaciones sexuales y está muy rebelde. Teme tener que recurrir a la violencia.

La chica estuvo bajo la observación de Protección de Menores, por la sospecha de malos tratos familiares y los problemas de alcoholismo de los padres. El alcohol llevó al padre a cumplir unos meses en prisión. El consumo de la madre y la desestructuración familiar hicieron que durante una etapa la niña fuese ingresada en una casa hogar. Ambos progenitores, tras varias crisis familiares, salieron del consumo perjudicial. En este tiempo la hija aprendió el poder intimidatorio que la Ley ejercía sobre sus

padres. Antes dio lugar a la intervención de Protección de Menores por una dudosa alarma de malos tratos.

Estudio familiar



La adolescente es fruto de una primera unión de su madre con 16 años y su padre, ambos originarios de otro país. La madre define a este padre como, "un músico alcohólico y maltratador". Cuando la chica tenía 5 años, ella, su madre, su tía y su abuelo, emigraron a España, estableciéndose en un pueblo de Granada. Allí su madre casó con su actual pareja.

Esta familia paterna está compuesta por: el abuelo, que tuvo problemas con el alcohol y sufre depresión, y la abuela, que sufre ansiedad y depresión. Esta abuela es la cuidadora principal de toda la familia. Tuvieron dos hijos; el mayor, padrastro de la chica, sin estudios, es alcohólico y violento con amplio historial de problemas legales económicos y sociales; el menor es visto por la familia como el "hijo modélico".

El hijo mayor y la madre de la adolescente han tenido una hija en común de 9 años.

La abuela materna reside aún en su país originario, y sufre una enfermedad mental grave. Contactan periódicamente con ella por teléfono. El exesposo de ella, el abuelo materno, vive en otro pueblo, ha sido empresario: destaca su carácter luchador y autoritario. La hija mayor sufre la misma enfermedad de

la madre siendo ésta una fuente de problemas continua pues se niega a ser tratada, y cae en manos de parejas de riesgo. Tiene un hijo que actualmente está bajo protección de menores.

La madre de la adolescente tiene 30 años, sufre problemas de consumo alcohólico, tiene empleos intermitentes, y padece crisis de ansiedad frecuentes.

Intervención

Se le pidió a la abuela que solicitara cita programada para varios familiares. Durante la entrevista la abuela paterna toma la iniciativa y presenta el problema.

La menor de las nietas le confesó que su hermanastra ha mantenido relaciones sexuales. A eso se suma su actitud desobediente y responde llegando a amenazar con llamar a "Protección de Menores". La abuela le echa en cara que no les reconozca el haberla acogido en su familia, y la culpa de que su padrastro pueda recaer en el alcohol. El abuelo español silencia a su mujer y afirma no estar dispuesto a permitir que el alcohol vuelva a sus vidas, amenazando con expulsar a su nuera y nieta de la casa.

El abuelo materno amenaza con pegar o abandonar a la adolescente si no cambia su actitud. Su hija menor permanece en silencio junto al padre, haciendo algún señalamiento.

La madre de la chica permanece fuera de escena cediendo protagonismo a los abuelos e interviniendo para mostrar afecto a su hija y señalarle los riesgos de su conducta.

La chica objeto del caso permanece atenta, en silencio y extrañada del revuelo formado.

Durante la entrevista, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Rebajar tensión despenalizando la sexualidad en adolescentes.
- Reconectar al sistema familiar en torno al amor.
- Explicar los patrones familiares identificados.
- Hace ver a la paciente la interconexión que hay entre su vida y la de sus familiares. Su pertenencia al sistema familiar le hace estar interconectada inevitablemente a sus miembros.
- Explicar a la adolescente las consecuencias de su actitud; el sistema familiar necesita mantener su equilibrio. Si no respeta sus límites, el sistema intentará corregir su conducta y si no lo consiguen, podrá ser excluida del mismo.

Lista de problemas

Tras la entrevista, se identifican 3 problemas:

- El principal problema percibido por la familia; la sexualidad de la adolescente y la posibilidad de embarazo.
- La falta de respeto a los límites, a la autoridad de los mayores; la familia se siente capaz de arreglarlo llegando a la violencia física (temor al reingreso en cárcel del padrastro).
- La conducta manipuladora de la adolescente; llegando a amenazar con acudir a menores para conseguir sus objetivos ante la imposición de límites.

Lista de soluciones propuestas:

Sobre la sexualidad:

- Reflexionar sobre las consecuencias que el embarazo y las ETS pueden acarrear a su proyecto vital.
- Informarles sobre métodos anticonceptivos y vías de acceso a los mismos.
- Relativizar el uso de la sexualidad adolescente en su contexto temporal y cultural.

Sobre la cohesión familiar:

- Eliminar las actitudes de chantaje.
- Compartir actividades del día a día y asumir tareas de responsabilidad progresivamente.

- Despenalizar la sexualidad, para favorecer que la hija pueda confiar en ellos en este tema.

Tareas prescritas

- Escribir un resumen sobre lo sucedido en consulta.
- Escribir un diario en el que describa su vida en el día a día.
- Escribir una visión sobre cómo imagina su vida dentro de 10 años.
- Volver a vernos en consulta al mes siguiente.

Conclusiones

La consulta de atención primaria debe servir de ayuda para el abordaje de conflictos familiares, aunque la estructura actual de citas y la sobrecarga de trabajo lo hacen tremendamente difícil. Elegimos una intervención familiar, para que los miembros de la familia pudieran expresar sus malestares, favoreciendo así la detección de problemas ocultos más allá del problema explicitado como demanda inicial.

Área 8: Problemas bioéticos

78

EL PROBLEMA CON LA PRESCRIPCIÓN

Poyato Zafra I¹, Molina Hurtado E¹, Ruiz Ortega P²

¹MIR de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Tutora. CS El Valle. Jaén

RESUMEN

Motivo de consulta

Paciente de 59 años acude alarmada por situación generada debido a que a raíz de una serie de algias se le prescribió "Metamizol" en lugar de "Nolotil".

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias)

Encontramos una paciente muy demandante. A la exploración la paciente no se deja abordar, queriendo siempre llevar el peso de la consulta.

Enfoque familiar y comunitario, juicio clínico (lista de problemas, diagnóstico diferencial)

-Problema con la prescripción por principio activo.

Plan de acción y evolución

Finalmente decidimos pautar dos meses Nolotil previos a la visita al reumatólogo, indicándole el beneficio que genera en la optimización de recursos la prescripción por principio activo. Esta estrategia tiene mucho de negociación. En este caso concreto nos puede interesar ceder un poco por nuestra parte si con ello conseguimos que la paciente se adhiera correctamente a otros tratamientos.

La paciente pasados dos meses fue diagnosticada de artritis reumatoide por el reumatólogo que prescribió un tipo de antiinflamatorio, dejando el Nolotil como rescate. La paciente actualmente acude a revisiones periódicas y mantiene una excelente relación con su médico, habiéndose restablecido la confianza mutua entre ellos.

Conclusiones

Cada caso es individualizable, y nunca se puede decir que hay una manera de proceder correcta. Siempre debemos mirar más allá del propio caso clínico que se nos presenta, guiándonos siempre por criterios clínicos y éticos, así como por nuestra propia experiencia personal.

Palabras clave

Prescripción, principio activo, fármaco.

CASO COMPLETO

Resumen

En este caso clínico hacemos una revisión de los problemas que nos podemos encontrar con la prescripción por principio activo, así como un abordaje desde el punto de vista bioético para tratar los problemas que pudieran surgirnos y poder darles una solución basada en la comunicación médico-paciente

Palabras clave: drug prescription, pharmaceutical preparations, medicines.

Caso

En un centro de salud se atiende una mujer de 59 años de edad, de empleo abogada. Entre sus antecedentes personales cuenta con una hipertensión arterial de difícil control, una diabetes mellitus tipo II, y una artrosis incipiente en ambas manos que está en estudio por el servicio de reumatología de su hospital. Ha mantenido una muy buena relación con su médico de atención primaria a lo largo de los años.

Hace unos meses comenzó con el citado dolor en las articulaciones de las manos, por lo que acudió a su centro de salud para comentárselo a su médico. Éste, tras explorarla y realizar una exhaustiva entrevista clínica, decidió pedirle una analítica de control donde se incluyese un perfil reumatoide y le prescribió para el dolor Metamizol 1 comprimido cada 8h mientras perdurase el dolor y dándole cita para una semana siguiente para observación de los síntomas y resultado de analítica.

Al cabo de 4 días y sin esperar a la cita programada, acude de nuevo y le reprocha al médico airadamente que el tratamiento que le puso no le quita los dolores articulares y le echa la culpa al Metamizol de la manera siguiente: “El medicamento que me mandaste de los chinos no me sirve para nada, yo quiero que me mandes el de toda la vida que es lo que siempre me ha quitado los dolores”. Dicho esto la paciente le recrimina al médico que ella está muy informada sobre los genéricos porque una amiga le ha explicado la “realidad” de este tipo de fármacos.

Identificación de problemas morales

Es un caso complejo porque entran en conflicto varios valores éticos. Por un lado el médico es el responsable de una gestión adecuada de los recursos disponibles. Por otra parte entra en contacto con la libertad de la paciente para decidir que tratamiento prefiere ante las distintas alternativas posibles que existen, es decir, el principio de autonomía de la paciente entra en conflicto con el principio de justicia del médico.

En la sociedad actual en la que vivimos, el paciente es cada vez más “autónomo”. Así también el médico actual es cada vez más “justo”, pues mantiene un compromiso con la sociedad para el adecuado uso de los recursos que están a su alcance.

Siguiendo el esquema de dimensión de análisis de Jonsen, Siegler y Wislade, vamos a analizar las cuatro dimensiones que propone:

- 1) Indicaciones médicas del caso: el clínico debe conocer bien cuales son las indicaciones de los distintos fármacos que prescribe. En este caso, desde el punto de vista científico, no hay motivo que apoye la indicación de la marca comercial sobre el Metamizol.
- 2) Calidad de vida del paciente: el hecho de que la paciente tenga que tomar un medicamento en el cual no confía plenamente puede influir en el cumplimiento de dicho tratamiento y mermar su capacidad de acción.
- 3) Preferencias de paciente: en este caso no hay duda. La preferencia del paciente se inclina hacia el de marca en detrimento del Metamizol.
- 4) Contextualización: básicamente se habla aquí de la repercusión que puede tener cada actuación que llevemos a cabo, y que siempre dependerá del caso clínico que se nos presente. En este caso el médico se siente que ante esta indicación clínica debe recetar el Metamizol puesto que supone una optimización de los recursos y está totalmente probado su eficacia con respecto al de marca.

Examen de los cursos de acción y toma de decisiones

Se plantean como en cada situación, cursos extremos, así como cursos intermedios. Como cursos extremos se puede actuar con la paciente de dos maneras:

- A) Recetar por marca: es la opción más sencilla y menos problemática. La paciente queda contenta porque se ha recetado lo que ella prefería. Su confianza con el médico no se ve resentida pues se siente respaldada en su decisión.

- B) Negarse a recetar por marca y ofrecerle tan solo Metamizol: esta opción es problemática porque crea un conflicto entre las preferencias del paciente y las del médico. El paciente puede ver al médico como una figura autoritaria que no tiene en cuenta sus preferencias.

Toma de decisiones

Como bien hemos dicho, ambos extremos no son la solución. La mejor solución en este caso podría ser un término medio. Se trata de una paciente hipertensa y diabética, con múltiples controles y nos interesa su adhesión a los tratamientos que le proponemos. Se podría plantear la opción de recetarle para este dolor articular el de marca, con la condición de que se la pautará hasta la visita al reumatólogo que será dentro de dos meses. De este modo, la paciente se siente escuchada y se siente partícipe de la toma de decisiones, y por nuestra parte dejamos claro que la prescripción es territorio del facultativo.

Ejecución y evaluación posterior

Finalmente se decide pautar para estos dos meses previos a la visita al reumatólogo el de marca, indicándole el beneficio que genera en la optimización de recursos la prescripción por principio activo. Esta estrategia tiene mucho de negociación. En este caso concreto puede interesar ceder un poco por nuestra parte si con ello conseguimos que la paciente se adhiera correctamente a otros tratamientos que le tenemos prescritos.

La paciente, pasados dos meses, fue diagnosticada de artritis reumatoide por el reumatólogo que le prescribió un tipo de antiinflamatorio, dejando como rescate Metamizol. La paciente actualmente acude a sus revisiones periódicas y mantiene una excelente relación con su médico, habiéndose restablecido la confianza mutua entre ellos.

