

CASOS CLÍNICOS

¿Por qué no tocas?

Alain García de Castro, Carla Blanco Vázquez, Begoña Bravo Bueno

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 57

ANAMNESIS

Mujer de 44 años con 4 embarazos a término. Diagnosticada de síndrome de intestino irritable por su médico de Atención Primaria por diarrea intermitente y sensación de hinchazón abdominal desde hace 3 meses.

Acude al Servicio de Urgencias por comenzar hace 2 días con molestias gástricas y pirosis en relación con las comidas que aumenta en decúbito. Sin fiebre, vómitos ni otra clínica. Niega nuevos tratamientos ni transgresión dietética.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general. Auscultación normal. Masa centroabdominal, de consistencia dura, desde hipogastrio hasta ombligo. Escasamente dolorosa a la palpación, con Blumberg negativo. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: Se le realiza ecografía a pie de cama que muestra una masa heteroecogénica con un diámetro transversal de 18-20 cm aproximadamente, desde epigastrio hasta la pelvis, de composición quística, multitabicada con engrosamientos sólidos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Tumor abdominal de probable origen ovárico.

EVOLUCIÓN

Se le realizó una analítica completa sin alteraciones (incluyendo test de embarazo) y un TAC abdominal informado como probable cistoadenocarcinoma ovárico. Se derivó a la paciente a Ginecología, donde ingresó pocos días después. Se le realizó una histerectomía total con doble anexectomía, apendicectomía y omentectomía, obteniendo un tumor mucinoso borderline en la anatomía patológica.

CONCLUSIONES

En EEUU el cáncer ovárico causa más muertes que todas las demás neoplasias ginecológicas combinadas, constituyendo los carcinomas epiteliales el 90-95% del total. Dos tercios de las pacientes tienen enfermedad avanzada al diagnóstico dado que no existen pruebas de detección temprana efectivas y presentan síntomas de inicio muy inespecíficos ("asesino silencioso"). Por ello, es indispensable realizar una correcta exploración física, por muy claros que parezcan los síntomas narrados. Además, un ecógrafo a mano nos puede ayudar a precisar el diagnóstico y ahorrar tiempo.

CASOS CLÍNICOS

Reacción paradójica a ezetimiba

Isabel Sastre Gervás, Isabel Blanco Torrado

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 58

MOTIVO DE CONSULTA

Mialgia.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: hipotiroidismo, hipercolesterolemia y depresión. Episodio de mialgia atribuido a arroz de levadura roja. Consumo de alcohol de bajo riesgo. Tratamiento: levotiroxina 75 mcg/24 h y citalopram 5 mg/24 h

Anamnesis: mujer de 58 años que inicia tratamiento con ezetimiba 10 mg/día (Ezetrol®) en monoterapia. A las dos semanas refiere mialgia generalizada, especialmente en brazos y pies, de carácter grave, con afectación de la deambulación. La mialgia es una reacción adversa descrita con ezetimiba, por lo que se decide suspender

Exploración y pruebas complementarias: exploración física y ecografía de pies con resultado normal. Analítica de seguimiento a la semana de suspender ezetimiba: CPK, aldolasa y ANAS normales, destacando un valor de triglicéridos (TG) de 616 mg/dL

Enfoque Familiar y Comunitario: sin antecedentes relevantes

Juicio clínico: hipertrigliceridemia (HTG) por reacción adversa a ezetimiba

Diagnóstico diferencial: no relacionamos la HTG con otras causas de HTG secundaria, como hipotiroidismo (la paciente estaba eutiroides) o consumo de alcohol

TRATAMIENTO, PLANES DE ACTUACIÓN

Se suspende el tratamiento con ezetimiba. Se mantiene el consumo de alcohol referido en la anamnesis

EVOLUCIÓN

A los tres meses de suspender ezetimiba se realiza nueva analítica: los TG disminuyeron a 188 mg/dL, cifra en rango de normalidad e inferior a la que presentaba la paciente antes de iniciar el tratamiento. El cuadro de mialgia ha mejorado

CONCLUSIONES

La singularidad del caso radica en lo contradictorio de la causa y el efecto. Sólo encontramos publicado, hasta la fecha, un caso parecido de HTG reversible por ezetimiba. Se trata de una "reacción paradójica" no descrita en su ficha técnica. En la detección y notificación de reacciones adversas a medicamentos es esencial la coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios, concretamente en nuestro medio: médicos de familia y farmacéuticos de Atención Primaria

CASOS CLÍNICOS

Fiemos fino (presentado nas Xornadas co título: NON TODO É O QUE PARECE)

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 59

Cristina Rodríguez Díaz, Leticia Boyero Fernández.

Motivos de consulta

Torpeza e mareo.

HISTORIA CLÍNICA

- Enfoque individual: Antecedentes persoais: Non AMC. Dislipemia. Artrite reumatoide sen tratamento na actualidade.

ANAMNESIS

Muller, 58 anos, relata dificultade para expresarse e mesmo para ler, torpeza no hemicorpo dereito e sensación de mareo dende o último mes. Nega traumatismos craneais. Non crise comiciais, non cefalea nin vómitos.

EXPLORACIÓN

Consciente, colaboradora. Eupneica. Non soplos carotideos. AC rítmica. AP murmullo conservado. Inicialmente exploración neurolóxica normal. Dúas semanas despois reevalúase obxetivando afasia mixta de predominio motor, entende ordes sinxelas; alexia e agrafia; hemiparesia dereita; babinski dereito.

Probas complementarias: Analítica (hemograma, coagulación e bioquímica) normal. TAC cerebral: LOE intracraneal parietal esquerda hipodensa, con outras dúas lesións satélites de menor tamaño. Edema cerebral circundante. RM cerebral: Lesión parietal esquerda de 4,3x3,7x3cms, con áreas de necrosis no seu interior e edema perilesional que condiciona efecto masa sobre o sistema ventricular. Nódulos satélites hipercaptantes.

- Enfoque familiar e comunitario: Casada. Marido e fillo con patoloxía psiquiátrica crónica. Nai con demencia, de quen é a cuidadora principal.
- Desenvolvemento: Xuízo clínico: Glioblastoma multiforme multifocal. Diagnóstico diferencial: LOE cerebral, Accidentes vasculares, Infeccións do SNC, Enfermidades dexenerativas.

Identificación de problemas: A sobrecarga de ser o cuidador principal da familia pode facer pensar nun primeiro momento que a sintomatoloxía inicial se debese a claudicación ou mesmo enmascarase un síndrome ansioso-depresivo.

- Tratamento Paliativo.
- Evolución: Melloría da sintomatoloxía tralo inicio da corticoterapia. Precisa axuda para sosterse en pé e desplázase en cadeira de rodas. Dependente parcial para actividades básicas da vida diaria.

CONCLUSIÓN (E APLICABILIDADE PARA A MEDICINA DE FAMILIA)

Este é un exemplo máis da importancia dunha correcta exploración, que nos permite dentro da incerteza, detectar sintomatoloxía de alarma. Usando o razoamento clínico empregamos a vía rápida de derivación ante a sospeita de patoloxía tumoral. A xestión adecuada dos recursos permitiunos obter o diagnóstico en menos dunha semana

CASOS CLÍNICOS

La sintomatología junto con pruebas complementarias básicas, suficientes para establecer un diagnóstico inicial en urgencias extrahospitalarias: síndrome serotoninérgico en una menor que niega ingesta de tóxicos.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 60

Guillermo José Lorenzo González, Lorena Vázquez Gómez, José Luaces González.

AMBITO

Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA

Alucinaciones visuales

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Paciente de 11 años, previamente asintomática que acude a urgencias por cuadro de unas 6 horas de evolución de alucinaciones visuales y discurso incoherente. Niega ingesta de tóxicos

- Antecedentes personales: No patología de base.
- Antecedentes familiares: Tía-abuela a tratamiento psiquiátrico no especificado

EXPLORACIÓN (HALLAZGOS DESTACABLES)

Midriasis bilateral reactiva. Hipertensión arterial. Bradipsiquia. Ataxia/dismetria leves. Glasgow 15

Pruebas complementarias (hallazgos destacables): Taquicardia sinusal. Acidosis metabólica. Tóxicos orina negativos.

Diagnóstico inicial: Impresión de síndrome serotoninérgico

Tratamiento: ingreso en UCI pediátrica para tratamiento (fluidoterapia) y monitorización

EVOLUCIÓN

Persiste sintomatología durante las primeras 24 horas. A partir de entonces, paciente consciente y orientada, colaboradora, con desaparición de alucinaciones y normalización de constantes y analítica

CONCLUSIONES

A las 48 horas del ingreso, la paciente reconoce ingesta de (al menos) Bupropion 300mg (3 comprimidos) Duloxetina 60mg (1 comprimido). Diagnóstico definitivo: Intoxicación accidental por inhibidores recaptación serotonina. Independientemente su edad, los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los menores. En ocasiones, la sintomatología y exploración básicas deben prevalecer en el momento de establecer una impresión diagnóstica inicial, incluso aunque no se correspondan con la anamnesis o con el resultado de una o más pruebas complementarias. En este caso, la paciente negaba en un principio la ingesta de tóxicos y el análisis toxicológico no detectó las drogas que produjeron la intoxicación. No obstante, con posterioridad, la etiología del cuadro pudo ser confirmada una vez resuelto el cuadro de intoxicación aguda y tras una anamnesis detallada.

En este caso, aunque la ingesta podría parecer insuficiente como para justificar una sintomatología tan florida, el bupropión probablemente actuó como "potenciador" de los efectos secundarios a la ingesta de un único comprimido de 60mg de Duloxetina.

CASOS CLÍNICOS

A min tamén me pode pasar

(presentado nas Xornadas co título: NON TODO É O QUE PARECE)

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 61

Paula Ramos Picado

MOTIVO DE CONSULTA

Dor periareolar.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 75 anos. Antecedentes persoais: Sen alerxias medicamentosas coñecidas. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertensión arterial. Operado de cataratas en ambos ollos e prostatectomía.

Acude ao servizo de urxencias por persistencia de dor periareolar en mama esquerda tras unha semana de tratamento con amoxicilina-clavulánico por sospeita de mastitis. Non fiebre domiciliaria, non síndrome xeral. Comenta retracción do pezón dende hai 3 anos aproximadamente.

EXPLORACIÓN

Bó estado xeral. Normohidratado. Non adenopatías cervicais nin axilares. Eritema e calor periareolar de mama esquerda, retracción do pezón e palpación de masa indurada retroareolar aparentemente móvil, con pouca dor na palpación.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Ecografía de mama en urxencias na que observan un nódulo vascularizado, sen evidencia de coleccións que poderían estar

relacionada co proceso infeccioso sen descartar unha lesión neoplásica. En vista de tales descubrimentos derivase ao paciente á Unidade de vía rápida de mama para realizar unha mamografía, a cal describe un aumento da glándula mamaria compatible con xinecomastia en fase proliferativa. A pesar de que en principio trataríase dunha lesión benigna realizase unha biopsia con agulla gruesa da lesión para descartar de forma segura a malignidade. Finalmente o resultado anatomopatolóxico son cambios secundarios a quiste ductal roto, BI-RADS 2 (patoloxía benigna que non require controis adicionais).

Tras completar o tratamento tratamento antibiótico y antiinflamatorio, o paciente atópase asintomático.

CONCLUSIÓN

Aínda que o cancro de mama é máis prevalente nas mulleres, non debemos esquecer que é unha patoloxía tamén presente nos homes. Polo que débese descartar rapidamente ante sospeita clínica e radiolóxica, para non deixar que evolucione e tratar o antes posible co tratamento adecuado. Aínda que o screening non está aprobado nos homes, hai que prestar atención aos posibles síntomas de alarma: bultoma, eritema, retraccións... para procurar un diagnóstico precoz.

CASOS CLÍNICOS

Tos con evolución non esperada

Villamarín Bello B., Torres López L.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 62

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria e Atención Especializada

MOTIVO DE CONSULTA

Tos de 20 días de evolución con escasa expectoración blanquecina-amarillenta

HISTORIA CLÍNICA:

*Enfoque familiar/comunitario: a paciente vive co seu marido no medio rural. Enfoque individual: muller de 69 anos que presenta como antecedentes hipertensión arterial e dislipemia, en tratamento con ramipril e simvastatina.

Acode á consulta por tos de 20 días de evolución con expectoración blanquecina-amarillenta, sin febre nin outra sintomatoloxía. Tras a exploración e ante a sospeita de infección respiratoria da vía aérea superior pátase azitromicina e tratamento sintomático. Tras 6 días acode por persistencia da tos, empeoramiento do estado xeral nas últimas 24 horas e parestesias nas mans e pes. Na exploración non se observan alteracións a nivel neurolóxico, e aínda que non se obxetivan cambios con respecto á valoración previa, ante o empeoramento do estado xeral decídese derivar ao Servicio de Urgencias co obxectivo de realizar estudo radiolóxico para descartar neumonía. Ás 72 horas (descartada neumonía 3 días antes) volve por empeoramento das parestesias que abranguen agora ambas

extremidades superiores e refire debilidade de extremidades inferiores. Na exploración obxétivase diminución de forza simétrica en ambas extremidades que dificulta a deambulación co resto da exploración normal.

XUIZO CLÍNICO

Síndrome de Guillain Barré

EVOLUCIÓN

Foi derivada ao Servicio de Urgencias e ingresou no Servizo de Neuroloxía. Durante o ingreso foi estudada presentado IgG de Borrelia burgdorferi positiva como achado relevante, polo que estableceuse o diagnóstico diferencial coa Enfermidade de Lyme con afectación neurolóxica secundaria. A paciente presentou evolución favorable con tratamento con inmunoglobulinas e ceftriaxona.

CONCLUSIÓN

Ponse de manifesto a relevancia de coñecer, sospeitar e ampliar as posibilidades diagnósticas aínda que se traten de patoloxías pouco frecuentes, así como a importancia da accesibilidade á consulta de Atención Primaria.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 63

CASOS CLÍNICOS

Doutora, teño formigueos no pé dereito

Antía Pérez Orozco, Beatriz Alvarez Sobrado, Elba Rico Rodríguez.

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Parestesias en membro inferior dereito.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 anos. ANTECEDENTES PERSOAIS: DM tipo 2 non insulino dependente. HTA. DL. Ca próstata tratado con radioterapia. Insuficiencia venosa crónica. ANAMNESE: Parestesias na planta do pé dereito e ó camiñar aparece dor no xemelgo. Di que solo pode camiñar uns 100m sen parar, aliviando a clínica co repouso. Non dor lumbar. Clínica unilateral en MID.

EXPLORACIÓN FÍSICA

ACP: normal. Non apofisaxias a nivel lumbar. Lassegue e Bragard negativos bilaterais. Forza MMII conservada e simétrica. Pulso tibial posterior e pedio diminuído, non palpo poplíteos. Soplo bilateral en arterias ilíacas. Monofilamento 5/5

ITB: esquerdo 0.33; dereito 0.6. Ecografía abdominal (centro saúde): Parede de aorta abdominal reforzada e con escasa mobilidade. Placas de ateroma en ambas arterias ilíacas

XUÍZO CLÍNICO

Sospeita de claudicación vascular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Claudicación vascular; claudicación neuróxena.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

O paciente precisaba valoración por ciruxía vascular para decidir actitude a seguir e xa tiña o tratamento axustado, pero aínda así persistía a clínica.

TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg; AAS 100mg (xa o tomaba previamente); analgesia a demanda; gabapentina 300mg

PLAN DE ACTUACIÓN

Derivamos ó paciente a ciruxía vascular, valóranos en menos dun mes, solicitan probas e manteñen tratamento. Pasados 10 días, o paciente ingresa de maneira urxente por claudicación de 10 metros e dor nocturno. Durante o ingreso realizan unha arteriografía MID, onde se observa unha severa placa de ateroma calcificada en arteria femoral común que condiciona estenose crítica. Finalmente, realizan TEA femoral con profundoplastia, con boa evolución posterior

CONCLUSIÓN E APLICABILIDADE CLÍNICA

Paréceme un caso interesante porque demostra a importancia dos diagnósticos diferenciais así coma unha exploración e anamnese útiles para poder realiza-lo diagnóstico diferencial de maneira correcta. Ademais, servíame para tomar consciencia da importancia dalgúns recursos que temos dispoñibles e que poden resultar tan útiles en Atención Primaria coma a ecografía, xa que permitiu orienta-lo diagnóstico inicialmente.

CASOS CLÍNICOS

Polidipsia e poliuria en muller de 40 anos

Mercedes Ferreira Bouza, Fátima Fernández Gómez, María Fernanda Couselo García

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 64

MOTIVO CONSULTA

Polidipsia e poliuria de recente aparición. A paciente pensa que bebe entre 3-5 litros ó día.

Non antecedentes de interese. Non hirsutismo. Non HTA. Retirada de DIU 2 meses antes con cambio a desogestrel. Suspendese sen cambios na clínica. Cefaleas ocasionais leves. Fumadora. Trastorno de animo dun ano de evolución sen uso de fármacos. Talle 1.75, peso 71kg, TA 106/62, FC 71. Glicemia capilar en consulta 129. Test de embarazo negativo. Realízase analítica, función renal normal, Na 144, glicosa 75; Ca 9.3, TSH 2.54, Hb 14.4. Non alteracións sedimento ouriños. Realízase petición consulta en endocrino que queda pendente de citación.

Segunda valoración óptase por teleconsulta. Ó día seguinte ó servizo de endocrino indica ampliación de analítica co seguinte resultado: cortisol basal 11.2; Na 142, OSM sangue 289, OSM urina 113. Diuresis 8500ml.

Sospeita de diabete insípida. Realízase ingreso programado para test de deshidratación con confirmación de diagnóstico. Realízase entón tratamento con desmopresina e seguimento en endocrino.

CONCLUSIONS

O uso da teleconsulta en servizo nos que hai implicación e boa relación con Atención Primaria é de moita utilidade. A contestación ás 24 horas, realización de análise en 4-5 días e ingreso programado, sen realización de asistencia urxente, en 3 semanas.

A importancia de probas obxectivas. A recollida de máis de 8 litros, cando a percepción subxectiva era de 3-5 litros.

Son diagnósticos pouco frecuentes, nos que é importante a colaboración de atención hospitalaria.

CASOS CLÍNICOS

Actitud como médico de primaria ante el hirsutismo en postmenopáusica

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 65

Cristina Luiña Fernández.

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA

Aumento de vello en mujer de 69 años.

HISTORIA CLÍNICA: ANTECEDENTES PERSONALES

-No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora. -Hipertensa y dislipémica. No diabética. -Menopausia a los 50 años. Ciclos previos regulares. -Tratamiento: Doxium, Sevikar y Atorvastatina.

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace 3 meses, aparición de vello abdominal y facial previamente ausente, agravamiento de la voz y pérdida de cabello frontal. No acné. No síndrome general.

EXPLORACIÓN FÍSICA

IMC 30,39. TA 153/80. No fenotipo Cushing. Destaca: alopecia androgénica, hirsutismo moderado-grave según escala de Ferriman-Gallwey (abdomen, pecho, patilla y mentón) y sensibilidad aumentada a la palpación de hemiabdomen derecho.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica con perfil hormonal: testosterona total elevada(5,69) y gonadotropinas suprimidas (FSH :0,6, LH 1,8).

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hirsutismo hiperandrogénico en mujer postmenopáusica.

PLAN

Ante la virilización rápidamente progresiva, derivación a Endocrino preferente por sospecha de tumor secretor.

EVOLUCIÓN

Ingresó en Endocrino para estudio confirmándose mediante TC, RMN, y ampliación de analítica, una masa suprarrenal derecha productora de glucocorticoides y andrógenos. Tras suprarrenalectomía laparoscópica derecha, el estudio anatomopatológico reveló un carcinoma suprarrenal estadio II.

El tratamiento médico consistió en hidroaltesona a dosis sustitutivas y, ante riesgo alto de recidiva, Mitotane durante 4 años finalizándose en Marzo de 2018.

Evolucionó favorablemente con desaparición del hirsutismo, y sin evidencia de recidiva por el momento en ninguna de las pruebas de imagen de control (PET-TAC postquirúrgico y TC abdominales).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

1. Carcinoma suprarrenal secretor, estadio II. 2. Síndrome virilizante y Cushing subclínico secundarios.

CONCLUSIONES

En primaria debemos estar atentos a la aparición de hirsutismo rápidamente progresivo en mujer postmenopáusica por la necesidad de derivar al especialista dada la alta probabilidad de tumor secretor. Como pruebas complementarias, lo más útil inicialmente ante sospecha de hiperandrogenismo es la testosterona sérica.

CASOS CLÍNICOS

O que non sabe o que busca, non entende o que encontra

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 66

Jacobo Vieites Pérez, Manuel Ángel Domínguez, Espejo Noelia Caamaño Trians

MOTIVO DE CONSULTA

Lesións e prurito a nivel vulvar.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Non alerxias medicamentosas coñecidas.- Hemorroides.- Mastopatía fibroquística.- Dous pólipos endometriais pediculados intervídos en 2014.- Estiloidite cubital.- Herpes zóster en rexión intercostal dereita.

ANAMNESE

Muller de 54 anos. Acude por unhas lesións a nivel vulvar das cales descoñece a súa evolución e que son levemente prurixinosas. Non refire traumatismos a ese nivel. Non relación sexuais dende fai tempo. Non outra clínica asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Bo estado xeral, consciente, orientada nas tres esferas e colaboradora. Eupneica en reposo. Afebril. Normohidratada, normoperfundida e normocoloreada.

- Exploración xenital dirixida: lesións acuminadas blanquecinas non vesiculosas claras en labios menores. Non se aprecian signos de infección (tumor, rubor, calor, dolor). Non se palpan adenopatías inguinais. Pulsos femorais simétricos e bilaterais. Resto da exploración anodina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Herpes xenital: vesículas múltiples sobre área eritematosa que evolucionan a úlceras confluentes dolorosas con edema local, disuria e adenopatías rexionais.
- Virus do papiloma humano: masas exofíticas sonrosadas, vexetantes, de superficie irregular con proxeccións filiformes ou papiliformes xeralmente múltiples.
- Molluscum contagiosum: pápula umbilicada de aspecto perlado e cor pel.
- Condición de Fordyce: granos diminutos, indoloros, en relieve, de cor branco ou crema.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Condición de Fordyce. Por mor de non ter claro o diagnóstico, realizase unha consulta de rápida resolución con dermatoloxía. Evolución: dermatoloxía realiza o diagnóstico de condición de Fordyce, as cales son lesións benignas que non requiren tratamento.

Interés do caso para primaria: a importancia de ter sempre presente esta sospeita diagnóstica, pola súa alta prevalencia, en caso de lesións papulosas xenitais para evitar procedementos diagnósticos e terapéuticos invasivos ou diagnósticos erróneos, que poidan supoñer un perxizo psicolóxico para o paciente, como por exemplo as enfermidades de transmisión sexual.

CASOS CLÍNICOS

Deprescripción en diabetes, sabemos aumentar antidiabéticos pero, ¿Sabemos reducirlos?

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 67

Jacobo Vieites Pérez, Cristina Ramos Alonso, Cristina Romero Quintás, Claudia Ana Cortizo Domínguez, Manuel Ángel Domínguez, Espejo Noelia Caamaño Trians.

Paciente 48 años, fumador, antecedentes de enolismo crónico en seguimiento por salud mental y múltiples consultas en urgencias por sobreingesta enólica. En 2014 ingreso en Endocrinología por descompensación hiperglucémica no cetósica, al alta diagnóstico de Diabetes Mellitus II (DMII) y tratamiento con insulina 30u. El paciente continua el consumo enólico, abandona el seguimiento en las consultas de endocrinología, seguimiento irregular en las consultas de atención primaria. En analíticas se refleja elevación persistente de enzimas hepáticas y cifras de glucemia elevadas. En octubre 2017 abandono del alcohol e inicia seguimiento en atención primaria. En analíticas sucesivas se normalizan enzimas de daño hepático, glucemia en ayunas 80 - 110 y HbA1c de 5.0.

Se plantea descenso de las unidades de insulina con control de glucemia capilar en domicilio, evidenciándose glucemias entre 70 -80. Se plantea nueva reducción de valores de insulina, con similares resultados. Tras dos meses se propone paso a antidiabéticos orales.

Actualmente paciente con buen control con antidiabéticos orales, clínicamente estable, glucemias en domicilio 70 - 90, última HbA1c 5,3.

CONCLUSIONES

Son bien conocidos los factores de riesgo ligados a la DM. En las guías y consensos se plantea esta enfermedad como progresiva, en atención primaria todos los esfuerzos se orientan al control de la misma y progresión correlativa del tratamiento. Sin embargo, poco se habla del ajuste de tratamiento en la situación inversa, en aquel paciente con regresión de los factores de riesgo y adecuado control metabólico, a pesar de que se conocen los efectos adversos y riesgos de un tratamiento antidiabético por encima de las necesidades metabólicas del paciente. ¿Hay un subgrupo de pacientes con seguimiento y tratamiento antidiabético que no precisan, asumiendo los riesgos que esto implica? ¿No se debería ser consecuente y desescalar el tratamiento? ¿Hay necesidad de inicio de un protocolo de deprescripción en diabetes?

CASOS CLÍNICOS

Patología grave enmascarada bajo clínica banal

Sara Velo García de Seárez, Noelia Chaves Serantes, Carlos Eirea Eiras

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 68

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria

MOTIVOS DE CONSULTA

Dolor cervical irradiado a brazo izquierdo.

ANTECEDENTES PERSONALES

Profesión: peluquera. Fumadora de 15 cigarrillos/día. Hipertensión arterial a tratamiento con Higozona. Anamnesis: Mujer de 50 años. Acudió a los servicios de atención continuada por dolor cervical izquierdo irradiado a brazo, de 3 días de evolución, que aumentaba con los movimientos, sin traumatismo previo ni sobreesfuerzo aparente. Exploración: Contractura en trapecio izquierdo que con la palpación reproducía el dolor. Dolor a la abducción del hombro y que se incrementa contra resistencia.

JUICIO CLÍNICO

Se diagnostica de contractura muscular.

TRATAMIENTO

Se pauta analgesia con AINEs y relajante muscular y se recomienda reposo y calor seco.

EVOLUCIÓN

Al día siguiente acude nuevamente al mismo servicio por ausencia de alivio sintomático, por lo que se realiza escalada al siguiente nivel de analgesia, se insiste en reposo, y se remite a su médico

en caso de que no presente mejoría. Dos días después acude a la consulta de su médico por empeoramiento y ptosis izquierda desde esa mañana, con hipoestesia en miembro superior izquierdo. En la exploración neurológica impresiona la ptosis con pupilas isocóricas normoreactivas, sin otras dismetrías faciales, e hipoestesia en miembro superior ipsilateral, con reflejos osteotendinosos conservados y fuerza normal. Marcha sin alteraciones y resto de la exploración normal.

Ante la clínica neurológica se remite al servicio de urgencias hospitalarias para descartar patología neurológica aguda. Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, parálisis facial periférica, tumor de Pancoast, hernia compresiva.

Pruebas complementarias en el servicio de urgencias: Analítica con resultados dentro de la normalidad. TC craneal sin alteraciones.

Planes de actuación: Desde el servicio de neurología le proponen ingreso para estudio que la paciente desestima con alta voluntaria domiciliaria.

Acude un día después a neurólogo privado realizándose RNM con resultado de hernia en T1 que comprime la raíz nerviosa a ese nivel. Se instaura tratamiento con Dexametasona y tras valoración por neurocirugía se incluye en la lista de espera de cirugía.

CONCLUSIONES

Una patología inicialmente banal, como una contractura muscular, puede ser la primera manifestación de una patología grave, por lo que debemos tener especial precaución con las algias, sobre todo si se asocian a clínica neurológica.

(se dispone de imágenes clínicas del caso)

CASOS CLÍNICOS

Enfermidade de stil do adulto

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 69

Marta Ramos Vázquez, Laura Gómez Sánchez, Vanesa Gallego Fernández.

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA

Artralxias e febre.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 anos con antecedentes persoais de EPOC leve (2003), Urticaria crónica idiopática (2008) e Adenocarcinoma de próstata tratado con braquiteria (2012). A tratamento con tamsulosina 0,4 mg (1c/24h); glicopirronio e indacaterol (1 inh/24h).

ANAMNESE

Debuta cunha erupción cutánea no tronco e na raíz de MMSS, prurixinosas, sen resposta a tratamento con antihistamínicos. Unha semana despois consulta pola persistencia de ditas lesións, acompañadas de poliartralxias simétricas, de predominio en ambos xeonllos, articulacións de ambas mans e interfalánxicas proximais. A erupción cutánea é transitoria, de predominio vespertino e coincidente con picos de febre de ata 39°. Na exploración física presenta máculas eritematosas rosadas no tronco, antebrazos e mans. Resto de exploración física normal.

Probas complementarias: na biopsia cutánea observouse na dermis un infiltrado inflamatorio de predominio linfohistiocitario, con distribución perivascular e escaso componente eosinofílico. Na analítica de sangue predominou unha leucocitosis (13.900) con neutrofilia, VSG: 41; PCR: 14.2, y ferritina 750. O factor reumatoide e os anticorpos antinucleares foron negativos, os niveis de complemento normais, o proteinograma anodino e as seroloxias negativas. Radiografía de articulacións e de tórax normais.

XUÍZO CLÍNICO, TRATAMENTO E EVOLUCIÓN

O paciente foi diagnosticado de Enfermidade de Still do adulto (cumprindo 5 criterios diagnósticos de Yamaguchi). Comezou tratamento con prednisona 30 mg/día con boa resposta. Ó intentar retiralos, a clínica reaparecía, polo que se iniciou tratamento con metotrexate 75 mg semanais con boa resposta ata o momento.

Diagnósticos diferenciais: vasculite, enfermidades do tecido conectivo, neoplasias hematolóxicas e enfermidades granulomatosas.

CONCLUSIÓN

Debemos sospeitar Enfermidade de Still no adulto ante a presenza de lesións urticariformes acompañadas de febre, artralxias e ferritina sérica elevada.

CASOS CLÍNICOS

Unha raia do máis estraña

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 70

Elba Rico Rodríguez, Jesús Manuel Novo Rodríguez, Antía Pérez Orozco

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria e Traumatoloxía.

MOTIVO DE CONSULTA

Lesións despigmentadas no pé esquerdo.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes persoais: Varón de 64 anos, en estudo en Traumatoloxía por dor na rexión plantar do pé esquerdo.

ANAMNESE

Acode a consulta por presentar dende fai unha semana, unhas lesións despigmentadas no dorso do pé esquerdo, non refire dor nin prurito a ese nivel. Refire dor na rexión plantar do 4º e 5º metatarsiano que non mellorou con cambio de calzado nin co uso de soletas de pronación; sendo valorado por este motivo en Traumatoloxía onde lle administraron fai 2 meses unha infiltración con corticoesteroides por sospeita de Neuroma de Morton.

EXPLORACIÓN: (FIGURA 1)

Presenta unha placa hipocrómica na rexión dorsal da base do 5º metatarsiano que se continúa de forma filiforme polo dorso do pé esquerdo. Pés cavos con atrofia de interóseos entre 4º e 5º dedo.

XUÍZO CLÍNICO

Despigmentación da pel ó longo dos vasos linfáticos, secundaria á infiltración local de corticoides.

TRATAMENTO

Inicialmente non precisa, na maioría dos casos prodúcese a repigmentación nun periodo variable (entre 1 mes ata máis dun ano).

CONCLUSIÓN

Na actualidade está moi estendida a práctica de infiltracións con corticoides intraarticulares para lograr un efecto antiinflamatorio e analxésico en patoloxías do aparello locomotor. Aínda que é unha técnica pouco invasiva, barata e sinxela de realizar, debemos coñecer os efectos secundarios que pode causar. Entre eles destacan: infección local, artrite, hematoma, rotura tendinosa, atrofia cutánea ou despigmentación. Esta última pode ocorrer a nivel local ou producirse un fenómeno de despigmentación a través dos vasos linfáticos, causando lesións como as descritas e que poden supoñer un grave problema estético para o paciente; esta pode resolverse de forma progresiva ou precisar de terapias repigmentantes (inhibidores da calcineurina ou psoralenos).

CASOS CLÍNICOS

¡Nunca te rendas!

Andrea Martínez Lorenzo, María Teresa Platas Pita, Paloma Rodríguez Piñeiro

MOTIVO DE CONSULTA

Lesións en glande.

HISTORIA CLÍNICA:

- Antecedentes persoais: varón de 20 anos. Sen alerxias medicamentosas coñecidas.
- Anamnese: xuño 2015. Lesión eritematosa en glande dunha semana de evolución. Non prurito, dor nin secreción uretral. Non relacións sexuais de risco. Emprega métodos barreira. Non Fiebre. Sí rinorrea e tos.
- Exploración: lesión eritematosa lacerada en glande. Non datos de sobreinfección. Non secreción.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ITS, psoriase, balanite.

TRATAMENTO E PLAN DE ACTUACIÓN

Derívase ás consultas de resposta rápida (CRR) de dermatoloxía. Solicitan seroloxía e recomendan revisión por CRR se novo brote.

EVOLUCIÓN:

- Agosto 2015: volve a dermatoloxía: seroloxía negativa. Previamente, coincidindo con outro catarro, hipersensibilidade perimeatal sen evidente eritema ou secreción. Pautan Bepanthol pomada.

- Febreiro 2017 reaparición da lesión con exudado grisáceo en relación con novo cadro catarral. A tratamento con Paracetamol e pseudoefedrina/cetirizina. Solicítase exudado uretral: Ureaplasma urealyticum. Trátase con Claritromicina e realízase exudado de control (negativo).
- Setembro 2017: nova lesión en glande que coincide novamente con proceso catarral. Reinterrogando, concluímos que sempre que presenta catarro toma paracetamol e compostos que conteñen pseudoefedrina. Plantexamos exantema fixo medicamentoso por antigripais (paracetamol/pseudoefedrina). Solicitamos analítica completa con inmunoglobulinas (normal). Recomendase evitar os medicamentos sospeitosos.
- Novos episodios en xaneiro, marzo e xuño de 2018 a pesar da retirada de ditos medicamentos. Teleconsulta a dermatoloxía. Refieren evolución moi discreta para eritema fixo de repetición. Sinalan que as propias infeccións poden actuar activando unha zona preferente de eccematización, parecendo esto dada a evolución o mais probable. Recomanan Bepanthol nos brotes.

CONCLUSIÓN

Exemplo de compromiso, insistencia e implicación por parte do médico de Atención Primaria, características que deberían representarnos. Demostra a importancia do seguimento estreito dos nosos pacientes e dunha anamnese completa e exhaustiva sen límites pola nosa parte.

CASOS CLÍNICOS

Prevención primaria y secundaria en el ictus

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 72

Paula Calvo Gómez, Ana Rodríguez Pichel

AMBITO DEL CASO

PAC /Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Varón 66 años acude por desviación comisura bucal, disartria y hormigueo en dedos.

HISTORIA CLÍNICA

AP: Obesidad. Bebedor 4L/día cerveza. Fumador 30 cigarillos/día. AP: padre HTA, DM2; madre FA; hermano IAM. No tratamientos.

EA: episodio desviación comisura bucal izquierda, disartria, hormigueo 1-2º dedos mano izquierda. 4 horas evolución. Mejoría posterior. No otra sintomatología.

EF: TA: 171/84. FC 91. NRL: Funciones cerebrales superiores conservadas. Disartria. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Motilidad ocular conservada. Desviación comisura labial izquierda. Fuerza, sensibilidad conservadas. Resto pares craneales normal. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No disimetría. Romberg negativo. NIHSS: 3. Resto exploración normal. PC: glucemia 86; EKG en ritmo sinusal.

PLAN DE ACTUACIÓN

Ante signos de alarma (disartria, desviación bucal y hormigueo dedos mano izquierda) se deriva al Hospital.

EVOLUCIÓN

PC: analítica normal; Rx tórax sin alteraciones; TC craneal: infartos lacunares en la región de los ganglios basales y tálamos, leucoaraiosis leve-moderada; Eco carotideo con pequeñas placas tipo III-IV sin repercusión hemodinámica. Dx: Ictus isquémico. Síndrome lacunar sensitivo-motor izquierdo. IC Neurología: Atorvastatina 40, Losartán 50, Adiro 100.

CONCLUSIONES

Prevención primaria: Modificación estilo vida: no fumar, no beber alcohol, no consumo de drogas, dieta equilibrada, ejercicio aeróbico.

Control de los FR modificables: HTA: cifras >140/90 tratamiento con IECA/ARAII, diuréticos, antagonistas calcio. Dislipemia: Estatinas si riesgo cardiovascular elevado. DM: glu>126/HbA1c>6.5% iniciar tto antidiabético. FA no valvular: anticoagular. Antiagregación: no prevención primaria. Prevención secundaria: Modificación estilo vida. Control de los FR modificables: HTA: 50%. Tratamiento antitrombótico: AAS 100.

CASOS CLÍNICOS

Sdrife, exantema flexural relacionado con fármacos.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 73

Anyhela Karin Lozada García, Antía López Fernández, Noemí López Rey

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Lesiones en la piel.

HISTORIA CLÍNICA:

- Enfoque individual: No alergias conocidas. Fumador activo. Diabetes mellitus tipo 2. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Tratamiento: CPAP, Metformina. Anamnesis: Acude al centro de salud porque refiere lesiones en la piel de pocas horas de evolución. Hace cinco días empezó el tratamiento con amoxicilina por una faringoamigdalitis aguda. Exploración: Afebril. Hemodinámicamente estable. Eupneico, sin trabajo respiratorio, con saturación normal. Lesiones máculo-pápulares, eritematosas, que no blanquean a la presión, localizadas en pliegues axilares, en codos, pliegue submamario y abdominal. No pruriginosas, no dolorosas. No habones, ni lesiones generalizadas. No presenta edema de úvula y la auscultación pulmonar es normal.
- Enfoque familiar: no antecedentes familiares. Buen soporte.
- Juicio clínico: posible reacción medicamentosa.
- Identificación de problemas: Las lesiones no ceden tras administración de corticoides y antihistamínicos orales. Se

realiza una interconsulta no presencial a Dermatología donde nos sugieren que pueda tratarse de un SDRIFE (exantema simétrico, intertriginoso y flexural, que se relaciona con cefalosporinas y otros antibióticos).

- Diagnóstico diferencial: Reacción morbiliforme a la infección faringoamigdalal (p.e. parvovirus, que se manifiestan como infecciones atípicas en los adultos, con predominio en flexuras).
- Tratamiento: corticoide tópico.
- Planes de actuación: solicitar serología de parvovirus y realizar interconsulta a alergología para filiar cuadro.
- Evolución: Las lesiones ceden a las pocas semanas sin complicaciones. Se confirma alergia a amoxicilina y derivados aminopenicilinas.

CONCLUSIONES

Quiero incidir en la importancia de identificar las reacciones adversas a los fármacos. En este caso, el paciente presentó las manifestaciones cinco días después de haber iniciado el tratamiento, lo que nos puede hacer dudar de si es o no una reacción adversa. Aquí radica la importancia de identificar estas reacciones, hacer una diagnóstico diferencial, y recurrir a las pruebas de provocación para confirmar y etiquetar estas reacciones medicamentosas.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 74

CASOS CLÍNICOS

Una picadura envenenada

Sandra Rodríguez Flórez

Varón de 83 años hipertenso, diabético y dislipémico que se encuentra trabajando en su huerta. Durante la jornada, recibe picadura de avispa en abdomen, tras lo cual comienza con clínica de mareo y malestar general, por lo que avisan a MAP. Tras desplazarse a su domicilio, encuentran al paciente hipertenso (78/45) y con hipofonesis global a la auscultación, por lo que se le administra adrenalina subcutánea, actocortina, Polaramine y cloruro mórfico sin clara mejoría clínica, tras lo cual se decide trasladar al paciente a Urgencias.

Allí, comienza con cuadro de dolor epigástrico, evidenciándose posteriormente en ECG descenso de ST en cara inferolateral. Continúa hipotenso tras administración de 3000 cc de suero salino fisiológico, por lo que teniendo en cuenta su evolución clínica y los hallazgos en ECG, se decide avisar a UCI.

Se traslada a su planta, donde se inicia tratamiento con aminas, VMNI y doble antiagregación y se realiza cateterismo urgente con tromboaspiración y colocación de stent farmacoactivo.

Tras varios días a cargo de UCI, el paciente entra en fallo multiorgánico y fallece.

Como conclusión, el síndrome de Kounis es una entidad poco conocida que habría que tener en cuenta en aquellos casos en los que aparece de forma simultánea una reacción alérgica o shock anafiláctico y un evento coronario agudo.

CASOS CLÍNICOS

Síndrome antifosfolípido. Un diagnóstico que requiere una alta sospecha

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 75

Alejandra Marco Rodríguez

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Control de salud. La paciente acude por primera vez a consulta para solicitud de análisis de función tiroidea para ajuste de dosis de levotiroxina.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 57 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial, asma, varicectomía, hipotiroidismo autoinmune y 7 abortos espontáneos antes de la 10ª semana de gestación. Tratada con losartán, levotiroxina y salbutamol.

Anamnesis: No refiere sequedad ocular o de mucosas, fenómeno de raynaud, artropatías, tromboembolismos ni dermatopatías por fotosensibilidad.

Exploraciones/pruebas complementarias:

- Hemograma, coagulación, bioquímica, PCR y VSG normales. Crioglobulinas positivas (criotipo)
- Ginecología: Desde 1999, 4 biopsias de restos abortivos con edad gestacional

JUICIO CLÍNICO

Síndrome antifosfolípido (SAF) primario.

TRATAMIENTO Y PLAN DE ACTUACIÓN

AAS 100mg/24h para prevención de riesgo tromboembólico. Derivación a reumatología donde confirman diagnóstico tras recuento plasmático de 66.1U/ml de Ac Anticardiolipina IgM e 50 U/ml de β -2-glicoproteína I IgM (Anticoagulante lúpico negativo).

CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas del SAF son muy amplias y variadas, por lo que se requiere una alta sospecha para diagnosticarlo: fenómenos tromboembólicos en jóvenes sin factores de riesgo o en localizaciones poco habituales y complicaciones del embarazo sin causa definida. El diagnóstico diferencial exige considerar factores asociados a trombosis que no están relacionados con el SAF (edad avanzada, cirugía o inmovilización prolongada, hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes y tratamiento con anticonceptivos orales).

La paciente cumple los Criterios Sydney del 2006 (modificados de Sapporo) para el diagnóstico de SAF: un criterio clínico (más de 3 abortos espontáneos consecutivos antes de 10ª semana de gestación) y un criterio analítico (Ac anticardiolipina positivos en dos determinaciones separadas, al menos, 12 semanas).

CASOS CLÍNICOS

Bultoma inguinal de orixe incerto

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 76

Beatriz Alvarez Sobrado, Antía Pérez Orozco, Elba Rico Rodríguez.

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Bultoma inguinal.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Varón de 66 anos. Non alerxias medicamentosas coñecidas. Discopatía dexenerativa en rexión lumbar. Hábitos tóxicos: Non fumador. Bebedor dun vaso de viño na comida. Enfoque familiar: Xubilado. Vive coa súa muller, dous fillos casados que viven preto do matrimonio. Etapa VII do ciclo vital familiar.

ANAMNESE

Refire aparición dun bultoma non doloroso a nivel inguinal dereito de 1 mes de evolución, sin outra clínica asociada. Non síndrome constitucional. Non alteracións do hábito deposicional.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Bo estado xeral, afebril. Bultoma de consistencia dura en ingle dereita, que se despraza por planos profundos. Adenopatías ipsilaterales (pero non a outros niveis). Abdome sin masas nin megalias.

Probos complementarias: Solicítase analítica urxente con seroloxías e ecografía abdomino-pélvica preferente: Lesión nodular inguinal dereita de aprox 2.3 x 1.5 cm compatible con adenopatía inguinal

patolóxica. Resto sin interere. Na analítica discreta ferropenia. Derívase por vía rápida para biopsia a ciruxía xeral, cuxa anatomía patolóxica resulta metástase de carcinoma neuroendocrino.

XUÍZO CLÍNICO

Carcinoma neuroendocrino con metástase inguinal con tumor primario descoñecido.

TRATAMENTO

Linfadenectomía. Quimio e radioterapia.

EVOLUCIÓN

Na linfadenectomía apréciase recidiva tumoral nas cadeas ilíacas dereitas. Trala realización de múltiples probas de imaxe non se chega a atopar o tumor primario, dous anos despois persiste resposta completa ao tratamento oncolóxico. Nun dos últimos TC de control obxetívase unha trombose da Arteria Mesentérica sin repercusión clínica.

CONCLUSIÓN (E APLICABILIDADE)

Importancia dunha boa anamnese ante unha adenopatía cuxo orixe non estea aclarado solicitando seroloxías, analítica e ecografía. Dentro dos neuroendocrinos, os que se amosan con metástase de tumor primario descoñecido son relativamente frecuentes (entre un 10 e un 15%). As tromboses arteriales poden aparecer en pacientes tratados con algun quimioterápico que de non ser oclusivas se manexan desde primaria controlando os factores de risco cardiovascular.

CASOS CLÍNICOS

Erre que erre o meu "QR"

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 77

Leticia Quintana del Río, María Teresa Platas Pita, Rosa Rodríguez Álvarez.

ÁMBITO DO CASO

Mixto

ANTECEDENTES PERSONÁIS

Hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteracións funcionais do estómago, insuficiencia renal moderada e trastorno adaptativo mixto.

TRATAMIENTO

Enalapril/HCT, metformina, omeprazol, escitalopram e trazodona.

MOTIVO DE CONSULTA

Muller de 61 anos, recién afiliada ó cupo, que dados antecedentes personáis solicitamos ECG de control. No ECG aparece un Qtc de 530 mseg, e extrasístoles ventriculares monofocais. Cardiolóxicamente asintomática salvo disnea de moderado esforzó. Enviase a urxencias por QTc > 500 mseg e extrasistolia, donde retiran trazodona.

Exploración Física: Obesa. Anodina

Probas complementarias: Analítica normal, salvo leve hipocalcemia. Holter: RS, extrasistolia ventricular.

XC: Qtc prolongado con HARIHH e extrasistolia ventricular.

Diagnóstico diferencial: QT longo de etiología farmacolóxica (antidepresivos, trazidas, omeprazol)

QT longo por alteracións hidroelectrolíticas, QT longo conxénito.

EVOLUCIÓN

Comenzamos a disminuir escitalopram pouco a pouco para non suspender de supeto dous antidepresivos. 5 días despois en control continua con QTc de 507 e extras ventriculares frecuentes, continuamos diminuíndo o escitalopram. Tras dez días sen trazodona e con escitalopram en pauta descendente 523 mseg, persistindo as extrasístoles asintomáticas.

Dado que non hai gran melloría a pesar da retirada dos medicamentos sospeitosos solicítase nova analítica incluíndo ions con magnesio, que aparece diminuído. Ante este achado suspendemos medicamentos implicados con hipomanganesemia (htcz e omeprazol) e facemos tele consulta a Nefroloxía. Nefroloxía trata con suplementos de magnesio aínda que xa comenzara a mellorar tras retirada de medicamentos sospeitosos, Tras 2,5 meses a tratamento con magnesio, o QTc é de 470 mseg.

TRATAMENTO E PLAN

Continua con suplementos de magnesio. Seguemento por Cardiología, Nefroloxía e Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

A importancia da persistencia, insistencia e seguimento do paciente en atención primaria, así como a non limitación do estudo e do esforzó por parte do seu médico. A liberdade de acción e reacción.

CASOS CLÍNICOS

Máis amarelo ca unha flor de toxo

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 78

Alba Pons Revuelta, Antonio Regueiro Martínez, María Alonso Mozo

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Control.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:

- No AMC.
- Niega hábitos tóxicos.
- HTA, DLP.
- Hiperuricemia.
- Glaucoma.

TRATAMIENTO

Atorvastatina, alopurinol, Monoprost, Arteoptic.

ANAMNESIS

Hombre de 70 años que acude a control tensional, evidenciándose coloración ictericia de piel y mucosas. Refiere prurito, coluria, astenia y hiporexia desde hace 15 días. No fiebre, acolia ni cambios del ritmo deposicional. No otra clínica asociada. Niega viajes recientes. No consumo de productos herbolarios.

EXPLORACIÓN

Destaca tinte icterico. Afebril. Abdomen blando y depresible, no doloroso. No irritación peritoneal. No Murphy ni Blumberg.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer, que no presenta sintomatología. Tampoco vecinos ni amigos cercanos afectados.

Juicio clínico: ictericia a estudio.

Tratamiento: retiramos medicación actual.

Plan: analítica urgente.

EVOLUCIÓN

Llaman de laboratorio al día siguiente por importante alteración analítica de perfil hepato-pancreático. Se deriva al hospital para completar estudio.

Analítica: Urea 59, Glicosa 114, Cr 1.40, Ác. úrico 4.9 Bilirubina total 6.6, Na 137, K 4.4, ALT 737, AST 516, GGT 1949, FA 1334, Amilasa 180, PCR 7.8, Bilirubina directa 6.3, Ferritina 2819, TIBC 202, Fe 153, Sat. transferrina 76, Hb 16.2, VCM 94, Leucocitos 7.51, Plaquetas 213, INR 1.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ictericia obstructiva, colestasis
- hepatitis aguda vírica, tóxica o etílica.
- cirrosis.- CBP.
- coledocolitiasis
- pancreatitis.
- neoplásica: carcinoma periampular, Colangiocarcinoma

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- ECO abdominal: aumento difuso de ecogenicidad hepática sugestivo de hepatopatía médica/esteatosis.
- Estudios de hemocromatosis, autoinmunidad, serologías y ColangioRM normales.

Diagnóstico: hepatitis aguda de probable origen tóxico (estatinas /- alopurinol), tras mejoría clínico-analítica al suspender tratamiento previo.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia los cambios radicales que pueden suceder en consultas de control de enfermedades crónicas, y se recalca la importancia de mirar al paciente y preguntarle cómo se encuentra, independientemente del motivo de la consulta. Nos recuerda la importancia de valorar los tratamientos prescritos, ya que desde Atención Primaria vemos a Los pacientes en su globalidad, y podemos abordar interacciones o efectos tóxicos con más facilidad.

CASOS CLÍNICOS

El combate del año: tabaco vs Jak2

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 79

Alba Pons Revuelta, Antonio Regueiro Martínez, María Alonso Mozo

ÁMBITO DEL CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Resultados analíticos.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:

- No AMC.
- Fumadora de 1 paq/día desde los 25 años. Niega enolismo.
- EPOC no agudizador.

TRATAMIENTO

LAMA/LABA (erráticamente), AAS (por privado).

ANAMNESIS

Mujer de 62 años que viene a por resultados analíticos tras haber acudido con analítica privada con Hct de 60. Sigue fumando. Valorada por Neumología en 2015 por Hb 18 y Hct 55, que relacionaron con importante tabaquismo.

EXPLORACIÓN

BEG. Normocoloreada. No adenopatías. ACP: rítmica, sin soplos. Hipofonosis con MVC, sin ruidos sobreañadidos. Resto normal.

Analítica:

- Glicosa 62, Cr 0.67, Ác. úrico 11.7 Bilirubina total 0.8, Na 138, K 3.5, ALT 16, AST 22, GGT 32, FA 63, TSH 1.53, TG 110, Colesterol total 194, HDL 62, LDL 110.
- Hb 21.7, hematíes 6.94, Hct 65.3, VCM 94.1, ADH 17.3, Leucocitos 10.5, Plaquetas 132, VSG 2.

JUICIO CLÍNICO

Poliglobulia a estudio.

PLAN

E-Consulta a Hematología.

EVOLUCIÓN

Hematología responde que la citan preferentemente en CCEE con analítica para completar estudio. La llamamos para informarla.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Poliglobulia.

- tabaco.
- EPOC.
- insuficiencia renal, hipernefroma.
- exceso de corticoides.
- neoplásica.
- policitemia vera

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Analítica: pCO₂ 55, carboxiHb 10.2%, deoxiHb 10.3%, Fe 175, TIBC 326, Sat. transferrina 54%, Ferritina 191. Proteinograma, fólico, B12 y LDH normales. CEA 17.2.
- Genómica: no mutación JAK2 ni t(9;22).
- TAC torácico: enfisema pulmonar severo con bullas en campos superiores. Posible antecedente de TBC en LSD. Signos de HTP.

DIAGNÓSTICO

Poliglobulia secundaria a tabaquismo y/o EPOC.

TRATAMIENTO

No hay indicación de flebotomías.

Plan: Control del EPOC desde Primaria.

CONCLUSIONES

Con este caso se pone de manifiesto la importancia de conocer los recursos disponibles desde Primaria. Esta paciente podría haber tenido un cáncer, y haberla derivado a CCEE de Hematología hubiese demorado mucho más el estudio que utilizando la E-Consulta. Además, refuerza la importancia de la prevención desde nuestro nivel asistencial.

CASOS CLÍNICOS

Non todo é reuma

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 80

Laura Álvarez Santos, Rosa Belén Pérez Ramos, Laura Gómez Sánchez

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria, Servizos Urxencias

MOTIVOS DE CONSULTA

Dolor en membro inferior izquierdo de 3 días de evolución

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes persoais: Dislipemia a tratamento con ezetimiba/simvastatina e taquicardia a tratamento con bisoprolol.

ANAMNESE

Muller de 56 anos que acode a urxencias por dor na nalga irradiado a rodilla esquerda que comexzou fai dous días, nega antecedente traumático. Hoxe acude por presentar síncope tras episodio de dor intensa, a súa chegada a urxencias comeza con sensación distórmica e pico febril de 38,3 sen outro foco aparente.

EXPLORACIÓN

Presenta dor que abrangue dende a nalga a cara posterior do terzo proximal do muslo esquerdo, flexión non dolorosa, dolor leve a rotación externa e máis intenso a rotación interna, Lasegue negativo e Bragard positivo. Non se intenta deambulación pola intensidade da dor. Neurovascular normal.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de cadeira normal

Analítica: Proteína C Reactiva 9.6 mg/dL, leucocitosis con desviación esquerda

Hemocultivo: Staphylococcus aureus

Xuízo clínico: sacroileitis séptica esquerda

Dagnóstico diferencial: Espondilodiscitis, Absceso en psoas

Tratamento: antibioterapia según antibiograma e analxesia,

EVOLUCIÓN

A paciente evolucionou favorablemente tras a o tratamento pautado, un diagnóstico temperado permite diminuír as posibles secuelas, para isto debemos prestar atención os signos de alarma da lumbalxia e a clínica do paciente ante o que nos atopamos.

CASOS CLÍNICOS

Dolor torácico en varón joven

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 81

Rosa Belén Perez Ramos, Silvia García Saiz, Laura Álvarez Santos

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor torácico

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

HISTORIA CLÍNICA. ENFOQUE INDIVIDUAL

Sin antecedentes personales de interés.

ANAMNESIS

Varón de 26 años que acude a atención primaria por dolor torácico opresivo de dos horas de evolución en hemitórax izquierdo irradiado a espalda, y disnea. Inicio brusco en reposo. Se realiza ECG que resulta normal y toma de constantes a reseñar SatO₂ 94%. Se decide remitir a Urgencias para valoración.

EXPLORACIÓN

Buen estado general, Normohidratado y normoperfundido. No adenopatías periféricas. CyC: Normal. No soplos carotídeos. No bocio. AC: Rítmico, sin soplos AP: Normal. Abdomen: Blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalias. Extremidades: Pulsos periféricos conservados, no edemas ni datos de TVP. SNC: No focalidad neurológica. No lesiones cutáneas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: hemograma normal con Dímero D 251mg/ml. pO₂ 68 mmHg, Lactato 2,2.

Rx tórax: ensanchamiento mediastínico.

ECG: ritmo sinusal a 98 lpm.

TAC Aorta: No se objetiva semiología de síndrome aórtico agudo. Masa mediastínica anterosuperior, mixta, dispuesta a lo largo del margen cardíaco anterior y lateral derecho, alcanzando el ángulo cardiofrénico derecho, cuyas posibilidades diagnósticas iniciales son tumor de células germinales (teratoma, seminoma, carcinoma embrionario.....), sin poder descartar la posibilidad de timoma e incluso linfoma.

DESARROLLO

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular.

Diagnóstico Diferencial: Síndrome aórtico agudo, Tromboembolismo pulmonar, patología isquémica cardíaca, miocarditis.

Identificación de problemas: patologías potencialmente graves en su diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO

ABVD 6 ciclos RDT de consolidación

EVOLUCIÓN

Respuesta metabólica completa a terapia.

CONCLUSIONES

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta de mayor prevalencia no solo en el medio hospitalario, sino también en Atención Primaria. Desde nuestra consulta debemos abordarlo e identificar las causas más importantes y potencialmente graves, que pongan en peligro la vida del paciente entre su amplio diagnóstico diferencial.

CASOS CLÍNICOS

Doutora, doeme a mandíbula

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 82

Ana Rodríguez Pichel, Paula Calvo Gómez

ÁMBITO

Atención Primaria.

MC

Dor de mandíbula e colo.

HISTORIA CLÍNICA:

- AP: varón de 33 anos, sen AP de interés. AF: pai DM tipo 2.
- Anamnese: dende fai semanas, presenta dor na parte anterior do pescozo irradiada a mandíbula e oídos, que aumenta cos movementos de hiperextensión do colo. Exploración: farinxe hiperémica, que se interpreta como farinxite inespecífica. Tratamento: ibuprofeno. Volve a consultar 10 días despois, aqueixando aparición de febrícula nocturna, malestar xeral e aumento da dor.
- EF: dor á palpación na base do pescozo, pálpase agora un bulto en rexión anteroesquerda doloroso.
- PC: análise sanguíneo. Hemograma normal, VSG 29, PCR 8.152, T4 libre 2.28, TSH
- Xuízo clínico e DD: sospeita de Tiroidite Subaguda de DeQuervain. Diagnóstico diferencial: tiroidite infecciosa, absceso tiroideo, transformación hemorráxica nódulo tiroideo.
- Tratamento e plan: naproxeno 500c/12. E-consulta endocrinoloxía.

- Evolución: aparecen palpitacións, astenia, mialxias, insomnio, gran aumento de tamaño glándular, e febre, polo que acode ó servizo de urxencias. Visto por endocrinoloxía en urxencias, tratan con corticoides intravenosos, e para domicilio prednisona 30 mg c/24h, propranolol 40mg c/12, naproxeno 500 c/12h e omeprazol 20 c/12h. A clínica mellora espectacularmente, desaparecendo a dor e normalizándose o tamaño da glándula progresivamente en menos de dúas semanas.

Posteriormente visto en consulta hospitalaria, solicitan ecografía gammagrafía. Ecografía: glándula aumentada, heteroxénea, hipernodular sen aumento da vascularización nen adenopatías. Gammagrafía: bloqueo da captación do isótopo, ambos resultados compatíbeis.

CONCLUSIÓN

deberemos pensar en tiroidite de DeQuervain ante unha dor de pescozo, aumento ou non de glándula, ademais febrícula e astenia. O tratamento corticoideo corta a evolución da enfermidade e mellora rapidamente os síntomas. As veces persisten alteracións na función tiroidea que requiren tratamento substitutivo con levotiroxina meses/anos.

CASOS CLÍNICOS

A fusión marca a diferenza

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 83

María Teresa Platas Pita, Andrea Martínez Lorenzo, Álvaro Seijas López

ÁMBITO DO CASO

Mixto.

MOTIVO DE CONSULTA

Varón remitido dende AP a Reumatoloxía por dor en ambas articulacións esternoclaviculares.

HISTORIA CLÍNICA. ANTECEDENTES PERSOAIS

- Non alerxias medicamentosas coñecidas.
- Sordomudo dende os 3 anos.
- Elevación crónica da fosfatasa alcalina.
- Hábitos tóxicos: fumador activo.

Enfoque familiar e comunitario: vive en núcleo urbano. Antecedentes familiares sen Relevancia.

ANAMNESE

Varón de 48 anos, remitido dende AP coa sospeita de hiperostosis esternocostoclavicular para valoración de tratamento e posible asociación co Síndrome Sapho. Refire dor intermitente de tipo punzante en rexión esternoclavicular bilateral dende o ano 2015 tras un accidente de moto.

EXPLORACIÓN

Bo estado xeral, consciente, orientado e colaborador. Eupneico en repouso. Afebril.

Rexión esternoclavicular bilateral engrosada, dura e indolora á palpación. Movilidade de ambos ombreiros sen alteracións. Non artritis. Non lesións cutáneas suxestivas de psoriasis ou pustulosis. Circulación colateral torácica, máis rechamante en hemitórax esquerdo.

PROBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: VSG 1ª hora 56.0 mm, Fosfatasa Alcalina 327.0 UI/L, Calcio 10.4 mg/dL (Calcio corregido 9.9 mg/dL).
- Rx clavículas: Hiperostosis esternoclavicular bilateral (similar a estudos previos dende 2015).
- TC: Signos de hiperosificación perióstica e endóstica de esternón, clavículas e 1º arco costal bilateral, así como da zona máis anterior de ambos segundos arcos. Todas estas estruturas están fusionadas co manubrio esternal. Estes achados son compatibles co Síndrome de hiperostosis esternocostoclavicular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sd Sapho, Artrosis, Hiperostosis esternocostoclavicular.

XUÍZO CLÍNICO

Hiperostosis esternocostoclavicular.

Tratamento: Ácido alendrónico en espera de novos resultados.

EVOLUCIÓN

Pendente de realización de PET-TAC e analítica con marcadores óseos. Valorarase o tratamento con Ácido Zolendrónico según os resultados.

CONCLUSIÓN

Os profesionais de Atención Primaria temos que facer fronte a situacións case anecdóticas sobre as que apenas existe información. Debemos ser especialmente coidadosos no estudo destes pacientes, pois ante a incertidumbre somos o seu principal apoio no sistema sanitario. Neste caso quérese remarcar a excelente sospeita no diagnóstico por parte do médico de AP ao tratarse dunha patoloxía tan pouco común.

CASOS CLÍNICOS

Poliartritis migratoria aguda

Sonia Aguiar Silva, Montserrat González Teijeiro

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 84

ÁMBITO DEL CASO

AP, Urgencias, AE.

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor y tumefacción articular migratoria en tobillos y muñecas de más de 1 semana de evolución.

HISTORIA CLÍNICA. ENFOQUE INDIVIDUAL

Antecedentes personales: Alergias: PENICILINA. DLP tratada con atorvastatina 30 mg.

ANAMNESIS

Varón, 64 años. Dolor y tumefacción articular migratoria en tobillos y muñecas de 1 semana de evolución. Analítica con elevación de RFA y empeoramiento progresivo de la sintomatología, por lo que se pauta Prednisona 10mg/24 h, se completa analítica y se contacta telefónicamente con Reumatología. Asistencia a Urgencias por fiebre refractaria a antitérmicos y diarrea sin sangre ni productos patológicos, permaneciendo en Observación e ingresando en Medicina Interna con el JC de poliartritis/mialgias a estudio y diarrea.

EXPLORACIÓN

Calor, tumefacción y limitación funcional importante en tobillos/ muñecas, que posteriormente se generaliza a nivel articular, presentando atrofia proximal en las 4 extremidades y fiebre de 39°C. Resto exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PCR, Ferritina y VSG elevadas. Anemia, leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Resto analítica sangre, orina y rx tórax anodinas. Serologías/Hemocultivos -. Coprocultivo: Campylobacter coli sensible a eritromicina. EMG 4 extremidades normal.

JUICIO CLÍNICO

GEA por Campylobacter coli. Artritis reactiva infecciosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras GEA bacterianas. AR farmacológica. PNP inflamatoria aguda.

Identificación de problemas: Inexistencia de vías rápidas de derivación de las artritis agudas.

Tratamiento. Planes de actuación:

Ciprofloxacino empírico, sueroterapia, dieta y analgesia. Azitromicina 1gr y prednisona 15 mg/24 h. Alta. Revisión en Reumatología y AP.

EVOLUCIÓN

Favorable. Desaparición progresiva del dolor y la inflamación articular. En controles coprocultivos – y PCR/VSG en descenso, hasta valores en rango. Reducción paulatina de corticoterapia.

CONCLUSIONES (Y APLICABILIDAD PARA LA MEDICINA DE FAMILIA)

Importancia de la detección precoz de sintomatología inespecífica, que requiere de circuitos de colaboración estrecha con AE y que puede beneficiarse de la aplicación de herramientas TIC tipo e-consulta.

CASOS CLÍNICOS

Vigilar para no suspender: ¿lo hacemos en nuestra consulta?

Noelia Caamaño Triáns, Leticia Quintana del Río, Manuel Ángel Domínguez Espejo

Varón de 69 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador ocasional. Leucemia mielomonocítica crónica tipo 2. Adenocarcinoma de pulmón en estadio IV.

Inicia tratamiento con erlotinib en junio de 2017 a dosis de 150 mg/día. Presenta rash acneiforme, eritema y diarrea al poco de iniciarlo (esta última obliga a suspenderlo). Se reinicia con dosis de 100 mg/día.

Desde hace 2 meses presenta lesiones cutáneas en dedos de ambas manos que no mejoran tras corticoide tópico pautado por Oncología. Consulta por el dolor e incomodidad que le ocasionan dichas lesiones.

Se objetivan lesiones en cara lateral de dedos de ambas manos a nivel de borde ungueal. Unas secas y otras con exudado y abundante tejido de granulación.

Se pauta antibiótico tópico y se realiza e-consulta con Dermatología.

Acude a los dos días por empeorar sus lesiones. Presenta flictena serohemorrágica y aumento de volumen que afecta al segundo dedo, eritema, aumento de temperatura y tumefacción en dorso

de mano y brazo izquierdo. Con el diagnóstico de paroniquia como posible efecto secundario cutáneo de erlotinib y celulitis probable, se deriva a Urgencias del Hospital.

Cirugía Plástica desbrida la flictena, envía muestra a microbiología y realiza cura. Ingresa en Medicina Interna para antibioterapia intravenosa, inicialmente con amoxicilina-clavulánico, sustituyéndose por ciprofloxacino tras aislamiento de *Morganella morganii* sp. Se suspende erlotinib

Evoluciona favorablemente y es alta a la semana. Realiza seguimiento breve con Cirugía Plástica debido a la resolución de las lesiones.

Al mes se reanuda erlotinib a dosis de 50 mg/día.

Desde entonces seguimiento en nuestra consulta.

En pacientes oncológicos hay que tener presente la medicación y los efectos secundarios de esta ante cualquier síntoma nuevo. En el caso del erlotinib está descrita la erupción acneiforme y la paroniquia como efectos secundarios frecuentes que en ocasiones obliga a suspender el tratamiento temporalmente y reintroducirlo ajustando dosis.

CASOS CLÍNICOS

Lesiones que avisan

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 86

Noelia Caamaño Triáns, Jacobo Vieites Pérez, Ana Leonor Prada Vigil.

Varón de 93 años sin alergias medicamentosas conocidas. Diagnosticado de enfermedad diverticular de colon izquierdo. Sin otros antecedentes de interés.

A la edad de 85 años presentó lesiones en palmas de manos, estudiadas por Dermatología, con correlación clínico-histopatológica de dermatitis granulomatosa intersticial. Se efectuó entonces una búsqueda para despistaje de neoplasias sin resultado.

Con 86 años de edad se le detectó una adenopatía axilar derecha que se biopsió, con diagnóstico anatomopatológico de linfadenitis reactiva con microgranulomas sarcoideos.

Dos años después presenta clínica de hiporexia, epigastralgia, vómitos, estreñimiento y pérdida de unos 5 kg de peso. Se indicó tratamiento con omeprazol y procinéticos sin mejoría clínica, por lo que se deriva a Digestivo para completar estudio.

La exploración física es normal y en la analítica solo se objetiva ferropenia.

En la endoscopia digestiva alta realizada, aparecen, a nivel de antro, tres úlceras con bordes sobreelevados y fondo sucio, con hallazgo anatomopatológico de linfoma no Hodgkin B de célula grande difusa.

El TAC es informado como linfoma gástrico conocido con afectación nodal, periportal, retroperitoneal, axilar, hepática y esplénica.

Se remite a Hematología para tratamiento: completa 8 ciclos con R-CHOP/21 con dosis ajustadas de adriamicina con buena tolerancia. Posteriormente realiza mantenimiento con rituximab trimestral durante dos años (8 ciclos en total).

En remisión completa desde entonces. En la actualidad está asintomático, sin ninguna clínica digestiva y sus controles analíticos son normales.

Conclusión: Determinadas entidades deben considerarse indicio de otras enfermedades sistémicas o neoplasias y su presencia debe obligarnos siempre a ser exhaustivos en el estudio de estos pacientes.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 87

CASOS CLÍNICOS

Un golfiño na nosa consulta

Manuel Ángel Domínguez Espejo, Jacobo Vietes Pérez, Isabel Planas Díaz

ÁMBITO DO CASO

Mixto.

MOTIVO DE CONSULTA

Malestar xeral.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Non AMC. Non FRCV. Non hábitos tóxicos.

ANAMNESE

Varón de 31 anos que acude ó centro de saúde por tos con expectoración amarela e dor torácico que se reproduce coa tos. Febrícula. Non mareo nin síncope previos. Non otalxia nin cefalea. Non outra clínica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Bo estado xeral. T°: 37,3°C TA: 120/80. ORL: orofarinxe hiperémica. Otoscopia bilateral: CAE esquerdo hiperémico. ACP: rítmico. Dudoso roce pericárdico. MVC sen ruidos sobreengadidos. NRL: non datos de focalidade neurolóxica.

Diagnóstico diferencial: bronquite aguda, pericardite aguda.

Probas complementarias:

EKG: ritmo sinusal. Patrón rSr con elevación do punto J e ST descendente con onda T negativa (imaxe en aleta de golfiño) en V1, suxestivo de fenotipo I de síndrome de Brugada. Imaxe en cadeira de montar en V2.

XUÍZO CLÍNICO

Síndrome de Brugada.

EVOLUCIÓN

Derívase ó paciente a CardioloXía para ampliación de estudos e seguemento.

Ecocardiograma: sen cardiopatía estrutural.

Test de flecainida e Ajmalina positivos para síndrome de Brugada.

Recoméndase estudos de familiares de 1º grao e realízase estudo xenético con resultado negativo.

Realízase estudo electrofisiolóxico con protocolo de indución de arritmias negativo.

Tratamento, plans de actuación: seguemento en consulta de arritmias, tratar precozmente a febre e evitar determinados fármacos.

CONCLUSIÓN

Ante a sospeita dunha posible pericardite realizouse un EKG a este pacietne sendo diagnosticado dende Atención Primaria dun síndrome de Brugada. Gracias a isto puido realizarse un estudio complementario e beneficioso ó resto de familiares correspondentes; polo que reafírmase a importancia do médico de familia no diagnóstico de moitas patoloxías.

CASOS CLÍNICOS

Fascitis eosinofílica: a propósito de un caso

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 88

Noemí López Rey, Anyhela Karin Lozada García, Antía López Fernández

Paciente de 69 años que consulta por edemas en miembros inferiores, de predominio izquierdo.

Antecedentes personales sin hábitos tóxicos, dislipemia con buen control dietético, insuficiencia venosa izquierda e hipertrofia benigna prostática a tratamiento con duodart. Fue intervenido de hernia inguinal izquierda hace un año.

Consulta por edema en pie izquierdo, que aumenta hasta ambos miembros inferiores. Por este motivo acude a urgencias, donde se pauta furosemida. En el control en consulta de atención primaria, se realiza exploración física sin hallazgos relevantes salvo edemas con fóvea bilaterales con datos de insuficiencia venosa crónica. Se ajusta medicación y se realiza analítica con bioquímica, perfil hepático, perfil tiroideo, colesterol y sedimento normales; en el hemograma se objetivan 8800 leucos (16.9% eosinófilos). Acordamos nueva visita en la cual se evidencia progresión de edemas que aparecen en ambos brazos (aumenta la correa del reloj) y se acompaña de disnea, por lo que se deriva a Urgencias y se descarta proceso compresivo de vena cava superior, aumentando la dosis de diurético.

En una nueva visita, el paciente refiere cambios de peso de 1 kilogramo al día con aumento de disnea, niega dolores musculares o edemas matutinos en cara u ojos. Se decide derivación por vía rápida a Medicina Interna donde se inicia estudio diagnóstico con fascitis eosinofílica como primera opción y se realiza resonancia magnética; confirmado el diagnóstico, se instaura tratamiento con corticoides.

Los edemas son un motivo de consulta frecuente en Atención primaria que engloban un amplio diagnóstico diferencial; la fascitis eosinofílica es un síndrome de etiología mayoritariamente desconocida, caracterizado por tumefacción e induración de la piel y tejidos blandos subyacentes que afecta sobre todo a antebrazos y pantorrillas. El estrecho seguimiento y visitas de control proporcionadas por parte del equipo de atención primaria, han facilitado un diagnóstico más temprano.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 89

CASOS CLÍNICOS

Vigilancia

Carla Blanco Vázquez, Alain García de Castro, Nerea López Ocaña

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Servicios de Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA

Sangrado digestivo

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No AMC. DL, HBP. Tratamiento: dudodart, atorvastatina y clexane 40mg. Previamente IABVD, viudo desde hace 2 años, residente en Ourense. Tiene dos hijos que viven en A Coruña.

ANAMNESIS

Varón de 85 años, institucionalizado en una residencia en A Coruña desde hace 3 días tras intervención de fractura de cadera (sufrida 10 días antes).

Avisan de la residencia al 061 porque encuentran al paciente inconsciente en el W.C. con abundante sangre roja y coágulo en el suelo. Lo trasladan a la habitación, persiste rectorragia. Los días previos había presentado deposiciones oscuras sin quejas somáticas ni vómitos acompañantes

EXPLORACIÓN

Pálido, frialdad distal. Poco reactivo. Leve taquipnea. TA 80/50. AC: rítmico sin soplos, taquicárdico. ABD: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. En pañal se observa sangre fresca y coágulos.

Juicio clínico: hemorragia digestiva posiblemente alta.

TRATAMIENTO

Se canalizan dos vías en MMSS, se administra omeprazol en bolo y fluidoterapia. Se traslada al hospital. A su llegada retiran analítica y gasometría, se intensifica el tratamiento de la volemia (trasfusión sangre total sin cruzar y sueros), se alcanza TAS>100 por lo que se solicita estudio endoscópico urgente. La prueba no permite localizar el punto de sangrado activo dada la cantidad de restos hemáticos que presenta el tubo digestivo.

EVOLUCIÓN

El sangrado no cede y el paciente se deteriora. Tras hablar con la familia y exponerles las opciones se seda al paciente, que fallece a las pocas horas.

CONCLUSIÓN

La enfermedad tromboembólica es causa frecuente de morbimortalidad en el paciente quirúrgico. La incidencia es muy elevada en la cirugía traumatológica y aún más si se trata de fractura de cadera, por lo que se instaura tromboprofilaxis rutinaria

Pero a su vez los pacientes más propensos a este tipo de fracturas son los que presentan mayor riesgo de complicaciones. En ellos se debe realizar una vigilancia estrecha y una reevaluación constante de la indicación del tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

O fenómeno do ordeñado miocárdico

Villamarín Bello Beatriz, Rodríguez Piñeiro Paloma, Gómez Hung Mairene

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 90

ÁMBITO DO CASO

Mixto

MOTIVO DE CONSULTA

Dor torácica

HISTORIA CLÍNICA

Enfoque familiar e comunitario: o paciente vive coa súa muller e o seu fillo en zona urbana. Un irmán presenta o diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica familiar

ENFOQUE INDIVIDUAL

- Antecedentes persoais: miocardiopatía hipertrófica familiar con seguemento na consulta de Cardiopatías Familiares, pendente de coronariografía por antecedentes de isquemia no territorio da arteria descendente anterior.
- Anamnese: dende hai un mes molestia epigástrica que mellora cos eructos, sin irradiación nin cortexo vexetativo, desencadéase cos esforzos e cede en un ou dous minutos.
- Na exploración presenta un bo estado xeral, atópase normotenso e eupneico, a auscultación tanto cardíaca como pulmonar é normal e non presenta ningún outro achado de interese.
- ECG: sin alteracións de interese
- Xuízo clínico: Síndrome coronario agudo (SCA) tipo anxina inestable

EVOLUCIÓN

Ante a sospeita clínica decídese enviar ao Servizo de Urgencias de referencia, realízase a determinación de marcadores de dano miocárdico que resultan elevados, foi ingresado no Servizo de Cardiología e realizóuselle coronariografía que mostrou enfermidade de dous vasos e "fenómeno de milking severo" (fenómeno que corresponde co ordeño das arterias coronarias pola contracción miocárdica) na arteria descendente anterior medial. Instaurouse o tratamento axeitado con evolución favorable e foi dado de alta co diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación do segmento ST, manténdose asintomático na actualidade.

CONCLUSIÓN:

Aínda que ante a clínica mostrada polo paciente a nosa sospeita diagnóstica foi a adecuada, puidemos aprender unha nova entidade descoñecida para nós ata o momento, o "fenómeno de milking", que, aínda que dende o Servizo de Cardiología parece non otorgárselle especial relevancia debido a que o manexo do paciente non difire ante este achado, a nós serviunos para coñecer este curioso fenómeno.

CASOS CLÍNICOS

Bultoma en mano: revisión del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 91

Cristina María Romero Quintás, Cristina Ramos Alonso

En este póster se pretende aportar una revisión del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT), abordándolo a raíz de un caso en la consulta de atención primaria desde la anamnesis, exploración, diagnóstico diferencial, pruebas complementarias y resolución, aportando imágenes del mismo.

Paciente de 56 años sin antecedentes de interés, acude a médico de Atención Primaria por tumoración en segundo dedo de la mano izquierda. La lesión presenta un mes de evolución y el paciente la relaciona con traumatismo con un martillo. A la exploración es una lesión multilobulada, de 3 cm de tamaño en cara radial de tercera falange de segundo dedo de mano izquierda, de consistencia gomosa, no móvil, no dolorosa. No limita la movilidad del dedo. Se solicita analítica y ecografía de partes blandas, la primera muestra hiperuricemia e hiperlipidemia sin otras alteraciones significativas, la segunda se informa como tumoración compatible con TCGVT, por lo que se deriva a cirugía plástica quien realiza la exéresis y confirmación histológica.

El TCGVT es de etiología benigna y el segundo tumor más frecuente en la mano, por detrás de los quistes ganglionares. Su diagnóstico diferencial no se debe limitar a los tumores aislados de la mano, sino a una amplia variedad de causas no tumorales como enfermedades sistémicas o cuerpo extraño. El papel del médico de atención primaria es fundamental para un correcto diagnóstico diferencial que se realiza mediante anamnesis, minuciosa exploración física y correcta indicación de las pruebas complementarias. Su etiología es desconocida, aunque se ha asociado a traumatismos. Las pruebas complementarias más relevantes en su diagnóstico son la radiografía, ecografía, resonancia magnética y biopsia, aunque la más costo efectiva es la ecografía y el gold estándar el estudio histopatológico. El tratamiento es quirúrgico, con una tasa de recidiva del 45%.

CASOS CLÍNICOS

Dolor abdominal localizado en paciente anciano

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 92

María Alonso Mozo, Alba Pons Revuelta, Cristina Silva Porto

ÁMBITO

Urgencias.

MOTIVOS DE CONSULTA

Dolor en fosa iliaca derecha.

HISTORIA CLÍNICA:

AP: Mujer 70a, alérgica a amoxicilina-clavulánico, dislipémica e hipertensa, LES y BAV. Sin intervenciones.

Anamnesis: Acude al SUH por dolor abdominal tipo cólico de predominio en FID con irradiación a lumbar y suprapúbica de 3 días de evolución, malestar general y náuseas. Afebril, sin sintomatología miccional y deposiciones de normales. Sin episodios similares previos. Dada de alta el día anterior por mismo cuadro, con sospecha de posible crisis pieloureteral; sin alteraciones patológicas en las pruebas complementarias, con vigilancia domiciliaria y analgesia. Ante empeoramiento de la clínica, decide vuelve a consultar.

EXPLORACIÓN

TA 156/82, FC 79, Tª 36,7. Paciente BEG. COC. Normocoloreada, normoperfundida y normohidratada. ACP normal. Abdomen con RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda de manera focal. Blumberg y Mc Burney impresionan negativos. No se palpan megalias, ni masas. PRRB negativa. Resto anodino.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- AS: Urea 41; Creatinina 1,01; Sodio 143; Potasio 4,4; PCR 2,3. Hemoglobina 12,0; VCM 92,1; Leucocitos $4,85 \cdot 10^9$; Neutrófilos 46,9%; Linfocitos 34,6%; Plaquetas $210,0 \cdot 10^9$. Resto normal.
- ORINA: Densidad 1.005; pH 7; Leucocitos; Nitritos-; Proteínas-; Sangre-; Sedimento normal.
- ECO: Se identifica apéndice cecal posterior, engrosado, apendicolitos e imagen anecoica de 8mm adyacente a la porción distal, con pequeña cantidad de líquido libre. Sugestivo de apendicitis aguda complicada.

JUICIO CLÍNICO

Cólico nefrítico → Apendicitis aguda → Adenocarcinoma mucinoso de células en anillo de sello (tras resultado APE).

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis, obstrucción intestinal, EII, diverticulitis, cólico nefrítico, tumor ovárico, hematoma pared abdomen, absceso de psoas.

TRATAMIENTO

Derivación a Cirugía y seguimiento por Oncología.

CONCLUSIONES

Es importante mantener una actitud expectante y crítica, considerando diagnósticos alternativos, aún cuando la clínica sea sugestiva. Es clave, mantener una buena comunicación con el paciente, informando sobre los signos de alarma y evolución natural del cuadro.

CASOS CLÍNICOS

Ferramentas diagnósticas en atención primaria:
esofagograma baritado

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 93

Lucía Cedron Barreiro, Sara Fernández Quintana, Brais Miguel García Dacal

AMBITO DO CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Disfagia progresiva

Doente varón de 84 anos.

FRCV: HTA. Dislipemia a tratamento con estatinas e ARA II.

Hábito enólico, abstinente dende 2008.

EPOC moderado secundario a tabaquismo e exposición a fume de biomasa.

FA anticoagulada con acenocumarol e control de frecuencia con betabloqueantes.

Epilepsia tratada con levetiracetam.

Ciruxías: herniorrafia bilateral.

ANAMNESE

Consulta no médico de cabeceira por presentar disfagia alta e progresiva de varios meses para alimentos de diferentes consistencias, con exploración física anodina e radiografía de tórax sen evidencia de patoloxía xustificante, previamente descartada causa farmacolóxica. Volta de novo á consulta un mes máis tarde por empeoramento clínico, nesta ocasión refire disfagia e vómitos de contido alimentario sen dixerir, sen síndrome xeral asociado. Ante a sospeita de patoloxía esofáxica estenosante e dados os antecedentes de enolismo e tabaquismo, solicitouse un esofagograma baritado no que se evidencia un divertículo esofáxico posterior.

XUIZO CLÍNICO

Divertículo esofáxico de Zénker.

Diagnóstico diferencial:

- Neoplasias.
- Compresión extrínseca.
- Alteracións funcionais.
- Iatroxenia: fármacos, radioterapia...
- Patoloxía neuromuscular.

TRATAMENTO

O tratamento de elección dos divertículos esofáxicos é a cricofaringomiotomía mediante a endoscopia dixestiva alta.

Conclusións:

Os trastornos da deglución supoñen un reto diagnóstico pola relevancia das características e evolución da disfagia así como dos síntomas asociados para poder orientar á etiología do proceso.

A exploración física non debe estar dirixida só a realizar un diagnóstico, senón á avaliación das consecuencias: hidratación, nutrición e complicacións pulmonares.

A pesar de realizar unha anamnese e exploración exhaustivas, a maioría das patoloxías esofáxicas requiren de probas de imaxe complementarias que se poden solicitar dende atención primaria.

A sensibilidade do esofagograma para estudo de estenoses é superior ó da endoscopia, xa que aporta información sobre morfoloxía e función esofáxica.

O esofagograma non sempre evita a necesidade de realizar unha endoscopia ben con fins diagnósticos ou terapéuticos.

CASOS CLÍNICOS

Diagnóstico diferencial de interés: la parapsoriasis

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 94

Beatriz Rodríguez Fernández, Laura Mesa-Álvarez, Ángeles Flórez

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA

Varón 41 años que acude a su Médico de Atención Primaria por lesiones eritematoanaranjadas y pruriginosas localizadas en MMII, flancos y cara interna de MMSS de un año de evolución. El paciente no lo asociaba con ningún desencadenante. No mejoría tras antifúngico tópico. Mejoría tras helioterapia.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Convive con su pareja e hijo, ambos asintomáticos. Actualmente en paro, previamente jefe de cocina. No otros AF de interés.

ANTECEDENTES PERSONALES

Alérgico a AAS. No hábitos tóxicos. Dermatitis atópica. Rinitis y asma alérgica a tratamiento con inhaladores de salbutamol y beclometadona/formoterol.

EXPLORACIÓN

Máculas de morfología digitiforme y ovalada eritematoanaranjadas y levemente descamativas en las localizaciones descritas. No desaparecen a la digitopresión.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS/EVOLUCIÓN

Escasa mejoría con tratamientos pautados. Dificultad para la realización del diagnóstico diferencial y de diagnóstico de la entidad definitiva.

Pruebas complementarias: Analítica con función tiroidea, hepática, perfil lipídico y proteinograma sin hallazgos relevantes. IC a Alergología y realización de prick test con resultado positivo para gramíneas. IC a Dermatología por escasa mejoría donde se le realizan biopsia en MSI cuyo resultado es de "Cuadro histopatológico compatible con parapsoriasis. Sin monoclonalidad ni aberrancia en el inmunoperfil de la población mononucleada presente".

Diagnóstico diferencial: Psoriasis, micosis fungoide, eccema, dermatofitosis, ptiriasis rosada de Gibert

Juicio clínico: Parapsoriasis

Tratamientos/planes de actuación: (según evolución) corticoide tópico, fototerapia UVB-BE, PUBA, emolientes, helioterapia...

CONCLUSIONES

Se trata de un cuadro clínico poco conocido en nuestro ámbito de Atención Primaria cuyo diagnóstico es fundamental ya que se debe descartar micosis fungoide, el linfoma cutáneo más frecuente, cuyo pronóstico depende del estadio. Por lo que su seguimiento es necesario pues se ha visto en algunos casos asociación con esta entidad maligna.

CASOS CLÍNICOS

A tos dun retornado

María Montserrat Franco Ojea, Ana Zamora Casal, Cristina Luíña Fernández

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 95

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Tos e fatiga.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 58 anos primeira visita á consulta, residente en Reino Unido, volta a Galicia trala perda do emprego.

Trátase dun paciente sen alerxias, fumador de 25 cigarrillos, consumo acumulado de 52 paquetes/ano. Pai falecido de Cáncer de pulmón (sen informes).

Acode fai un ano por tos dende facía uns 25 días con expectoración clara sobretudo matutina e fatiga cos esforzos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sat O₂: 98%, FC: 79 lpm. TA: 120/75 ACP: rítmico, sen soplos. Crepitantes bibasais.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Rx tórax: enfermidade intersticial reticular de predominio subpleural, con área mal definida no campo medio do pulmón esquerdo que puidese estar en relación cun tenue infiltrado e dudosos opacidade nodular. Espirometría: FVC: 86.8; FEV1: 69.5; FEV1/FVC: 59. PBD: negativa. Patrón obstructivo.

En Neumología: Analítica: VSG: 50; PCR: 0.88; ANA: negativo, p-ANCA: negativo. ECA: 95; LDH: 488. FR y AntiCCP: negativo, CPK: normal. Alfa-1- antitripsina: negativa.

DLCO: 42.9%.

TACAR: reticulación e panalización subpleural de predominio en lóbulos superiores. Enfisema centrolobulillar.

BAL: citología negativa: 20% PMN; 10% de linfos. Bacterias: neg, Micobacterias: neg.

TM6M: saturación media 86%, Saturación mínima 81%.

Xuizo clínico: FPI y enfisema centrolobulillar severo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

EPID secundaria: amiloidosis, eosinofilia pulmonares, histiocitosis, sarcoidosis, enfermidade do tecido conectivo, toxicidade farmacolóxica, radioterapia, neumoconiosis...

EVOLUCIÓN

Tras un ano a disnea pasou dun MRC de 2 a 4, Sat de 94%, AP: hipofonosis en campos superiores e crepitantes bibasais. Novo TACAR: a maiores bronquiectasias e bronquiolectasias de tracción.

Tratamiento: O₂ para desplazamentos e Nintedanid (antifibrótico), a seguimento con probable evolución a Transplante pulmonar.

CONCLUSIÓN

A importancia das consultas de Atención Primaria na filiación e diagnóstico de diferentes patoloxías que como no caso da anterior poden ser graves e cun tratamento farmacolóxico e quirúrxico definitivo. Prestar atención e filiar a semioloxía que nos expoñen os pacientes supón un reto, e un logro para a Primaria.

CASOS CLÍNICOS

Unha leucocituria sospeitosa

Macarena Pallas Rodríguez, Laura Rois Donsión, Jesús Manuel Caeiro Castelao

Recibimos na consulta unha muller de 60 anos que acode por persistencia de síntomas urinarios tipo disuria e molestias abdominais baixas a pesar de dous ciclos de tratamento con fosfomicina, asociado soamente o primeiro deles con tira urinaria compatible con infección do tracto urinario (ITU) (leucocitos sangue e nitritos) sendo as posteriores probas positivas unicamente para leucocituria.

Decídese retirar urocultivo e esperar polos resultados antes de repetir tratamento antibiótico empírico, dando positivo para *Enterococcus faecalis* en cuantía menor a 100.000 UFC e por tanto sen cumprir criterios de ITU; isto asociado a que a paciente estaba asintomática no momento da revisión fixo optar unicamente por retirar unha nova mostra de urocultivo que resultou negativa, polo que non se tomaron novas medidas. Catro meses despois vólvense repetir episodios similares de días de evolución que ceden espontaneamente. Nas mostras urinarias recollidas en periodos sintomáticos atopamos unicamente leucocituria en cuantía arredor dos 200 por campo, con urocultivos negativos ou contaminados. Debido á persistencia intermiente de síntomas urinarios e ó achado constante de leucocituria non existente previamente, decídese realizar ecografía vesical na consulta, atopando unha lesión polipoidea dependente de parede vesical. Dispoñemos de imaxes da ecografía realizada na consulta en relación ó caso, que adxuntaremos no póster en caso de ser aceptada a comunicación.

Plan: Remítese a consultas de Uroloxía por vía rápida de vexiga.

EVOLUCIÓN

A lesión vesical resecau completamente co diagnóstico de carcinoma papilar de células transicionais de baixo grao. Actualmente a paciente persiste asintomática sen datos de recidiva tumoral.

Revisando posteriormente os antecedentes da paciente descubrimos a relación entre o síndrome CREST polo que estaba a seguimento en Reumatoloxía cos tumores vesicais, sendo este o seu único factor de risco (non exposición a tóxicos nin inmunosupresores etc)

CONCLUSIÓN

A dispoñibilidade de ecógrafo en consulta de Atención Primaria permitiu diagnosticar precozmente unha neoplasia cunha presentación atípica tanto pola intermitencia da clínica coma pola leucocituria en ausencia da hematuria clásica deste tipo de tumores.

CASOS CLÍNICOS

Paseniño pero ate a meta

María Montserrat Franco Ojea, Cristina Luiña Fernández, Yaiza Pernas Ónega

ÁMBITO DO CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Manchas na pel.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente muller de 68 anos sen alerxias. Hipertensa, Dislipémica, Glucemia basal alterada. Vértigos periféricos. Amnesia global transitoria en 2014. Tratamento: Simvastatina; Valsartan/Hidroclorotiazida; Ranitidina, Tromalyt 300 mg. AF: madre con Parkinson.

Acode a consulta en 2016 por aparición súbita e progresiva de machas na pel, asociada a dor no brazo dereito con ocasional perda de forza. En anamnesis dirixida, sen sangrado noutras localizacións, non tomou novos fármacos.

Exploración física: máculas eritemato-violáceas que non desaparecen á vitropresión, impresionan de hematomas, en tronco e membros superiores en diferentes estadios de evolución. ACP: rítmica sen soplos. MVC. Ex articular: sen datos de inflamación articular, neurovascular dista conservado.

P. COMPLEMENTARIAS

Analítica: Plaquetas: 96.000, Neutropenia: 1.600. VSG y PCR: normais. Proteinograma: normal, TSH normal.

Ampliación: Frotis: sen alteracións. Seroloxía (VHC, VHB, VIH, VEB, CMV): negativa e autoinmunidade (ANAS, ENAS, Anti DNA): negativa.

EVOLUCIÓN

Realizamos Teleconsulta con hematoloxía, donde se propón cambio de tromalyt por clopidogrel e de ranitidina por omeprazol.

Repetimos a analítica aos 3 meses: Plaquetas 52000; realizando nova derivación: propoñen realización de Test do alento: negativo.

Antes dos 3 meses da seguinte analítica a paciente presenta sangrado vaxinal, sendo derivada a Urxencias, obxetivándose plaquetopenia de 20000, ingresa en hematología, necesitando trasfusión urxente de plaquetas. Retírase clopidogrel sin cambios e realízase: biopsia de médula ósea: MO hipocelular con predominio da serie vermella; mais Eco-abdominal: normal.

TRATAMIENTO

Prednisona e romiplostin con boa evolución, sen sangrados. Analítica de control: Plaquetas 120000

Xuizo clínico: Púrpura trombocitopénica idiopática.

Diagnóstico diferencial: PTT/SHU, LES, CID, fármacos (penicilinas, vancomicina, ibuprofeno, ranitidina, diazepam, heparina...), síndrome hemofagocítico, hiperesplenismo, déficits nutricionais, invasión medular (SMD).

CONCLUSIÓN

O seguimento estreito dos pacientes e non deixar a ninguén no olvido a pesar da sobrecarga asistencial proporciona os seus froitos. Primaria e o coidado continuo do paciente, estar alerta na búsqueda do diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Acatisia

Antía López Fernández, Noemí López Rey, Anyhela Karin Lozada García

Caso clínico visto nun domicilio da Urgencia Extrahospitalaria (PAC) de madrugada.

Avisóusenos por axitación como motivo de consulta. Tratábase dunha muller de 85 anos cos seguintes antecedentes persoais (relevantes): Deterioro cognitivo incipiente. Bon apoio familiar. Dependente parcial para ABVD. EPOC-Asma fenotipo mixto grave. Tratamento habitual (relevantes): Yantil retard 150 mg (1-0-1). Quetiapina 25 mg (0-0-1.5). Venlafaxina 75 mg (1-0-1).

ANAMNESIS

A paciente refire "non poder parar", sensación interna de intranquilidade, negando outra clínica. Nega alucinacións. A familia comenta que a paciente se levantou da cama "como con necesidade de andar" e que notan un movemento anormal da paciente coas pernas. Ademais refire aumento de dosis de Quetiapina a 37.5 mg/día desde fai 2 días (previamente 25 mg/día).

EXPLORACIÓN

Constantes normais. SatO₂: 84%. Orientada en lugar e persoa, desorientada en tempo. AP: roncus dispersos bilaterais. NRL sin alteracións.

Paciente moi inquieta. Obxectívanse movementos de ambas pernas, así como movementos bucais. A inquietude impresiona de motora, con movementos típicos de nerviosismo e balanceo.

XUÍZO DIAGNÓSTICO

Probable acatisia.

PLAN DE ACTUACIÓN

Revisión de bibliografía. Suspendeuse: Quetiapina e Venlafaxina. Ante a imposibilidade de realizar ECG en domicilio e a non disponibilidad de betabloqueantes, adminístrase Biperideno 2 mg IM (con melloría franca da sintomatoloxía). Páutase Biperideno 2 mg hasta 2 comprimidos cada 30 min se persiste clínica (esa mesma noite). Introdúcese Mirtazapina 15 mg/día. Vixiancia domiciliaria (coa posibilidade de volverse poñer en contacto co PAC). Control polo seu Médico de cabeceira ao día seguinte.

CONCLUSIÓN

Decidiuse este manexo clínico no domicilio, debido a que a exploración física era anodina e tamén debido á remisión da sintomatoloxía (casi totalmente) coa primeira dose de Biperideno. Podería ser discutible esta abordaxe; tendo que dicir que a paciente non volveu a consultar por dita sintomatoloxía (o que vai máis a favor do diagnóstico probable arriba mencionado).

CASOS CLÍNICOS

A importancia de “verlle as orellas ao lobo”

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 99

Laura Rois Donsión, Macarena Pallas Rodríguez, Jesús Manuel Caeiro Castelao

HISTORIA CLÍNICA

Acóde á consulta unha muller de 45 anos preocupada polos cambios nas características dun “lunar” que ten desde fai anos na perna esquerda; Parécelle que está máis grande e que a súa cor escureceu. Leva notando estos cambios nos últimos tres anos, inicialmente non lle deu importancia porque non ten dor, prurito nin sangrado na zona pero a evolución é cada vez máis chamativa polo que preferiu consultar. Non presenta antecedentes persoais nin familiares de lesións malignas da pel.

Comézase a exploración cunha inspección xeral; a paciente presenta un fototipo de pel tipo III (según a clasificación de Fitzpatrick), a lesión pola que consulta é unha pápula negruzca localizada no xeonllo esquerdo, de medio centímetro de diámetro, homoxénea e de bordes redondeados (Imaxe 1). Aplicando a Regra do ABCDE, soamente presenta alteración na E polos cambios advertidos na cor e no tamaño.

Posteriormente emprégase o dermatoscopio:

- Primeiro compróbase que cumpre patróns de lesión melanocítica (Imaxe 2)
- En segundo lugar, búscanse características sospeitosas de malignidade mediante a aplicación da Regra dos tres puntos e a Análise de Patróns (Imaxe 3)

PLAN DE ACTUACIÓN

Tralo estudo dermatoscópico realízase consulta a Dermatoloxía a través da aplicación de Telederma, enviando imaxes da dermatoscopia realizada durante a consulta.

EVOLUCIÓN

A paciente é citada para a realización da biopsia da lesión, confirmándose no estudo anatomopatolóxico o diagnóstico de Melanoma Maligno de Extensión superficial.

CONCLUSIÓN

A importancia deste caso non radica no excepcional do diagnóstico nin na súa complexidade senón na necesidade de recalcar a gran utilidade da Dermatoscopia para o médico de Atención Primaria, e consencientemente o beneficio de coñecer os pasos básicos que se deben seguir na valoración das lesións pigmentadas e establecer desta forma un diagnóstico de sospeita precoz do melanoma.

NOTA DEL AUTOR

Son imprescindibles as imaxes pero polo que lin nas regras de envío de resumos éstas non se deben adxuntar hasta que se acepte o caso. Se as necesidades para valorar o global do caso sen problema comunicádemolo que as engado.

CASOS CLÍNICOS

Eccemas diseminados: saber dónde buscar

Laura López Caldera, Joseba Herranz Larrañeta, Virginia Novo Castro

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

MOTIVOS DE CONSULTA

Exantema pruriginoso.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 77 años que comienza con úlcera en pierna izquierda tras herida por traumatismo, por las que comienza tto con curas locales y antibiótico tópico sin mejoría.

Al mes y medio del comienzo del cuadro comienza a presentar lesiones pruriginosas en cara, cuello y escote, que se extendieron a miembros superiores, simétricas.

La paciente como antecedentes personales relevantes presentaba alergia a penicilina y dexketoprofeno, síndrome de Sjogren, hepatopatía crónica y osteoporosis. También reciente fallecimiento de su marido.

No mejoría con varios ciclos de antihistamínico oral ni antibiótico tópico, por lo que se deriva a Teledermatología y Alergología que consideran que el cuadro no sugiere una reacción alérgica medicamentosa.

JUICIO CLÍNICO

Eccema varicoso diseminado.

TRATAMIENTO

Se pautan corticoides tópicos y orales, antihistamínico oral.

Evolución: A las 2 semanas la úlcera de la pierna ha cerrado y las lesiones diseminadas mejorado.

CONCLUSIONES

No siempre las reacciones cutáneas generalizadas están en relación con medicamentos orales como solemos pensar, sino que pueden darse otro tipo de cuadros y siempre hay que explorar al paciente y hacer una correcta anamnesis para buscar posibles vías de entrada de otras etiologías. La sensibilización diseminada suele producirse por colonización bacteriana, inflamación o maceración de la herida. También puede producirse por sustancias tópicas para tratar una lesión cutánea localizada, ya sea medicamentos como antibióticos tópicos, antisépticos, corticoides, incluso materiales de los apósitos o gasas.

Otras cuestiones como los antecedentes personales de la paciente como la hepatopatía, múltiples alergias no confirmadas, e incluso el reciente fallecimiento de su marido son datos a tener muy en cuenta cuando nos encontramos ante un cuadro de estas características.

Lo importante es saber dónde buscar y tratarlo adecuadamente.

CASOS CLÍNICOS

De líquido ata as cellas

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 101

María Montserrat Franco Ojea, Sandra Ibáñez Quintana, Ana Zamora Casal

ÁMBITO DO CASO

S. U. Hospital Comarcal.

MOTIVO DE CONSULTA

Edema en membros inferiores e párpados.

HISTORIA CLÍNICA

Muller de 21 anos sen alerxias, con cólicos nefríticos de repetición. FUR facía 7 días. Tratamiento: ACO (estrogeno/progestágeno). Natural de Brasil en Galicia dende fai un ano.

Historia clínica: Edemas en pernas e párpados dende facía uns 15 días, pasoulle algo semellante o ano anterior, que se resolveu. Refire diminución da diuresis, con diminución da inxesta, sen poliuria. Disnea cos esforzos, sen ortopnea nin DPN. Non dolor abdominal nin clínica miccional. Acudiu a un médico privado cos seguintes resultados polo momento: Analítica: Prot: 4.1, Albúmina: 1.7. Proteínas orina de 24h: 5 g/l; sedimento de orina: sangue, abundantes cilindros hialinos e leucocitarios.

EXPLORACIÓN

TA: 149/98; FC: 97; FR: 18; Tª: 35,2; Sat O2: 99%. CyC: múltiples adenopatías laterocervicais e supraclaviculares bilaterais, subcentimétricas, non adheridas. Axilas: unha adenopatía dereita, non adherida. Ingles: adenopatías subcentimétricas bilaterais. ACP: rítmica sen soplos. MVC. MMII: edema bilateral ata o muslo, sen datos de TVP. Pel: máculas eritematosas en párpados superiores, inferiores e meixelas, desaparecen á dixitopresión

P. COMPLEMENTARIAS

Analítica: FR: normal, VSG e PCR: normais. ECG: normal. Rx tórax: normal. Eco-abdominal: mínima cantidade de líquido libre adxacente a polo inferior renal, mínima cantidade de líquido perirrenal e subesplénico.

Evolución: dada a evolución lenta comentado co servizo de nefroloxía decídese manexo ambulatorio: prohibición de AINES, control de TA e peso, dieta pobre en sal e potasio, máximo 1,5 l/ día; Fármacos: torasemida, aldactone (para bloquear a asa de Henle e diminuír a perda proteica).

Solicítase analítica: FR, Complemento, Proteinograma, cadeas lixeiras, ANAS; ANCAS, ENAS y antiMBG, antiDNA. TAC e biopsia renal.

XUIZO CLÍNICO

Nefritis membranosa lúpica (Clase V).

Diagnóstico diferencial: causas de síndrome nefrótico: diabetes, LES, amiloidosis, fármacos: AINES; Bisfosfonatos...; infecciónes: TBC, VHB y C, VIH..., carcinomas, nefropatía por reflujo...

CONCLUSIÓN

Neste caso o diagnóstico xa viña orientado por unha atención prehospitalaria, e de forma ambulatoria conseguimos o diagnóstico rápido da paciente e proporcionouse un tratamento axeitado.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 102

CASOS CLÍNICOS

Ollo co fígado

Rocio Sobrino Souto, María Montserrat Franco Ojea, Cristina Luiña Fernandez.

ÁMBITO DE ESTUDIO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Dor abdominal.

HISTORIA CLÍNICA

Muller de 43 anos alérxica a penicilina e ibuprofeno. Sen FRCV, sen hábitos tóxicos. Amigdalectomizada na infancia. Tratamiento habitual. ACOS (progestágeno).

Ven a consulta por dor abdominal dende facía dúas semanas, con clínica de dispepsia asociada e ocasionalmente molestia en hipocondrio dereito. Non refiere náuseas nin vómitos, nin alteración do hábito GI, heces sin produtos patolóxicos. Non presentou clínica miccional. Ademais relata clínica de prurito corporal moderado, xeneralizado. En anamnesis dirixida: no introducción de novos fármacos. Exploración física: ACP: rítmica sin soplos. MVC. Abdomen: RHP, abdomen blando, depresible, con molestias a palpación en hipocondrio dereito, sen datos de irritación peritoneal, con Murphy e Blumberg negativos. Non se palpan masas ni megalias.

P. COMPLEMENTARIAS

Analítica: FA: 581, GOT: 43, GPT: 81, GGT 297; resto de parámetros normales.

Solicítase ampliación de estudos: analítica con seroloxía de virus hepatotopos (VHB, VHC, VHA, VEB, CMV): que resulta negativa;

Ecografía abdominal: normal y estudio de autoinmunidade (AMA, antiLKM, ANA) con determinación de Coagulación: resultado os anticorpos antimitocondriales AMA 1/160.

XUIZO CLÍNICO

Cirrosis biliar primaria.

Diagnóstico diferencial: a analítica revela un patrón de colestasis polo que a nosa principal sospeita diagnósticas serían patoloxías que a puidesen provocar: colangitis esclerosante primaria, patoloxías con compresión de vías biliares: patoloxía tumoral de vías biliares, patoloxía tumoral de órganos adyacentes, litiasis...

EVOLUCIÓN

Derivouse a consultas de hepatoloxía iniciándose tratamento con ácido urodexosicólico, con desaparición completa da clínica tanto da molestia abdominal como do prurito corporal.

CONCLUSIÓN

Dende atención primaria temos a nosa disposición moitas ferramentas diagnósticas, cada vez mais que nos permiten como neste caso chegar ao diagnóstico, a filiación correcta dos síntomas que neste caso eran moi vagos: un dolor abdominal bastante inespecífico e un prurito leve, leváronnos ao diagnóstico da paciente.

CASOS CLÍNICOS

Miopatía proximal: nunca subestimes a la tiroides

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 103

Virginia Novo Castro, Laura López Caldera, Julia Leira Vivero

Las tirotoxicosis pueden cursar con múltiples manifestaciones clínicas planteando retos diagnósticos. Presentamos a un paciente con enfermedad de Graves con miopatía proximal como forma de presentación.

Varón de 40 años sin antecedentes relevantes. Consulta domiciliaria por debilidad severa con pérdida de sensibilidad en muslos desde hace un mes que describe como "agujetas", impidiéndole levantarse por las mañanas, sufriendo diversas caídas por este motivo con mejoría progresiva durante el día.

En la anamnesis dirigida refiere nerviosismo, palpitaciones, temblor distal y sudoración desde hace 4 meses. En el último mes adelgazó 12 kg con polifagia, náuseas y vómitos ocasionales, atribuyendo la sintomatología a una situación de estrés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Postrado, con diaforesis. Afebril, normotenso, FC 115 lpm. Disminución ligera de sensibilidad en muslos, fuerza proximal 2/5 en la escala de Daniels, ROT normales.

Excluidos el consumo de alcohol y drogas, se plantea el diagnóstico diferencial con miopatías inflamatorias, metabólicas, endocrinopatías, miastenia gravis o, más raramente, distrofias musculares del adulto, así como un síndrome general de origen neoplásico.

En los estudios complementarios destacan TSH.

Tras consultar con Endocrinología se inició tratamiento con metimazol 5 mg, 8 comprimidos diarios que se fue reduciendo progresivamente, remitiendo la clínica en pocos días y con normalización de hormonas tiroideas. El tratamiento se mantuvo 18 meses, permaneciendo posteriormente asintomático.

CONCLUSIONES

- La miopatía proximal es una presentación atípica de hipertiroidismo causada por el aumento de T3 libre.
- Debemos sospecharla tras una anamnesis exhaustiva en pacientes con debilidad de musculatura proximal que presenten además otros síntomas metabólicos asociados.
- La determinación de hormonas tiroideas en AP es una herramienta diagnóstica útil ante cuadros tanto típicos como abigarrados con amplios diagnósticos diferenciales.

CASOS CLÍNICOS

Fáltame vida e non é dos anos

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 104

Katia Vázquez Álvarez

Paciente de 83 anos que consulta co seu médico de atención primaria por presentar tos non productiva crónica e astenia.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Non alerxias a medicamentos, ex- fumador dende fai 20 anos, non consumo de alcohol, non outros factores de risco cardiovascular. Hiperplasia prostática benigna. Trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar bilateral secundario en 2015.

Vida basal: independente para todas as actividades diarias. Vida activa.

Tratamentos: Duodart 0,5/0,4 mg.

Enfermidade actual, exploración física e probas complementarias: Paciente cos antecedentes descritos que decide consultar co seu médico de atención primaria por tos de un ano de evolución que foi en aumento nos últimos meses, non febre, non disnea ni dor torácica, sen perda de peso nin apetito. Non nota refluxo nin sensación de ardor. Non presenta rinorrea. Refire que se atopa máis cansado do habitual coas actividades que habitualmente realizaba sen problema. Ningunha outra sintomatoloxía por aparatos. Na exploración física non se atoparon alteracións.

Como diagnóstico diferencial de tose crónica non productiva, teríamos que descartar unha bronquitis crónica ou asma (antecedente de tabaquismo, nunca hiperreactividade bronquial nin uso de inhaladores. pouco probable), un refluxo dixestivo, goteo nasal posterior ou unha infección entre as principais causas.

De entrada, para o estudo da tose e astenia, solicítase un electrocardiograma (sen alteracións) e unha analítica onde se obxetiva macrocitose con anemia leve (HB 11,2) e neutropenia moderada. Frotis sin alteracións, vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade. Descartado o consumo de alcohol, solicítase unha ecografía abdominal para descartar esplenomegalia ou

hepatopatía como posible causa da macrocitose, pero a ecografía non nos mostra alteracións. A radiografía de tórax móstranos un nódulo pulmonar de 2 cm no lóbulo superior dereito non presente en radiografías previas. Ante este resultado como principal xuízo clínico que podería xustificar a clínica e a anemia, de posible componente mixto (trastorno crónico) derivamos ó paciente ó servizo de neumoloxía por vía rápida para descartar unha neoplasia de pulmón.

En neumoloxía, realízase un TAC con resultado de nódulo cavitado e adenopatías mediastínicas reactivas, PET con captación positiva. Dado o pequeno tamaño do nódulo non se chega a puncionar por EBUS, polo que se decide a resección por parte de cirurxía torácica.

Finalmente o resultado da anatomía patolóxica demostra que o nódulo é de orixe tuberculoso, sendo positivo na tinción Ziehl-Neelsen e para os cultivos que demostran a presenza de *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciándose tratamento con Rimstar (Rifampicina, Pirazinamida, etambutol e Isoniazida).

No seguemento dende atención primaria obxetivamos durante o tratamento un empeoramento das cifras de hemoglobina, que estaría en relación cos novos fármacos, cirurxía recente e a infección tuberculosa.

CONCLUSIÓN

A tose crónica moitas veces pasa desapercibida por o paciente ata que esta é intensa e comeza a limitar a súa actividade. É un síntoma que pode ser causa de múltiples patoloxías, algunhas delas graves, que xunto coa astenia temos que descartar que se encontre dentro dun síndrome xeral. Ademais de pensar nunha posible neoplasia, temos que ter sempre presente, dentro das infeccións que a poden causar, a tuberculose, a cal é a infección con maior prevalencia a nivel mundial.

CASOS CLÍNICOS

Hipertensión arterial pulmonar primaria como causa de disnea

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 105

María del Carmen Grueiro González, Karina Collazo García, Laura López Caldera

ÁMBITO DEL CASO

Servicio de Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea e hinchazón.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 62 años que acude a Urgencias por cuadro clínico de unos 3-4 meses de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos con SpO₂ de 77%, acompañada en la auscultación de hipofonesis generalizada con algún crepitante en bases asociando edema bilateral con fóvea hasta rodillas con cambios tróficos de insuficiencia venosa crónica.

Como antecedentes personales destaca alergia a AAS; no hábitos tóxicos; HTA; Obesidad; Sd. Ansioso-depresivo; BRIHH; Osteoporosis; Hiperparatiroidismo; Aplastamientos vertebrales e IQ el tendón de aquiles y cifoplastia de 6 vértebras.

La paciente tiene una vida activa e independiente para ABVD, es la cuidadora de una hija con Parálisis cerebral.

De las pruebas complementarias solicitadas destaca la Rx tórax dónde se aprecian hallazgos que sugieren ICC. ECG con BRIHH ya conocido sin cambios. GA con Insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Se decide ingreso hospitalario (en el servicio de Neumología) para el estudio de la disnea, dónde se realiza ecocardiograma que nos informa de una severa dilatación del VD e HTP mod-sev; se realiza Angio-TC que descarta TEP. Se realiza Cateterismo derecho con resultado de HTP con test de vasodilatación negativa.

JUICIO CLÍNICO

Hipertensión Arterial Pulmonar Primaria

TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento con Bosentán (fármaco antagonista dual de receptores de endotelina).

EVOLUCIÓN

La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento pautado y fue dada de alta con oxigenoterapia domiciliaria y seguimiento en CC.EE de Neumología y por Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Ante una disnea es importante realizar un buen diagnóstico diferencial, no siempre se trata de una ICC. Es imprescindible una correcta anamnesis y exploración física así como una adecuada orientación del caso, siendo consecuente con la sospecha y la realización de pruebas complementarias.

CASOS CLÍNICOS

Hepatitis medicamentosa por metimazol

Carlos Álvarez-Calderón Vaquero, Carmen Tuñez Bastida, Óscar Grela Beres.

ÁMBITO DO CASO

Atención primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Temblores y palpitaciones.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años. HTA, DM tipo 2 con polineuropatía distal, dislipemia a tratamiento con diamicon 30, januvia 100, ramipril 10 y duloxetina 30. La paciente consulta por palpitaciones y temblores. En la exploración se objetiva agrandamiento de lóbulo tiroideo derecho. Se solicita analítica: TSH <0.01 T4L 4.02, TPO 8122, por lo que es derivada a endocrino que diagnostica hipertirodismo por E. Graves Basedow e inicia tratamiento con metimazol (2-0-2)15 días, (1-1-1)1 mes y 1-0-1 hasta revisión. Tras 3 semanas la paciente acude al centro de salud consultando por prurito generalizado y se objetiva hipertransaminasemia con patrón de colestasis.

JUICIO CLÍNICO

Hepatitis medicamentosa por metimazol.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Obstrucción de la vía biliar principal, hepatitis alcohólica, hepatitis vírica, hepatitis autoinmune, agudización de hepatopatía crónica preexistente, enfermedades vasculares del hígado. Colestasis intrahepáticas. Enfermedades neoplásicas: linfomas, metástasis hepáticas.

TRATAMIENTO

Ante la sospecha de hepatitis medicamentosa por metimazol se contacta con endocrinología que retira el tratamiento antiroideo y decide tratamiento con l-131. Al mismo tiempo solicitamos serologías de VHA, VHB y VHC, citomegalovirus y VEB, con resultados negativo y ANAs patrón granular 1/40. Ecografía hepática sin alteraciones.

EVOLUCIÓN

En el seguimiento analítico se objetiva un descenso progresivo de las transaminasas hasta la normalización en 2 meses.

CONCLUSIONES

El daño hepático inducido por fármacos es un diagnóstico de exclusión basado en el conocimiento sobre el potencial efecto tóxico del fármaco, la relación causa-efecto y la probabilidad de que otras enfermedades sean la causa.

La Atención Primaria es el lugar donde se producen muchas consultas que pudieran estar en relación con efectos adversos a medicamentos. Es parte de nuestra labor conocerlos y mantener un alto nivel de sospecha para detectarlos.

CASOS CLÍNICOS

Fibromialgia: la comunicación también es una opción

Ana Mozo Ríos, Alba López Souto, Noelia Rabuñal Fernández

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Algias generalizadas y alteraciones anímicas.

HISTORIA CLÍNICA

- AP: mujer, 50 años. No AMC. Administrativa (en paro). Diagnosticada de fibromialgia por reumatólogo privado. Hernias discales. Seguida por traumatólogo y neurólogo privados.

TRATAMIENTO

Ejercicio, Duloxetina, Aneuroil nocturno, Paracetamol -> tramadol/ paracetamol masoterapia -> tapentadol retard.

ANAMNESIS (REALIZADA EN CITA PROGRAMADA)

Persistencia de algias generalizadas y alteraciones anímicas a pesar del tratamiento instaurado por especialistas privados. Preguntamos qué acciones realiza para intentar mejorar, los resultados obtenidos y sus objetivos: caminar le ayuda, y ha dejado algunos fármacos por efectos secundarios. Su objetivo principal es conseguir una invalidez y su objetivo secundario, mejorar. Se le advierte de los "peligros" de una mejoría ("si mejoras, a lo mejor no te dan la invalidez que buscas"), por lo que acepta una actitud inicial expectante y decide centrarse en mejorar su calidad de vida (objetivo impreciso). Se reformula objetivo en términos de acciones ("¿qué harás diferente cuando tengas mejor calidad de vida?", "¿cómo verán los demás que ya tienes mejor calidad de vida?").

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sin datos relevantes. Se realiza para descartar complicaciones y validar empáticamente su clínica.

EVOLUCIÓN

Continúa en litigios con los tribunales por la invalidez. Toma analgesia esporádica y realiza una vida más activa a pesar de persistir dolor generalizado.

Claves para el manejo en consulta:

- Uso del tiempo (citas programadas).
- Validación empática de quejas y síntomas. Exploraciones físicas en cada consulta.
- Buscar los objetivos del paciente y aceptar aquellos que sean posibles, bien definidos y que dependan de él.
- Preguntarle al paciente qué hace para mejorar y qué resultados obtiene (soluciones intentadas).
- En el tratamiento: repetir lo que funciona, no prescribir más aquello que no funciona y motivar para hacer algo diferente en esos casos.

CASOS CLÍNICOS

Me alucina el corazón

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 108

Paloma Rodríguez Piñeiro, Noelia Caamaño Tráns, Mónica Pérez Herbón

Acude a consulta una mujer de 95 años con los siguientes antecedentes personales: Independiente para actividades básicas de la vida diaria. No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva. FA crónica. Enfermedad renal crónica. Broncopatía crónica. Hipotiroidismo. Diverticulosis. ItQx: cataratas.

Su tratamiento habitual es Pantecta 40MG Prolia 60MG Pulmicort 200MCG/DOS Terbasmin 500MCG/INHAL Enalapril/Hidroclorotiazida 20/12,5MG Eutirox 50MCG Digoxina 0,25 MG Sintrom 1MG Furosemida 40 MG.

Refiere alucinaciones visuales y auditivas de inicio brusco desde hace 2 semanas, de las cuales hace autocrítica, dice saber que no es real lo que ve ni oye. Niega caída, TCE ni otra sintomatología.

Exploración física sin alteraciones y constantes en rango (FC 56).

Derivamos a URG hospitalarias, donde se realiza TAC y analítica sin alteraciones significativas. Es valorada por PSQ-URG, quienes sugieren causa orgánica como desencadenante de alucinaciones. Es dada de alta con cita para consultas externas de Medicina Interna para estudio.

Dos semanas después acude nuevamente a consulta para EKG de control, objetivándose FA a 28 lpm. y trasladándose a URG-Hospital. En URG se realiza analítica; Digital 2.1 ng/mL., Creatinina 2.1 mg/dL.

Ingresa en Medicina Interna por intoxicación digitálica con bradicardia secundaria en relación con fracaso renal sobre enfermedad renal crónica.

Tras estabilización del cuadro desaparecen las alucinaciones.

Este caso es de especial interés para el ámbito de MFyC, dado que cada vez más, los cupos se ven llenos de de pacientes pluripatológicos y de edad avanzada en los que en muchas ocasiones se infravaloran síntomas. En nuestra paciente lo más probable hubiese sido atribuir la alucinosis a un proceso de deterioro cognitivo, dado que en la primera consulta no se encontraba bradicárdica. Gracias a la realización de EKG de control se pudo objetivar el desencadenante, otro punto más de importancia, la programación de consultas con enfermería para control de salud de forma periódica.

CASOS CLÍNICOS

Adherencia terapéutica: cuestión de confianza

Alba López Souto, Noelia Rabuñal Fernández, Ana Mozo Ríos

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 109

ÁMBITO

Atención Primaria

MOTIVO DE CONSULTA

Cifras elevadas de tensión arterial.

HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes personales: Mujer, octogenaria. No AMC. Obesidad. Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia y dilatación del ventrículo y aurícula izquierda, respectivamente.
- Tratamiento: Amlodipino, Losartan, Furosemida. Vive sola y acude a un centro de día.
- Anamnesis: La envían desde dicho centro por persistencia de cifras elevadas de tensión arterial, edema en miembros inferiores y disnea de moderados esfuerzos.
- Exploración: TA 188/73, 75lpm. Soplo aórtico sistólico. Edema con fovea en miembros inferiores.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Se trata de una paciente conocida, en la que sospechamos mala adherencia, habiendo acudido en múltiples ocasiones por diversos síntomas que relaciona con efectos secundarios de los fármacos.

PLAN DE ACTUACIÓN

Por medio de la comunicación médico-paciente, basándonos en la confianza que crea el seguimiento longitudinal, averiguamos que ha dejado de tomar la Furosemida al obligarla a orinar con mayor frecuencia en el centro al que acude, generándole gran discomfort. Así, decidimos cambiar la pauta de medicación, adaptándonos a su situación, y evitando una mala praxis de haber asumido que tomaba correctamente su tratamiento. Se le explican los riesgos de un mal cumplimiento terapéutico, dada la naturaleza asintomática de la hipertensión arterial.

EVOLUCIÓN

Acude a citas programadas para la toma de tensión arterial, con un mejor control.

CONCLUSIONES

El incumplimiento terapéutico genera gran morbimortalidad y elevado coste sanitario, resultando relevante la búsqueda de distintas estrategias de abordaje, como relaciones de confianza o posologías sencillas y adaptadas a las distintas circunstancias de los pacientes, destacando el papel fundamental del médico de familia.

CASOS CLÍNICOS

Bloqueado voy, bloqueado vengo

Noelia Rabuñal Fernández, Ana Mozo Ríos, Alba López Souto

ÁMBITO DEL CASO

Atención Primaria y Especializada

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea

HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes personales: No AMC. DMNID. DL. FA. BAV 2º grado alternante Mobitz 1-2. EPOC. HBP.
- Tratamiento: Sintrom, Metformina, Glimepiride, Simvastatina, Terazosina, Foster Nexthaler.
- Anamnesis: varón de 75 años que acude por disnea de mínimos esfuerzos, bendopnea y ortopnea. Valorado hace 15 días por disnea sin datos de fallo cardíaco ni agudización de EPOC a la exploración. No aumento perímetro MMII. No fiebre ni clínica infecciosa intercurrente. No dolor torácico ni otra clínica por aparatos.
- Exploración: TA 120/70. FC 36 lpm. Afebril. Buen estado general. AC: arritmico, sin soplos. AP: mínimos crepitantes base izquierda. ABD: anodino. MMII: mínimo edema
- Pruebas complementarias
 - o ECG: FA lenta con rachas de BAV completo.
- Juicio clínico: FA permanente con RV lenta por rachas de BAV 3º grado sintomático

Plan terapéutico: se decide derivar a Urgencias Hospitalarias para valoración por Cardiología.

EVOLUCIÓN

A su llegada a Urgencias y tras corroborar FA con BAV completo en nuevo ECG, es valorado por Cardiología que deciden ingreso con intensificación de tratamiento diurético e instauración de marcapasos temporal hasta implante de marcapasos definitivo con buena evolución clínica posterior y hasta el día de hoy. Posteriormente continúa seguimiento en CCEE de Cardiología y vigilancia por parte de AP.

CONCLUSIONES

La anamnesis y exploración física exhaustiva son dos herramientas fundamentales en Atención Primaria, que en el caso de este paciente permitieron la rápida identificación de una situación clínica que precisa atención especializada urgente como ocurre con el BAV completo en el seno de una FA permanente.

CASOS CLÍNICOS

Unha pel con anel

Andrea Martínez Lorenzo, María Teresa Platas Pita, Leticia Quintana del Río

MOTIVOS DE CONSULTA

Lesións eccematosas e intértrigo en rexión inguinal.

HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes persoais: Alerxia a AAS, AINEs, nolotil, Iodo e contrastes radiolúxicos.
Triada ASA (poliposis nasal, asma e a citada alerxia a AAS)
Osteoporose e artrose.
- Anamnese: Muller de 56 anos que consulta por pequenos eccemas en rexión inguinal, non prurixinosos.
- Exploración: P-pulas e placas dérmicas firmes, lisas e brillantes, de entre 1 e 3 cm de diámetro, en ambas ingles. Non dolorosas, non prurixinosas.
- Probas complementarias: Analítica con eosinofilia e aumento da VSG, sen outras alteracións.
- Xuízo clínico inicial: Intértrigo vs liquen plano.
- Diagnóstico diferencial: Necrobiose lipóidica, Sarcoidose, Pitiriasis rosada, Liquen plano, eritema migratorio.

TRATAMENTO, PLANS DE ACTUACIÓN

Inicialmente coa sospeita de intértrigo tratouse con Nutrasona e Salongo, pero ante a aparición de novas lesións en distintas localizacións, consúltase con Dermatoloxía onde a diagnostican de Pitiriasis rosada en resolución e pautan Adventa.

EVOLUCIÓN

Tres meses despois, acude de novo a nosa consulta. Persisten lesións en rexión inguinal. Novas lesións en axilas e intértrigo interglúteo das mesmas características. Envíase de novo a Dermatoloxía, onde se realiza biopsia dunha lesión e se diagnostica de granuloma anular xeralizado en placas e se trata con Elocom. No momento actual persisten as lesións, asintomáticas, en axilas, ingles e rexión interglútea. Proponse fototerapia como seguinte escalón terapéutico.

CONCLUSIÓN

A importancia dunha boa relación e colaboración entre Atención Primaria e as distintas especialidades hospitalarias para completar diagnóstico de patoloxías pouco frecuentes en Atención Primaria.

CASOS CLÍNICOS

Triangulando la clínica: la importancia del diagnóstico diferencial

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 112

Sara Esteves Araújo Correia, Antia Blanco Rodicio, Susana Friande Pereira

ÁMBITO DEL CASO

Urgencias

MOTIVO DE CONSULTA

Fiebre, dolor abdominal, diarrea.

HISTORIA CLINICA

Varón de 37 años, antecedente personal de esteatosis hepática y elevación crónica de transaminasas.

Acude a urgencias por un cuadro cíclico de dolor abdominal, diarrea, picos febriles (sobre todo nocturnos), artralgias y aftas orales (no genitales) que se repite en periodos variables en los últimos 10 meses, estando asintomático entre cada crisis. Niega relaciones sexuales de riesgo, viajes al extranjero en último año o animales en domicilio.

El cuadro actual comenzó hace 11 días y debutó con retortijones abdominales que se agudizan con deposiciones diarreicas abundantes (sin productos patológicos), seguido de pico febril (T^a 39°C). Asociado a artralgias, y lesiones cutáneas hiperpigmentadas que le duelen a la palpación, en miembros inferiores.

En la exploración física, dolor a la palpación suprapúbica y lesiones maculo-papulosas en ambos tobillos y rodillas, sin inflamación articular, pero con dolor a la palpación de las mismas. Resto de exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Destaca PCR de 144,5 mg/L y 12.630 leucocitos (80% neutrófilos). Resto de analítica, hemocultivo, urocultivo y radiografía de tórax sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO

Enfermedad Crohn vs Artritis Reactiva vs Síndrome Autoinflamatorio vs Behçet

EVOLUCIÓN

Ingresa en Medicina Interna se realiza ileocolonoscopia y diagnosticándose de enfermedad de Crohn. Dado de alta con pauta descendente de corticoides y sulfasalazina, logrando mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal hace referencia a un conjunto de entidades clinicopatológicas cuya característica principal es la inflamación crónica de diferentes áreas del tubo digestivo. Las manifestaciones extraintestinales, artritis, eritema nodoso, aftas orales... están presentes en el 35% de los pacientes.

Cuando el debut de la enfermedad es predominantemente extraintestinal resulta más complicado diagnosticarlo. Una buena anamnesis, exploración física son la clave, para el diagnóstico de esta entidad. Es importante tanto la sospecha diagnóstica como el seguimiento por parte de su médico de atención primaria.

CASOS CLÍNICOS

Que ocultaba a inchazón?

Lucía Pérez Coello, Lucía Bouza Bellas, Ana Regina Lozano Prieto

ÁMBITO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Inchazón extremidade superior.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 anos fumador activo, con antecedente de fractura de clavícula esquerda. Acode por inchazón da extremidade superior esquerda non dolorosa de 2 días de evolución, sen traumatismo, sobreesfuerzo nin picadura asociadas. Non febre nin clínica respiratoria. Tampouco cefalea nin datos de síndrome compartimental. Nega síndrome xeral. Á exploración física, apréciase aumento do perímetro da extremidade superior esquerda sen fóvea, pulsos radiais simétricos, forza e sensibilidade conservadas, sen outro dato de inflamación. Sen evidencia de ptose, anhidrose, edema facial ou circulación colateral. Non se palpan adenopatías rexionais nin posibles portas de entrada de infección. Baixo a sospeita de linfedema, solicítase radiografía de tórax urxente que evidencia tenue infiltrado en lóbulo superior esquerdo que podería corresponder con neumonía no adecuado contexto clínico, sen poder descartarse un proceso endobronquial obstructivo subxacente; ademais, callo de fractura en clavícula esquerda. Ante ditos achádegos e, dada a ausencia de clínica infecciosa, o paciente é remitido ao servizo de urxencias hospitalarias para estudo complementario de imaxe.

EVOLUCIÓN

Finalmente, o paciente ingresa no servizo de medicina interna, tras realización de TAC tóraco-abdomino-pélvico onde se descarta lesión de orixe pulmonar e se diagnostica trombose venosa axilosubclavia esquerda. Decídese tratamento fibrinolítico con posterior anxioplastia da estenose persistindo compresión leve a nivel do callo óseo (resolta posteriormente por resección). Asimesmo, realízase estudo de hipercoagulabilidade evidenciándose anticorpos antifosfolípido positivos.

CONCLUSIÓN

O diagnóstico é trombose venosa profunda de subclavia con dúas posibles causas: a compresión venosa polo callo óseo de clavícula e/ou a síndrome antifosfolípida. O tratamento é anticoagulación, coa dúbida de que esta sexa permanente ou non (callo óseo resolto e síndrome antifosfolípida con so unha trombose e positividade dun único anticorpo antifosfolípido). Debemos ofrecer ao paciente participar na decisión da continuidade ou non da anticoagulación.

CASOS CLÍNICOS

A epidemia inminente. Insistindo na prevención. Exp3

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 114

Noelia Chaves Serantes, Sara Velo García de Seáñez, Carlos Eirea Eiras

ÁMBITO

Atención Primaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Poliuria, polidipsia e perda de 4 kg de peso.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes persoais: obesidade. Anamnese: Paciente de 36 anos que acude a consulta, relatando clínica cardinal de Diabetes dun mes de evolución.

EXPLORACIÓN E PROBAS COMPLEMENTARIAS

Constantes en consulta: glicemia capilar de 322 mg/dl, TA de 166/121, IMC 32.19. Solicítase analítica xeral na que destacan os seguintes resultados: glucosa basal 274 mg/dl, elevación marcada de transaminasas, triglicéridos 1702 mg/dl, colesterol total 369 mg/dl, non HDL 330 mg/dl. Función renal normal pero presenza de microalbuminuria 353 mg/dl. Sedimento urinario con glucosuria sen corpos cetónicos. HbA1c 11.8%. Ecografía abdominal sen alteracións.

Cítase ao paciente para exploración de pe diabético e para retinografía.

XUÍZO CLÍNICO

Ante a presenza de clínica cardinal de Diabetes e cifras de glucemia ≥ 200 mg/dl, xa podemos establecer o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Ademais tras repetidas tomas de TA confirmamos diagnóstico de Hipertensión arterial, e cos resultados da analítica

detectamos unha hipertrigliceridemia importante. - Tratamento: iniciamos tratamento con Metformina 850 mg en pauta ascendente comprobando tolerancia, Insulina NPH 12 UI, Gemfibrocilo 600 mg cada 12 horas e Enalapril 20 mg cada 24 horas. Indicase dieta e actividade física, recalcando a importancia do control de peso para o control metabólico.

EVOLUCIÓN

No seguinte control analítico obsérvase un gran descenso de triglicéridos (345 mg/dl) e práctica normalización de transaminasas. O paciente conseguiu unha baixada de peso de 4 kg no primeiro mes con medidas hixiénico-dietéticas.

Diagnóstico diferencial: no caso dun paciente xoven con debut de DM, sempre é importante valorar o diagnóstico de DM-1 de inicio tardío ou dalgún subtipo da mesma. Neste caso ademais tamén se contemplaron outros diagnósticos como as disbetalipoproteinemias, tendo en conta o perfil lipídico. Sen embargo, dada a boa resposta ao tratamento coa normalización de parámetros, establecemos o diagnóstico de DM2.

CONCLUSIÓNS E APLICABILIDADE PARA A MEDICINA DE FAMILIA

A obesidade e a diabetes son patoloxías en aumento nos países desenvoltoos, que afectan cada vez a sectores máis novos da poboación. Ademais de ser patoloxías en sí mesmas, son factores de risco para outras e supoñen un gran coste para o sistema sanitario. Por todo isto é importante recordar a importancia da prevención, establecendo medidas poblacionais para a melloría nos hábitos e estilos de vida.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

El acto de prescripción como posibilidad de intervención comunitaria.

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 115

Evelyn Fernández Torreira, Arturo Salvande Fraga, Portal González Lorenzo

“El acto de prescripción farmacológica, ortoprotésica o de productos de soporte supone gran parte del tiempo de trabajo de los médicos de A. P. Tanto la prescripción “ de novo” como la renovación de la prescripción propia o ajena suponen una responsabilidad y una posibilidad de intervención a nivel del paciente individualmente y de la propia comunidad.

La prescripción por principio activo y/o EFG es uno de los objetivos incluidos repetidamente en los Acordos De Xestión (ADX) para los facultativos que trabajamos en el Servicio Galego de Saúde. La prescripción por principio activo tiene numerosas ventajas frente a la prescripción de marcas comerciales, pero ha de actualizarse y mantener una correlación exacta con los productos disponibles que evite listados con presentaciones de difícil reconocimiento, con productos desabastecidos o no comercializados.

En esta comunicación exponemos la intervención de una MIR-4 de MFYC que conjuntamente con uno de sus tutores de PAC (Punto Atención Continuada, dispositivo de atención urgente en A.P en nuestra Comunidad Autónoma) busca resolver una duda en cuanto a la prescripción por principio activo de distintas formas de tramadol y ello deriva en la solicitud institucional de modificación del nomenclátor del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La duda le surge a esta MIR cada vez que intenta prescribir tramadol como principio activo en el aplicativo informático institucional “lanus”. Entre las “ formas” de tramadol existentes para su prescripción por principio activo figuran comprimidos de liberación modificada 12 h – tipo 1, comprimidos de liberación modificada 24 h – tipos 1 y 2, cápsulas de liberación modificada 12 h y comprimidos liberación modificada 24 h, además de asociaciones.

No se puede inferir del listado a qué corresponde cada tipo de tramadol (1 y 2), ya que no parece relacionarse con el tiempo de liberación (12 ó 24 h) ni con la presentación en comprimidos o cápsulas. Por este motivo, ambos facultativos, MIR y tutor, contactan vía e-mail institucional inicialmente con el servicio de Soporte Técnico del Servicio Galego de Saúde, desde donde son remitidos a una sección específica denominada “Unidade de Apoio á Prescripción”. Desde esta Unidad, inicialmente se indica que “ 1-24 h es para los de liberación controlada de administración cada 24 h y 2-24 h para los que el tiempo de administración es cada 12 h” . En un segundo correo por parte de esta Unidad se advierte que esta primera respuesta es errónea y que se trasladará la consulta “ al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ya que los términos utilizados en lanus proceden del nomenclátor que mensualmente envían a las C.C.A.A”

Finalmente se recibe respuesta de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios”) informando que los distintos tipos de tramadol corresponden a distintas farmacocinéticas, existiendo únicamente una marca comercial por cada tipo (1 y 2), por lo que se decide en nuestra Comunidad Autónoma suprimir la posibilidad de prescripción de tramadol de administración cada 24 h por principio activo y se propone a la AEMPS un cambio en la descripción de los distintos tipos de tramadol por principio activo.

Una semana después de la respuesta dada desde la Unidad de Apoio á Prescripción comprobamos que se ha modificado el listado de formas de tramadol para su prescripción por principio activo.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Experiencia talleres en congresos internacionales

Helena Alonso Valencia, Sara Esteves Araújo Correia, Manuel Soto Lopez, Elena Klusova

INTRODUCCIÓN

El movimiento Vasco Da Gama es una red europea de residentes y jóvenes médicos de familia, que busca realizar intercambios profesionales. Continúa creciendo y creando grupos de interés. Cada año se realiza un fórum donde se debaten temas actuales y se comparten experiencias e inquietudes a través de diferentes actividades en un ambiente distendido.

OBJETIVOS

Comunicación en público en otro idioma. Intercambio de conocimientos con otros compañeros europeos. Revisión de conceptos utilizados en la práctica clínica. Dinamización e interacción con los participantes

DESCRIPCIÓN

El quinto forum del movimiento Vasco Da Gama tuvo lugar en Oporto (Portugal), en el que se trató la importancia del trabajo en equipo. Fueron aceptados tres talleres formativos con distintas líneas temáticas: manejo de antidiabéticos según el perfil del paciente, "Derma for dummies" y manejo inicial del intoxicado por drogas recreacionales.

La preparación de los trabajos requirió de gran coordinación del equipo, buscando la forma más interactiva de presentar el tema.

Los organizadores del evento establecieron diferentes formas de dinamización e iniciación de las presentaciones, distintas para cada taller.

Todas las presentaciones seguían un mismo esquema en un tiempo de 60 minutos, con una parte teórica inicial y posterior trabajo en equipo de los asistentes mediante intercambio de experiencias.

CONCLUSIONES

El poder realizar estas actividades formativas complementa la formación como médicos/as residentes y mejora la comunicación en público. Ha sido un punto de inicio para evolucionar a proyectos de ámbito internacional.

APLICABILIDAD

Permite contactar con profesionales y conocer otras formas de trabajo del resto de países de Europa. Actualización y aprendizaje de conocimientos útiles en la práctica diaria habitual. Puesta en práctica de habilidades comunicativas, mejora de la expresión oral y escrita en inglés. Publicación y realización de comunicaciones en congresos de ámbito internacional.

Esta experiencia fue presentada en formato póster en el XXIX Congreso de Comunicación y Salud de Santiago de Compostela en Octubre 2018.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Risco 0

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 117

Ana Zamora Casal, Elvira Someso Orosa, Angel Cordero

OBJETIVO

Diseñar una herramienta accesible, atractiva, rigurosa, dirigida a población joven sobre anticoncepción, que sirva de apoyo en el ámbito sanitario, educativo y familiar

Se ha tenido especial cuidado en la información sobre la píldora del día después para evitar su uso como método anticonceptivo habitual y se insistió en el uso del doble método

DESCRIPCIÓN

Actualmente la búsqueda de información en los sectores jóvenes se realiza a través de teléfonos móviles, bien entrando en internet o en aplicaciones específicas. Por este motivo se desarrolla esta aplicación. Varios aspectos son esenciales para que la información llegue al usuario: El uso de un lenguaje correcto, coloquial y claro, un entorno visual que indique seriedad pero cercanía (de ahí los dibujos en dos dimensiones) y una interfaz ágil para navegar con rapidez por la aplicación.

Desarrollamos un proyecto multidisciplinar con participación de dos médicos de Atención primaria (Centro de salud y Pac), un catedrático da Escola de Imaxen e Son da Coruña con el apoyo de dos informáticos y dos animadores gráficos.

CONCLUSIONES

Se realizó una prueba en 3 centros educativos de A Coruña con alumnos entre los 14 y 25 años, se consideró útil para entender mejor los métodos y se sugirieron cambios en lo referente a la animación y movilidad en la aplicación.

El proyecto sigue abierto, susceptible de mejoras que se realizarán si se consigue financiación

APLICABILIDADE

Información clara, disponible en un "click" en cualquier lugar. Es una herramienta de información que supera en eficacia a los habituales trípticos informativos

FINANCIAMIENTO

El proyecto es premiado durante las Xornadas de Innovación y Educación Sanitaria del Colegio Médico de A Coruña en el año 2016, y es con este premio se financia nuestra aplicación para Android.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Más vale prevenir que curar

Antía Alvariño Pereira

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Actividad asistencial y comunitaria (prevención y promoción) en un medio rural en la región Amazónica de Ecuador. Jornadas laborables completas durante un mes en lugares alejados donde no llegaba la asistencia sanitaria.

Desarrollada por equipos formados por médicos, enfermería, farmacéutica, psicólogo y coordinadora.

A primera hora de la mañana se realizaban actividades formativas con promoción de la salud y prevención. A los participantes se les proporcionaba posteriormente atención asistencial. Por la tarde se seguía el mismo sistema.

OBJETIVOS

- Asistencia sanitaria de los problemas que mas preocupaban: cefaleas, dolores osteo-musculares, insomnio, infecciones, patología dermatológica... Entrega de medicamentos si necesario.
- Cribado de HTA y DM en pacientes con factores de riesgo como obesidad y sedentarismo.
- Charlas educativas sobre lavado de dientes y manos, correcta alimentación, violencia, prevención de ETS, prevención de Zika, Chikunguya y dengue.

- Atención psicosocial: apoyo y herramientas de soporte ante la violencia y discriminación.
- Desparasitación.
- Conocer otra cultura y sistema sanitario.

CONCLUSIONES

Acudíamos a lugares en los que ya se había prestado actividades asistenciales y preventivas, observando la mayor importancia de estas últimas. Se trataba de pacientes con una alta demanda de medicamentos y vitaminas, que no suplían sus necesidades a largo plazo. Dentro de un medio con un sistema de salud muy diferente y en vías de desarrollo. Pudiendo observar las enfermedades crónicas en sus estadios mas avanzados por culpa de una escasa labor preventiva. Una correcta higiene y dieta reducían enfermedades debidas al incorrecto manejo de alimentos, agua y desechos y la obesidad, desnutrición HTA y DM. La disminución de prácticas de riesgo disminuía a su vez las ETS y la sobreelevada natalidad. En definitiva, un mejor estado de salud mental y física.

APLICABILIDAD

Mayor importancia de la promoción de salud en la atención primaria, dando importancia a la labor preventiva.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Atención primaria por europa: intercambio en Francia

Esteves, A; Correia, Sara; Barreira, Joana; Klusova, Elena; García-Gutiérrez Gómez, Rocio

OBJETIVO DE LA EXPERIENCIA

Conocer la estructura y funcionamiento de los cuidados de salud en Atención Primaria (AP) en Francia y la rutina de sus profesionales de salud. Comparar y compartir vivencias, dificultades y aprender otras formas de ejercer medicina.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El programa de intercambios del Movimiento Vasco da Gama (VdGM) permite a los residentes y jóvenes médicos de familia (JMF) conocer la realidad de nuestra especialidad en otros países de Europa.

Existen varias modalidades de intercambio. Este se basó en una estancia de 4 días en Estrasburgo donde 17 residentes/JMF de 9 países de Europa han sido acogidos por tutores que colaboran con el VdGM y han tenido la oportunidad ver en primera mano cómo es su día a día, cómo funciona su consulta y qué tipo de servicios se pueden prestar desde AP.

La experiencia se complementa con la participación en una conferencia nacional/internacional que se organiza tras el intercambio. En Estrasburgo, se celebró el 4º Fórum del VdGM,

una reunión europea, sin apoyo de la industria farmacéutica y que permitía la participación de asociaciones de enfermos, donde se abordaban temáticas originales de nuestra especialidad.

CONCLUSIÓN/APLICABILIDAD

Gracias a la existencia de este tipo de programas, hemos podido comparar realidades, compartir puntos de vista, aprender cómo funciona la AP en otros países y valorar, a la vez, las cualidades y recursos que tenemos a nuestra disposición.

La participación en una conferencia internacional complementó la experiencia y permitió el contacto no solo con otros profesionales de salud, sino que también con la dura realidad de ciertos pacientes.

Consideramos que estas actividades formativas representan una forma de llevar nuestra formación a otro nivel, mejorando nuestras habilidades comunicativas en distintos idiomas y fomentando internacionalización de la AP.

COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

Día mundial sin tabaco: intervención comunitaria en nuestra área sanitaria

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 120

Adriana Suárez Pose, Raquel Castro Rey, María Dolores Moreno Sobrino, Virginia Novo Castro, María de la Asunción Casanueva García de Alvear

Con motivo del día mundial sin tabaco 2018, los residentes de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra área sanitaria llevamos a cabo una actividad de intervención comunitaria en los centros de Atención Primaria, con el objetivo de concienciar a la población sobre los riesgos del tabaquismo y sus efectos negativos sobre la salud; aportando, además, información sobre estrategias para el abandono del hábito disponibles.

El día 31 de mayo instalamos unos puntos de información en cada centro, donde ofrecíamos a los pacientes trípticos y otros documentos con información y estadísticas relevantes sobre el consumo del tabaco y los riesgos que conlleva.

Ofrecimos también la posibilidad de realizar una cooximetría con el fin de mostrar de manera ilustrativa y objetiva uno de los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud. Se animaron a participar una gran cantidad de pacientes y acompañantes, mostrando gran interés sobre la iniciativa y el deseo de dejar de fumar.

Consideramos que fue una actividad productiva y útil para nuestra comunidad al comprobar el desconocimiento sobre diversos aspectos negativos del tabaquismo y el deseo manifiesto de la gran mayoría de dejar de fumar, así como el compromiso real de muchos de ellos de llevarlo a cabo.

Esta experiencia se desarrollará cada año en el día mundial sin tabaco con el objetivo de poder llegar al máximo de la población y sacar el mayor rendimiento posible a las consultas antitabaco, recientemente instauradas en nuestra área.

PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

A importancia da codificación na insuficiencia cardiaca, os apelidos importan

Cad. Aten. Primaria
Ano 2019
Volume 25 (1)
Páx. 121

Quintana del Río, Leticia; Villamarín Bello, B.; Martínez Lorenzo A.; Platas Pita M.T.; Gómez Hung.; Rodríguez Álvarez, R.

OBXECTIVO

Evaluar a codificación que realizamos da insuficiencia cardiaca (IC) en Atención Primaria (AP), considerando unha correcta codificación aquela que conta ao menos con: estadio AHA/ACC, clase funcional NYHA e fracción de eyección (FE) do ventrículo esquerdo

MATERIAL E MÉTODOS

Levarase a cabo un estudo descritivo retrospectivo, de xeito que se seleccionarán todos os pacientes con diagnóstico de IC dun único centro de saúde e, polo tanto no ámbito da AP, para revisar na súa historia clínica (HC) a correcta codificación da mesma. Tras a revisión da HC e a recollida de datos levarase a cabo a análise descritiva dos mesmos, as variables serán mostradas como frecuencias e porcentaxes.

APLICABILIDADE

A IC considérase un problema de saúde pública de primeira orde e conta en AP, polo coñecemento que temos dos nosos pacientes e do seu entorno, co escenario idóneo para o seu diagnóstico,

segueamento e, sobre todo prevención ao ser unha patoloxía especialmente sensible aos autocoidados e coidados próximos, de xeito que o adecuado control dos seus factores de risco reduce drásticamente a súa incidencia.

Aínda que as principais guías baseen as súas recomendacións na FE e na clase funcional (NYHA), en AP cos medios ao noso alcance debemos intentar realizar unha adecuada aproximación diagnóstica, estadiaxe (AHA/ACC), capacidade funcional (NYHA), FE (preservada, rango medio, reducida) e etiloxía si é posible. Todos estes apelidos son importantes, complementarios e non excluíntes no diagnóstico da IC xa que nos permiten clasificar aos pacientes que se poden beneficiar de distintas alternativas terapéuticas.

FINANCIAMENTO

Este proxecto non conta con ningún tipo de financiación.

CEIC. Actualmente estase a tramitar a solicitude ao Comité de Ética correspondente e os participantes declaran non ter conflito de intereses.

PROXECTOS DE INVESTIGACIÓN

Grao de control en pacientes anticoagulados con dicumarínicos por fa non valvular e a súa relación coas escalas de risco internacionais

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 122

José Luis Muíño López-Álvarez, Laura Gómez Sánchez, Marta Ramos Vázquez, Vanesa Gallego Fernández

OBXECTIVOS

- Avaliar o tempo que os pacientes están en rango terapéutico mediante a medición do tempo no que o INR está en valores entre 2-3.
- Grao de concordancia entre a medición do tempo de INR en rango fronte ó método de Rosendaal.
- Grao de concordancia entre as diferentes escalas de risco de ACV e sangrado.

MATERIAL E MÉTODOS

- Estudo transversal de pacientes diagnosticados de FA non valvular anticoagulados con dicumarínicos durante máis dun ano. Non multicéntrico
- Tamaño poblacional estimado é de 480 pacientes do centro de saúde (30 por cada médico, 16 médicos).
- Para un nivel de confianza do 0,95 e unha precisión do 0,05, o nº de pacientes necesarios é de 196
- Criterios de exclusión: pacientes que leven menos de 12 meses anticoagulados e pacientes que tiveran que interrompir o tratamento no último ano
- Variables: idades, sexo, peso, talla, fármacos, ingresos hospitalarios, DM, IR, IC, isquemia cardíaca, datos analíticos, e cálculo das escalas CHADS2, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED, RIETE, ATRIA, REGICOR e Framingham

ANÁLISE PROPOSTA

Características xerais da mostra.

Grao de control do INR e Rosendaal

Curva ROC para análise do mellor criterio do grao en porcentaxe de control do INR fronte o Rosendaal

Gráficos de dispersión para o grao de control do INR

Correlación mediante coeficiente de correlación P de Pearson entre os gráficos de Altman e o coeficiente de correlación interclase

Análise multivariante para analizar as variables que inflúen no grao de control do INR

Concordancia mediante o análise do coeficiente Kappa entre as diferentes escalas de risco de ACV e de sangrado

APLICABILIDADE DOS RESULTADOS

Este estudo pretende identificar o grao de control dos apacientes anticoagulados con dicumarínicos por FA non valvular, así como os riscos atribuíbles e a concordancia entre as diferentes escalas de risco internacionais, co fin de mellorar o control e disminuir a morbimortalidade

CEIC NON CONSTA

FINANCIAMENTO NON

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 123

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

¿Insulinizamos bien?

Alain García de Castro, Pedro Miguel Hernández Hernández, Carla Blanco Vázquez, Begoña Bravo Bueno, Francisco Javier Maestro Saavedra.

OBJETIVOS

Control de calidad asistencial sobre los pacientes diabéticos de nuestro cupo: objetivar si se comienza tratamiento con insulina según la evidencia científica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, seleccionando a todos los pacientes de nuestro cupo codificados como "Diabetes mellitus", tanto insulino como no-insulinodependientes, a fecha de 1 de abril de 2018. Se cuantificó quiénes cumplían criterios para insulinización según el "Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS", basándose en los evolutivos de los profesionales sanitarios, la ficha de prescripción de cada paciente y la última analítica de control diabetológico realizada. Entre ellos, se analizó cuántos estaban siendo tratados con dicha sustancia y cuántos no.

RESULTADOS

Se objetivó que de los 127 diabéticos de nuestro cupo, 46 (el 36,22%) cumplían criterios de insulinización. Entre estos últimos, sólo el 52,17% estaban a tratamiento con algún tipo de insulina.

CONCLUSIONES

Las guías sobre diabetes no suelen establecer criterios absolutos para comenzar la insulinización, supeditando esta intervención a las características de cada paciente en concreto; por ello, es posible que este estudio sobreestime los pacientes que deben ser tratados con esta sustancia. Aun así, vemos excesivo que prácticamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de insulinización según la RedGDPS no la reciban. Este hecho se debe, muy probablemente, al rechazo que todavía hoy profesionales de la salud y pacientes sienten hacia la insulina (desconocimiento, miedo al pinchazo, al control continuo, a la complejidad de su administración...). Normalizar su uso con intervenciones en el ámbito público y sanitario (educación individual, grupal...) puede ayudarnos a unos y otros a superar esta barrera.

(Póster presentado en el 40º Congreso Nacional de SEMERGEN. Palma de Mallorca. 17-20 de octubre de 2018.)

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Diabetes y obesidad: análisis de nuestro cupo

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 124

Carla Blanco Vázquez, Alain García de Castro, Begoña Bravo Bueno, Nerea López Ocaña, Francisco Javier Maestro Saavedra

OBJETIVO

Control de calidad de nuestras consultas

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, seleccionando a los pacientes de nuestro cupo codificados como "Diabetes mellitus", tanto insulino como no-insulinodependientes, a fecha de 1 de abril de 2018. Analizamos la prevalencia de diabéticos obesos y su grado de control, reflexionando si podemos hacer algo para mejorarlo.

Se dividió a los pacientes en función del IMC según la definición de la OMS. En el grupo de pacientes obesos se realizó un subanálisis buscando enfermedad vascular (tanto micro como macrovascular) para evaluar si su tratamiento se ajustaba a las recomendaciones de tratamiento según "Consenso de la Asociación americana de la diabetes (ADA) y de la Asociación europea para el estudio de la diabetes (EASD) de octubre de 2018".

Para realizar estos análisis recurrimos a los datos recogidos en la historia clínica de los pacientes, las prescripciones activas y la última analítica de control diabetológico realizada.

RESULTADOS

De los 127 diabéticos, 34 (26,8%) eran obesos y 74 (58,3%) presentaban normopeso. En el resto (n=19; 15%) se desconocía su IMC por faltar alguno de los parámetros para su cálculo.

El grupo de obesos presentaba una HbA1c media de 7,18% y el grupo de normopeso 7,16%. Por lo tanto, no se observan diferencias significativas.

El 26.5% (9) de los pacientes obesos presentaba enfermedad vascular. De estos, sólo uno estaba a tratamiento con iSGLT2/GLP1, fármacos con beneficio cardiovascular y renal demostrado en este grupo de pacientes.

COMENTARIO

Analizando la HbA1c de forma aislada los pacientes obesos presentan un aceptable control. Sin embargo, no se realiza un correcto ajuste de medicación para obtener un beneficio adicional basado en el resto de comorbilidades.

El hecho de que el porcentaje de pacientes con enfermedad vascular tratados con estos grupos farmacológicos sea tan bajo a pesar de sus beneficios y seguridad demostrados (EMPAREG, CANVAS, ELIXA o TECOS), puede ser debido a: su alto precio, su menor experiencia, sus efectos secundarios, la inercia terapéutica, etc.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

STOPP/START

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 125

Alejandra Martínez Franco, Néstor Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Adalid Maldonado Díaz, Ramón Otero García, Elvira Santiago Janeiro

OBJETIVO

Identificar mediante criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) - START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) y omisiones de prescripción (OP) y evaluar si hay asociación con edad, pluripatología y polifarmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo transversal, en centro de salud urbano en Ourense, sobre pacientes mayores de 65 años con enfermedad cardiovascular reclutados al azar. Excluidos pacientes terminales, de otros cupos, sin consentimiento.

VARIABLES: edad, sexo, fármacos crónicos, comorbilidad, polimedición (≥ 4 fármacos) y PPI - OP (criterios STOPP-START, versión-2): Diuréticos de asa sin insuficiencia cardíaca; Tiazídicos en gota; Beta-bloqueantes en EPOC; Calcioantagonistas en estreñimiento; Dipiridamol en prevención secundaria; AAS $>150\text{mg/día}$ y sin antecedentes personales; Acenocumarol >12 meses tras TEP.

Estadística descriptiva, pruebas paramétricas/no paramétricas. Modelos de regresión logística uni/multivariante. Significación estadística p

Limitaciones en generalización (necesaria prevalencia de PPI y OP en mayor área).

RESULTADOS

Se incluyeron 170 pacientes, 62,4% mujeres. Mediana de edad 79 años. 72,9% pluripatológicos y 57,1% polimedificados.

La PPI afecta al 15,3% y la OP al 8,8%. PPI: Uso de diuréticos en pacientes varones con hiperuricemia ($p < 0,05$)

Entre 75-85 años existe mayor pluripatología ($p=0,037$) y polimedición ($p=0,023$); y ambas están relacionadas ($p < 0,05$)

CONCLUSIONES

Los criterios SS son útiles para revisar la prescripción en personas mayores de 65 años con enfermedades cardiovasculares entre su pluripatología. Introducir PPI y OP en el sistema informático, facilitaría su identificación e integración en el trabajo habitual.

FINANCIAMIENTO NO

CEIC NO

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Análisis de la consulta a demanda en un cupo de medicina de familia

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 126

Ana Gómez Fernández

OBJETIVOS

Valorar la actividad asistencial realizada en una consulta a demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población objeto de estudio fueron los pacientes de una agenda de consulta a demanda, seleccionados de forma aleatoria, un día al mes durante un año, (N= 401). Es un estudio, retrospectivo y descriptivo, para el cual se recogieron las siguientes variables: tipo de usuario, tipo y motivos de consulta - clasificación CIAP-2 -, solicitud de pruebas complementarias y derivación a atención especializada. Para el análisis de los resultados se emplearon porcentajes para las variables cualitativas y la media para la variable cuantitativa.

RESULTADOS

Las consultas presenciales (CP) suponen el 82,3% de la actividad asistencial, de estas el 69.57% por problemas de salud -hombres 39.91%, mujeres 60.09% - Las consultas no presenciales telefónicas (CT) constituyeron el 17.7%. de la actividad, el 91.03% para renovación de recetas.

Entre los motivos de consulta destacan: con el mismo porcentaje 13.47% problemas respiratorios, del aparato locomotor y endocrinos, 13.04% cardiovasculares, 7.83% dermatológicos, 6.52% digestivos.

En el 22.68%. de las CP se han solicitado pruebas complementarias y en un 11.35% se realizó interconsulta con nivel especializado entre las que destacan: ginecología 21.42%, oftalmología 17.86%, traumatología 10.72% y reumatología, 7.15% .Se han derivado al servicio de urgencias hospitalarias el 1,22% de las CP . La media de pacientes día por agenda fue de 30,84.

CONCLUSIONES

En las CP - mayor porcentaje de la actividad asistencial - la mayoría fue realizada por mujeres. Los problemas de salud respiratorios, del aparato locomotor y endocrinos fueron los motivos de consulta más frecuentes. Los porcentajes sobre solicitud de pruebas complementarias e interconsultas con el nivel especializado sugieren realizar un estudio sobre los motivos de los mismos.

FINANCIAMIENTO. NO

CEIC. NO

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Pág. 127

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué opina la gente de los médicos familia? Otra Primaria es posible

Noelia Caamaño Triáns, Paloma Rodríguez Piñeiro, María Isabel Espiñeira Brañas

OBJETIVO

Conocer la opinión de la población acerca de los Médicos de Atención Primaria (MAP) en varios ámbitos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una encuesta de 10 preguntas con respuesta "sí" o "no" que se envía a través de redes sociales. Se cierra tras 24 horas, obteniéndose 100 respuestas. Las personas que la completan libremente lo hacen de manera anónima, sin posibilidad de filiación alguna.

Dada la vía de difusión, los participantes pertenecen a distintas áreas y a distintos rangos de edad, lo cual disminuye sesgos a la hora de la valoración.

RESULTADOS

El 79% de los que responden tienen entre 25 y 50 años. El 10.5% más de 50. El otro 10.5% menos de 25 años. El 100% de ellos cree que los MAP son necesarios en el sistema sanitario. El 79% considera a su MAP su médico de referencia. El 44% mantendría a su actual

MAP aún mudándose de domicilio. El 86% de los pacientes está satisfecho con su MAP. El 51% cree que el MAP puede manejar las enfermedades crónicas sin derivar al especialista. El 80% considera que 10 minutos por paciente es tiempo insuficiente para la consulta. El 91% no tiene inconveniente en que los atienda un MIR. El 82 % de la población cree que los MAP tienen las aptitudes para salvar su vida en una situación de emergencia.

CONCLUSIONES

De los resultados, además de extrapolar el grado de seguridad, confianza y satisfacción que al paciente le da el MAP, pueden valorarse aspectos a mejorar por nuestra parte.

Se confirma en esta muestra de población la confianza en la Medicina de Familia como eje del sistema. Falta el reconocimiento y apoyo por parte de las entidades correspondientes. Otra Primaria, con más recursos, es posible, y confiamos en que en un futuro próximo será real.

FINANCIAMIENTO: NO

CEIC NO

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Uso de fármacos en una cohorte de ancianos

Rosa Belén Pérez Ramos, Silvia García Saiz, María Soledad Díaz-Rivavelarde Arozamena, María José Varela Estévez, María Pilar Pazos González, María José Fernández Domínguez

OBJETIVO

Evaluar el uso y consumo de fármacos en una cohorte de ancianos a lo largo de 8 años

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, de seguimiento a ocho años.

Sujetos: Cohorte de 150 personas mayores de 65 años evaluadas previamente en el año 2001. Medio urbano.

Criterios de exclusión: Negativas. Institucionalizados. Residencia fuera. Ilocalizables.

Variables del Instrumento de medida The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ), y sociodemográficas.

Análisis estadístico. Descriptivo, bivariante y regresión logística y lineal. Intervalos de confianza 95%, significación p

Aspectos Éticos. Autorización CEIC-Galicia, cod.2008/287.

RESULTADOS

La edad media al final del periodo fue de 80,9 años (IC95%:79,8-82) y el 63,6% (IC95%:53-74,3) fueron mujeres.

Los medicamentos para la HTA son los más utilizados, al igual que en el año 2001, observando un aumento al final con diferencia de porcentajes significativa 22,2% (IC 95%: 8,5;35,9). Hay incrementos significativos en fármacos para la artrosis/artritis con una diferencia

de porcentajes 18,5% (IC 95%: 6,1;30,9), segundos en utilización; para el dolor, diferencia significativa 13,5% (IC 95%: 2,4;24,8), los anticoagulantes orales con variación de porcentajes 16,1% (IC 95%: 4,9;21,9), en los utilizados para el estómago encontramos la mayor variación 17,3% (IC 95%: 6,6;28) y por último, el incremento de los medicamentos para dormir con una diferencia de porcentajes 14,8% (IC 95%: 3,8;20,6).

Observamos un incremento no significativo de aquellos medicamentos denominados comúnmente para "mejorar la circulación".

La media de medicamentos por persona, en 2001 era 2,3% (IC 95%: 1,8;2,7) aumentando en 2009 a 3,4% (IC 95%: 2,9;3,9) observando un aumento significativo de los que toman más de 2 fármacos con una diferencia de porcentajes final-inicial 25,9% (IC 95%: 13,7;38,2).

CONCLUSIONES

Se produce un aumento significativo del consumo de fármacos a lo largo del tiempo estudiado, siendo los antihipertensivos los más utilizados en los dos periodos.

FINANCIAMIENTO

Beca para realización de proyectos de investigación en centros del sistema sanitario público gallego (orden 27/06/2008). N° expediente PS08/50

CEIC NO

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Incidencia y factores de riesgo de la infección en pacientes diabéticos en un área sanitaria

Sandra Rocío Venegas Bernal, Helena Alonso Valencia, Antonio Fernández Crespo

OBJETIVO

Calcular incidencia e identificar factores de riesgo de infección en pacientes con diabetes mellitus (DM).

DISEÑO

Estudio de cohorte histórica por auditoría de historias clínicas

Ámbito: un área sanitaria

PARTICIPANTES

Pacientes con episodios y/o condicionantes de DM (CIAP T89 y T90), registrados en historia clínica electrónica de atención primaria entre 2010 y 2016.

MÉTODOS

Muestreo aleatorio con sustitución hasta alcanzar la muestra calculada.

Variables: sexo, edad, tiempo de evolución desde diagnóstico de diabetes, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento antidiabético, HbA1c y glucemia próxima a la infección (\pm 3 meses), infecciones por tipo y gravedad, y antibiótico en primera infección tras diagnóstico de diabetes.

Análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

RESULTADOS

Se alcanzó una muestra de 400 participantes (47% mujeres). La mediana de edad fue 69 años. El tiempo medio desde el diagnóstico de diabetes a la actualidad fue de 6 años y el número de infecciones por paciente de 3.

Se tomaron en cuenta factores de riesgo cardiovascular modificables (FRCV). Los más prevalentes fueron dislipemia (80.5%), HTA (79.3%), enfermedad aterosclerótica (33.8%) y tabaquismo (31.5%), con diferencias por sexo. Se valoró la colonización como medida indirecta de la posible alteración del estado inmunológico (2.5% de la muestra, similar en ambos sexos)

Se tuvieron en cuenta cuatro tipos de infección: tracto urinario, tejidos blandos, respiratoria no complicada (incluye área ORL) y respiratoria complicada. La infección más prevalente fue respiratoria no complicada y el antibiótico más utilizado para tratarla azitromicina, seguida de amoxicilina/clavulánico. Se encontraron diferencias significativas en el tipo de infección por sexo: ITU en mujeres e infección de tejidos blandos en varones.

CONCLUSIONES

Los pacientes diabéticos con FRCV y/o mayor tiempo de evolución se ven más afectados por procesos infecciosos, probablemente debido a alteración endotelial. Se utiliza un elevado porcentaje de antibioterapia de amplio espectro para estas infecciones comunes.

FINANCIAMIENTO NO

CEIC NO